



SISO/SAÚDE, Nº 41- Otoño 2004
Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña

Correo electrónico: congrega@agsm.es
<http://www.agsm.es/>

Portada

Mercedes Rancaño

Diseño

MyM. A Coruña
montsepm2002@yahoo.es

Rodi Artes Gráficas. Rúa Seixalbo, 12. Orense
SISO/SAÚDE: V.G. 10984. ISSN: 1130-1538

Presidente

L. Ferrer i Balsebre

Vicepresidente

G. Martínez Sande

Secretaría

F. Iglesias Gil de Bernabé

Vicesecretario

L. Vila Pillado

Tesoureiro

C. Castro Dono

Directora de Publicacións

Chus Gómez Rodríguez

Vocais

Sara Covadonga Granda Mariño

Ramón Area

Nuria García Gonzalo

Marina Albelda Martínez

Comité de Publicacións

Directora

Chus Gómez Rodríguez

Vocais

S. Lamas Crego

D. Simón Lorda

Fidel Vidal

Fe Lacruz Pardo

Yolanda Castro Casanova

Irene Esperon Rodríguez

Marisol Filgueira Bouza

Comisión de control e garantías

Antonio Rodríguez López †

Arturo Rey Rodríguez

Florentina Casado Bermúdez

Adolfo Bobadilla Pardos

Sección Psicoanálisis Aplicado

Coordinador

J.R. Eiras

Sección Infanto-Xuvenil

Coordinador

J. Mazaira

Sección de Rehabilitación

Coordinador

E. Paz Silva

Comisión de Docencia e Investigación

Coordinador

Alexandre García Caballero

Vocais

Maria Jesús Somoza Vazquez

Margarita Pena Puente

Lorenzo Sánchez Marcos

Javier González Hermida

Comisión de Asistencia e Lexislación

Coordinador

J.M. García de la Villa Merchan

Vocais

Belén Martínez Alonso

Mª José Veiga Candan

Mª Teresa González Barba

Sumario

Editorial

7

Psicólogos atribulados
Gonzalo Martínez Sande

Originales y revisiones

9

Juan Rof Carballo. Una aproximación
a su vida y obra
Víctor Rodríguez Pérez

A propósito de...

31

Crisis agudas, conflictos crónicos:
El Colegio Oficial de Psicólogos contra la Comisión
Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica
Marisol Filgueira Bouza

73

El autoritarismo incorpóreo
Manuel Fernández Blanco

79

Historias de crisis. Historias de
la Psicología Clínica y sus instituciones en España
Gonzalo Martínez Sande

91

Historias Ikebanas III. Escuchar y
sorprenderse en la clínica diaria
Anton Seoane

Os eventos consuetudinarios que acontecen na rúa

95

CINE: Capturing the Friedmans
Luis Vila Pillado, Ramón Area Carracedo

97 IX Jornadas de actualización en psicogeriatría.
Martorell 6-7 mayo 2004
Raimundo Mateos

Psicoanálisis aplicado

99 Clínica del vacío. Anorexias; Dependencias; Psicosis
Isabel Alonso Martín

105 La operación transexual
Jorge Valladares Vaquero

Casos clínicos

117 A propósito de un caso complejo con multipatología
María Sonia González Bardanca

125 Los quitamiedos de la práctica clínica:
A propósito de un caso
M^a Jesús García Álvarez, M^a Luisa de Miguel García

Libros

137 Casa del olivo
Santiago Lamas Crego

143 La psicosis única
Santiago Lamas Crego

145 Impasses seguido de Coisas Vistas, Coisas Ouvidas
Santiago Lamas Crego

147 Clinical studies in neuro-psychoanalysis.
Introduction to a depth Neuropsychology
Santiago Lamas Crego

155 La Souffrance en France.
La banalisation de l'injustice social
Santiago Lamas Crego

159 Cesáreo González. El Empresario-Espectáculo. Viaje al
taller de cine, fútbol y variedades del general Franco
Santiago Lamas Crego

| | |
|-----|---|
| 165 | De sentimientos y ritos Gonzalo Martínez Sande |
| 171 | El acoso moral (El maltrato psicológico en la vida cotidiana) Antonio Domínguez Álvarez |
| 173 | Hubert Schleichert: Cómo discutir con un fundamentalista sin perder la razón. Introducción al pensamiento subversivo Luis Vila Pillado, Ramón Area Carracedo |
| 175 | La neurosis del ama de casa Antonio Domínguez Álvarez |
| 177 | Leteo. Arte y crítica del olvido Luis Vila Pillado, Ramón Area Carracedo |
| 179 | <i>Normas de publicación</i> |

Fe de erratas del número 40

El autor de la portada es David Foschi

El autor del artículo *Efectos psicológicos del encarcelamiento. Un acercamiento al mundo carcelario* es José Ignacio Bermúdez y el comentarista: Francisco Moreno.

Psicólogos atribulados

Autor

Gonzalo Martínez Sande

La Psicología Clínica parece estar atravesando en estos últimos tiempos una serie de episodios desgraciados en cuanto al contenido y aplicación de determinadas normas que le afectan y ante una compleja realidad, que implica numerosos aspectos, se han planteado estrategias muy diferentes por parte de diversos sectores profesionales y académicos. Estas divergencias, evidenciadas principalmente en cuanto a la consideración del carácter sanitario de la licenciatura: bien como reconocimiento que «resuelve» la situación generada por determinadas normativas (en particular, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Real Decreto de bases generales para autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios) o bien como apertura de un proceso de reflexión que ha de implicar además al conjunto de los psicólogos (no sólo los clínicos) y a otras administraciones no sanitarias, no deben hacer que se pierda de vista otro grupo de problemas que afectan a la profesión.

En particular nos interesa destacar:

La infradotación de plazas de psicólogos clínicos en los servicios de salud plantea la necesidad de aumento del número de estos profesionales en el Servicio Nacional de Salud, y que el aumento de estos profesionales se acompañe también de su incorporación a otros ámbitos sanitarios además del tradicional de la atención a la salud mental.

La necesidad de mantener un adecuado proceso de formación clínica a través de la vía de interno residente, plantea el que deba aprobarse cuanto antes un nuevo programa de formación de la especialidad que implique su ampliación a cuatro años así como el

desarrollo de áreas de capacitación específica. En este mismo apartado debe considerarse el necesario incremento del número de plazas que se convocan, claramente insuficiente en la actualidad.

No conviene olvidar que al desarrollo histórico de la Psicología Clínica en España, en el ámbito sanitario, han contribuido muchos profesionales de la Psicología, del ámbito público y del privado, así como del académico, asociaciones científicas y profesionales, también profesionales de otros ámbitos del saber... Esperamos que la inteligencia que el colectivo fue capaz de desplegar a la hora de concitar esa coordinación y apoyo, en la articulación y desarrollo de las propuestas, pueda estar presente, nuevamente, en momentos como los actuales. Nos va a hacer mucha falta.

Originales y revisiones

Juan Rof Carballo. Una aproximación a su vida y obra

Autor

Victor Rodríguez Pérez
Psiquiatra. Centro Rehabilitador Castro de Riberas de Lea (Lugo)

Del 9 al 11 de Junio de 2005 se celebrará en Lugo el 6º Congreso de la Asociación de Saúde Mental dedicado a la figura de Juan Rof Carballo, coincidiendo con el centenario de su nacimiento en 1905.

Nació en 1905 en Lugo, hijo de un renombrado científico, el veterinario, Juan Rof Codina. Tras pasar su infancia y adolescencia en La Coruña, en 1922 comienza en Santiago de Compostela sus estudios de medicina.

Semblanza biográfica

Juan Rof Carballo nació en 1905 en Lugo, hijo de un renombrado científico, el veterinario, Juan Rof Codina. Tras pasar su infancia y adolescencia en La Coruña, en 1922 comienza en Santiago de Compostela sus estudios de medicina, que transcurrirán, además de en la universidad compostelana, en Barcelona y

Madrid. Discípulo en esos años de maestros como Pi i Sunyer, Pittaluga y Roberto Novoa Santos, mantiene un estrecho vínculo con personalidades de la cultura gallega como Vicente Risco, Maside, Dieste etc, perteneciendo al Instituto de Estudios Gallegos.

Una vez finalizada su carrera en 1932, se marcha al extranjero gracias a una beca de la Junta de Ampliación de Estudios. Se forma en Viena con Sternberg, siendo testigo directo de los epígonos de la escuela anatomo-clínica centroeuropea. Estudia la patología de los órganos hematopoyéticos y el sistema linfático. También trabaja en la escuela de Wenckebach y posteriormente prosigue su aprendizaje en Alemania, en Colonia con Hans Eppinger, donde estudia el metabolismo lipídico.

De regreso en España en 1933, se doctora con una tesis sobre los ácidos grasos insaturados y tras infructuosas oposiciones a cátedra de medicina interna, se integra en la escuela de patología médica de Jiménez Díaz. Poco después el inicio de la Guerra Civil, lo hallará en Berlín. Sin poder regresar a España, seguirá trabajos en la clínica neurológica de Viena, dirigida por Wagner von Jauregg, y después en Copenhague y en París, en la clínica de la Salpêtrière.

Regresa a España en 1939, trabajando de nuevo con Jiménez Díaz, a cargo de una policlínica que al pasar los años se habría de convertir en la Clínica de la Concepción. Por entonces obtiene una beca de la Fundación Rockefeller para estudiar el déficit nutricional en los niños de la posguerra en Vallecas.

Hasta 1948, prosigue su labor en el Hospital General de Madrid en el grupo de Jiménez Díaz. Fruto de esos años son numerosos los trabajos clínicos que van desde los primeros artículos en español acerca de las sulfamidas, a otros temas como las avitaminosis, la esclerosis múltiple, endocarditis y las disproteinemias, que saldrían en forma de libro, así como un «Formulario clínico» que, en su momento rellenó una laguna importante en la profesión médica nacional.

Alrededor de 1950, Rof Carballo comienza a trabajar con Gregorio Marañón. Creando en el Hospital General de Madrid un pequeño departamento de medicina psicosomática, donde participó en los primeros ensayos clínicos hechos en España con psicofármacos, por aquel entonces Meprobamato, e incluso con ácido lisérgico.

La experiencia clínica acumulada a lo largo de los años y su convicción epistemológica psicosomática eclosionan con la publicación en 1949 del libro "Patología Psicosomática".

La experiencia clínica acumulada a lo largo de los años y su convicción epistemológica psicosomática eclosionan con la publicación en 1949 del libro «Patología Psicosomática», primer tratado integral acerca del tema, publicado a nivel mundial, que conoció tres ediciones y supuso un gran éxito internacional para el autor.

Posteriormente publicará «Cerebro interno y mundo emocional» (1952), que junto a la que es considerada su obra más importante «Urdimbre afectiva y enfermedad» (1961), completan la trilogía fundamental del autor en cuanto a la medicina psicosomática. Con ello obtiene reconocimiento internacional en este campo y es invitado a distintos foros internacionales (Conferencias del Ministerio de Sanidad en Montevideo y Buenos Aires, 1954;

II Conferencia Europea de Investigación Psicosomática (1956), Comité de expertos de la OMS para la delimitación de la «Psychosomatic disorders» (1964).

En otro orden, en 1959, formó parte de los primeros médicos formados en Madrid por la Sociedad Psicoanalítica Internacional, que envió a España a la analista Margarita Steinbach. Desde 1961 hasta 1972, Rof alternó su trabajo de internista con el de psicoanalista.

Su labor clínica, investigadora, literaria proseguiría con libros ya clásicos como «Entre el silencio y la palabra»(1960, 1990); «Mito e realidade da terra nai»(1957, 1989); «Violencia y Ternura» (1967, 1988); «Rebelión y Futuro» (1970); «Biología y Psicoanálisis»(1972); «Signos en el Horizonte» (1972); «El Hombre como encuentro» (1973); «Fronteras vivas del psicoanálisis» (1975); «Teoría y Práctica Psicosomática» (1984); «Terapéutica del Hombre» (1986) y «Los Duendes del Prado» (1990).

En los 15 últimos años de su vida recibió diversas distinciones (Real Academia de Medicina y de Doctores, Real Academia Española etc.), aunque se reconoce casi unánimemente que en nuestro país su obra no obtuvo en absoluto el reconocimiento que merecía, y que nadie se propuso que los propios méritos de Rof cristalizaran en un puesto institucional digno de su maestría y potencial docente. Nunca llegaría a poseer una cátedra o una jefatura de servicio en un gran hospital, y sin embargo, su nombre evoca un enorme respeto a varias generaciones y su obra se mantiene tan viva y fresca como en su génesis.

Nunca llegaría a poseer una cátedra o una jefatura de servicio en un gran hospital, y sin embargo, su nombre evoca un enorme respeto a varias generaciones.

Falleció en Madrid el 11 de Octubre de 1994 a los 89 años.

La obra de Rof Carballo

Podríamos señalar los elementos nucleares de la obra rofiana.

La Realidad dialógica del ser humano. Que se puede resumir en la frase «el hombre está constituido de manera esencial por su prójimo».

La Urdimbre afectiva, que tiene tres aspectos:

1. Es una realidad psicobiológica, transaccional, constituyente y programadora.
2. Se expresa fundamentalmente en las relaciones emocionales y afectivas del individuo.
3. Se transmite a través de generaciones.

Hay tres formas de Urdimbre:

- La Constitutiva (la básica y fundamental).
- La Urdimbre de Orden.
- La Urdimbre de Identidad.

La Creatividad, cuyo sentido reside en la ampliación del horizonte de lo real y a la vez lo conecta con su realidad más profunda.

La recuperación de lo desdeñado, que siempre retorna como problema y a la vez como solución. Es decir su concepto de «Reprogresión», la necesidad de dar un paso atrás antes de seguir avanzando.

La Emoción y el cerebro interno (sistema límbico)

Juan Rof Carballo fue de los primeros autores que abordó con rigor científico el comportamiento emocional. Para él, la «emoción» no es un epifenómeno sino la realidad biológica radical del ser humano.

Rof Carballo añadió las circunvoluciones del mesapalio al clásico rinencéfalo, como integrantes del cerebro interno, hoy llamado sistema límbico y paralímbico.

Kleist había acuñado el término «Cerebro interno» como «cerebro de la emoción». Vinculó el cerebro orbitario al cíngulo. Rof Carballo añadió las circunvoluciones del mesapalio al clásico rinencéfalo, como integrantes del cerebro interno, hoy llamado sistema límbico y paralímbico, lugar donde se realiza el ensayo de la integración de todo lo que al organismo se presenta: a él afluyen el tono vital corporal, la sensibilidad y motilidad estriataria y el resto de la actividad cortical y de las vivencias experimentadas como historia personal.

Así, el Cerebro interno o Sistema límbico es la encrucijada emocional y clave del desarrollo del ser humano.

Es característico del ser humano el nacer prematuramente, inacabado, pero el primer año de vida el crecimiento del cuerpo y del cerebro se hacen con gran rapidez. Para continuar su desarrollo extrauterino, el niño necesita el contacto social; no sólo de sus instintos biológicos primarios, de sus centro diencefálicos, de sus centros respiratorios o circulatorios, sino de su «cerebro interno» y por su mediación de sus vínculos afectivos, de la formalización del instinto que es la conducta apetitiva que le liga a la madre.

No es un fenómeno sólo humano. Lorenz vio en las aves un fenómeno que denominó «*Prägung*» = acuñamiento o modelación. El encuentro del animal recién nacido con una primera figura de cuidado de su misma especie o de otra determina que desarrolle hacia ella la conducta que habría de desempeñar con sus progenitores.

Esa maleabilidad de las estructuras del sistema nervioso son máximas cuanto mayor sea el desamparo al nacer. Sin embargo a diferencia del animal, el hombre no puede quedar satisfecho con el cumplimiento y maduración instintiva, sino que tiene que poner en ejercicio su inteligencia, hacerse cargo de la realidad, tanto más cuanto más se desarrolla su neocortex.

A diferencia del animal, el hombre no puede quedar satisfecho con el cumplimiento y maduración instintiva, sino que tiene que poner en ejercicio su inteligencia, hacerse cargo de la realidad.

El desarrollo del yo, del neocortex, de la inteligencia, se hacen sobre un haz previo de relaciones afectivas, sobre la urdimbre que se teje entre el nuevo ser y los seres que le protegen y amparan. La base biológica de esta urdimbre la constituyen las tres reacciones que son propias del sistema límbico: la reacción de alarma, la reacción de huida o de agazapamiento, la reacción agresiva. Alrededor de estos tres vectores se teje la urdimbre afectiva primaria sobre la cual, en el curso sucesivo de los años, se va a ir dibujando la

personalidad del hombre.

Rof diferencia dos acciones constitutivas:

1. La Transmisión genética.
2. La «Transmisión por la urdimbre afectiva», en la que el ser humano acaba de constituirse como ser vivo autónomo en relación con su entorno.

Ambas acciones constitutivas no finalizan con la mielinización cerebral sino que continúan toda la vida.

Deben considerarse como indisolublemente conectados; a) El mundo circundante constituido por la familia, b) El proceso de constitución y desarrollo del sí mismo, c) la interrelación comunicativa, la comunicación que enlaza ambos: familia y mismidad. Al fin, una trama de la que la individualidad no es más que un hilo conector.

La urdimbre afectiva

Rof, en un diálogo epistolar con Ramón Piñeiro da las claves de lo que significa para él la urdimbre.

«Lo que no creo que el hombre sea nunca es dos cosas, una con raíz individual y otra con raíz dialógica.» En medicina este problema se define como la dicotomía «genético» versus «adquirido» [...]. «Cuesta un enorme trabajo caer en la cuenta de que los genes, lo hereditario, no son realidades absolutas sino pautas de organizar lo que se encuentra fuera; proteínas, vitaminas, personas tutelares, paisaje, tradición, sociedad...» [...] «La Urdimbre no es una influencia... sobre algo que se modela o modifica, sino la forma en que se expresan una pautas heredadas» [...] «Por eso el prójimo, no es que ‘participe’ en mi constitución sino que sin él, yo no me constituiría» [...] «El ser vivo se constituye por relación transaccional incesante y complejísima, en la cual los primeros encuentro son decisivos» [...] «Lo genético no es una sustancia que se despliega, como una semilla que crece, sino unas pautas de organización que no tendrían sentido si no se encontrasen con algo que hay que organizar» (Si un niño tiene galactosemia y nace en una tribu donde la leche sea tabú, nadie sabrá que tiene una enfermedad congénita. Si no tropiezo con un médico que me quite la leche, moriré».

La Urdimbre es una realidad Transaccional que, desde el punto de vista de la madre se podría denominar “troquelado” y desde el punto de vista del niño, “relación de objeto”.

La Urdimbre es una realidad Transaccional que, desde el punto de vista de la madre se podría denominar «troquelado» y desde el punto de vista del niño, «relación de objeto». Decir que es transaccional implica que es difícil de ver como unidad. Toda polarización entre medio y organismo es un error.

La primera urdimbre se basa en las primeras relaciones transaccionales... En virtud de esa constitución primaria, el aparato perceptivo se sensibiliza para dar prioridad a determinadas percepciones sobre otras.

«La herencia genética [...] no hace más que presentar al ser vivo unas posibilidades de juego. Es importante cómo está construida la baraja y también cómo se juega con ella. Pero lo primordial son las convenciones o reglas o programa con arreglo al cual ha de jugarse.

Estas reglas o programa previo de toda vida no son exclusivamente hereditarios sino que se preparan en los primeros meses y años de la existencia por una relación transaccional con los seres que tutelan la vida infantil.

*Es una especie de trama sobre la que se teje toda la vida humana [...] puede distinguirse esta trama primera en todo cuanto el hombre realiza; relaciones afectivas, preferencias intelectuales, concepción del mundo, estilo de vida y sobre todo en sus obras de creación. Es a esta trama primera, a este plan de juego, a lo que he llamado **Urdimbre constitutiva**».*

A diferencia de conceptos similares tales como «Simbiosis madre-niño», «relación primigenia» (Neumann) «Impronta» o «troquelado», «Experiencia temprana», «Relación preobjetal», la «Urdimbre» alude muy específicamente a dimensiones biológicas concretas.

La herencia genética [...] no hace más que presentar al ser vivo unas posibilidades de juego. Es importante cómo está construida la baraja y también cómo se juega con ella.

1. La Urdimbre se basa en un «continuum» psicobiológico. Su correlato neurológico es el desarrollo de las redes neurales. Además está en relación con la «Individualidad inmunológica» y la maduración enzimática.
2. Es una realidad transaccional, es decir, que se establece entre dos sistemas que están influyéndose entre sí recíprocamente de manera continua.
3. Es una realidad constituyente-programadora. Por ella quedan establecidas unas pautas que van a determinar la conducta y la percepción de la realidad.
4. Se expresa fundamentalmente en la trama de sus relaciones interpersonales. Sutílísima e inconscientemente todo ser humano construye sus relaciones una red como reflejo de las tensiones internas.
5. Se transmite a través de las generaciones. La reaparición o reactivación en los progenitores de las tensiones emocionales de la propia infancia durante la crianza de su hijo, hace que en toda

urdimbre ejerzan influencia situaciones remotas de la historia familiar, tanto en forma de conflictos como de soluciones pertenecientes a generaciones pasadas.

6. La *Urdimbre primigenia o constitutiva* es la básica pero se prolonga en otros dos estados que también se denominan «Urdimbre» por ser también transaccionales.

La Urdimbre de Orden, que implica la adopción de las normas sociales de ordenación del mundo, los valores y criterios sociales, etc.

La Urdimbre de Identidad. En la que el sujeto se ve confrontando la imagen que tiene de sí mismo con la que de él se forman los demás, toma conciencia de su mismidad, de su unicidad.

a) La urdimbre constitutiva

Consta de 9 funciones.

Amparadora, tutelar, táctil, alimenticia...

Liberadora: Permite los primeros intentos de independencia. El desequilibrio entre esta función liberadora y la anterior, tutelar, es lo que se conoce como «madre sobreprotectora» que crea terreno para enfermedades como el asma.

Ordenadora. El mundo ha de ser ordenado y estructurado. Esta función ordenadora existe ya desde el principio. La ordenación así producida coincide con el paso a la bipedestación, control de esfínteres y desarrollo de actividad muscular. Se establece la polaridad sucio – malo y limpio – puro – bueno, referido a zonas anales y orales (lo cefálico es superior, lo cercano a órganos excrementicios es lo malo). Esto se verá sobredeterminado socialmente y quedará siempre en la sombra, en el olvido. Su desarrollo se llevará a cabo ulteriormente en la urdimbre de orden.

La reaparición o reactivación en los progenitores de las tensiones emocionales de la propia infancia durante la crianza de su hijo, hace que en toda urdimbre ejerzan influencia situaciones remotas de la historia familiar.

Vinculadora. La transmisión de pautas de comportamiento, ordenación de la realidad, de preferencias que, a través de la madre vienen de generaciones anteriores, de abuelos y tatarabuelos y en último término del trasfondo social y étnico. Así el nuevo ser queda vinculado a una tradición.

Mediadora de la Realidad. Una apertura al mundo a través y por mediación de la madre similar a una «*atmósfera o envoltura de la que poco a poco comienzan a desprenderse los objetos o cosas de universo en torno*». En el bebé los objetos exteriores, surgen en virtud de la madurez neurológica de los dispositivos perceptivo-motores, pero envueltos en tal atmósfera emocional que no es exagerado decir que surgen desprendiéndose del ámbito materno

Confianza Básica, o esperanza fundamental o sustrato biológico de la esperanza. El niño adquiere o no la seguridad de que sus necesidades básicas serán o no satisfechas en todo momento. Así el mundo se convierte en algo en lo que se puede confiar o bien un caos sin sentido del que alguien es responsable. El responsable es la propia víctima. Surge una culpa previa al Edipo. «Si no me aman es porque no soy digno de ser amado, soy despreciable».

Función de Horizonte. Las categorías de cercanía, lejanía, el anhelo de libertad y reclusión. Todo aventurero errante trata inconscientemente de reencontrar la urdimbre perdida, buscar a la madre en la lejanía.

El niño adquiere o no la seguridad de que sus necesidades básicas serán o no satisfechas en todo momento. Así el mundo se convierte en algo en lo que se puede confiar o bien un caos sin sentido.

La Integradora de aspectos buenos y malos de la existencia. Mediante el ensayo constante de la propia agresividad

Unidad Psicofísica. El recién nacido vive en una unidad biopsíquica total. A los pocos meses, el cuerpo comenzará a ser vivido y experimentado como «algo aparte», cada vez más distinto del yo. Se sospecha que en esta fase se integran las regulaciones vegetativas, endocrinológicas, inmunológicas y nerviosas del ser humano. Por tanto esta fase es primordial para la salud

psicosomática.

En la Urdimbre constitutiva se establece un movimiento triple.

a) Primeramente los mecanismos biológicos desplegados se reflejan en una maduración lenta e inexorable de una inconsciencia que comienza a manifestarse.

b) En segundo lugar, en toda urdimbre constitutiva hay una ordenación inherente que se manifiesta en el aprendizaje del lenguaje, que permite decidir, escoger, aceptar, nombrar. Pero con esta ordenación del lenguaje, algo muy importante queda sin

expresar. El sacrificio es inevitable y necesario, pero «*allá en el fondo del alma queda la conciencia de algo sacrificado, no perdido de todo, lleno de vida y fuerza y realidad, que se repliega y guarda como en reserva*»: El «mundo de las posibilidades no vividas».

c) En tercer lugar, de la articulación de lo que ha sido ordenado, de lo expresado, con lo que queda en esbozo, impreciso, oculto, pero lleno de riqueza, nace lentamente la idea autoafirmativa. El ser particular tiene algo muy personal, individual más allá de la mezcla de influencias.

b) La urdimbre de orden

Consta de las siguientes funciones:

Expansiva: Es necesaria la existencia de un «territorio», al llegar a la actitud erecta a la madurez muscular

Alejadora: También «territorial», es complementaria de la primera. El dominio de la agresividad se consigue en el amago constante que es el juego infantil.

Articuladora social. La agresividad se transforma en vínculo asociativo, inhibiéndose por señales (etología) y por acostumbramiento.

En la Urdimbre de orden, aumenta la agresividad como respuesta a la creciente demanda educadora, convirtiéndose en protesta y autoafirmación.

Lo que se ordena ahora, no es un *estilo* de ver la realidad sino una *valoración* de la misma. Así, la realidad queda polarizada en:

En cambio, la agresividad anal es alejadora, expulsiva, implica destrucción y aniquilamiento de lo malo, que es reforzado por lo social. Luego se internaliza esa violencia con el fin de la aceptación social.

a) Lo alto (la cabeza) y

b) Lo bajo, destinado a ser escotomizado, anulado, olvidado. Los excrementos, que en la primera urdimbre eran un regalo a la madre, y los órganos sexuales, se hacen viles, repugnantes; de ahí los rituales de limpieza, la normatividad, regularidad, puntualidad, detallismo, testarudez, que da lugar al carácter obsesivo. Los rituales compulsivos ofrecen abrigo y apoyo.

La agresividad oral, diseccionadora y tierna, implica conocimiento, exploración de la realidad y juego para incorporarse una realidad. En cambio, la agresividad anal es alejadora, expulsiva, implica

destrucción y aniquilamiento de lo malo, que es reforzado por lo social. Luego se internaliza esa violencia con el fin de la aceptación social, que nutre la parte vinculadora de la urdimbre constitutiva (la que procede de las generaciones a través de la madre como estilos de vida, normas de conducta, pautas de comportamiento). Todo ello se incorpora en el Superyo. Todo orden da seguridad.

La primera urdimbre puede propiciar la «angustia de separación», que a dosis moderadas procura un yo fuerte. Sin embargo si la tutela es irregular o insuficiente, el niño se precipita prematuramente en la urdimbre de orden como en un abrigo. O bien si la madre introduce prematuramente el orden y acorta la ternura, de ese modo se constituye un Superyo negativo-amputador.

El orden es como una madre vicariante que no ha sabido dar ternura suficiente. Excluye «*el mundo de las posibilidades ilimitadas*», el sentimiento de un «*trasfondo germinal*» al que se llama inconsciente, mundo matriarcal, capacidad creadora, las posibilidades no vividas que la urdimbre primaria ha dejado fuera.

La tutela por la ordenación más o menos violentadora enquistada su personalidad en «*sistemas de opiniones*». En vez del sí mismo que da seguridad, aparece un superyo violentador y exigente que no da seguridad; lo hace sentirse culpable pues el niño no es capaz de satisfacer todas sus exigencias. Para satisfacerlas, el niño se hace compulsivo.

Un Yo maduro o robusto es la condición previa de un sí mismo coherente. Y ese yo maduro tanto más lo será cuanto más formalizado sea el funcionamiento de su sistema nervioso, sobre todo a nivel del cerebro interno.

c) La Urdimbre de identidad

El ser humano necesita una imagen de sí mismo para afrontar su realidad. De ese modo la imagen corporal, entendida como una integración de sensaciones enclavadas en un componente emocional gobernado por el cerebro interno, se amplía al concepto de «Sí mismo», paso que le llevará desde el terreno de la fisiología al de la psicología profunda.

Un Yo maduro o robusto es la condición previa de un sí mismo coherente. Y ese yo maduro tanto más lo será cuanto más formalizado sea el funcionamiento de su sistema nervioso, sobre todo a nivel del cerebro interno.

Además, del sí mismo surge una actitud básica, vinculada a la imagen que nos formamos de nosotros mismos y que condiciona toda acción humana destinada a aprehender su realidad en torno a él.

La articulación de las urdimbres

Entre las tres urdimbres, la constitutiva o primigenia, la de orden y la de identidad hay transiciones. Pasos entre una y otra. Precisamente en esas fases de cambio hay el peligro de quedarse estancado en la urdimbre que ha de ser superada para acceder a un nivel superior de madurez. En las tres puede quedar la persona atrapada; en la primera en un «enmadramiento neurótico», en la segunda, en una necesidad obsesiva de orden, en una supeditación a un superyo tiránico y cruel o a una angustia persecutoria. En la tercera fase (Urdimbre de identidad), habitualmente el hombre queda detenido en el abrigo institucional, ya sea algo fundado por él, ya sea algo fundado por otro y a lo que él se entrega en una nueva tutela materna.

Sin embargo Rof Carballo considera la existencia de un «*Síndrome límbico*», referido a los casos fronterizos o «*borderline*», casos en los que se podrían encuadrar pacientes que han sufrido graves perturbaciones en su fase constitutiva y por tanto carecen de «colchón» afectivo y emocional suficiente, pacientes que manejarían casi exclusivamente un lenguaje operatorio (*Alexitimia*). En estos pacientes «límite» ve Rof el caldo de cultivo-en función al paralelismo identidad neurológica = mismidad = identidad inmunológica = identidad endocrinológica... para el desarrollo de la enfermedad orgánica grave

Rof Carballo considera la existencia de un “Síndrome límbico”, referido a los casos fronterizos o “borderline”, en los que se podría encuadrar pacientes que han sufrido graves perturbaciones en su fase constitutiva.

La actividad creadora

El Juego, el instinto, la fantasía y la creación: Todos tienen la misma estructura básica. Todos dan satisfacción al desplegarse. Todos suponen el empleo al azar libre de fragmentos de secuencias que llamamos instintivas para indicar que son congénitas o están arraigadamente establecidas en el sistema nervioso.

La actividad que permite el proceso creador descansa sobre un «desenfoque» de la realidad. Implica como «un paso atrás» que permite a la vez que una visión nueva sobre las cosas, una visión también nueva sobre nosotros mismos. Sobre nuestras cegueras.

El acto creador consiste en una desconfiguración de la realidad que a fuerza de sernos habitual nos ciega y nos impide ver otras formas de considerar el mundo, unida al proceso complementario de su reconstrucción o reorganización.

Lo fundamental es que el ser humano nace prematuramente, lo cual tiene hondas implicaciones biológicas y culturales. Esta prematureidad biológica se traduce en una inmadurez de importantes zonas del cerebro; sobre todo en el sistema límbico. Su maduración va a depender de una relación transaccional con el medio, fundamentalmente con la figura materna.

Está clara en primer lugar la importancia de los procesos epigenéticos, que tienen lugar en el recién nacido, bien por actividad de genes latentes o por genes de desarrollo o por reajustes reverberantes entre el medio y los genes.

La «Experiencia temprana» tiene una influencia enorme en el mundo animal y primates, programando ciertos enzimas capitales, como los que gobiernan la actividad endocrina o el sistema nervioso. Esto, además tiene su paralelismo con las investigaciones de psicólogos en situaciones de desamparo o carencia afectiva y con la conducta de vinculación o adhesión, analizada tanto y tanto y que se corresponde psicoanalíticamente a la «relación preobjetal» o «fase simbiótica».

La medicina psicosomática

La “Experiencia temprana” tiene una influencia enorme en el mundo animal y primates, programando ciertos enzimas capitales, como los que gobiernan la actividad endocrina o el sistema nervioso.

La medicina psicosomática supone «una gigantesca convergencia de las más heterogéneas direcciones de la investigación neurofisiológica y de la clínica, desde el estudio de las funciones del rinencéfalo hasta el psicoanálisis, desde la histofisiología del hipocampo hasta los estudios experimentales sobre la modificación de las funciones de los órganos por la influencia de la emoción, desde la psicología experimental comparada hasta la más moderna neurofisiología. Pero, al mismo tiempo, convergen en ella actividades de extraordinaria importancia en la práctica médica, tales como la psicoterapia con otras, a primera vista teóricas y especulativas como la antropología [...]. Es decir, quien aporta a la medicina mecanicista de mediados del siglo XX la salud, restableciendo el equilibrio perdido... es una inquietud que entra dentro de ese impulso hacia el saber último de las cosas que caracteriza toda formación abierta».

En la medicina psicosomática, la clave reside en la biografía. El paciente con lo más secreto de la persona en el origen o evolución de la enfermedad.

Rof Carballo entiende que el conocimiento de la psique es un rompecabezas al que se puede acceder desde varias posiciones; desde la neurofisiología de la conducta, de la memoria, atención y percepción, pero también se puede acceder a ella por medio del psicoanálisis, de la genética y desde la etología.

Sin embargo considera que acercarse exclusivamente desde cualquiera de estas perspectivas no es suficiente, por lo que inicia una labor ingente a partir de su obra «Urdimbre afectiva y enfermedad».

Esta inmadurez con que nace el cerebro cobra una enorme importancia, porque permite que en su acabado participen como moduladores; el clima social, las reacciones frente a la unidad padre-madre, las pautas transmitidas generacionales, etc... Todo ello, se ve reflejado en estructuras anatómicas, bioquímicas, enzimáticas, etc.

La inmadurez hace que el ser humano sólo pueda existir si hay prójimo y a la vez pueda transmitir intergeneracionalmente historia, cultura.

Y así como en el cerebro existen áreas programables, tan importantes para la mismidad, también hay áreas programables en el sistema inmunológico y en el endocrino. Tres programaciones paralelas pues; la neurológica, la inmunitaria y la endocrinológica. En las tres se dan las bases de la identidad, de la mismidad humana. Y esto tiene unas implicaciones enormes en cuanto a la salud y a la enfermedad. Pensemos la relación entre procesos mentales (neurológicos), endocrinos (respuesta de estrés) e inmunológicos (enfermedades autoinmunes, disminución de sistemas defensivos contra mutaciones, cáncer, virus, etc). Esta es la base de su patología integral, holística, psicosomática. Vuelve a ser una «Urdimbre», una interconexión intersistemática que posibilita analizar muchos niveles al considerar una enfermedad. A la vez, la mismidad se refleja en el entorno, en la familia, en la historia, lo cual permite una lectura psicodinámica y también sistémica), y más allá, piensa Rof que los centro reguladores psicosomáticos más elevados, limitan con una realidad inaccesible, ontológica que abre las vías a una comprensión de significado, estética o espiritual.

Y así como en el cerebro existen áreas programables, tan importantes para la mismidad, también hay áreas programables en el sistema inmunológico y en el endocrino. Tres programaciones paralelas pues.

La medicina moderna se halla imbuida del «pensamiento operatorio», exento de calor emocional y de intimidad. La propuesta

de Rof consiste en re-pensar la ciencia, la sociedad y sobre todo, re-pensar críticamente la medicina. Este programa está en la base de su evolución intelectual, desde su formación como histopatólogo hasta la medicina psicosomática. Criticó que la enseñanza de la medicina se esforzara exclusivamente en formar técnicos, huyendo de todo aquello que aludiese a realidades culturales o espirituales, negando su existencia por el hecho mismo de no ser objetivas, como lo requieren los hechos científicos.

Pero el médico no es, o no debería ser exclusivamente, un técnico, ya que se enfrenta con seres humanos y no con autómatas. La medicina actual ha excluido al sujeto –entendido como ser que experimente vicisitudes– de su ámbito. Pero, por supuesto, el hombre es más que un concepto mecanicista.

El olvido por parte de la medicina del hombre entendido de una manera integral, conlleva que esa parte desdeñada se manifieste de una manera caótica hacia el sistema sanitario. La sociedad actual necesita cada vez más ser atendida «en forma de medicina» de toda miseria personal. La infelicidad, familiar o social repercute en el presupuesto sanitario porque detrás del «disfraz» de enfermedad orgánica se oculta el sufrimiento existencial del ser humano. El sistema carga entonces con el débito de manejar esa organicidad, lo cual conlleva un aumento de la iatrogenia y a su vez el «modelado» de las formas de enfermar.

La infelicidad, familiar o social repercute en el presupuesto sanitario porque detrás del “disfraz” de enfermedad orgánica se oculta el sufrimiento existencial del ser humano.

El médico ha perdido gran parte de su prestigio, convirtiéndose en un funcionario, mientras que los pacientes «divinizan» «la tecnología, que lejos de ser usada racionalmente se ha llegado a hipertrofiar en una defensiva «huida hacia delante» en la que el profesional ya no habla con el paciente, no permite la expresión humana de ese sufrimiento, aunque inconscientemente en sus gestos, en sus comentarios al margen etc, su impacto sobre el enfermo es enorme y a veces brutal, ese enfermo que, cada vez más, se convierte en un mero número.

La realidad velada

La tesis de Rof subraya que la realidad biológica es lo importante y no puede estar determinada por los métodos con que se procura comprenderla. No se trata de conciliar la fisiología del SNC con el psicoanálisis, sino de abordar la realidad que tras ambas se esconde.

«A lo largo de mi vida se me ha hecho con frecuencia el reproche de que en mi intento por divisar la importante verdad que, en el ser humano, está oculta tras los diversos enfoques; psicoanalítico, neurofisiológico, etológico, clínico, psicológico, antropológico, genético, bioquímico... hay un propósito de eclecticismo o de alarde de erudición.

Tras este juicio se esconde la tendencia inconsciente a poner el acento en las teorías que resultan de estos enfoques, dando importancia alas «opiniones» o a las tesis ‘psicoanalíticas’, «genética» etc. Sin buscar tras todo ello **una realidad, indiferente en su esencia a los métodos con que se la estudia y, naturalmente, trascendiéndolos a todos**».

La «realidad velada» alude a la esencia misma de lo real a la cual no puede llegar nunca la ciencia ni el pensamiento, Rof la equipara al Ser, a lo inefable.

Rof encuentra este nuevo ámbito en el «Mito», que para él tiene el significado de realidad, «autorrevelación del ser», experiencia primigenia previa y necesaria para el desarrollo del pensamiento racional.

Todo mito muchas veces alude a una creación (cosmogonía) que ha requerido un hecho sangriento. Podemos conectar esto con la existencia de las urdimbres. Así como hay una primera «*urdimbre constitutiva, básica*», por la que el hombre queda abierto a la experiencia del mundo mediada por la madre, hay una segunda «*urdimbre ordenadora*», por la que se establecen las preferencias dentro de lo que se percibe en base a un mundo de valores culturales. Esto hace que la realidad sea filtrada. Esta segunda urdimbre entra en el campo simbólico de lo paterno, y su aparición marca el desarrollo de la inteligencia racional.

El leitmotiv de Rof Carballo es la frase de Pascal “El hombre es infinitamente más que el hombre”; hay una conciencia más rica de la que admitimos tener; hay una realidad complejísima que sólo entrevemos.

Pero antes de esto había existido una fase simbiótica con la madre en la que se percibía «*una inefable experiencia de la totalidad de la realidad, de su riqueza infinita*». Una realidad total que será inasequible para siempre. Quedará una vaga sospecha de su existencia, y esta es la maravilla presentida por los poetas. Esto es porque todo desarrollo de la inteligencia implica un asesinato en el mito. Para crecer hemos tenido que sacrificar un mundo de insondable riqueza.

El leitmotiv de Rof Carballo es la frase de Pascal «*El hombre es infinitamente más que el hombre*»; hay una conciencia más rica de

la que admitimos tener; hay una realidad complejísima que sólo entrevemos y hay también un pensamiento de mayor amplitud de horizonte que lo que habitualmente concebimos.

Y en esto, Rof critica la restricción que supone para el ser humano y para la medicina en particular, la cerrazón en torno a un pensamiento mecanicista, científico-técnico, que se acompaña de escotomas enormes, restringen la visión de lo real y desaprovechan las múltiples posibilidades de conciencia.

La ciencia se constituye dentro de una especial ceguera para la experiencia mítica y para la forma artística, que no son percibidas. También se ha descartado la idea del Ser, de la metafísica. Estas cegueras esenciales implícitas en una visión mecanicista de la realidad, las ve Rof como directamente vinculadas a la falta de sentido en la vida que se siente especialmente en la patología social de este siglo.

Las cegueras fundamentales para Rof serían: 1. «El olvido del Ser»; 2. La investigación científica del «pensamiento meditante»; 3. El postulado de los físicos atómicos acerca de «una realidad independiente al hombre» o una «realidad velada»; 4. La defensa de la base racional del mito; 5. La revalorización de la imaginación; 6. La relación entre el mundo del arte y el mundo del mito; 7. La revalorización del mundo auditivo, desplazado por el empleo del mundo visual como más adecuado para la dominación de la realidad por la técnica.

Estas cegueras esenciales implícitas en una visión mecanicista de la realidad, las ve Rof como directamente vinculadas a la falta de sentido en la vida que se siente especialmente en la patología social de este siglo.

Comentario bibliográfico

En 1949 aparece la primera edición de «**Patología Psicosomática**» que obtuvo un gran éxito y se reeditó tres veces. Es una obra enciclopédica donde el autor analiza la enfermedad psicosomática desde todas las perspectivas posibles. De hecho su propósito es el de abordar al enfermo desde una metodología integrada e integral. Advierte de los peligros de la especialización, incluso de la especialización «psicosomática».

La corrección de una posición exclusivamente física o química sólo puede darse reconociendo los factores psicológicos y en su influencia en el enfermar; unas veces en el sentido causal y en otras – la mayoría– modificando o amplificando su sintomatología y participando en su evolución.

La «Patología Psicosomática» es un balance sistemático de lo que hasta la fecha se conoce de esta nueva orientación de la medicina y

el punto de partida para la futura obra del autor. Fue el primer «tratado» a nivel mundial en el conocimiento de las enfermedades desde el punto de vista psicosomático, integrado dentro de la medicina y no como mera especialidad de un subgrupo de enfermedades. Se trata de un auténtico cambio de enfoque en el conocimiento médico. La exposición abarca los fundamentos bioquímicos, fisiológicos, psicológicos y clínicos de la visión psicosomática de la medicina.

El libro alcanza un gran éxito y alcanza tres ediciones. Es elogiado por personajes como Ortega y Gasset (que lo adjetivará de «catedralicio») y Ludwig Binswanger, padre del análisis existencial.

En el capítulo titulado «Las bases neurológicas de la personalidad», realizó la primera exposición sistemática conocida referente a la localización de estructuras anatómicas responsables de la conducta emocional. Esta labor la culminaría en su segunda gran obra.

En 1952 publica «*Cerebro interno y mundo emocional*». En él, Rof actualiza todo el conocimiento existente hacia el cerebro emocional. También en este libro analiza el desarrollo del esquema corporal, los problemas del desarrollo afectivo. Aparece por primera vez su contribución más importante: «*La Urdimbre afectiva*».

Se expone sistemáticamente el sistema límbico y paralímbico (Conocido entonces como «cerebro emocional») y su papel en la regulación de la afectividad humana en conexión con su ambiente. Al límite de sus posibilidades, Rof trabaja en solitario con un conocimiento extraordinariamente actualizado de la ciencia médica, y consigue realizar una increíble interconexión con las ciencias humanas teniendo en el punto de mira la constitución cerebral y psicológica. Este libro será el preludio del que posiblemente constituya la obra más importante de Rof Carballo.

Se trata de un auténtico cambio de enfoque en el conocimiento médico. La exposición abarca los fundamentos bioquímicos, fisiológicos, psicológicos y clínicos de la visión psicosomática de la medicina.

«*Urdimbre afectiva y enfermedad*» aparece en 1960. En ella Rof muestra un estudio detallado y multilateral de la convivencia humana, la relación con los semejantes: la realidad dialógica del ser humano, la influencia de relaciones «transaccionales» del prójimo protector», que tienen un correlato anatómico y estructural en el cerebro: Esta es la teoría básica de Rof. La «urdimbre afectiva».

De las páginas brota una increíble selva de datos procedentes de las

más dispares disciplinas: la clínica, la antropología cultural, la etología, que son soberbiamente ensamblados con coherencia. Este libro otorga a Rof un prestigio internacional al nivel de las máximas figuras en el tema de la convivencia humana, al mismo nivel que los mejores teóricos mundiales de las relaciones objetales.

Siguiendo la estela de Gregorio Marañón, Novoa Santos, Laín Entralgo o García Sabell, Rof Carballo destaca como ensayista : **«El Hombre a prueba», «Entre el Silencio y la palabra», «Medicina y Actividad creadora», «Violencia y Ternura»** . Como dijo García Sabell, sus ensayos no se explican por un afán de aplicar los factores técnicos y médicos o psicológicos a esferas ajenas a ellos, sino una necesidad imperiosa de esos campos que precisa ser aclarada. Son intentos de aprehender intelectualmente lo humano.

Para García Sabell: *«Dentro de la claridad del estilo y de la exactitud informativa, existe una notable sinuosidad del recorrido discursivo. [...] El autor, antes de nada, tiene buen cuidado en señalar el objetivo, la meta, el punto de llegada; luego, a fuerza de vueltas y de sesgos, parece que no llega nunca. Son rodeos, aproximaciones en meandro, retrocesos momentaneos»*.

Su perspectiva del psicoanálisis es del todo abierta. Llama la atención la compenetración de los conocimientos extraídos a través del enfoque psicoanalítico con los datos de otras disciplinas.

Así el recorrido intelectual de nuestro autor abarca ensayos sobre mitología (el mito de Orfeo, El mito de Tiresias, El Centauro Quirón...), Literatura (Rilke, Proust, Rosalía de Castro...), Antropología Cultural (La Santa Compañía...), Filosofía (Zubiri, Kierkegaard, Heidegger) Arte (El Bosco, El Greco, Goya, Solana...), Metaciencia, Psicología transpersonal, misticismo... y tantos y tantos temas que él sabe engarzar perfectamente con su preocupación básica: la

comprensión completa del ser humano, integradora desde niveles moleculares hasta las más altas realizaciones espirituales).

También, en 1972 publica **«Biología y Psicoanálisis»** y en 1975 **«Fronteras vivas del psicoanálisis»**. Rof había sido formado como psicoanalista ortodoxo y trabajó como tal, complementándolo con su labor médica durante diez años. Su perspectiva del psicoanálisis es del todo abierta. Llama la atención la compenetración de los conocimientos extraídos a través del enfoque psicoanalítico con los datos de otras disciplinas. Pero fundamentalmente, abre su campo más allá del reduccionismo psicoanalítico ortodoxo, criticando las distintas escuelas y tomando de cada una de ellas (la psicología del

yo, la de las relaciones objetales, la junguiana, la del sí mismo) distintas perspectivas para clarificar los fenómenos que estudia.

En *«Teoría y Práctica psicósomática»* (1984), Rof vuelve a deslumbrar con un recorrido integral de las bases heurísticas de la medicina psicósomática y de todas las disciplinas que arrojan luz sobre ella.

Mirado como un retomar su primera obra *«Patología Psicósomática»*, se advierte la evolución de la ciencia y su apertura a campos del saber considerados trascendentales. Ahora se incorpora toda la nueva información surgida sobre neurotransmisores autacoides, neuropéptidos, asimetría interhemisférica, psiconeuroinmunología, teoría del caos, etc. Aunque tenía planificado la continuación de este volumen con otro dedicado a patologías y entidades específicas, este nuevo volumen no llegó a ser publicado.

En cambio aparecerán los dos últimos libros de Rof: *«Terapéutica del Hombre»* (1986) y *«Los Duendes del Prado»* (1990), en los que el autor se «desprende «en gran medida de todo su aparataje conceptual y muestra lo más complejo de una manera sencilla y directa. Lo más destilado de su conocimiento, de sus últimas obras. Son dos libros breves, maravillosos, en los cuales se integra como nunca su visión psicósomática con su idea del «Ser», su idea metafísica y su convicción y experiencia de lo que denominaba «realidad velada». El presentimiento de la existencia de realidad y conciencia más allá de lo establecido consensualmente por la visión cotidiana.

Bibliografía básica

1. *Patología psicósomática*. Madrid. Paz Montalvo, 1949 (3ª ed., 1968); Asociación Gallega de Psiquiatría, 1999.
2. *El hombre a prueba*. Madrid. Paz Montalvo, 1951.
3. *Cerebro interno y mundo emocional*. Barcelona. Labor, 1952. Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.
4. *Cerebro Interno y Sociedad*. Madrid. Ateneo, 1952.
5. *La medicina actual*. Barcelona. Barna, 1954.
6. *Mito e realidade da terra nai*. Vigo, 1957. Galaxia, 1989.
7. *Quirón el centauro*. Madrid. Instituto Ybis, 1958.
8. *Entre el silencio y la palabra*. Madrid. Aguilar, 1960. Madrid. Espasa – Calpe, 1990.
9. *Niño, familia y sociedad*. Madrid. Ediciones del congreso de la familia española, 1960.
10. *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Barcelona. Labor, 1961. Asociación Gallega de Psiquiatría, 1999.
11. *Medicina y actividad creadora*. Madrid. Revista de Occidente, 1964.
12. *El futuro del hombre*. Madrid. BAC, 1966.
13. *Violencia y ternura*. Madrid. Prensa española, 1967 (3ª ed. 1977). Madrid, Espasa – Calpe, 1988.
14. *Rebelión y futuro*. Madrid. Taurus, 1970.
15. *Biología y psicoanálisis*. Bilbao. Desclée de Brouwer, 1972.
16. *Signos en el horizonte*. Madrid. Prensa española, 1972.
17. *El hombre como encuentro*. Madrid. Alfaguara, 1973.
18. *Fronteras vivas del psicoanálisis*. Madrid. Karpós, 1975.

19. *Teoría y práctica psicosomática*. Bilbao. Desclée de Brouwer, 1984.
20. *Terapéutica del hombre. El proceso radical del cambio* (en col. Con Javier del Amo). Bilbao. Desclée de Brouwer, 1986.
21. *Los duendes del prado*. Madrid. Espasa – Calpe, 1990.

Sobre J. Rof Carballo

1. Foulkes, S. H.; Anthony, A.J.»*Sobre la teoría de la urdimbre de Rof Carballo*», en «Psicoterapia psicoanalítica de Grupo», Buenos Aires. Paidós.
2. García-Sabell, Domingo: «*Rof Carballo: el sentido de una obra médica*», en «Testimonio personal». Madrid. Seminarios y ediciones, 1971.
3. Jódar Martín-Montalvo, Luis: «*Pensamiento y obra de Juan Rof Carballo*» (tesis doctoral). Universidad Complutense. Madrid. Facultad de Farmacia, 1992.
4. Mermall, Thomas: «*La retórica del humanismo*». Madrid. Taurus, 1978.
5. *Anthropos*. Revista de documentación científica de la cultura. Monográfico nº 141. Juan Rof Carballo. Una medicina dialógica. El prójimo como constitución del ser. Barcelona. Anthropos. Febrero 1993.
6. *Suplementos*. Materiales de trabajo intelectual. Rof Carballo. Medicina, sociedad y cultura. Textos y Documentación. Barcelona. Anthropos. Mayo, 1993.

Crisis agudas, conflictos crónicos: El Colegio Oficial de Psicólogos contra la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica

Acute crisis, chronic conflicts: The Professional Psychologists Association versus the National Committee of Clinical Psychology Specialty

Autora

Marisol Filgueira Bouza. Doctora en Psicología, Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. CHU Juan Canalejo-Marítimo de Oza. As Xubias de Abaixo s/n. 15006 La Coruña sfilbou@canalejo.org
Tf.: 981178174 Fax: 981178686.

La profesión del psicólogo atraviesa una crisis histórica relacionada con la más reciente legislación en el ámbito sanitario y ciertas escisiones desencadenadas entre sus instituciones.

Resumen

La profesión de psicólogo atraviesa una crisis histórica relacionada con la más reciente legislación en el ámbito sanitario y ciertas escisiones desencadenadas entre sus instituciones.

Palabras clave

Legislación y administración sanitaria, psicólogos, licenciados/especialistas en clínica, ejercicio público/práctica privada/mundo académico, formación postgrado, enfoques de intervención.

Abstract

Psychology as a profession is going through an historical crisis in relation to the newest health legislation and some splits among its institutions.

Key words

Health legislation and administration, graduates/clinical psychology specialists, public/private/academic practice, postgraduate training, intervention approaches.

En marzo del presente año, nos llegaba una circular del Decano-Presidente del Colegio Oficial de Psicólogos (COP-Secretaría Estatal), D. Francisco Santolaya Ochando, dando cuenta del «*agitado y crítico*» momento que vive nuestra profesión «*debido a la aparición de diversas normas legales que regulan estrechamente el ejercicio profesional dentro del campo sanitario*», e informando de la interpretación que hace la Junta de Gobierno «*del impacto de dichas normas legales sobre nuestra vida profesional*».

Concretamente, analiza la fuerte decepción que supuso la aprobación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), por no reconocer a los Licenciados en Psicología como profesionales sanitarios, y la preocupación por las repercusiones que pueda tener, sobre el futuro de los psicólogos no especialistas, esta ley asociada al Real Decreto 1227/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Con fecha 4 de marzo de 2004, el Decano del COP-Estatal escribe también al Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, D. Jaime Aubia Marimón, comunicándole la retirada del representante del COP en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC), D. Manuel Berdullas Termes, mientras no se produzca la renovación de la citada comisión, denunciando «*la creciente pérdida de confianza que esta corporación y muchos colegiados han tenido en su funcionamiento*», por no haberse renovado en los plazos estipulados, por dar prioridad a los expedientes de solicitud del Título de Especialista en Psicología Clínica que se acogen a la disposición transitoria segunda (servicios sanitarios públicos) en detrimento y lesionando los derechos de los que lo hacen por la tercera (práctica privada), y por lo que entiende como «*extralimitaciones*» de la Presidenta de la CNEPC, Dña. Begoña Olabarría González, al vertir «*graves descalificaciones... de forma implícita, sin citarlos, sobre importantes organismos de la Psicología tanto colegiales como académicos*», en un Informe de Presidencia donde analiza las razones por las que la Psicología no ha sido incluida como profesión sanitaria en la LOPS y propone las medidas que deberían adoptarse para subsanar esta situación.

Analiza la fuerte decepción que supuso la aprobación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), por no reconocer a los Licenciados en Psicología como profesionales sanitarios

Tres días antes (1 de marzo), el Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, D. Fernando Chacón Fuertes, había escrito al Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), D. Francisco Chicharro Lezcano, dando cuenta de las declaraciones de la Presidenta de la CNEPC objeto de la polémica y, dado que la misma es la representante de la AEN en la CNEPC, exigiendo aclaración sobre si dicho informe *«es la postura oficial de la AEN sobre la inclusión de la Licenciatura de Psicología dentro de las Profesiones Sanitarias, o si por el contrario es una postura personal de D^a Begoña Olabarría»*, y si la AEN comparte la supuesta descalificación de la Presidenta de la CNEPC contra el COP-Madrid. Todo ello amparándose en *«la buena relación que ha existido siempre entre ambas instituciones y con el deseo de que ésta siga existiendo»*. A lo que el Presidente de la AEN responde manifestando su *«perplejidad y sorpresa»* ante esta expectativa, entendiéndolo que no ha habido descalificación alguna sino *«un análisis extremadamente cuidadoso y certero de antecedentes y elementos que conviene modificar y que configuran la actual situación»*, mostrando su total acuerdo y respaldo de las opiniones y actuaciones de la Presidenta en la CNEPC en toda su trayectoria y recordando cómo la CNEPC, incluido el representante del COP, ha demostrado la misma opinión *«al no discutir o rectificar en ningún momento el informe»*, entendiéndolo además que el

Si dicho informe “es la postura oficial de la AEN sobre la inclusión de la Licenciatura de Psicología dentro de las Profesiones Sanitarias, o si por el contrario es una postura personal”.

Decano del COP-Madrid descontextualiza frases con un *«efecto manipulador»*, sin entrar a calificar la opinión que ello le merece, y desvelando que el Decano del COP-Madrid sí había vertido graves ofensas contra D^a Begoña Olabarría, en ausencia de ésta, en el curso de un congreso de psicoanálisis lacaniano en Barcelona, así como el Decano del COP-Estatal sí entra en descalificaciones de las actuaciones de la CNEPC, *«buscando amparar así la solicitud de*

cambios en la misma y definiendo una intolerable medida de presión para alcanzar sus objetivos, que afecta a todos los participantes en ella y a las organizaciones representadas».

Considera que estos hechos debilitan *«las posiciones alcanzadas por la Psicología... en nuestro país»*, cuestiona los objetivos que se persiguen con estas actuaciones y lamenta la postura adoptada por el COP-Madrid, entendiéndola lesiva de la necesaria *«unión en torno a objetivos comunes»*.

Las referidas declaraciones están recogidas en el apartado 2.3 del acta de la reunión de la CNEPC del pasado 16 de enero (Informe de la Presidencia):

«D^a Begoña Olabarría, al hilo de la polémica suscitada por y en ciertos sectores de la comunidad científico-profesional de la Psicología por la no incorporación de la licenciatura en el texto de la Ley de Profesiones Sanitarias, considera necesario reflexionar sobre el proceso y la situación de los estudios de Psicología en nuestro país. En su opinión, éstos adolecen de graves deficiencias que se han ido configurando a lo largo de los años, al tiempo que considera que deben ser abordadas por sus responsables y en el marco que les corresponde, citando los siguientes elementos:

- La diversidad máxima entre los planes de estudio de la licenciatura que han provocado una pérdida de perfil profesional. Frente a esta realidad señala el ejemplo de la licenciatura de Medicina que ha cuidado mucho los planes de estudio para mantener un perfil profesional unificado.

- El progresivo y muy importante desdibujamiento y pérdida de peso de las materias clínicas durante el pregrado.

- Los contenidos de las materias clínicas continúan muchas veces establecidos sobre y desde disputas entre modelos de conocimiento, lo que repercute incluso en las diferencias en la denominación de las mismas.

- La ubicación de la licenciatura en el M^o de Educación en el área de conocimiento de las Ciencias Sociales y no en Ciencias de la Salud, como en su opinión debe ser. Recuerda que durante finales de los años 80 y primeros de los 90 algunos departamentos PETRA (Personalidad, Evaluación y Tratamientos) con el apoyo de la Conferencia de Decanos de aquellos años apostaron por la ubicación de los estudios de Psicología en el Área de Ciencias Sociales y Jurídicas, donde continúa hoy. Y ello pese a los reiterados esfuerzos de importantes sectores de otros Departamentos PETRA e importantes sectores del COP de entonces. Desde entonces aquí no ha vuelto a ser considerada la salida de la licenciatura de dicho área.

El número de Facultades de Psicología ha pasado de tres en los años setenta a 30 en el momento actual. El inasumible socialmente número de licenciados ha provocado daños profesionales y ciudadanos.

- La planificación endogámica del número de Facultades y de títulos de Psicología. El número de Facultades de Psicología ha pasado de tres en los años setenta a 30 en el momento actual. El inasumible socialmente número de licenciados en Psicología ha provocado daños profesionales y ciudadanos.

- *El desarrollo exponencial de masters que ha creado el mercado con redes de relaciones de intereses concretos en el que algunos profesores universitarios han centrado su interés, alejándose aún más del imprescindible ejercicio clínico de la Psicología.*

- *La ausencia de rotatorios de prácticas de los alumnos en el ámbito sanitario y fuera del Sistema Nacional de Salud, así como la no existencia de plazas vinculadas.*

Todo ello repercute a su juicio en que sea preciso considerar que la LOPS y la situación creada no deba ser manejada demagógicamente y/o con información insuficiente, pues junto al hecho de que puede generar una visión tendenciosa de daño, también puede resultar perjudicial en tanto configure una inadecuada imagen académica y profesional de la Psicología. Insta a situar la necesidad de análisis y propuestas de modificación en los niveles básicamente académicos que corresponden, y reclama actuaciones rigurosas y con perspectiva global de futuro para ellas.

Considera entre tanto que la Comisión Nacional debe continuar sus trabajos en las líneas de reflexión y actuación actualizadas, responsables y rigurosas que vienen caracterizando su hacer en torno a su ámbito. La Especialidad, hasta la fecha».

Insta a situar la necesidad de análisis y propuestas de modificación en los niveles básicamente académicos que corresponden, y reclama actuaciones rigurosas y con perspectiva global de futuro.

Más adelante, en el punto 9.6 del acta, los representantes PIR manifestaron lo siguiente:

«Las manifestaciones contra la LOPS que se están promoviendo parece que al amparo y por iniciativa del Departamento PETRA y del COP de Madrid (podría tratarse de actuaciones individuales por cuanto las convocatorias no van firmadas) entre los alumnos de la Universidad, principalmente en la Universidad Complutense de Madrid, y que vienen a ilustrar lo expresado en el Informe de la Presidenta, ítem 2 del orden del día de esta reunión, al mostrar actuaciones e informaciones carentes de fiabilidad y rigor».

El Decano del COP-Madrid entiende que *«esta alusión directa a la actuación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid como ejemplo de lo informado por la Presidenta de la comisión, no fue rectificada en ningún momento, por lo que la Junta de Gobierno que presido entiende que tácitamente fue admitida por la misma».*

El incidente produjo reacciones inmediatas:

Los miembros de la CNEPC firman un escrito, el 5 de marzo, que remiten al Director Gral. de RRHH y Servicios Económico-Presupuestarios del Mº de Sanidad y Consumo, D. Jaume Aubia Marimón; al Subdirector Gral. de Formación Profesional del Mº de Sanidad y Consumo, D. Marc Soler; a la Subdirectora Gral. de Especialidades en CC de la Salud del Mº de Educación, Cultura y Deporte, Dª Emilia Sánchez Chamorro, y al Director Gral. de Universidades del Mº de Educación, Cultura y Deporte, D. Pedro Chacón Fuertes (obsérvese la coincidencia con los apellidos del Decano del COP-Madrid), comentando la carta del Decano del COP-Estatal, donde se muestran dispuestos a que se produzca la renovación de la Comisión en los términos y plazos que indiquen los Ministerios, declarando no haber tenido conocimiento de la pérdida de confianza expresada por el Decano del COP-Estatal, ni tan siquiera a través de su representante en la CNEPC, sino todo lo contrario (aludiendo a las felicitaciones más adelante descritas por la AEN), rechazando las descalificaciones hacia la Presidenta, defendiendo la labor por ésta realizada en todos los ámbitos y funciones de la Comisión, valorada por todos sus miembros y por la comunidad de psicólogos en distintos ámbitos profesionales y académicos, y mencionando méritos concretos como el Libro del Residente, el programa de la Especialidad, las revisiones de los anexos a los documentos de acreditación, la memoria de rotaciones de los PIR, los mecanismos para las auditorías de la Unidades Docentes, la revisión de expedientes de solicitud de homologación del título de Especialista en Psicología Clínica...

Se manifiesta sorpresa por la retirada del representante del COP en la CNEPC, interpretándola como un inadecuado deseo de presión, por cuanto se critican acuerdos tomados por unanimidad en la CNEPC.

Con fecha 8 de marzo, la AEN dirige un escrito al Subdirector Gral. de Ordenación Profesional del Mº de Sanidad y Consumo, D. Marc Soler, y a todos los cargos antes mencionados, haciéndose eco del escrito del Decano del COP-Estatal, donde se manifiesta sorpresa por la retirada del representante del COP en la CNEPC, interpretándola como un inadecuado deseo de presión, por cuanto se critican acuerdos tomados por unanimidad en la CNEPC, incluyendo al representante del COP, que colaboró «*en plena sintonía durante todo el proceso*», apoyando y valorando el trabajo, y expresando «*su satisfacción y acuerdo en los procedimientos establecidos y criterios adoptados internamente para el estudio y valoración de los expedientes*» de homologación de los Títulos de Especialista en Psicología Clínica. Concretamente, en el acta del 12 de diciembre de 2003, donde no

consta ninguna objeción de su parte a la impresión global. Y, en la reunión del 31 de octubre de 2003, el Secretario General del COP, D. Manuel Mariano Vera, en presencia de la Subdirectora Gral. de Especialidades en CC de la Salud del Mº de Educación, Cultura y Deporte, Dª Emilia Sánchez Chamorro, y del Subdirector Gral. de Formación Profesional del Mº de Sanidad y Consumo, D. Marc Soler, había agradecido a los miembros de la CNEPC, *«en su nombre y en el del COP, el trabajo que venía realizando la Comisión Nacional, calificándolo de ingente, riguroso y satisfactorio»*. Por otro lado, se rechazan las descalificaciones formuladas sobre la Presidenta de la CNEPC *«y hacia el conjunto de la Comisión Nacional y sus trabajos»*, aclarando, además, que Dª Begoña Olabarría, representante de la AEN en la CNEPC, *«fue elegida por unanimidad presidenta en la Comisión Promotora de la Especialidad, y así mismo... volvió a ser elegida por unanimidad presidenta de la... CNEPC. Desde ahí ha venido a jugar un papel de extraordinaria importancia en el proceso de oficialización de la especialidad de Psicología Clínica. Sin duda, ha impulsado y coordinado de forma inteligente, responsable y honesta múltiples estrategias y acciones, todas ellas encaminadas a consolidar esta especialidad y, en definitiva, a contribuir a la mejora de la excelencia profesional y a la mejor asistencia y atención integral en el Sistema Nacional de Salud y, en general, en la intervención sanitaria»*. Se destacan la elaboración del Libro del Residente, del nuevo programa de la Especialidad, la revisión de los criterios y anexos para la acreditación de unidades docentes y el impulso de las auditorías para el control de la calidad docente. *«Todo ello, junto al proceso responsablemente riguroso, eficaz, equitativo y transparente seguido en el proceso de homologación de títulos de especialistas en Psicología Clínica. El estilo y dinámica llevado ha primado la responsabilidad y el consenso entre los miembros de la CNEPC, estableciéndose un clima favorecedor del impulso del trabajo y la reflexión y tomas de decisión responsables»*. Se expresa el apoyo y respaldo de todas las actuaciones llevadas a cabo por la CNEPC y su Presidenta, trasladándoles su *«reconocimiento y agradecimiento por el riguroso trabajo realizado»*.

Se destacan la elaboración del Libro del Residente, del nuevo programa de la Especialidad, la revisión de los criterios y anexos para la acreditación de unidades docentes.

Este escrito de la AEN es suscrito por la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AAN) que, a su vez, lo remite el 12 de marzo a la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo, Dña. Ana Pastor, y a la totalidad de cargos ya mencionados, añadiendo: *«Desde Andalucía hemos seguido atentamente y con satisfacción la labor realizada por la CNEPC, presidida por Dña. Begoña Olabarría, y estamos*

convencidos de que las acciones realizadas por ella están ya redundando en la mejora de la calidad que se les está ofreciendo a los ciudadanos con trastornos de salud mental, especialmente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por todos estos motivos, rechazamos con toda energía las declaraciones del Presidente del COP, que no entendemos a qué obedecen. Pero, desde luego, sí sabemos que no responden a la mejora de la calidad de los servicios que se le ofrecen a los ciudadanos que utilizan los servicios asistenciales del Sistema Sanitario Público». Asimismo, la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, la Asociación Balear de Salud Mental, la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, la Asociación Castellano- Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental, la Asociación Castellano-Leonesa de Neuropsiquiatría, la Asociación Catalana de Professionals en Salut Mental, la Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría, la Asociación Madrileña de Salud Mental, la Asociación Murciana de Neuropsiquiatría, la Asociación Valenciana de Neuropsiquiatría, la Asociación Vasco-Navarra Osasun Mentalaren Elkartea y la Asociación Aragonesa de Neuropsiquiatría, dirigen escritos similares a todos los cargos públicos antes mencionados. Y, en el marco de la Asociación Galega de Saúde Mental, surge la iniciativa de elaborar este informe.

El sector académico universitario también reacciona con un escrito dirigido al Secretario de Estado de Educación y Universidades, D. Julio Iglesias de Ussel, a la Presidenta de la CNEPC, D^a Begoña Olabarría González, a la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo, a la Sra. Ministra de Educación, Cultura y Deporte, y a los demás cargos mencionados, expresando su sorpresa por la retirada del representante del COP en la CNEPC, que se interpreta como una medida de presión para forzar un cambio en la constitución de la misma, con graves consecuencias al paralizar sus actuaciones sobre las solicitudes de homologación del Título de Especialista en Psicología Clínica; también, por la crítica que hace el Decano del COP de los acuerdos internos de la CNEPC para mejorar el ejercicio de sus funciones. Se rechazan sus descalificaciones hacia la Presidenta y demás miembros de la CNEPC, calificando de *sospechosa* la acusación de *afán de poder y protagonismo*, en especial de los que ya pertenecieron a la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica (D^a Begoña Olabarría, D. Alejandro Ávila, D^a Amparo Belloch, D. José Leal y D^a Margarita Laviana), por entender que dichas personas, con su participación desinteresada, *«ejemplifican el impulso coordinado, responsable y*

El sector académico universitario también reacciona con un escrito dirigido al Secretario de Estado de Educación y Universidades expresando su sorpresa por la retirada del representante del COP en la CNEPC.

honesto que ha sido necesario llevar a cabo en todos estos años de cara a la consolidación de la especialidad, a la mejora de la excelencia profesional y a la mejor asistencia y atención a los ciudadanos en nuestro ámbito...», relegando muchas veces sus intereses personales y profesionales a favor de la comunidad científica y profesional de la psicología clínica. Se destacan nuevamente los resultados de las actividades realizadas por los miembros de la CNEPC, expresando la indignación por los hechos, el agradecimiento hacia la labor de la CNEPC y el deseo de que sus miembros sigan formando parte activa de la misma.

La Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR) se pronuncia a favor de la CNEPC y su Presidenta en un escrito dirigido el 10 de Marzo de 2004 al Director Gral. de RRHH y Servicios Económico-Presupuestarios del M^o de Sanidad y Consumo, D. Jaume Aubia Marimón, donde manifiesta su rechazo a la actuación del COP, su reconocimiento a la labor de D^a Begoña Olabarría, su respaldo a las decisiones de la CNEPC y la valoración altamente positiva del trabajo realizado por la misma *«que consideramos beneficiosa para el conjunto de la psicología española y de la psicología clínica en particular»*.

Se destacan nuevamente los resultados de las actividades realizadas por los miembros de la CNEPC, expresando la indignación por los hechos, el agradecimiento hacia la labor de la CNEPC.

La Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) se dirige, el 12 de marzo de 2004, al Secretario Gral. de Estado de Educación y Universidades, D. Julio Iglesias de Ussel, entendiendo que el escrito del Decano del COP involucra directamente a otras Asociaciones (incluida la AEPCP) y a la Administración, calificándolo de *irresponsable e ilegítimo* por los graves perjuicios que puede ocasionar. Resultan incomprensibles las críticas a los acuerdos unánimes de la CNEPC, donde ha

participado el propio representante del COP. Se rechazan las descalificaciones a la Presidenta y demás miembros de la CNEPC, resaltando su *«dedicación, capacidad científica y profesional, generosidad y honorabilidad»* en las diversas funciones que han llevado a cabo y los resultados de su actividad, y declarando el *«respaldo, respeto y confianza a la labor desarrollada por los miembros de la CNEPC y, en especial, a los aludidos en el escrito del Sr. Santolaya»*.

Algunos Colegios Autonómicos, como el COP de Andalucía Occidental o el COP de Galicia (15 de Abril de 2004), elaboran sus propios escritos remitidos al conjunto de la comunidad científico-profesional de la Psicología, denunciando las incomprensibles

determinaciones del Decano del COP-Estatal, interpretándolas como una postura *unilateral o personal* por cuanto no han sido consultadas ni informadas sus respectivas Juntas de Gobierno, mostrando su disconformidad con los contenidos, con las formas y con el irregular y antidemocrático procedimiento empleado, destacando el consenso científico y profesional con que se ha desarrollado el proceso de creación de la Especialidad de Psicología Clínica, así como la necesidad de preservar ese consenso entre el mundo académico y profesional en el debate sobre la normativa legal que afecta a la práctica de la Psicología, y manifestando el reconocimiento hacia el trabajo desarrollado en defensa de la especialidad por la CNEPC, *«de la que constan unos logros sin precedentes en un tiempo como el recorrido, en un contexto casi siempre adverso a los intereses legítimos de la Psicología en su relación con otras disciplinas, como en numerosas ocasiones se ha expresado desde diferentes foros».*

Un grupo de organizaciones que apoyan a la CNEPC y a la Psicología Clínica (AEN y sus asociaciones autonómicas federadas, AEPCP, ANPIR, COP-Andalucía Occidental y COP-Galicia) están diseñando una acción con un documento conjunto respecto a la defensa de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Asimismo hubo respuestas individuales, de personas que han ocupado cargos relevantes en instituciones implicadas directa o indirectamente en los hechos, por ejemplo:

La *«Carta Abierta a Francisco Santolaya»* de Miguel Anxo García Álvarez, ex-Presidente del COP-Galicia y antiguo integrante de la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica, con fecha 25 de marzo de 2004, donde pregunta al Decano-Presidente del COP Estatal si está amenazando con acciones contra las decisiones de la CNEPC, si está cuestionando el prestigio de sus componentes, si quiere provocar la impaciencia de los colegiados a la espera de sus títulos de especialistas, si sus exigencias de cumplimiento de los procedimientos administrativos (plazos de renovación de la Comisión) no tendrán que ver con intereses particulares (pues dicha renovación perjudicaría el proceso de resolución de los títulos de especialistas), si no estará estimulando la discordia y el enfrentamiento teniendo la responsabilidad de unir... Califica de comprometida la valoración que hace la Presidenta de la CNEPC sobre la situación de la Psicología, añadiendo que sólo ha dicho *«una pequeña parte de lo que amplios*

El consenso científico y profesional con que se ha desarrollado el proceso de creación de la Especialidad de Psicología Clínica, así como la necesidad de preservar ese consenso entre el mundo académico y profesional.

sectores de la Psicología Clínica pensamos hace mucho tiempo», y denunciando el estado de la Psicología en España en materias que son competencia y responsabilidad del COP, como: carencia de actuación previsor, inexistencia de un proyecto de crecimiento acorde con los cambios experimentados en la profesión y en la sociedad desde principios de los 90, falta de desarrollo de un instrumento organizativo capaz de crear, sustentar y liderar ese proyecto, falta de unidad y comunicación entre sectores fundantes de la Psicología Contemporánea en España. Le aconseja que no confíe «en quienes hasta ahora ignoraron las necesidades de la Psicología Profesional y que, ante la promulgación de la LOPS, se exaltan y movilizan escandalizados tras reivindicaciones colectivas cuando sólo les preocupó y sólo temen el daño a sus particulares intereses», entendiéndolo que «tienen prisa e insanas ambiciones... Sólo pretenden materializar el viejo 'sácate tú que me quiero poner yo' y sentar sus reales en la CNEPC». Recuerda cómo la Especialidad de Psicología Clínica ha sido un logro colectivo tan trascendente como la creación de los estudios universitarios independientes, el nacimiento del COP o la promulgación del Código Deontológico, y cómo «en el proceso hacia su consecución algunas contribuciones individuales han sido decisivas, entre ellas, la actitud respetuosa, la capacidad para el diálogo y la unificación,

Recuerda cómo la Especialidad de Psicología Clínica ha sido un logro colectivo tan trascendente como la creación de los estudios universitarios independientes, el nacimiento del COP...

la tenacidad, integridad, inteligencia y visión de futuro de la Presidenta de la CNEPC, Begoña Olabarría, ha sido fundamental». Le parece inaceptable que la institución española oficialmente representativa de la Psicología (el COP), cinco años después de la creación de la Especialidad, no haya hecho muestra alguna de reconocimiento al trabajo de la citada compañera y, aún peor, que se convierta en el instrumento utilizado contra ella por algunos de sus dirigentes «para dar satisfacción a antiguas envidias

y rencores», una «maleducada e injusta desconsideración» que habrá de repararse. Reconoce que el COP representa la Ley y ambos deben ser respetados, pero expresa sus dudas sobre «lo que representa un decano sin decanato y sin Consejo de Colegios que sustente una voz que sólo es legítima si colegiada», pues «las imprudentes exigencias de un decano así valen y pueden lo que su persona representa». No está bien, continúa, que quienes dirigen el COP desde hace más de diez años eludan la responsabilidad por los problemas que vive la profesión. Igual que disfrutaron de los éxitos (propios o apropiados) en los momentos favorables, debieran aportar algo más en momentos de adversidad. Y, ya que reclaman la renovación de órganos de la Psicología, el propio COP podría comenzar el proceso con la «retirada de aquéllos de nuestros

dirigentes colegiales que parecen haber hecho de la representación colegial su profesión».

Por su lado, Fernando Mansilla Izquierdo, Ex-Presidente de la Sección de Psicología y Ex-Secretario de la Junta de Gobierno del Ateneo de Madrid, remite su escrito de 2 de abril a todos los cargos mencionados, manifestando su desacuerdo con la decisión del COP de retirar su representante en la CNEPC, considerándola una medida inadecuada de presión sobre la Administración y sobre la CNEPC, también con sus críticas sobre los acuerdos unánimes tomados por la CNEPC y con las descalificaciones sobre la labor de su Presidenta, que considera *intachable*, entendiéndolo que ha consistido en *«impulsar y coordinar de forma inteligente y honesta las acciones encaminadas a consolidar la especialidad»*, y destacando los mismos logros y resultados que ya se mencionan en otros escritos. En su opinión *«estos hechos se enmarcan en una estrategia más, con el único objetivo de desbancar a la actual CNEPC»*. Declara su apoyo y reconocimiento a las actuaciones de la CNEPC y su Presidenta.

E iniciativas particulares y espontáneas de colegiados sin respaldo institucional:

Como la carta que dirige el 25 de abril Pilar Vázquez Serrano, del COP-Madrid, al Decano del COP-Estatal, comentando su asistencia a la convocatoria del COP-Madrid, el 25 de marzo, para abordar temas como las Repercusiones de la LOPS y el Título de Especialista en Psicología Clínica. Dice que la gran asistencia de colegiados sorprendió al Presidente y a los miembros de la Junta allí presentes, como si no se hubieran dado cuenta de la transcendencia de los temas de la convocatoria en el momento actual. Califica de irresponsable la presentación que hace el Presidente de la posición colegial pues habló más a título personal que como representante del Colegio, con un *discurso confuso*, una *lectura personalista* y una exposición *sesgada, partidista e interesada*. Quiere hacer valer su opinión como colegiada al mismo nivel que la del Presidente de su Colegio que, por haber sido elegido democráticamente, *«no puede ni debe intentar condicionar con sus intervenciones mi opinión sino aportar una posición neutral como representante de un colectivo y aportando la documentación necesaria para realizar un debate en el que las conclusiones den cuenta del sentir generalizado y matizado por las distintas opiniones de los colegiados que acerca de los temas presentados se hayan*

Dice que la gran asistencia de colegiados sorprendió al Presidente y a los miembros de la Junta allí presentes, como si no se hubieran dado cuenta de la transcendencia de los temas de la convocatoria.

aportado». Denuncia que, en relación a la LOPS, sólo se votó la posición planteada por el Presidente sin considerar algunas manifestaciones de los presentes que podrían haber promovido votaciones alternativas. Critica los déficits en la actuación del COP que, desde su punto de vista, han contribuido a las repercusiones que puede tener la LOPS sobre la profesión tal como ha sido promulgada. Y, en relación al título de Especialista en Psicología Clínica, denuncia cómo se transmitió una información tendenciosa «por la lectura de un escrito en el que se recogen opiniones de la Sra. Presidenta de la CNEPC sin especificar el contexto en que se produjeron y que fue leído con un tono sarcástico claramente descalificador», descalificaciones que hizo extensivas a la labor de los demás miembros de la CNEPC (donde el COP tiene/tenía su propio representante). Suscribe los contenidos del informe de la Presidenta de la CNEPC, compartiendo las opiniones y sugerencias allí reflejadas, y expresando las propias. Asegura que algunos de los presentes aportaron documentos relevantes de la Ministra de Sanidad que el Presidente del COP-Madrid no facilitó y a quien también se atrevió a descalificar. Y se muestra sorprendida de que no se hiciera mención «a las particulares condiciones que a día de hoy tienen los Psicólogos Especialistas en Clínica en los Servicios Públicos quienes, en muchas CCAA del Estado, están teniendo

Denuncia que, en relación a la LOPS, sólo se votó la posición planteada por el Presidente sin considerar algunas manifestaciones de los presentes que podrían haber promovido votaciones alternativas.

dificultades en la imprescindible y legítima reclasificación como especialistas sanitarios y, en ocasiones, son contratados por Atención Primaria y no por Atención Especializada, como sucede con el resto de especialistas, salvo que detrás de una actitud así estuviera el interés espureo de levantar la sensibilidad de los allí presentes y que trabajan en privado y cuya presencia era mayoritaria dadas sus particulares condiciones laborales». Entiende que detrás de la petición de renovación de la CNEPC

puede estar el intento de «esconder su propia incompetencia por no haber acompañado el difícil trabajo que ha desempeñado dicha Comisión», considerando que esa renovación debería practicarse dentro de la organización colegial. Pide al Decano del COP Estatal su opinión sobre lo ocurrido, lamentando que la dactilógrafa que recogía la información no pudiese registrar también «el tono descalificador y tendencioso que el Presidente utilizó en sus intervenciones». Añade el respeto que le merece la CNEPC y sus miembros, ensalzando su labor y reconociendo, especialmente de su Presidenta, «su actitud siempre respetuosa, su capacidad de diálogo, su acción comprometida desde siempre con la Psicología en los diversos contextos en los que la he visto participar con una voluntad unificadora y una gran visión de futuro, cualidades de las

que carecen quienes, como en el pasado día, contribuyeron a crear bandos en torno a diferentes modos de entender el quehacer de nuestra profesión cuando debemos unificar, más aún en el momento actual, nuestros objetivos para situar la Psicología en el lugar que actualmente le corresponde». Finaliza reclamándole que se le restituya el necesario respeto, y se reconozcan y respalden sus actuaciones.

Y la página web '<http://www.portalsaludmental.com>', administrada por un colegiado de Granada, Juan Francisco Jiménez Estévez, que recoge la trayectoria de estos sucesos, facilitando los escritos y comentando las noticias relevantes, por ejemplo: «Consideraciones sobre la profesión de Psicólogo Clínico», por Antonio Javier Palacios Ruiz (Presidente de ANPIR), «El Defensor del Pueblo desestima las solicitudes de amparo al Constitucional», «El COP interpone un Contencioso», «El COP boicotea la Comisión Nacional de la Especialidad», «El Ministerio de Sanidad contesta a la alarma generada por el COP», «La AAN y el COPAO (occidental) ante la posición del COP», «Santolaya se desplaza a Granada por la crisis colegial», «Webs del movimiento colegial contra la LOPS», «Santolaya y Berdullas en Granada» (noticia más leída sobre Psicología Clínica), «Encierro de Psicólogos en Madrid contra la LOPS», «¿Qué persigue el COP con toda la movida contra la CNEPC?»... (Archivo de noticias, marzo-mayo 2004).

Los psicólogos clínicos de Granada se movilizaron ante la crisis generada por el COP en la CNEPC, manteniendo una reunión con el Decano del COP-Andalucía Occidental (también Secretario General del COP-Estatal), D. Manuel Mariano Vera, donde manifestaron su desacuerdo con la retirada del representante del COP en la CNEPC, y que provocó el desplazamiento de D. Francisco Santolaya (Decano del COP-Estatal) y D. Manuel Berdullas (ex-representante del COP en la CNEPC) a Granada para mantener una nueva reunión con este colectivo el 2 de Abril. Una reunión de más de cuatro horas en la que Santolaya, «sin hacer referencia a los motivos de discrepancia por los que estábamos reunidos (...), entró directamente a señalar cuestiones en las que todos podemos estar de acuerdo, rebatiendo la LOPS por su exclusión de la Licenciatura en Psicología de las profesiones sanitarias (...), y a señalar las otras disposiciones legislativas (...) en las que se está menoscabando por acción u omisión el papel de la Psicología Clínica. También nos habló de los miles de estudiantes de psicología que van a ver limitadas sus

La página web '<http://www.portalsaludmental.com>', administrada por un colegiado de Granada, Juan Francisco Jiménez Estévez, que recoge la trayectoria de estos sucesos, facilitando los escritos.

salidas profesionales... Su discurso, demagógico y 'pedagógico', transmitía el mensaje de que el COP ha sido y es el mejor defensor de nuestros intereses...». El tono del discurso de Berdullas, «expresado desde una posición de superioridad (...) que le permitía darnos 'consejos', fue menos 'diplomático', más belicoso. Su discurso se centró en desacreditar a la CNEPC, de la que parecía olvidar que él había sido un fiel miembro hasta hace unos días. Es más, no sólo desacreditó la CNEPC sino que desacreditó el propio Título de Especialista en Psicología Clínica, como garantía normalizada de capacitación para el ejercicio profesional y de la vía MIR como sistema formativo para la adquisición de la competencia en la Especialidad. Según sus propias palabras, el PIR para lo que ha de servir es para trabajar en la administración en puestos que así lo requieran; al mismo tiempo que reclamaba la celeridad en la adquisición del título a los de la privada para que puedan aspirar a las 'plazas que se están ofertando' en igualdad de condiciones (...). Su intervención fue indignante. Más que un digno representante de la CNEPC daba la patética imagen de un 'submarino' infiltrado en la CNEPC». Las intervenciones de los colegiados demostraron «que no se encontraban ante un auditorio desinformado y dócil. Se puso en evidencia su parcialidad al mostrar, con información y documentos, que omitían

No sólo desacreditó la CNEPC sino que desacreditó el propio Título de Especialista en Psicología Clínica, como garantía normalizada de capacitación para el ejercicio profesional.

interesadamente aspectos relevantes para comprender la situación de crisis en que nos encontramos y la campaña de deslegitimación de la especialidad en la que se han embarcado». Al relajarse la tensión y abrirse una puerta al entendimiento, se solicitó el retorno del COP a la CNEPC, «gesto que fue rechazado por su parte». El autor del comentario de esta noticia (Juan Francisco Jiménez Estévez), añade: «Yo, por mi parte, tras la reunión he afianzado mi opinión de que el COP ha tomado partida contra la especialidad de psicología clínica, vaciándola de contenido y asimilándola a cualquier otro título o mérito que acredite formación en clínica. Según el discurso del COP, cualquier licenciado en psicología está igualmente capacitado que un especialista para el ejercicio profesional de la psicología clínica. Al llegar a la reunión, quería que los representantes del COP se retractaran y que el Sr. Berdullas volviera a integrarse en la CNEPC. Ahora no quiero que vuelva. Ha demostrado públicamente su indignidad para ello. Tampoco quiero al Sr. Santolaya y al Sr. Vera como representantes. No los quiero y, al menos a mí, no me representan».

En el Foro, este colegiado suscribe la siguiente reflexión: «*La voz, en Psicología Clínica, de los que se están enfrentando a la CNEPC es muy frágil y carece de discurso y de crédito. Pero su actuación daña en mi opinión de maneras aún invalorable la especialidad, su imagen pública, el crédito obtenido hasta ahora en nuestra propia comunidad científico-profesional y fuera de la misma... Hasta hace poco podría pensarse que estos daños eran efectos colaterales de su evidente objetivo de 'tomar' la Comisión Nacional, expulsando la presencia primordialmente de la AEN (crearon hará un par de años a tal fin con F. Labrador, Serafín Lemos y C. Saldaña la Asoc. Esp. para el desarrollo de la Psic. Clínica y de la Salud en el s. XXI, que es muy pequeña y mayoritariamente sus miembros académicos) y luego de AEPCP, y colocando a sus candidatos académicos. Ahora este planteamiento parece erróneo, al menos parcialmente: tal vez atribuía demasiado valor al componente de su ignorancia y desinterés por la especialidad y hacía ver la estrategia de acción que han seguido únicamente al servicio de 'tomar' la CNEPC. Ahora parece más bien que, sumado a lo anterior, hay que valorar su marcado interés por el mercado que genera los 'masters' y la caída relativa del prestigio de éstos ante la especialidad, que, además, se desarrolla en un ámbito, el SNS, que tan ajeno les resulta. Por tanto, un objetivo fundamental es rebajar el crédito de la especialidad, enfrentarla al ejercicio de la licenciatura y controlar la CNEPC para lo que resulta imprescindible establecer otra composición de la misma. Ahora están intentando alcanzar voz en el nuevo equipo de gobierno manifestando que son pro-PSOE a más no poder mientras la CN está con el PP (!!). Reiteran su solicitud de salida de la AEN de la CNEPC y sus propuestas con nombres y apellidos de académicos, están intentando llegar a la ministra y al subsecretario. Al tiempo me parece que hay indicios para pensar que están también en otra línea de actuación: tal vez no sea demasiado abusivo pensar que cabe la posibilidad de que empiecen a 'contaminar' a colegas cercanos a nosotros, incluso de dentro de estas organizaciones y ello en dos líneas básicamente: a) atrayéndolos con informaciones ambiguas, imprecisas y descalificadoras sobre la posibilidad de deshonestidades de otros (sí, ya sé que dirás: '¡ellos!') que es preciso corregir a través, precisamente, de sus propuestas (hay que recordar la seducción del poderoso al transmitir a otro más débil el mensaje de que le ha elegido y éste resulta de su interés para darle traslado de asuntos que requieren compartir susurros; con ello, el receptor puede creer ser importante escuchando, creyendo y aceptando esa especial*

Ahora parece más bien que, sumado a lo anterior, hay que valorar su marcado interés por el mercado que genera los 'masters' y la caída relativa del prestigio de éstos ante la especialidad

relación con el poderoso que parece otorgarle precisamente mostrarle que le cree o al menos que acepta; en fin salió la sistémica...); b) o bien haciéndoles, desde la poderosa organización, propuestas de incorporación a colaboraciones profesionales de algún alcance y calado, pretendiendo que perciban así que, en realidad, son capaces de valorar otros perfiles de profesionales y a estos elegidos concretamente, aunque no lo hayan hecho hasta ahora, y transmitirles que como elegidos pueden contribuir con su buen que-hacer y su saber a modificar la parálisis en las acciones y discursos sobre la Psicología Clínica y lo sanitario en general, que en esa organización ellos han seguido hasta la fecha, iniciando así otra etapa. La ‘colaboración’ entonces de estos elegidos, que pueden prestarla desde la aceptación implícita de esta seducción profesional, puede servir a otros fines, que ya conocemos y que tan alejados se encuentran de los que acabo de hacer explícitos». Aclara que no es autor del texto, pero refleja reflexiones que comparte. Destaca cómo los diversos documentos y declaraciones que ha ido colgando en la web aportan datos que «entran en contradicción con la posición demagógica y cismática del COP. Algunas de las premisas sobre las que construyo mi opinión son: 1. Las graves consecuencias de la LOPS sobre el ejercicio profesional no las ha generado la CNEPC sino

Las graves consecuencias de la LOPS sobre el ejercicio profesional no las ha generado la CNEPC sino que son consecuencia de una antigua decisión de las facultades de Psicología.

que son consecuencia de una antigua decisión de las ‘facultades’ de Psicología de situarse en ciencias jurídicas y sociales, en lugar de en ciencias de la salud que es donde nos corresponde. 2. El sector universitario (con honrosas excepciones) no ha dejado de batallar a lo largo de los últimos 15 años para dificultar y desprestigiar la Especialidad en Psicología Clínica vía PIR. 3. Durante este tiempo, tanto desde el ámbito universitario como desde algunos COPs, se han venido ofreciendo una miriada de masters y cursos de experto en psicología clínica que además de confundir a quienes los han realizado, presentándolos en muchos casos como alternativa válida frente al PIR, están proporcionado pingües beneficios. 4. Estos sectores, que en principio se han desentendido de la Especialidad de Psicología Clínica, cuando han visto que la situación jurídica no les permite seguir dando la espalda a la especialidad han decidido ‘tomar’ la CNEPC, donde no se sentían representados. 5. El COP, que durante estos años y hasta final de 2003 ha apoyado la especialidad y la CNEPC (ver referencias a las declaraciones de M. Vera en octubre, por ejemplo, ante la CNEPC), ante la situación de desamparo en que se han visto los compañeros de la privada por la LOPS, el retraso en el proceso de homologación y, posiblemente el conocimiento de que

en algunos expedientes el certificado del COP no se haya considerado suficiente (?), se ha alineado con los sectores universitarios (contrarios a la Especialidad vía PIR), desacreditando, de un día para otro, la CNEPC, utilizándola como cabeza de turco al atribuirle la responsabilidad de la situación generada por la LOPS. 6. Con el cambio de posición contra la CNEPC, el COP también ha iniciado un alejamiento de su defensa de la Especialidad de Psicología Clínica. En la reunión mantenida en el COPAO de Granada el 2 de abril, M. Berdullas (representante del COP retirado de la CNEPC) desacreditó, vació de contenido y ninguneó públicamente la Especialidad de Psicología Clínica, sin que matizaran en modo alguno sus palabras ni M. Vera, ni F. Santolaya, presentes en el acto. 7. De otro lado, defienden una posición demagógica ante los más influenciables (ej. alumnos de psicología) al reclamar 'trabajo para todos', cuando la realidad profesional de muchos profesionales que ejercen la privada es el infraempleo; y la apertura y cierre de gabinetes es una constante ante la saturación del mercado de trabajo. Frente a esta triste y dolorosa realidad profesional, el COP no cuestiona en absoluto la proliferación incontenible de facultades y delegaciones de la UNED. Esta proliferación desahogada responde a intereses de los departamentos que no son cuestionados por el COP aún cuando impliquen provocar una fábrica, cada vez mayor, de parados. 8. Respecto a la 'compra' de colaboraciones entre aquéllos que no le son afines al COP, puedo decirte públicamente que a mí que me he manifestado pública (en presencia física) y acaloradamente contra las maniobras del COP, me han 'ofrecido' un puesto de representación institucional 'con gastos a cargo del COPAO', en una reunión a solas que se me había solicitado en marzo».

Con el cambio de posición contra la CNEPC, el COP también ha iniciado un alejamiento de su defensa de la Especialidad de Psicología Clínica.

Otro interlocutor del Foro, que utiliza el nombre de Curro, aporta el siguiente análisis:

«Elementos de contradicción interna de la profesión a añadir a la reflexión sobre la LOPS:

- El problema real de la profesión es la alta tasa de paro y la falta de proyección y prestigio social. Es lo que trasluce tras la movida, tanto en su presentación, de pura agitprop de grupúsculo leninista, como en los argumentos, basados en medias verdades y en la confusión peligrosa de los deseos y las proclamas con la realidad. Es significativo que en otras profesiones que están en la misma situación: físicos, ingenieros, químicos o biólogos, no se plantee

este tema. Los perfiles sociales de estas profesiones en las áreas fuera de la Salud están muy bien definidos, y son, en algunos casos, muy demandados. Por desgracia no ocurre lo mismo con los psicólogos. Tan sólo clínica, sobre todo ahora con la Especialidad, y Recursos Humanos tienen un perfil profesional definido que corresponde a una demanda social existente. El resto de las áreas, lo podemos ver por las secciones, no tienen un perfil profesional claro, y lo que es peor, no corresponden con una demanda social actualmente o en un futuro próximo existente. Mención aparte merece el engendro de Psicopedagogía, creado por el Profesor de Psicología D. Álvaro Marchessi, en su época de alto cargo del Ministerio de Educación, que ha hecho que sea inviable hablar hoy día de un ámbito de Psicología Escolar ya que esta titulación lo solapa de forma completa.

- *A esta falta de demanda real por la sociedad de profesionales, se añade la 'locura' de aumentar exponencialmente las plazas de formación pregrado en las facultades. Hoy día el número de estudiantes y de egresados se aleja, hasta doblar (58.719 estudiantes de Psicología frente a 29.525 de Medicina y 37.815 de Ingenierías) al de profesiones con un abanico más amplio de salidas y mayor veteranía social, con una demanda y un rol social claro y bien definido (ver el conjunto de plazas de MIR y las de PIR, y la demanda de FEA en los SSP, así como la proporción de demandas de empleo de psicólogos en relación a las ingenierías). Hay un número excesivo de facultades (en Andalucía son siete ya, a las que añadir de Psicopedagogía), con un nivel científico y relevancia académica y social pobres. Ello nos coloca en el ámbito de las carreras universitarias de salidas profesionales y prestigio social bajos (en general las Humanidades). Es de destacar que, en otras profesiones, por ejemplo los médicos, constituye una preocupación de los colegios profesionales y las facultades el elevado nivel de desempleo, muchísimo menor que entre los psicólogos, y se ha llegado a plantear la reducción de número de plazas en las facultades (hasta se llegó a hablar de no abrir matrículas de primero de carrera un año). En Psicología nadie se ha planteado la adecuación de la demanda de plazas a la demanda social. Todo lo contrario, se abren nuevas facultades con unas promociones numerosas y una nota de corte bajo.*

En otras profesiones, por ejemplo los médicos, constituye una preocupación de los colegios profesionales y las facultades el elevado nivel de desempleo, muchísimo menor que entre los psicólogos.

- *Tampoco ayuda a los argumentos de los contrarios a la consagración de la Especialidad en la LOPS el análisis de los contenidos de la carrera. Se puede ser licenciado en psicología con*

un contacto mínimo con lo que serían los contenidos teóricos en clínica, y una práctica nula. Éste no creemos sea el perfil formativo para la responsabilidad que significan las funciones de un psicólogo como profesión sanitaria. Insistimos en este punto, porque ha sido un argumento central para la apuesta más genuina del COPAO. La existencia de un medio homologado y comprobado de formación y certificación de los psicólogos con funciones sanitarias. La formación PIR y la consideración de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, que esta ley consagra como única vía de ejercicio profesional, colocándonos al mismo nivel de las otras profesiones sanitarias (los que finalizan medicina saben que si quieren trabajar de médicos han de prepararse el MIR, ya no hay opciones ni a nivel privado sin éste), y de profesiones de reconocido prestigio. Hemos de señalar que para el ejercicio libre de la abogacía se prepara un periodo de pasantía tutelada (si no está en vigor ya), y no digamos lo que significan las oposiciones a notario, registrador, jueces y fiscales, así como la formación específica que se les exige a los censores auditores de cuentas. Hemos de aceptar que estamos en un ámbito social y cultural que exige a los profesionales que se dedican a funciones valoradas como relevantes y prestigiadas un alto nivel de calificación. Sería estúpido por nuestra parte renunciar a una situación que como profesión nos coloca en ese ámbito.

• La salida no es degradar el nivel de exigencia para acceder a la consideración como psicólogos clínicos. Ya que aunque aumentáramos exponencialmente la presencia de psicólogos en el SSP hasta lograr que fuera igual al de psiquiatras, y existiera un psicólogo de la salud en cada Centro de Salud no lograríamos resolver el problema de falta de salidas a los licenciados, tan sólo lograríamos trabajo para las promociones actuales de PIR. Con la eliminación de la Especialidad como requisito conseguiríamos tan sólo degradar el estatus de la profesión, al no ser FEA no podría haber coordinadores psicólogos y se vería restringida nuestra independencia clínica, así como llenar las plazas creadas de promociones internas, con lo que los Especialistas serían condenados al paro. En ninguna otra profesión sanitaria se plantea abolir las especialidades para que los licenciados entren en las plazas del SSP, se considera que el trabajo desarrollado en ellas es lo suficientemente complejo para exigir Formación Especializada. Para el COP-Estatal cualquier licenciado puede hacer las funciones de los Psicólogos Clínicos, por qué no un enfermero o un trabajador social formado en psicoterapia (como ocurre en EE.UU.

La existencia de un medio homologado y comprobado de formación y certificación de los psicólogos con funciones sanitarias. La formación PIR y la consideración de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria.

y algunos países de Europa). Este riesgo de degradación de la profesión se hace más evidente si consideramos el futuro de la formación universitaria. Con un grado de psicología en cuatro años, los mismos que tendría Enfermería en la que ya existe especialidad de Salud Mental, o Trabajo Social por ejemplo, frente a los seis que conservaría Medicina, sería cuestión de muy poco tiempo, que nuestro rol, funciones y categoría fuera asimilada a ese nivel, desapareciendo la figura de psicólogo como facultativo, o reducida al paupérrimo papel que posee en otros países, mucho menos relevante, tanto en los SSP como en la privada al de otras formaciones como Enfermería o Trabajo Social. Por ello la salvaguardia que supone la LOPS a la Especialidad de Psicología Clínica supone la única vía de supervivencia de la profesión de modo autónomo.

- La actual formulación, tanto de la ley como del decreto, por primera vez otorga una posibilidad de control del intrusismo. Ya que el decreto, que obliga tanto a centros sanitarios públicos como privados, establece que las Unidades de Psicología Clínica han de estar formadas por Especialistas en Psicología Clínica, y su ámbito abarca todos los aspectos psicológicos y conductuales relacionados con la salud humana. A nivel de Sistema Sanitario Público tan sólo destacar que estas normas constituyen el puntal sobre el que asentar nuestra reivindicación de reconversión de las plazas a FEA Psicólogo Clínico. A nadie se le escapa que sin este elemento legal la Especialidad podría ser un mérito huero, ya que podrían seguir existiendo plazas de psicólogo 'a secas' sin que fuera necesario que existieran plazas de FEA, con los riesgos profesionales e institucionales que ello significa.*

El decreto, que obliga tanto a centros sanitarios públicos como privados, establece que las Unidades de Psicología Clínica han de estar formadas por Especialistas en Psicología Clínica.

- El dato de que el 70% de los psicólogos clínicos realizan psicología clínica es falaz. Si nos referimos tan sólo al COP de Andalucía Occidental, son ya más de 4.000 colegiados (sin contar los licenciados que no se colegian), lo que daría una masa de 2.800 profesionales dedicados a la psicología clínica en un territorio de tan sólo 4 millones de habitantes, en el que los profesionales se concentran en el Área Metropolitana de Sevilla (alrededor del millón de habitantes). Este cálculo llevaría a la existencia de alrededor de más de setecientos profesionales con consulta en el Área Metropolitana (una cada mil quinientos habitantes). Este dato no cuadra con el directorio ni con las licencias fiscales (dato obligado para el ejercicio liberal), y de lo que sí tenemos constancia es del elevado nivel de paro, de consultas efímeras con*

escasos recursos a todos los niveles, de condiciones de subempleo, de trabajo en condiciones de precariedad, sin contrato laboral y sin Seguridad Social, muy comunes en los psicólogos que trabajan para asociaciones y gabinetes, y en algún caso de relación de aparcería con el titular de gabinetes (en la que el propietario del gabinete y de la agenda se queda con una parte, hasta la mitad de los honorarios del socio), cuando no de situación de meritorios o por pretexto de formación y másters. Creemos que sería más exacto hablar de un 70% de psicólogos parados, subempleados, o que tienen su microconsulta en el que hacen clínica como ocupación secundaria. Hemos de analizar las motivaciones de esta 'movida'. No es espontánea ni inocente. En la misma confluyen dos intereses que hemos de conocer.

• *La problemática de las homologaciones en la Universidad. Van siendo conocidos los problemas de muchos docentes, no sólo asociados, sino también titulares y hasta algún catedrático (hablan de la situación concreta de uno de los promotores de la 'movida' en contra de la LOPS en la Universidad Complutense), para conseguir el título de Especialidad, ya que no acreditan práctica clínica. Situación que será más grave cuando, con la nueva ordenación de estudios universitarios, puede acarrear problemas al Departamento para proponer estudios de Máster en Clínica que sus profesores no sean especialistas. En este ámbito incide también que el PIR supone una competencia mortal de necesidad a toda una serie de títulos que eran expedidos por los Departamentos. Está claro que la Especialidad, y lo que ésta significa no se ha digerido bien por algunos sectores de la Universidad.*

Creemos que sería más exacto hablar de un 70% de psicólogos parados, subempleados, o que tienen su microconsulta en el que hacen clínica como ocupación secundaria.

• *Las motivaciones de los profesionales de la privada que no han homologado. Ese es otro ámbito de la 'movida', conectado en algún caso al anterior –a través de gabinetes–. Para éste hay que señalar que el R.D. y la Orden han sido generosos, y más aún cuando se ha abierto una prórroga en la que se cuenta retroactivamente desde el 2002. Desde el año 1993 existe convocatoria de PIR Nacional, y es conocido por toda la profesión que llegaría a ser aprobada la especialidad. En el 1998 salió el R.D. y hasta el 2002 no salió la O.M.; hablamos de un periodo de diez años que ha hecho posible la adaptación a ésta nueva contingencia (teniendo en cuenta que eran conocidos los criterios). De la experiencia tenida con el proceso de la homologación hemos podido extraer varias casuísticas:*

A. Tenía abierta consulta, pero no la he legalizado, ni he pagado impuestos ni autónomo...

B. Trabajaba en un centro privado, pero sin contrato y todo era en negro...

C. Hacía funciones de psicólogo pero mi contrato era de otra cosa...

D. Trabajaba en un centro... (no aclara bien cómo es, o es de otro ámbito: conductores, centro municipal..) y soy psicólogo, pero no aclara lo que hacía...

Es evidente que en algún caso son situaciones personales delicadas, que nacen de la situación de subempleo que antes hemos señalado y que serían objeto de atención y hasta de intervención de Inspección de Trabajo, pero en otros muchos casos son elecciones libremente tomadas, y consideramos que no es de justicia que se equipare su situación a los profesionales que sí han pagado impuestos, autónomos, se han formado con su dinero y han arriesgado sus recursos en una aventura profesional».

Parece claro que representantes oficiales del COP, con ejercicio y/o alianzas en el sector académico y/o contactos en la administración, están manipulando los hechos y los datos para su propio beneficio.

Hay razones legítimas para no reconocer como especialistas a un número de profesionales que no reúnen los requisitos.

Y ello condicionando la opinión y generando alarma entre los más vulnerables a la comentada legislación, esto es, los estudiantes y los profesionales del sector privado, dos poblaciones lo bastante numerosas como para aparentar un fuerte apoyo a las movilizaciones del COP, los unos por desconocimiento y los otros por interés (no olvidemos que los recursos interpuestos por los psicólogos del sector privado contra el decreto de la especialidad, desestimados por el Tribunal Supremo, demoraron su efectividad tanto

o más que los de ciertos *popes de la psiquiatría conservadora y carcamales de la administración sanitaria* que se oponían a nuestro reconocimiento como sanitarios facultativos especialistas..., los cuales estarán hoy presenciando con satisfacción y regodeo este cisma). Hay razones de peso para que la Licenciatura en Psicología no haya sido incluida como profesión sanitaria. Hay cambios sustanciales que hacer en el currículum académico universitario para que sea posible su inclusión. Hay razones legítimas para no reconocer como especialistas a un número de profesionales que no reúnen los requisitos. En ninguna profesión ocupan las mismas plazas los Licenciados *rasos* y los Especialistas. Igualmente, la formación complementaria nos puede decantar por el trabajo en contacto con los pacientes o en la investigación de laboratorio, dos

extremos de la profesión que requieren habilidades muy diferentes. Y tener Especialistas beneficia a la profesión, a los ciudadanos y al SNS.

Hay frases intolerables en los comunicados, manifiestos y convocatorias del COP, por ser verdades a medias, mentiras o información descontextualizada, como las que aparecen en las noticias sobre el «Encierro de psicólogos en Madrid contra la LOPS», que firma ‘Grupo de Colegiados por la Salud y la Psicología’. Por ejemplo, el encierro, que tuvo lugar en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid los días 24 y 25 de abril, no fue convocado por los estudiantes sino por el COP. Se denuncia que «*la entrada en vigor de esta legislación va a perjudicar la salud de los ciudadanos, porque cuestiona que todos los licenciados en Psicología puedan trabajar en el ámbito de los trastornos mentales, como hacían hasta el momento*». Parecen haber olvidado (¿memoria selectiva?) que hasta ahora los Psicólogos Escolares, Industriales... o de otros ámbitos de la profesión no estrictamente clínicos tampoco trabajaban específicamente los trastornos mentales (y nunca esto se señaló como agravio, cada cual se dedicaba a su especialidad - aunque ésta no fuera oficial. Por cierto, ¿qué ocurriría con la intervención en esos otros campos si la licenciatura en psicología pasa a ser sanitaria?). Los que trataban trastornos mentales van a poder seguir haciéndolo. Véase, si no, como prueba, las unidades especiales (paralelas a la red sanitaria) creadas recientemente por la Comunidad Autónoma de Madrid, con el apoyo y colaboración del COP-Madrid, para tratar a las víctimas y familiares de los atentados del 11-M, donde se contrataban psicólogos generalistas, no especialistas en psicología clínica (por cierto, en proporción <15/35> muy desfavorecida en comparación con la contratación de psiquiatras = médicos especialistas en psiquiatría), con la LOPS ya aprobada y publicada (noviembre 2003), cuando supuestamente las movilizaciones del COP se basan en la creencia de que la LOPS impediría precisamente este tipo de contrataciones, en esta clase de puestos, en éstas y otras circunstancias. Formar especialistas, además, en todo caso favorecerá la salud de los ciudadanos por garantizar una alta cualificación y mejorar en consecuencia la calidad de los servicios prestados. Una tendencia en expansión inter- e intra-profesionalmente (véase cómo proliferan subespecialidades en todos los ámbitos con sus respectivos sistemas de formación y acreditación). También el COP se ha posicionado tradicionalmente contra entidades que siguen esta tendencia (por

“la entrada en vigor de esta legislación va a perjudicar la salud de los ciudadanos, porque cuestiona que todos los licenciados en Psicología puedan trabajar en el ámbito de los trastornos mentales...”.

ejemplo, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas - FEAP). Santolaya, en según qué foros, defiende o desprestigia la vía PIR para la formación de especialistas, o reivindica la formación de psicólogos en ámbitos no relacionados específicamente con la salud mental mientras defiende que el encuadre general de la Psicología es de tipo sanitario (¿empanada mental o demagogia?!). Y no vamos a entrar ya en los bailes entre partidos políticos. Que los Licenciados en Psicología no sean reconocidos como profesionales sanitarios salvo que obtengan el título de Especialistas en Psicología Clínica no quiere decir que *«esta falta de reconocimiento dificultaría el ejercicio profesional de miles de psicólogos actuales y futuros»*, pues el requisito de la Especialidad para los titulares de los centros sanitarios no impide tener licenciados no especialistas trabajando en dichos centros. En todo caso, lo que más dificultará el ejercicio profesional será el que la Universidad continúe actuando como una *fábrica de parados* (por cierto de una única orientación teórica), si no cambian los procesos selectivos y los planes académicos, o que el COP siga interfiriendo (pretendiendo lo contrario) en la formación especializada, procurando relegarla al mundo académico (y por tanto a la hegemonía del modelo cognitivo-conductual –léanse, a propósito, el artículo de Labrador *et al.* *«La eficacia de los tratamientos*

El requisito de la Especialidad para los titulares de los centros sanitarios no impide tener licenciados no especialistas trabajando en dichos centros.

psicológicos», publicado en INFOCOP nº 17 2003, y la polémica por él suscitada en *Correo Directo* de INFOCOP nº 19, 2003 e INFOCOP nº 20, 2004, así como, el *A Fondo* de Papeles del Colegio nº 87, 2004, particularmente el trabajo de Rodríguez Morejón: *«La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados»*), en lugar de contribuir al necesario incremento en el número de plazas PIR convocadas anualmente, para disponer de suficientes

especialistas en los servicios sanitarios, formados en el mundo real, en la filosofía de la atención integral y los equipos multidisciplinarios, en el medio en el que van a ejercer su trabajo, no segregados del mismo para seguir primordialmente generando beneficios económicos a la Universidad, cargos y poder a los académicos. Cuando menos, es tendencioso asegurar que la definición de 'Unidad de Psicología Clínica' persiga *«sustraer a los psicólogos clínicos la capacidad de diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento»* (www.portalsaludmental.com, Archivo de noticias, 27 de abril). En el RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE nº 254 de 23 de octubre de 2003), se define la Unidad de

Psicología Clínica (U.70) como *«unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología Clínica, dentro del campo de su titulación, es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos»*. Si bien, por las dudas, la CNEPC ha recomendado al Ministerio algunas matizaciones en el texto: *«unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología Clínica es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de los trastornos mentales y de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso salud/enfermedad de los seres humanos y en su calidad de vida»* (más bien, digo yo, por prevención y precisión que por paranoidismo). Y no olvidemos que *las entidades más representativas de la Psicología Clínica (AEN, ANPIR, AEPCP...)*, además de manifestar oficialmente su apoyo a la CNEPC, *han adoptado, en torno a la normativa sanitaria y, particularmente, a la licenciatura en Psicología como profesión sanitaria, posiciones diferentes de las expresadas por el COP* (como podrá leerse -o debería- en el número extraordinario y monográfico de INFOCOP - Suplemento Informativo de Papeles del Psicólogo, Revista del COP España- sobre 'La Psicología como Profesión Sanitaria'). O, también, que la Presidenta de la CNEPC declinó su candidatura como Presidenta de la FEAP, proyectada con anterioridad al desencadenamiento de estos hechos, condicionada por la animadversión del COP hacia la FEAP y hacia su persona, que ya se hizo notar en alguna asamblea de la FEAP (en la figura de un socio ¿delegado? de la Sociedad Española de Psicología Médica, no psicoterapeuta acreditado, académico y presumiblemente emisario del COP, pues él mismo dijo ser profesor asociado de la Facultad de Psicología en el Departamento de Fernando Chacón, Decano del COP-Madrid), pero finalmente optó por aceptarla siguiendo el deseo y las recomendaciones de la Junta Directiva saliente, en el sentido de que *la FEAP no debía plegarse a presiones del COP* pues la retirada de la candidata a la presidencia iba a interpretarse *como una aceptación y doblegamiento de voluntades de FEAP ante un comportamiento del COP que era considerado inadecuado*. La Junta consideró *que debía mantenerse la candidatura y que esa postura incluía dar un respaldo completo y sin fisuras en forma y fondo*.

“Un psicólogo especialista en Psicología Clínica es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de los trastornos mentales...”

Tal como aclara la propia Ministra de Sanidad, Dña. Ana Pastor, en su carta del 3 de marzo a la Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid sobre el ejercicio de la Psicología Clínica a partir de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: *«el artículo 6.3, en relación con el artículo 16.3 de la LOPS, determina que el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ‘será necesario para utilizar la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros públicos y privados’, por lo que, a la entrada en vigor de esta Ley, la Psicología Clínica, al implicar el ejercicio de una profesión sanitaria con el carácter de especialista, requerirá estar en posesión del mencionado título»*. Pero, aclara, *«el título de Licenciado en Psicología sigue habilitando (...) para el ejercicio de la profesión de psicólogo por cuenta propia o ajena en múltiples campos en los que también se realizan dictámenes psicológicos que no requieran la intervención de un especialista en psicología clínica, por lo que nada impide que los psicólogos que en la actualidad ejercen por cuenta propia, ya sea en consulta privada o a través de contratos de prestación de servicios con otras entidades sanitarias, sigan desarrollando sus funciones en la medida en que las mismas no requieran la intervención de un*

“El artículo 6.3, en relación con el artículo 16.3 de la LOPS, determina que el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ‘será necesario para utilizar la denominación de especialista...”.

especialista en psicología clínica». Reconoce que ni la LOPS, ni el decreto por el que se crea la especialidad, ni las normas que regulan el Título de Licenciado en Psicología, *«regulan ámbitos competenciales concretos del psicólogo y del especialista en psicología clínica, por lo que, al igual que ocurre con el resto de las profesiones sanitarias (como la de médico o farmacéutico en relación con sus respectivas especialidades de carácter oficial), no existe una frontera nítida que permita determinar a priori las actividades concretas que requieren estar en posesión de uno u otro título, por lo que, en el ámbito privado, serán los conocimientos que aporta el Título de Licenciado en Psicología los que permitan valorar, en cada actuación concreta, la necesidad de que el psicólogo derive determinados procesos a un especialista sanitario»*. Insiste en que, aunque la LOPS pueda condicionar una nueva configuración de las plantillas de los centros sanitarios por la determinación de los puestos de trabajo que requieren estar en posesión del Título de Especialista en Psicología Clínica, ello *«no impide que, en el ámbito de las instituciones sanitarias, existan otros puestos de ‘psicólogo’ que no requerirán estar en posesión del mencionado título»*. Con respecto a las Disposiciones Transitorias para la obtención del Título de Especialista en Psicología Clínica

por quienes ejercían la psicología clínica con anterioridad a la creación del mismo (instituciones sanitarias, ejercicio colegiado de la profesión y ejercicio docente/asistencial), informa que han *«formulado su solicitud unos 10.000 aspirantes, cuyos expedientes están siendo (...) analizados por la CNEPC (...), ascendiendo a más de 1.500 los títulos expedidos hasta el momento»*, y añade que *«se está tramitando (...) un nuevo Proyecto (...) que modificará las Disposiciones Transitorias (...), atenuando los requisitos del ejercicio profesional exigidos por las mismas en el RD 2490/1988, de 20 de noviembre. Esta nueva norma incrementará de forma importante el número de profesionales que podrán acceder al Título de Especialista, implicando la definitiva regularización de este sector»*. Termina poniendo de manifiesto *«la importancia que, desde el punto de vista de la salud, tiene el hecho de que el Título de Especialista en Psicología Clínica se requiera para el ejercicio de la profesión, aún cuando la generalización de dicho título que, necesariamente, se efectuará de forma progresiva, provoque algunas disfunciones de carácter transitorio que deben superarse con el espíritu de generosidad por parte de todos los agentes implicados en este proceso que, como ya ocurrió en el ámbito de las especialidades médicas, será altamente beneficioso a medio plazo para todos los ciudadanos»*.

Con respecto al supuesto agravio de los psicólogos del sector privado en el proceso de homologación, en el informe presentado por D^a Begoña Olabarría ante la AEN (para la asamblea de esta Asociación celebrada en el curso de las Jornadas anuales –Barcelona mayo 2004– y que está en trámite de publicación en su Revista) sobre las actividades de la CNEPC durante el período junio 2003-mayo 2004, se encuentran las siguientes explicaciones:

“La importancia que, desde el punto de vista de la salud, tiene el hecho de que el Título de Especialista en Psicología Clínica se requiera para el ejercicio de la profesión..”.

«En el mes de octubre de 2003 la Comisión recibió la visita de D. Marc Soler, Subdirector General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, y de D^a Emilia Sánchez Chamorro, Subdirectora de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación, quienes expresaron su agradecimiento por la diligencia y el rigor con el que se lleva a cabo todo el proceso. Informaron de la recepción en ambos ministerios de numerosos escritos de psicólogos que están trabajando en el SNS, solicitando la mayor celeridad posible en la revisión de sus expedientes, dado que están pendientes de la reclasificación de sus plazas para su conversión en plazas de facultativos especialistas en el SNS, y esperando presentarse a oposiciones, principalmente la

OPE de INSALUD. Esta situación de reclasificación como especialistas se deriva de la aplicación de la disposición adicional segunda del Real Decreto 2490 por el que se crea y regula la Especialidad y es relativa al personal estatutario; disposición adicional cuya aplicación se ha iniciado en algunas Comunidades Autónomas, que a su vez, se han dirigido a la Admón. Central interesándose en esta materia. Por todo ello, ambos Subdirectores Generales iniciaron la búsqueda de procedimientos que facilitasen abordar soluciones en esta materia y al tiempo aumentasen la eficacia de los trabajos de homologación. Para ello propusieron organizar las revisiones de expedientes y dar traslado de los mismos a la CNEPC por Disposiciones Transitorias, empezando por la Disposición Transitoria Segunda (DT 1ª: convocatorias de plazas formativas anteriores al RD; DT 2ª: personal de instituciones sanitarias; DT 3ª: ejercicio profesional colegiado; DT 4ª: personal docente). La propuesta fue valorada positivamente por todos los miembros de la Comisión y la experiencia desarrollada desde entonces muestra que la eficacia aumenta, pues podemos ver con mayor precisión y celeridad los expedientes cuando, en la mayoría de ellos, aplicamos los criterios que corresponden a una de las disposiciones transitorias y no llegan con una agrupación de mezcla de todos los grupos (es preciso señalar que, no obstante, en cada una de las reuniones se revisan expedientes de otras disposiciones transitorias, si bien mayoritariamente los enviados en los últimos seis meses corresponden a la 2ª). Los miembros de la CNEPC dieron traslado a ambas subdirecciones generales de los temores de algunos profesionales que están trabajando en instituciones sanitarias de la red pública: dichos temores se referían a la posibilidad de que algunos no pudieran obtener el título de especialista y que pudieran así verse de distintas

Propusieron organizar las revisiones de expedientes y dar traslado de los mismos a la CNEPC por Disposiciones Transitorias, empezando por la Disposición Transitoria Segunda.

maneras perjudicados, y más tras la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). La respuesta obtenida fue que los derechos adquiridos como personal estatutario o como funcionario son siempre respetados, lo que significa que no disponer del título de Especialista en Psicología Clínica no quiere decir que se deje de ser funcionario en el mismo nivel que se ocupara antes. Así mismo y como consta en el acta de 31 de octubre, D. Mariano Vera, Secretario General del COP, expresó, en visita a la Comisión Nacional acompañado por ambos subdirectores generales, en su nombre y en el del COP, el agradecimiento a los miembros de la Comisión por el trabajo enorme que ésta está realizando y el empeño puesto por todos sus miembros, así como por parte de ambos ministerios, en resolver

rigurosa y satisfactoriamente el proceso y cuanto antes. Asimismo expresó que había dado traslado a ambos Ministerios de la satisfacción del COP por el modo en que se está realizando el que calificó como 'ingente' trabajo. La decisión de los Ministerios de dar prioridad a la revisión de los expedientes que se acogen a la disposición transitoria 2ª (instituciones públicas) se propuso por parte de la Administración, como ha quedado dicho, para agilizar el proceso de revisión de expedientes y fue aceptada por todos los miembros de la CNEPC y en plena sintonía. Los criterios por los que la CNEPC aceptó y adoptó tal decisión constan en las actas de la CNEPC y son en resumen éstos:

a) El número menor de requisitos a revisar (menor variabilidad de los expedientes, en comparación con los de las transitorias 3ª y 4ª), lo que hacía más fácil la revisión a los funcionarios del Ministerio de Educación, que son los que deben hacer el primer filtrado para constatar que el solicitante reúne requisitos básicos de acceso (por ej. la titulación) y ha remitido todos los documentos exigibles, y de no ser así, solicitárselos; y también a los del Mº de Sanidad, quienes, tras la valoración de la CNEPC, revisan de nuevo el expediente a la luz del informe emitido.

b) El número menor de solicitantes por esta vía 2ª y por la 1ª, que por la 3ª.

c) El hecho de que, de facto, mayoritariamente estos expedientes fueron remitidos antes que los de la 3ª y la 4ª, y, por tanto, su orden de llegada era anterior.

d) Facilitar el trabajo de revisión de los expedientes a la CNEPC, disminuyendo el riesgo de cometer equivocaciones: no se es igual de eficaz si se revisan requisitos diferentes cada vez, que si se hace según bloques o agrupaciones de perfiles y/o requisitos.

e) Contribuir a dotar del estatus que corresponde a la especialidad de Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud, sus cometidos y tareas, a través de la facilitación de los tiempos para la reclasificación de sus profesionales.

He de destacar que prácticamente todos los expedientes que llegan a la CNEPC se examinan el mismo día de su llegada: estamos hablando de un promedio de 130-150 expedientes cada vez en maratónicas sesiones de trabajo (que siempre implican la revisión de expedientes de solicitud de homologación y otros

La decisión de los Ministerios de dar prioridad a la revisión de los expedientes que se acogen a la disposición transitoria 2ª (instituciones públicas) se propuso por parte de la Administración.

asuntos relevantes referidos a la especialidad), pues la tarea de revisión de todos y cada uno de los expedientes de solicitud de convalidación se realiza con la máxima atención. Pese a todo ese cuidado, se logra terminar la tarea cada día, quedando pocos o ningún expediente pendiente para la siguiente sesión. El procedimiento adoptado ha buscado garantizar la legitimidad de las actuaciones de la CNEPC, que ha logrado alcanzar tanto global como específicamente en estos trabajos expreso reconocimiento por cuantos han participado del proceso de homologación desde la propia Administración y cuantos han tenido ocasión de conocerlas desde distintos ámbitos, y del que han destacado la equidad, el rigor, la claridad y transparencia de las decisiones y actuaciones realizadas.

Por otra parte tal vez a estas alturas resulte obligado mencionar alguna cuestión sobre el proceso de homologación que corresponde a la Disposición Transitoria Tercera (ejercicio privado de la profesión). Concretamente me referiré a las expectativas muchas veces presentes en compañeros que han solicitado la homologación del título de especialista por dicha Disposición, de alcanzar automáticamente el título una vez que han obtenido y presentado en su expediente el informe del COP acreditando su ejercicio como

El procedimiento ha buscado garantizar la legitimidad de las actuaciones de la CNEPC que ha logrado expreso reconocimiento por cuantos han participado del proceso de homologación.

clínico. Estos informes que, previo pago por los interesados, ha realizado el COP para quienes se los solicitaron para poder optar a la expedición del título de especialista son preceptivos (Orden Ministerial PRE/1107/2002) para todos los que solicitaban la homologación del título por esta Disposición Transitoria Tercera. Tales informes se incorporan al expediente de solicitud de homologación y es visto expresamente en la valoración que realiza la CNEPC. Consisten en un informe estándar, en el que el único

dato profesional que consta es el de los años que ha estado colegiado el solicitante y la expresión del COP de que ha ejercido como psicólogo clínico. No figuran y la CNEPC desconoce cuáles han sido sus criterios para definir el ejercicio profesional de un psicólogo como el de especialista en Psicología Clínica. De hecho lo que podemos ver hasta ahora en la revisión de estos expedientes en la CNEPC es que la variabilidad de las prácticas habidas y presentadas en estos expedientes de homologación por la Disposición Transitoria Tercera que incorporan preceptivamente el Informe colegial es enorme. Y que, junto a profesionales que sí cuentan con clara formación y ejercicio clínicos, existen otros muchos que presentan la misma certificación colegial y que lo que tienen como ejercicio es, por ej., ser propietarios de una guardería

infantil. Por tanto y como la CNEPC ha de asumir, de acuerdo con la normativa (R.D. 2490/98 y OM PRE/1107/2002) y los procedimientos existentes, la tarea que le corresponde de valorar e informar todos los expedientes presentados desde el Mº Educación y ello responsable y plenamente, la CNEPC revisa cada uno de los expedientes de cada una de las Disposiciones Transitorias atendiendo a la verificación de existencia del informe preceptivo del COP para la Disposición Transitoria Tercera y verifica y valora el ejercicio y la formación de cada solicitante junto al resto de los requisitos. Así, este trabajo de revisión de la documentación acreditativa de todos los requisitos precisos para cada una de las Disposiciones Transitorias lo viene realizando la CNEPC tanto por la obligación normativa, que le otorga legitimidad, como por responsabilidad.

Conviene alertar acerca de la próxima publicación de un nuevo Real Decreto (Proyecto de R.D. por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998, por el que se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica). Lo fundamental de este R. Decreto es que modificará, abriéndolos, tanto las fechas de valoración del ejercicio profesional como los plazos de presentación de nuevas solicitudes de homologación. Este Proyecto, que fue remitido por la Secretaría General Técnica del Mº Sanidad, se discutió ampliamente y fue valorado en función de la necesidad de corregir los daños que la dilación habida entre la publicación del Real Decreto 2490 de creación de la especialidad (1998) y la publicación de la Orden Ministerial PRE/1107 (2002) provocaban a muchos profesionales en ejercicio. Se acuerda, en febrero de 2004, dar informe favorable a la Administración respecto de su publicación que se encuentra en este momento pendiente. Es evidente por tanto que el número de solicitudes de homologación del título de especialista en Psicología Clínica aumentará tras la publicación de este Real Decreto de ampliación lo que sin duda ampliará los tiempos de valoración y resolución».

Lo fundamental de este R. Decreto es que modificará, abriéndolos, tanto las fechas de valoración del ejercicio profesional como los plazos de presentación de nuevas solicitudes de homologación.

Y sobre las reclamaciones del COP-Estatal se ofrecen, en el mismo informe, las siguientes respuestas:

«El 5 de marzo del presente 2004, D. Manuel Berdullas, representante del COP, al inicio de la reunión de la CNEPC presenta una copia de la carta que D. Francisco Santolaya, Decano del COP, dirige al Director General de Recursos Humanos del

Ministerio de Sanidad y se retira de la CNEPC. En dicha carta el decano del COP requiere a las autoridades ministeriales la inmediata renovación de los miembros de la CNEPC, aduciendo que se han cumplido los tiempos establecidos y comunica la retirada de su representante en la CNEPC en tanto no se hayan producido dichos cambios arguyendo pérdida de confianza en el funcionamiento de la Comisión, que parece justificar por la decisión del Ministerio de resolver con prioridad los expedientes correspondientes a la Disposición Transitoria Segunda (Servicios Públicos). Así mismo vierte descalificaciones sobre la presidenta de la Comisión. En torno a la renovación de la CNEPC alguna aclaración: La renovación de los miembros que componen las Comisiones Nacionales (CNs) de Especialidades compete a la Administración, y no a los que forman parte de las mismas: Esta renovación debe normativamente producirse, como en todas las CNs de todas las especialidades, a los cuatro años del inicio de las actuaciones de la Comisión de que se trate. Tal fecha corresponde por tanto al pasado noviembre 2003 en lo que se refiere a la CNEPC. Conviene decir que la práctica de la Admon. en esta materia muestra que las renovaciones en las Comisiones Nacionales habitualmente se desarrollan con lentitud, como es de sobra conocido por todas las Comisiones Nacionales de todas las

La renovación de los miembros que componen las Comisiones Nacionales de Especialidades compete a la Administración, y no a los que forman parte de las mismas.

especialidades sanitarias y por la AEN en tanto cuenta con representación en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Tras el oportuno debate en la reunión antes mencionada de la CNEPC del día 5 del pasado mes de marzo y en relación al contenido planteado en dicha carta, la CNEPC, por unanimidad, decide remitir un escrito a ambos Ministerios expresando la disposición de todos los miembros a su propia renovación y la de la Comisión.

Así mismo en dicho escrito se expresa el profundo malestar por las descalificaciones dirigidas a la CNEPC y su presidenta en particular, que se valoran como falsas y sin ningún fundamento, más cuando en todas y cada una de las decisiones adoptadas el representante del COP ha mostrado su total acuerdo. La AEN, al igual que otras importantes asociaciones y colectivos profesionales y académicos de la Psicología en general y de la Psicología Clínica en particular, así como algunos colegios de psicólogos autonómicos y profesionales relevantes de la Psicología Clínica, ha sostenido en relación a todo este asunto su posición de respaldo a los trabajos de la CNEPC y de su representación en la misma, de lo que pormenorizadamente viene dando cuenta en la web y próximamente lo dará en la Revista. Respaldo que los miembros de la CNEPC y yo misma tenemos ocasión ahora de

agradecer a todos por su firmeza, celeridad y transparencia, que dan cuenta del acogedor respaldo producido. En cualquier caso, en lo que concierne a la CNEPC, este plazo de 4 años terminó el pasado mes de noviembre de 2003 y estamos a la espera de la renovación de la misma. Mientras tanto, la CNEPC solicita asesoramiento jurídico a la Administración acerca de la situación legal en que se encuentra, así como del valor de sus decisiones. Según informa expresamente D. Ramón Jiménez, asesor del M^o de Sanidad, y como consta en el acta del 2 del pasado mes de abril, la capacidad legal de la CNEPC es estrictamente plena y, hasta tanto se decida la renovación, que señala como proceso prolongado habitualmente, la situación es como en muchas otras CNs de estar «en funciones», y ello a fin de no demorar ni paralizar los trabajos encomendados. En lo que se refiere a la CNEPC particularmente en este momento, para no paralizar la revisión de expedientes de homologación de títulos de especialista con los consiguientes perjuicios para los actualmente cerca de 10.500 solicitantes. Así que continuamos trabajando cada 15/20 días las reuniones de la CNEPC dando con ello cumplimiento al compromiso contraído de trabajar por la especialidad, tarea que, como es la norma para todas las comisiones nacionales de todas las especialidades, no tiene emolumentos o gratificación económica.

Para finalizar este punto, señalaré que la continuidad de la AEN como miembro de la CNEPC en representación de sociedades científicas, posiblemente sea hoy un hecho consolidado que no debe hacer perder de vista el objetivo de mantenerlo, lo que, por otra parte, no deja de responder al trabajo desempeñado por la Asociación, de manera continuada, a lo largo de los años, sus decisivas aportaciones y con especial relevancia durante el presente período de gestión. Como representante de la AEN en la CNEPC creada en noviembre de 1999, tenemos establecida la línea de informar y aclarar a la Junta Directiva, a los socios y a cuantos tengan interés, las confusiones o las actuaciones a desarrollar en base a las informaciones que obran en poder de la CNEPC. Así por ejemplo hicimos el año pasado por el asunto de la interposición de recursos ante falta de respuesta expresa por la Administración en 6 meses a la solicitud de homologación de título de especialista, cuestión ésta de la que me ocupé como representante de la AEN en la CNEPC dando traslado a la Junta Directiva y a los socios a través de escrito aclaratorio, de la información que obraba en poder de la CNEPC al respecto (Informe mayo 2003) en torno a la superación del plazo de 6 meses

La continuidad de la AEN como miembro de la CNEPC en representación de sociedades científicas, posiblemente sea hoy un hecho consolidado que no debe hacer perder de vista el objetivo de mantenerlo.

establecido en la Orden Ministerial 1107/2002 para la obtención de respuesta de los cerca de 10.500 expedientes de solicitud de homologación del título de especialista en Psicología Clínica y la innecesaria interposición de los mismos dada la obligatoriedad de respuesta de la Administración. En esta ocasión hay que decir que nos ha planteado la Administración como plazo estimado al menos tres años de trabajo para finalizar la revisión de los actuales expedientes (sin entrar en la consideración del aumento que supondrá la llegada de nuevas solicitudes con la publicación del próximo y nuevo Real Decreto de apertura de plazos). Plazo aproximado siempre que se mantuviera el vertiginoso ritmo de trabajo actual, atendiendo para su establecimiento tanto a experiencias anteriores similares y recientes en la Admón. respecto a otras especialidades. Entiéndase bien: este plazo no es porque la CNEPC así lo quisiera, sino porque junto al alto número de solicitudes y la existencia de cuatro agrupaciones por las cuatro disposiciones transitorias con sus respectivos requisitos diferenciados, el circuito de revisión de todos los expedientes implica que son examinados en primer lugar por los funcionarios del Ministerio de Educación, quienes ya pueden tomar decisiones (y de hecho lo hacen) de denegación, de solicitud de información complementaria o, revisado, dar paso y remitirlos a la CNEPC que,

El circuito de revisión de todos los expedientes implica que son examinados en primer lugar por los funcionarios del Ministerio de Educación, quienes ya pueden tomar decisiones.

a su vez, ha de valorarlos e informarlos. A continuación, revisa el Mº de Sanidad y entonces se remite de nuevo a Mº Educación. Precisamente la cuestión de los tiempos para alcanzar la finalización del proceso, fue uno de los argumentos para buscar y aceptar fórmulas que lo agilizaran, sin descuidar la calidad necesaria para llevarlo a cabo. Y entre esas fórmulas, estuvo como ya he dicho antes, la revisión de los expedientes por disposiciones transitorias, y no atendiendo exclusivamente a criterios de estricto

orden de llegada y registro de la Administración. Otra fórmula fue reclamar un aumento del número de personas que, en el Ministerio de Educación, estuvieran dedicadas a la revisión previa de expedientes, lo que se ha hecho. Y he de decir que su trabajo es impecable y es facilitador de la tarea de la CNEPC».

En la reunión del 14 de Mayo de 2004 de la CNEPC, la Presidenta manifestó «su preocupación por la injustificada alarma creada entre los solicitantes del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ante la difusión del rumor de existencia de un falso retraso de la CNEPC en la valoración de expedientes». Ya un año atrás, se había creado otra situación de alarma «a raíz de la difusión de información equívoca sobre la oportunidad de elevar

recursos contencioso-administrativos por parte de los solicitantes del título de especialista que, en el plazo de seis meses, no hubieran recibido respuesta por parte del Ministerio». Muchos Psicólogos entendieron que el silencio administrativo equivalía a «una respuesta negativa a dicha solicitud de homologación». La CNEPC tuvo que invertir mucho tiempo en aclarar el error sobre la «obligación legal de contestar a todas las solicitudes, ya que el plazo de seis meses mencionado en la Orden Ministerial en cuanto a la obtención de respuesta de la Administración tenía otra interpretación adecuada y pertinente, radicalmente distinta a la que contenía la alarma antes mencionada, dada la obligación legal de la Administración de resolución de la solicitud de homologación, así como del consiguiente traslado al interesado de la respuesta, no estando en ningún caso exenta de la obligación de contestar expresamente a cada solicitud». Por otra parte, el supuesto retraso en la homologación de expedientes es, en todo caso, contrario a los deseos de los miembros de la Comisión, que tantas horas están dedicando a tan intenso trabajo, y debido a «la complejidad de los procedimientos y el elevado número de solicitudes». Además, la Administración ha informado «que de acuerdo a la experiencia obtenida en procesos de homologación de títulos de otras especialidades, más sencillos en su tramitación y valoración, y de no más de 4.000 solicitudes, el tiempo del proceso ha supuesto no menos de tres años». En el momento de esta reunión, la CNEPC ha resuelto ya casi 2.000 expedientes, lo que, para cargos y técnicos de la Administración, significa una alta eficacia. Y la aprobación de nuevos plazos para solicitar el título de especialista hará que el proceso de homologación se alargue más, «pues es presumible que sean varios miles más las solicitudes de homologación que se produzcan». Para aclarar las implicaciones de la LOPS, estuvo presente en la reunión la Consejera Técnica de la Subdirección General de Formación Sanitaria, Dña. Manuela García Martínez de Velasco, quien «traslada la postura institucional del Ministerio acerca de que es un error la interpretación de la LOPS según la cual ésta impide al Psicólogo licenciado el ejercicio en el campo de la salud, puesto que el título oficial habilita para el ejercicio profesional en todos los campos en que entre la Psicología, los cuales son múltiples, siendo uno de los posibles el de la salud. Diferencia que el licenciado puede ejercer la Psicología en todos los campos de intervención propios de ésta, pero únicamente quienes cuenten con la especialidad de Psicología Clínica pueden ser definidos y reconocidos como tales, siendo este ejercicio reconocido como de alta cualificación, de especialista, por

Muchos Psicólogos entendieron que el silencio administrativo equivalía a “una respuesta negativa a dicha solicitud de homologación”. La CNEPC tuvo que invertir mucho tiempo en aclarar el error.

la Administración (Mº Sanidad, Mº Educación). Indica que, como en todas las especialidades y su licenciatura de origen, las fronteras no son ni pueden ser definidas competencialmente, por lo que será de las buenas praxis de donde proceda el establecimiento de criterios al respecto y su identificación por los ciudadanos».

Como puede comprobarse, distan mucho las posiciones oficiales de las interpretaciones del COP. Procede añadir que la web 'www.portalsaludmental.com' ha sido *hackeada* en reiteradas ocasiones, lo que muchos interpretamos como un intento de silenciar los canales de información existentes, maniobra sumada a las de *desinformación, manipulación y falseamiento de la información* o bloqueo de cuentas de correo utilizadas por el COP (el COP-Madrid financia por su lado la web 'www.porlapsicología.org' del Grupo de Colegiados por la Salud y la Psicología –compárense- mientras retira subvenciones a actividades científicas donde participe la Presidenta de la CNEPC). Tanto es así que el administrador de la web 'portalsaludmental' ha puesto un aviso, en la página principal, recordando que el acceso ilegal o daños en sistemas informáticos y la interceptación ilegal de telecomunicaciones constituyen *«un delito perseguido y penado por la ley»*, habiendo cursado denuncia ante el 'Grupo de Delitos

La web 'www.portalsaludmental.com' ha sido hackeada en reiteradas ocasiones, lo que muchos interpretamos como un intento de silenciar los canales de información existentes.

Telemáticos' de la Guardia Civil y ante la 'Brigada de Investigación Tecnológica' del Cuerpo Nacional de Policía. La cosa no queda ahí. Este colegiado fue destituido de su cargo de representante del COP-Andalucía Occidental en el Consejo de Salud del Área de Granada. A continuación, se reproduce la carta que él envía en respuesta al conocimiento de su destitución:

«De: Juan Francisco Jiménez Estévez

Col. N° GR -02844

*A: Manuel Mariano Vera
Decano del COPAO*

Acabo de recibir por correo certificado urgente la notificación en la que me comunicas 'que la Junta de Gobierno ha decidido nombrar a un nuevo representante del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental', 'en relación al Consejo de Salud de Área de Granada', donde he ejercido como vocal por el COPAO desde que se constituyó en febrero de 2002. Quiero decirte, obviando el detalle trivial de haber necesitado utilizar un 'mensajero', que tal decisión me produce cierto alivio. Es, hasta cierto punto, un esperable colofón del enfrentamiento público que he mantenido con

la posición mezquina y demagógica del COP que, con otros, tu abanderas. Digo hasta cierto punto esperable, porque tal vocalía no tiene un contenido 'político' sino 'técnico' y ha estado al margen del interés colegial; quizá porque el Consejo de Salud tiene por objeto el seguimiento de las políticas públicas de asistencia sanitaria y el COPAO no ha mostrado nunca el menor interés en este área. De hecho, en estos treinta meses, nadie de la Junta de Gobierno se ha reunido conmigo para planificar estrategia alguna, ni ha dado ningún 'feedback' a los actas de las reuniones, a mi desempeño en las mismas o las valoraciones razonadas que de los borradores de decretos sanitarios como, por ejemplo, el 'Borrador de decreto sobre autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y otros centros relacionados con la actividad sanitaria' he realizado para el COPAO. La decisión de cesarme de tal encargo me produce cierto alivio puesto que, de alguna manera, esta responsabilidad ha ejercido para mí una disonante función simbólica de cordón umbilical con el COPAO durante estos últimos meses. El deber de representar y trabajar por la profesión desde el órgano institucional de participación sociosanitaria frente al hecho de tener que hacerlo desde un colegio del que no me siento ni representante ni representado. Un colegio dedicado no ya a situar la psicología y a sus profesionales en la posición de servicio y reconocimiento social que le corresponde, ni a defender cuestionables derechos corporativos, que no tenemos, sino a construir un oligárquico y clientelista 'modus vivendi' con el que algunos poder medrar. Y puesto que el cordón umbilical ha sido cortado, ya no hay nada que me una al COPAO, por lo que te pido que des las instrucciones precisas para que no sea remitida a mi cuenta bancaria la próxima cuota colegial, acogiéndome al carácter voluntario de la colegiación para los trabajadores de la administración pública andaluza. Esta descolegiación no quiere decir que no vaya a continuar trabajando, en mi modesto ámbito, por la psicología en general y la psicología clínica en particular. No es ese mi estilo. Simplemente voy a cambiar formalmente de campo porque el COPAO me asfixia. Y puesto que tú eres responsable de la lamentable política del COPAO y del COP, me seguirás teniendo enfrente.

En estos treinta meses, nadie de la Junta de Gobierno se ha reunido conmigo para planificar estrategia alguna, ni ha dado ningún 'feedback' a los actas de las reuniones.

Granada, 2 de julio de 2004».

¿Se puede dudar de que esta decisión haya tenido algo que ver con los contenidos de la web y con las posiciones adoptadas por este colegiado en asambleas y reuniones?. Se le conoce por su *buen criterio y compromiso con objetivos colectivos*. ¿Lo hacen a modo de represalia política?. Pues *esta exclusión le honra*. ¿Qué otras medidas (*juego sucio*) le estarán aguardando?.

Hasta ahora (julio 2004), el COP no ha logrado sus propósitos, debido a los fuertes y numerosos apoyos recibidos por la CNEPC y por la intervención *de algunos cuadros intermedios de ambos ministerios que, alarmados por el comportamiento irresponsable del COP, han evitado que los cambios en la CNEPC llegaran a producirse*. Y ello pensando, precisamente y sobre todo, en los psicólogos a la espera de la resolución de sus solicitudes de homologación como especialistas. No obstante, el COP mantiene su postura ante la Administración y ha ofrecido respaldo para cuantas acciones quieran emprender los colegiados contra la denegación del título de especialista. No conformes con esto, *el comunicado de la Junta del COP de Madrid respecto al proceso de homologación, que se puede leer en su web, indica que pretenden que se otorgue la especialidad automáticamente a todos los colegiados que solicitaron el título por la Disposición Transitoria Tercera*

El COP mantiene su postura ante la Administración y ha ofrecido respaldo para cuantas acciones quieran emprender los colegiados contra la denegación del título de especialista.

(ejercicio privado). De acuerdo a lo previsto en el RD 2490/1998 y la OM/PRE/11072002, uno de los requisitos –pero no el único– es que este colectivo de profesionales deben de presentar una certificación del COP acreditativa de su ejercicio profesional clínico (en las reuniones de la CNEPC, el representante del COP dijo en varias ocasiones que se lo dieron al 95% de quienes se lo solicitaron y pagaron). En la CNEPC se verifica rigurosamente cada uno de los requisitos que la normativa requiere con ratificación de asesoría jurídica del Ministerio. Nunca se conocieron en la comisión los procedimientos y criterios que guiaron al COP para otorgar sus certificaciones. Incluso hoy, tras la experiencia de haber visto ya muchos expedientes, no se encuentran deductivamente estos criterios: tienen la certificación colegial gentes que no cumplen fechas, cuya actuación es en orientación escolar; propietarios de guarderías, gestores de residencias de ancianos, logopedas, los psicólogos que pasan los tests de reconocimientos de conductores y un largo etc. El planteamiento reivindicativo del COP supone un intento de presionar a la CNEPC. Y como ésta no responde a la provocación, acaban de publicarlo en la Revista del COP-Madrid, del mes de julio, «Guía del Psicólogo». Evidentemente, esta maniobra supone una

descalificación del título de especialista, de la formación PIR, además de lo que podría considerarse como irresponsable clientelismo con el sector de la privada.

Para cerrar el presente artículo con el grado recomendable de optimismo, resultan muy oportunas las conclusiones de la Presidenta de la CNEPC en su informe ante la AEN (www.pulso.com/aen):

«Estoy convencida de que, en relación a la especialidad, hemos alcanzado logros importantes en cuanto a su institucionalización, su ubicación en el Sistema Nacional de Salud, los inicios de la configuración de un colectivo de perfil identificado/ble de psicólogos especialistas sanitarios, su Programa de Formación –más aún si valoramos la posibilidad de la aprobación del nuevo Programa–, las rotaciones, los requisitos para la acreditación de servicios sanitarios como Unidades Docentes Acreditadas (UDAs), el sistema de auditorías, la existencia de un número de UDAs en el Estado que parece suponer que este inicio cuenta con suficiente base para los imprescindibles avances en su incremento, etc., pero no hay que olvidar la juventud y vulnerabilidad de la especialidad. Confío en la capacidad de reconducción de los procesos, de la elaboración, de la maduración, y estoy convencida de que somos y seremos capaces de hacerlo también ahora.

Precisamos defender activamente la especialidad: su calidad en la formación. su calidad en los procesos de homologación de títulos de especialista. su ubicación en el Sistema Nacional de Salud.

Por eso precisamos defender activamente la especialidad: su calidad en la formación, su calidad en los procesos de homologación de títulos de especialista, su ubicación en el Sistema Nacional de Salud, el desarrollo y aumento de plazas PIR o de formación de especialistas en Psicología Clínica, el desarrollo y aumento de plazas de psicólogos clínicos en el SNS que permita:

A) la actualización imprescindible de las desfasadas ratios existentes de número de habitantes/especialista en Psicología Clínica, que no se han visto modificadas desde comienzos de los años noventa, mientras el aumento de demanda de atención de Psicología Clínica en los servicios ha sido exponencial. Aumento de demanda que, a su vez, da cuenta y ratifica el acertado camino desarrollado por la especialidad.

B) contar con un número más adecuado de psicólogos clínicos en las UDAs.

Por respeto y responsabilidad ante los ciudadanos, el SNS, los colegas de otras especialidades sanitarias, por respeto ante nosotros mismos. Vamos a hacerlo».

AMÉN. Marisol Filgueira Bouza. 28 de Julio de 2004.

Última hora (5.10.04):

- El Número Extraordinario de INFOCOP «*Los Psicólogos somos Profesionales Sanitarios*» (2004) trae datos y opiniones sobre el tema para todos los gustos.
- Ya han empezado a cumplirse los malos augurios: «*A Consellería de Sanidade da de baixa un gabinete de Psicología no Rexistro de Centros, Servicios e Establecementos Sanitarios*», en: Circular Informativa del COP-Galicia, nº 187, Sep. 2004.
- El COP-Madrid crea una Comisión de Seguimiento de los acuerdos adoptados por la CNEPC.
- La FEAP crea un Grupo de Trabajo sobre «*La Psicoterapia en el Sistema Nacional de la Salud*».
- Consúltese también la web: <http://sherlock.webcindario.com> ¡exhaustiva!

*El autoritarismo incorpóreo**

Autor

Manuel Fernández Blanco

Psicoanalista. Presidente de la Escuela Lacaniana-España (ELP).
Psicólogo especialista en Psicología clínica.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 21 de noviembre de 2003, regula las titulaciones que son consideradas sanitarias y establece un registro público de los profesionales sanitarios, donde se hará constar la identidad del profesional, así como el título que ostenta y la fecha de su obtención.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 21 de noviembre de 2003, regula las titulaciones que son consideradas sanitarias y establece un registro público de los profesionales sanitarios.

Los profesionales, aún con la misma titulación, podrán ser reconocidos en cinco grados diferentes: un grado inicial, y cuatro grados consecutivos. Estos grados, a los que se accederá progresivamente, son los que definen el nivel de desarrollo profesional y son el resultado de la valoración realizada por comités específicos de evaluación. Esta ley, regula tanto la asistencia pública como la privada. Esta última, tanto por cuenta ajena como propia.

En el caso de los psicólogos, la licenciatura no da lugar a la consideración de profesión sanitaria, reservada en exclusiva para aquellos que estén en posesión del Título de Especialista en Psicología Clínica. La vía de obtención de este título, más allá de la resolución de las vías transitorias –en curso– para la obtención de la especialidad, será sólo el sistema de Residencia (el PIR). Conviene recordar que se convocan, actualmente, alrededor de 75 plazas de PIR, por año, en toda España. La ley específica (artículo 16.3) que

*Ponencia presentada en el Foro Psi. Barcelona, 14 de febrero de 2004.

«la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados». Esta ley se complementa con el Real Decreto, de 10 de octubre de 2003, sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que establece el requisito de estar en posesión del título de especialista para poder trabajar en el ámbito de la clínica. Además, el legislador aprovecha la ocasión para reducir las competencias de los psicólogos clínicos, reconocidas en el Real Decreto de creación de la especialidad, de 20 de noviembre de 1998.

Digámoslo rápidamente, si nos atenemos a la literalidad de estos textos legales, estamos hablando de la ilegalización de la práctica de miles de psicólogos que, hasta ahora, la ejercían de pleno derecho. Esto afecta, por otra parte, a sus pacientes y familias. Igualmente, estamos ante la peor de las expectativas para los cerca de cincuenta mil estudiantes de Psicología en España.

¿Cómo entender este despropósito?

No debemos conceder al legislador el error de buena fe, por otra parte el más imperdonable como nos recuerda Jacques Lacan en *La ciencia y la verdad*¹. No, no es un error de buena fe, es el resultado de una política.

El Decreto Ley por el que se reguló el acceso a la Especialidad de Psicología Clínica, fue recurrido legalmente por las asociaciones de psiquiatras más conservadoras y biologicistas, así como por algunas asociaciones de psicólogos que ejercen en el ámbito de la práctica privada.

Estos recursos fueron desestimados, de modo que la obtención de la Especialidad abría posibilidades, hasta el momento inéditas, para los psicólogos: como la carrera profesional en los servicios sanitarios públicos.

Pero el efecto de retorno, de la regulación legal del acceso a la Especialidad, ha sido el de reservar, en exclusiva, la actividad clínica a quien obtenga el Título de Especialista.

No deja de ser éste un intento de determinados *lobbys* de la

Si nos atenemos a la literalidad de estos textos legales, estamos hablando de la ilegalización de la práctica de miles de psicólogos que, hasta ahora, la ejercían de pleno derecho.

psiquiatría, aliados de la industria farmacéutica, de limitar la proliferación y el éxito de lo «psi» en lo social y, por supuesto, también en el mercado. El éxito y la proliferación de las psicoterapias, y de sus practicantes, no interesa a la clínica del medicamento. Estos desarrollos legales responden claramente a los intereses de estos *lobbys* a los que el Parlamento ha dado el sí, en nombre de los derechos del consumidor.

Y esto es, a mi juicio, lo más inquietante: la degradación del estatuto de ciudadano al de consumidor. El concepto mismo de ciudadano queda abolido y es sustituido por el de cliente o usuario. La salud entra en el mercado como un producto más de consumo que debe ser objeto de regulación y control. El psicoterapeuta debe tener etiqueta, código de barras, y su práctica también. Por eso, la auténtica ideología de la LOPS, queda puesta de manifiesto cuando expresa (artículo 4.5) que «Los profesionales tendrán como guía de su actuación... los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión». Respecto a esta materia, el artículo 4.7b es todavía más explícito: «Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial...». A esto hay que añadir (artículo 44.3), que «no podrán ser objeto de publicidad las actividades o productos sanitarios no autorizados, o sobre los que no exista evidencia de sus efectos beneficiosos para el ser humano...»

El concepto mismo de ciudadano queda abolido y es sustituido por el de cliente o usuario. La salud entra en el mercado como un producto más de consumo que debe ser objeto de regulación y control

Están proliferando las publicaciones sobre los tratamientos psicológicos eficaces, con un sesgo totalmente definido. Cito un texto de Francisco J. Labrador y otros, aparecido en el 2003 en el número 17 de *Infocop*, donde se dice: «La inmensa mayoría

de los tratamientos eficaces para los diversos tipos de problemas son de tipo cognitivo-conductual»². Más adelante, en este mismo trabajo, se afirma lo siguiente: «Las terapias psicológicas van a tender a estar estandarizadas, es decir, van a tender a presentarse con una descripción precisa de los instrumentos de evaluación, el programa del tratamiento, el formato de aplicación (individual o grupal), el diario de sesiones, etcétera»³. Aunque, finalmente, tienen que decir: «No se puede tampoco desatender al peso específico de las características personales del terapeuta en el resultado final de un tratamiento. Hay una gran variabilidad en los logros obtenidos de unos terapeutas a otros, al margen de las técnicas terapéuticas utilizadas»⁴. Es decir que al final, después de intentar objetivar y protocolizar todo, retorna la subjetividad, la particularidad

reprimida, y nos encontramos con que el factor decisivo en todo tratamiento es el menos programable. Se trata, en definitiva, de la capacidad del terapeuta de generar transferencia y del uso que hace de ella.

Asistimos a la presión, al empuje, para imponer un modelo como único. Y, en este punto, el debate se hace no sólo clínico, sino también político. Normo-praxis, unificación de criterios, evidencia científica, guías y protocolos, programas... Todo esto, supone una traslación mecánica del modelo, por otra parte cuestionado dentro del propio campo médico, de la medicina basada en la evidencia al campo de la subjetividad humana. El resultado de este proceso no queda del lado de la ciencia, sino de una ideología: el cientificismo que, como práctica, genera burocracia. En este proceso, lo que se pierde es la clínica del sujeto, borrado tras el intento, obsesivo, de pasar todo a la estadística, a la contabilidad, al control y, como no, al derecho degradado a reglamento. No olvidemos que las historias clínicas son definidas como un documento jurídico-asistencial.

Por eso, es totalmente correcto plantear estos impulsos legisladores como un atentado a la democracia y a los derechos ciudadanos. Es un problema, antes que nada, político, ya que se niega la libertad de adscripción teórica del psicoterapeuta y la libertad de elección del paciente. Paciente que, reducido de ciudadano a cliente, es condenado a la minoría de edad permanente a la hora de elegir a quien dirigirse para aliviar su sufrimiento.

La salud ha pasado a ser, antes que nada, un bien de consumo, un negocio. Tal vez, la gran industria del futuro.

La salud ha pasado a ser, antes que nada, un bien de consumo, un negocio. Tal vez, la gran industria del futuro. Las Agencias de Evaluación se encuentran en el punto de confluencia del control y de la industria, porque hacen, del control, industria. Control que se extiende a lo social de modo inquietante, bajo el pretexto de la prevención, que en realidad se convierte en una recopilación de datos de los sujetos distribuidos en función de la sospecha. Es aquí, donde el *Panopticum* de Bentham, se une al *Gran Hermano* de Orwell y al *Leviatán* de Hobbes para generar un autoritarismo incorpóreo.

En cualquier caso, los psicoanalistas estamos advertidos de que ningún control es eficaz frente a la decisión subjetiva y a la particularidad de un sujeto —eliminar la neurosis histérica del DSM-IV, no ha impedido el surgimiento de la fibromialgia como epidemia. El amo también lo sabe. Sabe que no hay control sin resto. Sabe que hay, y habrá, sujetos que hacen excepción a la

norma. El amo antiguo trataba la excepción por el control social. En el momento actual, en el que el discurso capitalista no encuentra tope, no se encuentra con la imposibilidad, el amo hace, del control, industria. Si el control, antes, entraba en el capítulo de gastos, ahora, genera dividendos.

Frente a esto, y cegados por la ideología de la gestión eficaz y de la protección del consumidor, la izquierda política va de la mano de la derecha haciendo gala de una ingenuidad alarmante, a la vez que de una debilidad del pensamiento.

Ante esta situación, es necesario concertar una acción que no sea de mira estrecha, que no plantee exclusivamente el problema laboral –por supuesto a no descuidar– que genera la LOPS.

Debemos intentar agrupar todas las fuerzas del campo «psi», como vanguardia de una lucha que lo es también por la libertad de pensamiento, y de creación, frente a la asfixia unificadora y el control autoritario.

Referencias bibliográficas

1. J. Lacan, «La ciencia y la verdad», en *Escritos 2. Siglo XXI* editores, México, 1984, p. 837.
2. F. J. Labrador; M. A. Vallejo; M. Matellanes; E. Echevarría; A. Bados y J. Fernández- Montalvo, «La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre de 2002», *Infocop* 17, 2003, p. 28.
3. *Ibid.*, p. 30.
4. *Ibid.*

Historias de crisis. Historias de la Psicología Clínica y sus instituciones en España

Autor

Gonzalo Martínez Sande
Psicólogo Clínico. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace –
Servicio de Psiquiatría. C. H. U. Juan Canalejo - Marítimo de Oza.
As Xubias de Abaixo s/n. 15006 A Coruña.
GmarSand@canalejo.org

Resumen

En este artículo se hace una breve revisión de algunos momentos relevantes para entender la actual crisis.

La historia de la psicología en España ha sido una historia de crisis y enfrentamientos entre y dentro de las diferentes instituciones de la Profesión. En este artículo se hace una breve revisión de algunos momentos relevantes para entender la actual crisis.

Summary

The history of psychology in Spain has been a story of crisis and fights among and inside different institutions related to the profession. A brief revision of the most relevant moments is done in this article so that the present crisis can be understood.

Palabras clave

Psicología Clínica. Historia. Crisis. Colegio Profesional. Sanitario.

Key words

Clinical Psychology. History. Crisis. Profesional College. Sanitary

«Sin embargo el aquí y ahora,
que nos proporciona tanto alegría como pánico,
se presenta muy raras veces: ni siquiera viene cuando lo llamamos.

Así es como son las cosas: en la vida hay muchos espacios vacíos.
Estamos hechos solamente de una décima parte de tejidos vivos,
y nueve décimas partes de agua; la vida está formada solamente
por una décima parte de aquí y ahora,
y de nueve décimas partes de lección de historia.
Casi en todo momento el aquí y ahora no está ni aquí ni ahora.
(...) Sólo los animales viven absolutamente metidos en el
aquí y ahora. Sólo la naturaleza ignora la memoria y la historia.
El hombre, en cambio –si me permitís brindaros una definición–,
es el único animal que cuenta historias.»

GRAHAM SWIFT: *El país del agua*

A lo largo del proceso de institucionalización de la Especialidad de Psicología Clínica ha habido, sobre todo en determinadas circunstancias críticas, enfrentamientos entre diferentes actores que forman parte del colectivo de los psicólogos y que veían potencialmente dañados intereses o ámbitos de actividad. El camino de la especialidad fue lo suficientemente largo y tortuoso como para que ciertas divergencias se fuesen negociando. Los enfrentamientos que se produjeron han dado como resultado importantes heridas que parecen aún no cicatrizadas por el cómo se han ido reabriendo en diversos episodios. Es particularmente sintomático lo sucedido a mediados de los 90 cuando ya había convocatorias anuales del P.I.R., y por lo tanto parecía inevitable el que se fuese a publicar una normativa de acceso a la especialidad, cuando importantes sectores, sobre todo vinculados a la práctica privada de la psicología, pasaron a adoptar una actitud de enfrentamiento frontal con la especialidad. A este respecto conviene recordar que no fue sólo desde los ámbitos médicos o psiquiátricos desde donde se impugnó el Real Decreto 2490/98 y no fue desde ellos desde donde se propuso su derogación, pese a lo que ahora se esté intentado establecer en cuanto al «**Enemigo Exterior Único**» como manera de «**Organizar la Unidad de la Profesión**» por parte de los actuales gestores del C.O.P. (estatal-madrileño).

Los enfrentamientos que se produjeron han dado como resultado importantes heridas que parecen aún no cicatrizadas por el cómo se han ido reabriendo en diversos episodios.

A lo largo de este artículo vamos a detenernos en una serie de momentos del desarrollo de la profesión y la especialidad que nos parecen particularmente interesantes de cara a entender la actual situación de conflicto en y entre diversas instituciones de la Psicología (C.O.P., Facultades, Departamentos, Asociaciones Científicas...), pues pretendemos mostrar que lo que se nos está planteando como un conflicto entre los psicólogos (encabezados por su *vanguardia representativa*: C.O.P. (estatal-madrileño) y la Universidad (Facultades de Psicología)) y la Administración, los políticos, los médicos y el resto del mundo, responde en realidad a una situación de conflicto, con enfrentados planteamientos de solución, dentro de los colegios profesionales, de los departamentos y facultades, de las asociaciones científicas y de los profesionales. De modo análogo a como ha venido sucediendo en cada uno de los momentos de crisis en la evolución de la profesión en nuestro país.

El surgimiento del P.I.R. y la especialidad

Se han publicado ya numerosos artículos haciendo historia y balance del establecimiento e institucionalización de la formación de especialistas en Psicología Clínica a través del sistema de Interno Residente, por lo que no pretendemos una narración exhaustiva, sino que queremos centrarnos en los aspectos que creemos relevantes para el hilo conductor de este artículo.

La propuesta aparece vinculada por tanto a los profesionales de las redes asistenciales de salud mental, en aquel momento inmersas en proyectos de cambio y modernización.

La cristalización de la propuesta de formación especializada de los psicólogos clínicos, vía P.I.R., aparece con la puesta en marcha de un programa P.I.R. por la Comunidad Autónoma de Asturias en 1983. Posteriormente lo hicieron Andalucía, Navarra, Madrid y Galicia. La propuesta aparece vinculada por

tanto a los profesionales de las redes asistenciales de salud mental, en aquel momento inmersas en proyectos de cambio y modernización y, consecuentemente, formando parte de los objetivos de profesionales (también de un sector de los psiquiatras) y gestores. La vinculación del Colegio Oficial de Psicólogos fue lenta y gradual y muy desigual en su grado de compromiso con este proyecto en los diferentes ámbitos autonómicos. Las Universidades y las Facultades de Psicología, salvo honrosas y muy minoritarias excepciones, se mantuvieron al margen y en algunos casos francamente en contra. En aquel momento las Facultades de Psicología se encontraban incrementando su número, sus alumnos y sus masters, y ya en el camino de ubicarse en relación a las ciencias jurídicas y sociales más que en el ámbito sanitario. Dentro de las

Facultades aquéllos que eran contrarios a la vía P.I.R. para la obtención de la especialidad defendían el acceso a esta vía master de postgrado, y no se cansaban de repetir (con un tono que hacía pensar que uno se hubiera confundido y en vez de entrar en el Departamento PETRA de... hubiera vuelto a la cantina de la mili o al bar de suboficiales) que cómo se iban a formar los especialistas con aquellos que no sabían y no como debía ser, es decir, con ellos, que sí sabían.

En resumen, el P.I.R. se encontró con tibios y muy minoritarios apoyos en el ámbito universitario, con fuertes reticencias y planteamientos en contra por parte de otro sector del profesorado, e indiferencia por parte de la mayoría de la comunidad universitaria.

Todavía en un artículo del año 97 se aboga por la conveniencia de que la Universidad se integre en la formación de psicólogos clínicos y porque las Facultades de Psicología que en algunos casos ya tenían servicios de atención psicológica (enfocados principalmente a estudiantes universitarios) buscasen el integrarlos en las redes de salud mental. Esta carencia estructural ha marcado muchos desencuentros posteriores, pues la existencia de servicios clínicos hubiera implicado necesariamente lugares de encuentro entre universitarios y clínicos.

Éste es, pues, un primer momento de desencuentro entre los diferentes sectores dentro de cada institución de la profesión. Primera oportunidad perdida.

El Decreto de la especialidad y su impugnación ante el Supremo

En el momento en que se publicó el Real Decreto 2490/98, hubo amplias discusiones acerca de la idoneidad del sistema de formación especializada a través de la vía P.I.R. Determinados sectores mantenían posturas que cuestionaban esto, lo que se tradujo más adelante en la promoción de recursos judiciales contra dicho decreto.

Dentro de estas discusiones públicas que tuvieron lugar en aquellos tiempos, cuando se planteó la justicia de las alternativas a la vía P.I.R., dado que uno de los aspectos a mi juicio más positivo de ésta era **la equidad de acceso** (puesto que la entrada en el proceso de formación como especialista dependía de la realización de un examen ante el que estaban en pie de igualdad todos los candidatos), hubo planteamientos alternativos, por parte de los

En un artículo del año 97 se aboga por la conveniencia de que la Universidad se integre en la formación de psicólogos clínicos y porque las Facultades de Psicología buscasen el integrarlos en las redes de salud mental.

mismos sectores que posteriormente presentaron recursos legales contra el decreto, que defendieron públicamente la vía de los masters universitarios como alternativa al P.I.R., aceptando como razonable el importante coste económico que podía significar, dados los precios millonarios que podrían conllevar las matrículas y razonando el que a ciertos sectores de la práctica privada esto podría parecerles justo y lógico, y preferible al P.I.R. con su acceso por la vía del examen. En lo que coincidían también con la postura de un importante sector de la comunidad universitaria.

A lo largo de los enfrentamientos que jalonaron los años anteriores a la publicación del Real Decreto 2490/98 se fue conformando, especialmente en la profesión y en los colegios profesionales, una grave escisión que dio lugar a la génesis de varias de las asociaciones que posteriormente promovieron los recursos contra dicho decreto.

Conviene recordar que contra el decreto se interpusieron cuatro recursos de carácter contencioso-administrativo:

El número 48/1999, que presentaban la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica: solicitaba la declaración de nulidad del artículo 1.2 y de la Disposición Adicional Tercera de dicho decreto. el número 49/1999, que presentó el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos: solicitaba que se declare la nulidad, anule o revoque y deje sin efecto la Disposición Adicional Tercera.

Se fue conformando una grave escisión que dio lugar a la génesis de varias de las asociaciones que posteriormente promovieron los recursos contra dicho decreto.

El número 43/1999 (como se advierte por la numeración, adelantados y madrugadores), presentado por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas de la Práctica Privada: solicitaba que se declare nula y sin efecto, por contraria al ordenamiento constitucional, la Disposición Transitoria Tercera del Real Decreto.

El número 154/1999, presentado por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos Privados: solicitaba la **declaración de nulidad de pleno derecho del Real Decreto** (...) «al vulnerar frontalmente los principios constitucionales de irretroactividad de las normas restrictivas de derechos individuales, el principio de seguridad jurídica, interdicción de la arbitrariedad y el derecho de igualdad ante la ley, tanto por motivos formales insubsanables, como por los motivos de fondo alegados, o SUBSIDIARIAMENTE LA

NULIDAD DE SU DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA, punto segundo».

Ya entonces estaban claras dos cosas: la primera era que nuestros «enemigos exteriores» no necesitaban de mucho esfuerzo pues ya nuestros «compañeros» procuraban darles gran parte de trabajo hecho y la segunda que el grado de crispación y «juego sucio» puesto en marcha fue considerable. Los que valorábamos la publicación del decreto como un importante logro en el camino de asentamiento y reconocimiento social de la profesión y que, en gran número, trabajábamos en las redes asistenciales públicas de salud mental y, en algunos casos, estábamos en cargos colegiales, pasamos a ser «funcionarios» o «fuerziinterinos» y otras lindezas similares en «tablones de anuncios» o foros de «discusión» patrocinados por las asociaciones promotoras de los recursos.

El enfrentamiento crispado dentro de la profesión y la altura y generosidad moral e intelectual de dicho enfrentamiento ya se evidencian de manera muy clara, y esa es una característica que se mantendrá, hasta la actualidad, como tono general, por parte de algunos de los participantes, en los enfrentamientos internos de los psicólogos.

El *practicum*

La puesta en marcha del *Practicum* por parte de las facultades de Psicología desde mediados de los años 90 resultó una nueva oportunidad fallida, fue un nuevo lugar de desencuentro entre las facultades de Psicología, en aquel momento en pleno proceso de incardinación en el área de Ciencias Jurídicas y Sociales (y no en las sanitarias, creo que por decisión propia y no impuesta desde fuera, y cuando el P. I. R. ya llevaba alguna convocatoria) y los profesionales clínicos.

El enfrentamiento crispado dentro de la profesión y la altura y generosidad moral e intelectual de dicho enfrentamiento ya se evidencian de manera muy clara, y esa es una característica que se mantendrá.

Desde los departamentos se desaprovechó la oportunidad que el *Practicum* representaba de puesta en contacto con las redes asistenciales públicas de salud mental y también con instituciones de ámbito privado, que permitieran una articulación más precisa que pudiera redundar en una mejora de la formación de los alumnos de Psicología pero también de los residentes que a través del sistema P.I.R. accedían a la especialidad. Manteniendo la tradición, también en el *Practicum*, los alumnos nos han transmitido muy diversas valoraciones de la posible valía en su formación de su experiencia en el *Practicum*. En el ámbito universitario una vez más

encontramos una minoría (que en buena medida suele coincidir con los que articularon y pusieron en marcha el *Practicum*) que defiende la bondad del sistema, una amplia mayoría que mantiene una relación aséptica y otro grupo que no ahorra calificativos en las descalificaciones respecto del papel que pueden realizar en esto los profesionales clínicos. Una vez más se perdió otra oportunidad de encuentro y articulación.

Esta situación con tantas analogías en la valoración de la colaboración de los clínicos por parte de la comunidad universitaria con relación a la formación tanto de pre-grado como de especialización de postgrado señala las dimensiones de la distancia y la profundidad del desconocimiento e ignorancia mutuos.

El devastador efecto O.P.E

En este momento del proceso tras la publicación de la normativa que explicita los criterios de acreditación como especialista, muchos de los psicólogos que trabajamos como interinos en los servicios de salud mental (del INSALUD y las Consejerías de Salud autonómicas) nos encontramos esperando contestación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, respecto de la posible acreditación como especialistas.

En una O.P.E. cuyo objetivo era la estabilización en el empleo de los que llevaban cinco, diez o quince años en variopintas situaciones administrativas de interinidad.

La Administración (peculiar en sus ritmos y en sus humores), que llevaba desde principios de los años 90 sin convocar oposiciones en el ámbito sanitario, hace pública la convocatoria de su O.P.E.

Por supuesto no se tuvo en cuenta en absoluto el momento en el que se encontraban los psicólogos, conforme tampoco se había tenido en cuenta con anterioridad. Se trasladó mecánicamente la convocatoria que había sido redactada adecuadamente para las especialidades médicas, y, sin hacer caso de lo que les fue señalado de modo reiterado desde diversos ámbitos asociativos, consiguieron que en Psicología Clínica una parte sustancial de las plazas se vayan a promoción interna (en una O.P.E. cuyo objetivo era la estabilización en el empleo de los que llevaban cinco, diez o quince años en variopintas situaciones administrativas de interinidad), manteniéndose la duda añadida respecto de que algunos de los candidatos finalmente admitidos por esa vía vayan a poder acreditarse como especialistas según lo actualmente establecido (si se consigue el logro del carácter sanitario de la licenciatura, parece evidente que también este problema estaría resuelto; si esto no fuera así siempre queda la posibilidad alternativa del traslado a «servicios centrales»).

También en aquel momento se vio como un conjunto denotado como único y compacto tenía sus matices. La percibida «homogeneidad» de «los de la pública» se vio que no era tal (y sin entrar en las lindezas con las que nos obsequiamos en pleno proceso de sospecha paranoide).

De annus horribilis psicologicum

¿Cómo hemos podido sufrir los psicólogos una serie tal de reveses entre el verano del pasado año y el actual?

Desde una situación en la que parecía inminente la publicación de un nuevo decreto, que corregía ciertos aspectos del anterior en cuanto al proceso de acreditación a través de las vías transitorias para la especialidad (ampliando el periodo de cálculo e incluyendo nuevos colectivos), y que, por tanto, parecía poder «calmar» la crispación existente, de repente eso se marcha al limbo (de donde, curiosamente parece haber resurgido en estos últimos tiempos) y se ponen en marcha una serie de decisiones administrativas claramente lesivas (L.O.P.S., Decreto de acreditación de centros sanitarios) y a través de extrañas trayectorias (coincidiendo con que «los de la pública» están inmersos en sus respectivas OPE's) hemos llegado a una situación como la actual de división y enfrentamiento entre las instituciones de nuestra profesión (Colegios Oficiales de Psicólogos, Facultades de Psicología, Departamentos PETRA, Sociedades Científicas...), pero también ***dentro de cada una de ellas.***

Hemos llegado a una situación como la actual de división y enfrentamiento entre las instituciones de nuestra profesión, pero también dentro de cada una de ellas.

La «**solución**» del problema que han planteado (de modo poco colegial, por cierto) el Decano y «**la dirección**» del C.O.P. (¿o ya se ha transformado en Consejo de Colegios?) y ciertos sectores de ciertas Facultades de Psicología (siendo particularmente «militante» alguna madrileña), es decir, exigir el carácter sanitario de la licenciatura es ***poco creíble, no resuelve el problema***, y puede tener como consecuencia la ***demolición de la vía P.I.R. de acceso a la especialidad de clínica*** (el elemento nuclear del asentamiento de la profesión en el ámbito sanitario y por tanto también de su reconocimiento y proyección sociales).

Es ***poco creíble*** porque significa un brusco giro en las trayectorias que hasta ahora han venido manteniendo tanto las Facultades como el COP.

En el caso del COP, **durante 15 años**, desde finales de los 80 hasta el 2003, ha venido defendiendo la consecución de la especialidad de clínica a través de la vía PIR (documentación exhaustiva, sobre todo de la etapa referida a estos últimos años, en *Otra «Cronología de un conflicto»* (Manuel Moreno):

<http://sherlock.webcindario.com/>, y en *Portal Salud Mental*:
<http://www.portalsaludmental.com/>).

En el caso de las Facultades, su preocupación por las condiciones del ejercicio de la profesión en el ámbito clínico (desde la división de posturas que hemos señalado en párrafos anteriores), excepto en el caso de la puesta en marcha del Practicum, era mínima o inexistente, en razón de la absoluta desconexión del ámbito clínico y del universitario. Aunque también aquí asistiremos a cambios. Dado que para poder intentar el reconocimiento del carácter sanitario de la licenciatura puede ser importante la existencia de servicios clínicos que presten atención psicológica, seguramente asistiremos a una **«fiebre conveniente»** por parte de las Facultades para conseguir acceso a servicios clínicos de salud y prestar atención desde ellos. A título de ejemplo no tiene otra explicación que en un número centrado en la eficacia de las

En el caso de las Facultades, su preocupación por las condiciones del ejercicio de la profesión en el ámbito clínico, excepto en el caso de la puesta en marcha del Practicum, era mínima o inexistente.

psicoterapias/tratamientos psicológicos nos aparezca un artículo sobre el destacado servicio de asistencia de la Universidad, aunque la intención nos la aclara casi perfectamente el título: «Los centros universitarios de asistencia psicológica **como centros de formación de posgrado en psicología clínica y psicoterapia**: la unidad de psicología clínica y de la salud de la UCM» (en *Papeles del Psicólogo, Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, Vol. 25, nº 87, enero-abril 2004).

No resuelve el problema porque la realización de esta propuesta implicaría, necesariamente cambios en el plan de estudios, y eso resolvería el problema de los futuros alumnos pero no necesariamente el de los que están actualmente en la facultad ni el de los licenciados.

¿Alguien, además de los impulsores de esta propuesta, cree que se va a aprobar el carácter sanitario de la licenciatura (con planes de estudio como el actual) y su aplicación retroactiva a todos los licenciados con anterioridad?.

Quizás, pensándolo bien, tampoco ellos se lo crean. Porque para resolver el problema de que la nueva licenciatura, sanitaria, no

incluya a esos dos grupos podría plantearse (¿quizás durante un tiempo de transición?) un master (dos años no son nada) que garantizase el acceso al «carácter sanitario». ¿Quién puede, en qué ámbito universitario, en estos duros momentos de recesión y descenso de matrículas, garantizarse una potencial «clientela cautiva» de más de 60.000 personas? Aunque ya puestos en esta deriva, podría ofertarse al Estado lo siguiente: dado que las plazas de PIR son muy pocas y en esta época es difícil que usted pueda ofertar más, ¿Por qué no nos planteamos una alternativa que no le cueste un duro?. Una formación vía master que sea alternativa al PIR. Según como vaya la negociación puede plantearse como provisional y por tiempo limitado (dando salida así a esta situación atascada, conflictiva y difícil) o con carácter permanente (volviendo así a las tesis que ya señalamos en los párrafos iniciales).

Quizás queda un cierto aspecto de la realidad (aunque ya sabemos que a ciertas personas no es algo que les preocupe con frecuencia) por considerar: el cuantitativo. En este momento el conjunto de los profesionales clínicos que han solicitado su acreditación como especialistas está un poco por encima de los 10.000. Aunque con la publicación de una normativa que flexibilice los períodos de cálculo pudiera crecer pongamos que hasta los 15.000: ese es el conjunto de la suma de los licenciados de psicología en España, desde su inicio, que parecen reclamarse como clínicos (y sanitarios): añadamos casi 60.000 (mediante el carácter sanitario de la licenciatura) que están ahora en las Facultades: ¿creen que la sociedad española, que no necesita sino someramente (y las dificultades de muchos gabinetes para llegar a fin de mes lo atestiguan) a los que ahora ejercen, puede necesitar en un plazo de cinco o seis años **5 veces más**?. Poniendo otro dato cuantitativo, esa misma sociedad ¿necesita **en el mismo plazo temporal el doble de psicólogos** que del **conjunto de especialistas médicos**? (más datos en *Portal Salud Mental*: <http://www.portalsaludmental.com/>).

En este momento el conjunto de los profesionales clínicos que han solicitado su acreditación como especialistas está un poco por encima de los 10.000.

Siguiendo en el ámbito de los datos cuantitativos. ¿Por qué se plantea esto ahora y no se ha buscado anteriormente solución a la entrada masiva de estudiantes en las Facultades de Psicología que se ha venido produciendo a lo largo de los años 90?. Hubiera sido de agradecer que el interés por el ejercicio profesional por parte de ciertos sectores hubiese aparecido con el mismo entusiasmo pero quizás con un poco de antelación. Quizás si hubieran mirado en cierto momento para la situación de los profesionales ejercientes en

esta sociedad y no para Padua (mientras las facultades crecían y se multiplicaban...).

No resuelve el tema planteado por la L.O.P.S. ya que, más bien, ciega la posibilidad de carrera profesional, para los profesionales ejercientes en la sanidad, en el ámbito de especialistas.

Respecto de la situación generada por del Decreto de acreditación de centros sanitarios, podría plantearse otro tipo de consideraciones previas, alternativas al planteamiento del carácter sanitario de la licenciatura; por ejemplo, dado que su aplicación recae en las administraciones autonómicas, por qué no plantearse en esos ámbitos considerar su aplicación con suficiente flexibilidad en lo referido a los gabinetes de psicología o plantearse una moratoria a la espera de que se aclare el tema de la acreditación de los especialistas en psicología clínica o nos aclaremos en el debate respecto de si lo que se hace en la mayor parte del trabajo de la mayoría de los gabinetes de psicología abiertos en este país ha de ser considerado necesariamente sanitario.

Podría parecer hasta cierto punto lógica una lectura de «agresión externa» hacia la profesión, por su retórica de búsqueda de una «articulación unitaria de la respuesta» desde diversas organizaciones de los psicólogos unidas hacia un mismo objetivo. Considerar ingenua una aproximación semejante sería demasiado simple, en la actualidad y también históricamente, por lo que llevamos analizado hasta ahora.

Lo señalado en lo anteriormente escrito debe entenderse como una aportación hecha desde una perspectiva estrictamente personal. No pretendo que nadie se muestre de acuerdo con ello

Más bien lo que nos parece es que cada uno de los sectores presentes en los conflictos de la evolución de la profesión, han actuado reclamando la defensa del interés general de la profesión. El que esos pronunciamientos hayan coincidido con la realidad de las cosas es algo sobre lo que cada uno debe reflexionar. Lo señalado en lo anteriormente escrito debe entenderse como una aportación hecha desde una perspectiva estrictamente personal. No pretendo que nadie se muestre de acuerdo con ello, pero en muchas ocasiones aquello que más nos ha hecho pensar era precisamente lo que nos cuestionaba datos o esquemas de análisis. Tal es el objetivo de este escrito.

A Coruña, Noviembre de 2004.

Ikebanas III. Escuchar y sorprenderse en la clínica diaria

Autor

Anton Seoane
Psiquiatra. C.S.M. Coia-Vigo.

1.- «... España es un despelote ...».

Más o menos joven, «porteña» y en la marginalia de RISGA, compañero extoxicómano, hijas adolescentes más allá de la ley, etc, etc., que se arrepiente de haber venido a España, país al que achaca el caos «problemático y febril» en el que vive sumida.

¿Y cómo se escapa el mundo de la mente en la que estoy?...? Paciente reflexionando complejamente sobre lo que se debe de sentir en un episodio disociativo.

2.- « ... Antes era muy alegre, lloraba por todo ...».

Curiosa manera que tiene un marido añoso de valorar lo bien que estaba antes su mujer, y no ahora, que no llora por nada.

3.- «... Son errores de mi autismo doméstico...».

Paciente con trastorno bipolar, joven padre de familia, listo, que hace brusco insight de que la posible anorexia de su hija adolescente, tal vez, se deba a que él, instalado en su queja hegemónica, ha estado ajeno al entorno familiar donde otros síntomas « crecían».

4.- «... ¿ Y cómo se escapa el mundo de la mente en la que estoy?...».

Paciente brasileña de largo tiempo de evolución, histerodepresiva, con espiritista incluido, reflexionando complejamente sobre lo que se debe de sentir en un episodio disociativo.

5.- «... ¿No hay mas opciones?...».

Joven de 16 años, aspecto de Billy the Kid . Vive en un piso protegido, ligeramente caracterial, o caracterial tipo Woody Allen, que responde así, sin atisbo de malicia, ante la patriarcal pregunta del terapeuta sobre si el día de mañana pensaba trabajar... el texto no traduce la inocencia de su gesto al preguntar si no había más opciones.

6.- «... Por entrar en casas ajenas a coger cosas...».

Mismo paciente preguntado sobre el porqué de estar tutelado. Limpia y sutil descripción de lo que se suele entender por robar.

7.- «... Hoy no hay sol...».

Paciente crónico, un tanto peculiar, tipo Mr. Chance, silencioso y enigmático. Preguntado por cómo se encontraba, responde escuetamente «hoy no hay sol». Es la sabiduría de años y culturas la que en ese momento se concentra en esa lacónica expresión... él tal vez no lo sepa, pero acaba de sintetizar todos los DVDs de National Geographic.

8.- «... No me importa que me psicopateen ...».

Nuevo verbo debido a la riqueza léxica de los argentinos, psicopatear: dícese de cuando uno intenta sacar de quicio a otro. Hay que reconocer que ningún español medio llegaría a tales sutilezas semánticas.

9.- «... ¿ Qué... y este año no ha habido vacaciones selváticas... sigue cazando grullas ?... Yo disfrutaba mucho cazando grullas...».

Pregunta cariñosa de un joven crónico, muy conocido. Simplemente, Groucho Marx en estado puro.

10.- «... la descompensación de noviembre empezó con lo de Leticia Ortiz... de ella salté a mi vejez... solo ella ya no será guapa y todos nos moriremos...».

Paciente joven en dispositivos de talleres / neocrónico. Imposible sintetizar mejor el apocalipsis de un cuento de hadas; el «Síndrome Leticia», la belleza, la vejez y la muerte, todo condensado.

El paciente lo sabe, ha descubierto la impostura que sospechábamos todos, ella no es Blancanieves, es la madrastra.

“...Hoy no hay sol...”:

Paciente crónico, un tanto peculiar, tipo Mr. Chance, silencioso y enigmático. Preguntado por cómo se encontraba.

11.- «...Se va a aburrir muchísimo, es un país de juguete, qué va a hacer allí una chica de Australia...».

Boda de «plebeya» de las Antípodas con un príncipe de Dinamarca. Mismo paciente, que, por o visto, metaboliza su propia destrucción a través de un espejo «real»... entrecomillado típicamente lacaniano.

12.- Guión tipo Berlanga I:

Paciente que yo trato desde sus 17 años. Ahora tiene 36. Psicótico crónico lúcido e inteligente, tentativas graves de suicidio y madre que aguanta todo.

Suma confianza a la hora de hablar de síntomas, pasado, futuro, posibilidades suicidas, etc.

En la última consulta, la madre hace una propuesta lúdico – trágica digna del primer Berlanga : « Si él se quedase en coma irreversible, yo cobraría la pensión...». A él le parece una idea interesante, solo hay un problema, conseguir ese grado de coma perfecto. El admite que el planteamiento es sugerente pero duda de estar preparado para tal grado de perfección.

13.- Guion tipo Berlanga II:

Paciente mayor que ingresa traída por la policía después de la típica intervención «multidisciplinar»: socio–psico – policiaco–sanitaria. Es dada de alta, para su gran sorpresa, a los pocos días de su ingreso. Entonces se da cuenta de que no puede acceder a su vivienda....; en las vicisitudes del ingreso y asumiendo, a la vieja usanza, que va a ser de por vida, había arrojado las llaves a un contenedor.

Minimalismo gestual que condensa el complejo cambio que ha llevado de los manicomios a la actual psiquiatría... mala, pero actual, hoy al menos cualquiera tiene duplicado de las llaves.

Se da cuenta de que no puede acceder a su vivienda....; en las vicisitudes del ingreso y asumiendo, a la vieja usanza, que va a ser de por vida, había arrojado las llaves a un contenedor.

14.- Sugerencias: «La suicida del tanga»

Paciente conocida en urgencias, con importantes rasgos polineuróticos, ha tenido una discusión con su pareja la noche anterior y ha salido de casa por la mañana con supuesta actitud de arrojarle delante de los coches. Se cree necesario su ingreso; actitud caprichosa, de *no*, «histérica». Tiene que ser inyectada a la fuerza, situación en la que aparece un tanga «de diseño» que aporta al dramatismo supuesto de la situación cierto, llamémosle efecto chocante, que al

menos, permite que sea inyectada con gran facilidad.

En fin... ¿Se podrá evaluar la intencionalidad / credibilidad suicida preguntando directamente y sin rodeos por el tipo de ropa interior del día de autos?.

15.- El suplicio de Tántalo:

Paciente de mediana edad, tratada desde siempre, diagnosticada de TOC, el cual lleva con cierto sentido del humor.

Un día en consulta, cuenta una de sus últimas compulsiones; que el bajo del pantalón coincida con un nivel exacto del zapato lo cual la lleva a caminar comprobando constantemente si esa mágica concordancia se produce, lo cual produce a su vez la lógica

curiosidad en la gente que la ve caminar, ya que constantemente vuelve la cabeza para ver si consigue tal «perfección».

Como en otros casos, frena el síntoma poniendo en funcionamiento un muro de palabras.

«Empiezo, por ejemplo, diciéndome que *como es una tontería no voy a repetir ese gesto y no tengo por qué hacerlo....* ya tengo el arranque de la frase, me da una cierta tranquilidad, me la digo en alto, pero no me llega, entonces la voy complicando ... *como es una tontería no voy a repetir ese gesto y no tengo porque hacerlo, y así me sentiré bien...*».

La frase se va enredando cada vez más, añadiendo otros componentes que siempre son dichos en el mismo orden; «*como es una tontería no voy a repetir ese gesto y así me sentiré bien porque aparte, soy buena y hoy quiero ser feliz...*». Sigue ampliándose la frase y viendo que no frenaba la repetición, echa mano de Dios : «*como es una tontería ..., etc, etc, etc. y además Dios me quiere porque rezo todos los días*». Así hasta el infinito, y de repente el desastre, cuando estaba contando al terapeuta todo su esfuerzo de control, se da cuenta, en vivo y en directo, que ha obviado una pregunta altamente inquietante , «... y si Dios no existe...». Vuelta a empezar, lo dicho, el suplicio de Tántalo.

Vigo, 28 de octubre de 2004.

Os Eventos consuetudinarios que acontecen na rúa

CINE: Capturing the Friedmans

Andrew Jarecki. USA

Autores

Luis Vila Pillado, Ramón Area Carracedo.
Psiquiatras. Hospital Xeral. Calde. Lugo.

Andrew Jarecki trataba de realizar un reportaje sobre los payasos en Nueva York, cuando se encuentra con que uno de los más famosos guarda grabada en super 8 la durísima historia familiar que le afecta.

Resulta curioso el efecto que la palabra «festival» tiene en cuanto a fomentar una gran asistencia a determinados actos culturales, al menos en la ciudad en que trabajamos, tal y como ha sucedido en los pasados festivales de cine de autor y de jazz recientemente celebrados. Pero cuando películas o actuaciones similares se programan fuera de dicho contexto se pueden contar con los dedos de las manos las personas que acuden. En el caso de la película que nos ocupa, y con el agravante de no aparecer anunciada el mismo día en la prensa local, la asociación cultural Valle-Inclán que organiza el cineclub se encontró con unas 30 personas para ver uno de los films más interesantes de los últimos años.

Andrew Jarecki trataba de realizar un reportaje sobre los payasos en Nueva York, cuando se encuentra con que uno de los más famosos, David Friedman (contratado frecuentemente para asistir a fiestas infantiles) guarda grabada en Super 8 la durísima historia familiar que le afecta. Y la exposición de dichas grabaciones así como entrevistas a los protagonistas de la misma, nos servirán para poder asistir a la reconstrucción de una historia, de la que el espectador saldrá totalmente desconcertado y asistiendo a una convincente exposición de la misma desde perspectivas totalmente opuestas.

La historia tiene como protagonistas encausados al señor Arnold Friedman y a su hijo Jesse Friedman (padre y hermano menor de David) quienes en los años 80 son acusados de múltiples delitos de

paidofilia. Todo comienza cuando la policía intercepta un envío de material pornográfico infantil al señor Arnold Friedman, y tras un registro de su domicilio (en una zona residencial de gente de alto nivel económico en Long Island) aparecerá mucho más material de este tipo. La investigación no queda ahí, pues el hasta entonces «excelente» ciudadano Friedman da clases particulares de informática a gran cantidad de menores de la zona. La policía investiga y pronto las acusaciones tanto sobre el señor Arnold como sobre su hijo Jesse, de 18 años en aquel momento, son escalofriantes. La duda sobre la veracidad de las mismas sin embargo quedará a lo largo de todo el film, en cuanto a que a ninguna de las supuestas víctimas se le había notado la más mínima señal física, cuando se hablaba de que en muchas ocasiones se había llegado a agresiones físicas importantes, y la forma de preguntar de la policía podía ser bastante directa y muchos «recuerdos» lo fueron tras hipnosis. También dentro de los asistentes a las clases, muchos niegan rotundamente que se produjesen situaciones tales. Veremos desde las detenciones hasta grabaciones en las que se aprecia el impacto emocional que la situación provoca en el resto de los miembros de la familia así como entrevistas con las víctimas y sus familias, y con abogados de todas las partes. Aunque Arnold reconoce otras conductas e impulsos paidófilos, nunca llega a reconocer los cargos que se le imputan hasta que, parece que por la posibilidad de exculpar a Jesse y aconsejado por su abogado, decide autoinculparse. La condena, también al hijo, provocará el suicidio del señor Arnold.

A lo largo de la película también asistiremos a aspectos de interés en la reconstrucción de la historia de los personajes, las defensas que utilizan para enfrentarse a las duras situaciones que enfrentan, la elaboración de las culpas y duelos, así como los intentos de reconstruir sus vidas.

Frente a «Misters Jones», «mejores imposibles» y demás productos made in Hollywood, que nos explican «muy bien» lo que es un bipolar, un TOC, etc., cine independiente de calidad con tema psiquiátrico, del cual uno sale más bien pensando en lo poco que sabemos sobre la conducta humana.

Veremos desde las detenciones hasta grabaciones en las que se aprecia el impacto emocional que la situación provoca en el resto de los miembros de la familia así como entrevistas con las víctimas y sus familias.

IX Jornadas de actualización en psicogeriatría. Martorell 6-7 mayo 2004

Autor

Raimundo Mateos

La nueva edición de estas jornadas anuales ha mantenido, si no superado, el interés y calidad de las últimas ediciones, consagrándolas como uno de los foros importantes de formación psicogeriátrica del país. A ello contribuyen tanto la calidad de los ponentes, entre los que suele contarse en los últimos años algún destacado clínico o investigador extranjero, como el formato,

La mesa de actualización del tratamiento de las demencias según la fase, inicial, media y avanzada, recibió muchos parabienes, creo que debido al hecho de su composición interdisciplinar.

generoso en el tiempo ofertado para coloquio. Aprecio especialmente esta cualidad que impide a los ponentes retirarse tras haber contado aquello que «nadie duda» sin poder dar su opinión sobre las dudas de los asistentes.

Martin Orrell (University College of London) impartió la conferencia inaugural sobre «Evaluación de las necesidades de los ancianos con enfermedad mental», presentando por segunda vez en España (la primera vez fue la jornada celebrada en Santiago de

Compostela el 1 de agosto de 2003) el Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE), instrumento que permite analizar de forma exhaustiva dichas necesidades y en que medida están cubiertas o no. Confiamos que ello contribuya a consolidar la incipiente investigación en torno a este tema.

La mesa de actualización del tratamiento de las demencias según la fase, inicial, media y avanzada, recibió muchos parabienes, creo que debido al hecho de su composición interdisciplinar (psiquiatras, neurólogo, geriatra) y a que se dedicó más de una hora al coloquio. Sirvió para dejar claro la ambigüedad de conceptos como el de «Deterioro Cognitivo Ligero» y las relativamente diferentes

concepciones terapéuticas que pueden tener las tres principales especialidades implicadas en el tema. Sería muy enriquecedor, si ello fuera posible, replicar mesas similares en todos los puntos de la geografía asistencial del país.

En la mesa sobre «Situaciones Críticas en Psicogeriatría» (suicidio, agitación-agresividad, rechazo de la ingesta) me impactó especialmente la veteranía edulcorada de su peculiar sentido del humor de Carmen Tejedor (H. San Pau) al abordar en toda su dureza el tema del suicidio en ancianos.

Tan novedosa y amena en su presentación como prometedora en su contenido resultó la conferencia sobre «Adiestramiento de perros para enfermos de Alzheimer». De entre las iniciativas de este tipo que se están empezando a llevar a cabo en España (alguna en Galicia) los autores la presentaron como la que probablemente había alcanzado mayor grado de colaboración interdisciplinar, merced al apoyo generoso de la Fundación La Caixa. La anécdota para reír y pensar: una cuidadora estaba encantada, entre otras cosas, desde que ya tenía en casa con quien hablar de muchas cosas... la perrita entrenada para cuidar a su esposo, demenciado. Al hilo de este tema, mencionar que el último editorial de la *Revista de Psicogeriatría* recoge un comentario sobre la utilización de animales para la estimulación estos enfermos y el apoyo emocional de sus cuidadores.

El último editorial de la Revista de Psicogeriatría recoge un comentario sobre la utilización de animales para la estimulación estos enfermos y el apoyo emocional de sus cuidadores.

La última mesa fue una panorámica de la asistencia prestada por la institución organizadora, las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, en España. Las jornadas se clausuraron con un emotivo acto *In Memoriam* del Dr. Alfredo Rego, que desde los años 60 hasta su jubilación a finales de los 90 dirigió el «Centro Neuropsiquiátrico de Martorell» en el que dejó la impronta de su creencia en las capacidades de sus enfermos y en su modelo de psiquiatría comunitaria.

Psicoanálisis aplicado

Clínica del vacío. Anorexias; Dependencias; Psicosis

Máximo Recalcati. Editorial Síntesis. Madrid, 2003

Autora

Isabel Alonso Martín. Psicóloga. Psicoanalista. Socia de la Sede Vigo. E.L.P.

Obra en apariencia no voluminosa, que aborda la anorexia desde la Clínica del Vacío. Invita desde la introducción a pensar y reflexionar acerca de las nuevas formas sintomáticas de nuestra época y sus implicaciones.

Aborda la anorexia desde la Clínica del Vacío. Invita desde la introducción a pensar y reflexionar acerca de las nuevas formas sintomáticas de nuestra época y sus implicaciones.

La gran mayoría de los capítulos del libro son textos presentados en jornadas y congresos. El autor utiliza recursos de exposición que aclaran conceptos y principios acerca de la teoría y práctica psicoanalítica e incluso invita a que sean leídos por profesionales ajenos al campo del psicoanálisis lacaniano. Se percibe el esfuerzo del autor en hacer una transmisión sobre sus elaboraciones, partiendo de la enseñanza de Freud y Lacan, engarzando la teoría con apuntes clínicos aclaratorios y valiosos.

El libro consta de una introducción, en la que hace una exposición general de las distintas partes del libro: Vacíos, Máscaras y Segregaciones. Luego consta de dos apéndices. El primero es un comentario sobre el texto freudiano, Tres ensayos sobre la teoría sexual y otro sobre el escrito de Lacan: la Significación del falo. Termina el libro con un segundo apéndice: «El cuadro tipo de la familia anoréxico-bulímico».

En la introducción, el autor establece una clara diferenciación entre la «clínica de la falta» y la «clínica del vacío». La tesis que recorre todo el libro y la investigación del autor es alrededor de esta

diferenciación con un estudio muy riguroso de la obra de Freud y Lacan. Para el autor la «clínica de la falta» es el eje central de la clínica psicoanalítica a partir de los trabajos freudianos: es el descubrimiento y presencia del deseo inconsciente. De la represión, del retorno de lo reprimido y en la que las formaciones del inconsciente sueños, lapsus y actos fallidos son sus vías regias. Siguiendo la primera enseñanza de Lacan el centro de esta clínica se muestra en la pasión por el deseo manifestada en la falta en ser del sujeto. Es teniendo en cuenta esta perspectiva que la clínica de la falta corresponde a la clínica clásica de las neurosis.

La insistencia del autor en diferenciarla de la «Clínica del vacío» no es para introducir nuevas estructuras clínicas sino para interrogarse sobre los nuevos síntomas (anorexia, bulimia, toxicomanía, depresión...) y la respuesta que puede aportar la clínica psicoanalítica actual. Nuevos síntomas, que se presentan como «irreductibles» bajo la lógica de la constitución neurótica del síntoma como algo cifrado y enigmático.

En los síntomas actuales el autor defiende la siguiente tesis: se produce un defecto fundamental en la constitución narcisista del sujeto y se dan unas prácticas de goce cuyo rasgo fundamental es que excluyen la existencia del inconsciente. Son modos de goce que no se insertan en el intercambio con el Otro sexo. Son asexuados y «productos de la química y la técnica» de acceso inmediato, vinculados a prácticas pulsionales.

Plantea y desgrana estos síntomas actuales incidiendo en la problemática narcisista, en el vacío fundamental y los modos diferentes en como estos sujetos tratan de enmascarar este vacío.

El centro de esta clínica se muestra en la pasión por el deseo manifestada en la falta en ser del sujeto. Es teniendo en cuenta esta perspectiva que la clínica de la falta corresponde a la clínica clásica de las neurosis.

La primera parte el autor la titula «Vacíos». Consta de ocho artículos sobre la anorexia, todos ellos esclarecedores y clínicos, buena muestra del psicoanálisis aplicado. En cada uno de ellos plantea temáticas que van desde la pasión por la nada, a un apunte que es necesario recordar: la categoría de la anorexia y sus fenómenos no sirven para orientar el diagnóstico ni la dirección de la cura, sin saber cuál es la estructura subjetiva y particular de cada sujeto.

Promueve la necesidad de captar prioritariamente la función del síntoma anoréxico bien del lado de la psicosis o de la neurosis. Desde la clínica diferencial define dos estatutos de la nada. Una

«primera nada», definida como objeto separador, como maniobra de separación por parte del sujeto cuya función sería defenderse del deseo ya referida en las tesis de la primera enseñanza de Lacan.

Lo que el autor nombra como «segunda nada» clínicamente corresponde a la dimensión psicótica de la anorexia y a la de los casos graves. Es una nada que implica una forma de rechazo radical que apunta a la degradación del deseo.

Recalcati retoma «El principio de Nirvana» planteado por Freud, para dar cuenta de la experiencia con sujetos anoréxicos.

En los siguientes capítulos el autor aborda diferentes aspectos como la categoría de «rabisement» (que en castellano significa raptó o arrebató) que remite a una experiencia de pérdida radical del propio cuerpo.

Presenta acontecimientos del cuerpo que muestran la ruptura de la relación del sujeto con su imagen narcisista tales como desvitalización generalizada, la privación y el empuje a la muerte, la angustia a engordar, el vómito o el éxtasis del hueso.

Puede presentarse como diferentes soluciones: como respuesta transitoria que contiene el riesgo de desencadenamiento, como sutura compensatoria en una psicosis desencadenada o anorexia como Sinthome.

Antes de terminar la primera parte presenta un capítulo muy interesante titulado «Coyunturas de desencadenamiento». En él tal y como el título nombra, analiza toda una variedad de posibilidades de desencadenamiento de los fenómenos anoréxicos a partir de la diferenciación entre neurosis y psicosis. Considera y apunta el autor, con una larga trayectoria clínica, que la coyuntura de desencadenamiento es una clave fundamental en todo tratamiento para investigar la función subjetiva de la anorexia, siendo preciso localizar los elementos que permiten orientar el

diagnóstico.

La coyuntura del desencadenamiento la define como el momento de la activación de la anorexia en la historia del sujeto en el que se produce un «desgarramiento dramático» siendo la anorexia un remedio. Una corrección frente al desgarramiento subjetivo.

La serie que presenta en la clínica aparecen como recurrentes y establece unas conclusiones que aclaran las diferencias entre las anorexias neuróticas de aquellas anorexias psicóticas, en las que la anorexia puede presentarse como diferentes soluciones: como respuesta transitoria que contiene el riesgo de desencadenamiento, como sutura compensatoria en una psicosis desencadenada o anorexia como «Sinthome» siguiendo la última enseñanza de

Lacan, que actuaría como tapón que impide el desencadenamiento al estructurar una identidad imaginaria del sujeto.

La segunda parte del libro la titula «Máscaras». En ella desarrolla el concepto de máscara como cobertura del sujeto frente a un vacío fundamental. La clínica del vacío da cuenta de una máscara diferente de la mascarada histérica –un modo de hacer existir el deseo del Otro– sino que es una máscara «encaminada a hacer que el sujeto exista en su ser».

Durante los siguientes capítulos de esta parte va a desarrollar, siguiendo a Lacan «la dependencia simbólica del sujeto del Otro». Trata de dar cuenta de los fenómenos sintomáticos que aparecen en la actualidad: los sujetos se separan del ideal y del Otro de una forma radical. En este recorrido se presenta a la clínica psicoanalítica estructurándose a partir de los diferentes modos de la articulación de esta dependencia constituyente del sujeto e incide en la tesis de que el nacimiento psicológico del sujeto, tiene como presupuesto esta dependencia simbólica en relación al Otro.

El desarrollo del texto desemboca en cómo poder explicar, dar cuenta, de lo que sucede en las patologías de las dependencias. La idea central, que defiende el autor, es que se produce una dependencia del objeto (imagen narcisista, comida, alcohol, droga...) que hace rechazar la dependencia estructural del sujeto respecto del Otro.

Desarrolla el concepto de máscara como cobertura del sujeto frente a un vacío fundamental. La clínica del vacío da cuenta de una máscara diferente de la mascarada histérica está amenazada.

Los capítulos siguientes abordan la problemática de las psicosis, expone con claridad el recorrido de Lacan y sus apuntes en torno a la esquizofrenia, que aunque no fue un tema central en sus elaboraciones, Recalcati aísla tres grandes tesis que aparecen en la obra de Lacan: el esquizofrénico como excluido de lo imaginario, la tesis de la identidad esquizofrenica entre simbólico y real y la tercera tesis del sujeto esquizofrénico como fuera del discurso.

Termina la segunda parte con un acertado capítulo «El demasiado lleno de la obesidad». Aquí establece las formas de cómo la obesidad se presenta como una moderna forma sintomática en los países del primer mundo. De forma paralela va estableciendo como tanto en la anorexia-bulimia como en la obesidad, ambas son respuestas subjetivas al malestar contemporáneo, formas de vestir el síntoma de la época.

«Segregaciones» es la tercera parte y en los capítulos que la integran el autor transmite y muestra como es posible la práctica

analítica en los llamados grupos monosintomáticos. Hace alusión al nuevo estatuto de algunos síntomas, en donde éste, no aparece como lo particular del sujeto, sino que surge como masificación apareciendo como «epidemia» y síntoma social. La consecuencia es la aparición de agrupaciones y asociaciones cuyos sujetos presentan un rasgo sintomático idéntico que las identifica bajo el mismo significante (fibromiálgicos, anoréxicos...).

Recalcati señala su recorrido y su compromiso desde la ética psicoanalítica con estas instituciones y cómo desde el psicoanálisis trata de introducir «El principio analítico de la división subjetiva» para producir un síntoma subjetivo y particular para uno, separando al sujeto de la anorexia como síntoma social.

Para terminar insistir en el esfuerzo y deseo de Máximo Recalcati en la transmisión de sus elaboraciones y su práctica. Todos los textos están acompañados de unas magnificas notas y una extensa bibliografía que invitan a seguir interrogándonos sobre todas aquellas formas en como en la actualidad aparece el malestar y el sufrimiento y cuáles son las respuestas que desde el psicoanálisis se pueden ofrecer.

La operación transexual

Transsexual operation

Autor

Jorge Valladares Vaquero
Psicólogo clínico. Psicoanalista. U.S.M. Lugo.

Resumen

El presente artículo es una reflexión psicoanalítica sobre la operación transexual. Se trata de saber en qué consiste ser hombre o mujer, destacando que si bien lo imaginario y lo simbólico son importantes, es necesario considerar la posición de goce. Se describe el proceso de sexuación y se sostiene que el goce es un límite para la deconstrucción y para el «tú puedes».

Si bien lo imaginario y lo simbólico son importantes, es necesario considerar la posición de goce. Se describe el proceso de sexuación y se sostiene que el goce es un límite para la deconstrucción y para el "tú puedes".

Palabras clave

Psicoanálisis. Transexualismo. Sexuación. Identidad de género. Posición de goce

Abstract

Present article is a psychoanalytic thoughtful look on the transsexual operation. What is to be man or woman is the question, emphasizing that although the imaginary and the symbolic are important, it is necessary to consider the jouissance position. It describes the sexuation process and it affirms that the jouissance is a limit on the deconstruction and the «you can do it».

Key words

Psychoanalysis, Transsexualism. Sexuation. Gender identity. Jouissance position.

Para el hombre y la mujer resulta problemático tanto la asunción del sexo, como la elección de objeto sexual. En consulta lo escuchamos en las dudas que le plantean al neurótico sus fantasías perversas; en la irrupción del goce sexual en el niño que se puede angustiar al sentir sus erecciones como ajenas a él mismo; en las relaciones

problemáticas de pareja; en las dudas neuróticas sobre la posibilidad homosexual; en la pregunta histérica ¿qué es una mujer?, o en el «empuje a la mujer» de la psicosis.

Por eso, llama la atención la convicción del transexual de pertenecer al otro sexo, de ser un error de la naturaleza: quiere ser intervenido quirúrgicamente para su transformación. Convicción establecida desde la niñez y que para algunos clínicos sirve de guía –transexualismo primario– para el consejo de dicha intervención. Guía cuestionable si el profesional busca orientarse en la ausencia de patología mental, pues los conflictos son la «norma» en el terreno de la sexualidad. El desplazamiento del conflicto psíquico hacia la operación en lo real del cuerpo –acorde con la modernidad del cuerpo máquina a la que se le quitan y añaden piezas– y esa convicción íntima, que puede apuntar a la «certeza» en el sentido psicoanalítico, no son precisamente indicadores de ausencia de psicopatología.

Las primeras operaciones, así como el término transexual, debido al psiquiatra Harry Benjamin, surge en a década de los 50. Época en la que también surgen las teorías de «género» como concepción psicológica para resolver los *impass* derivados del hermafroditismo. Posteriormente, le siguieron términos tales como trastorno de identidad de género o trastorno de identidad sexual. Stoller, en su obra *Sexo y Género 1968*, fue el que propuso un estudio sistemático de este trastorno y realiza un claro diagnóstico diferencial con las categorías clínicas cercanas.

Considera el transexualismo como un trastorno de la identidad, diferente en hombres o mujeres, y toma como fundamento explicativo la relación particular del niño con la madre.

Considera el transexualismo como un trastorno de la identidad, diferente en hombres o mujeres, y toma como fundamento explicativo la relación particular del niño con la madre. Plantea un núcleo de identidad de género como convicción íntima de la pertenencia a un sexo. Así, separa lo anatómico sexual por una parte del concepto de identidad de género por otra. En el caso de los transexuales esta identidad de género entraría en contradicción con su anatomía.

Dice Stoller¹: «Un concepto –identidad sexual nuclear- puede ayudar a organizar los datos. La identidad sexual nuclear es la sensación de masculinidad biológica o femineidad biológica; es la convicción, establecida durante los dos o tres primeros años de vida, de pertenecer al sexo masculino o femenino.» «[...] en el raro caso de atribución de un sexo diferente, la identidad sexual nuclear casi siempre sigue esta atribución, en vez de la biológica.»

Hombre o mujer: esa es la cuestión

Podemos agrupar las teorías sobre la pertenencia a uno u otro sexo del modo siguiente:

De una parte, estarían las teorías que plantean que hay un núcleo de identidad, un marcador biológico: anatómico, genético u hormonal. Concepción clásica que viene de antiguo, presente en los sistemas de clasificación utilizado por Aristóteles en su texto lógico, *De la interpretación*². Se trata de clasificaciones basadas en poseer o no un atributo, una característica física.

Otras teorías afirman que el ser hombre o mujer es una construcción de orden social, educativo, familiar, político e ideológico, es decir: cultural. Toman como base el denominado post-estructuralismo o deconstruccionismo.

Las teorías de género no comparten como decisivo los marcadores biológicos de la feminidad o masculinidad, pero postulan un núcleo de identidad de género y unos roles asociados a él.

Al mismo tiempo que destaca la elección del sujeto: a posteriori sabemos que se trató de una elección. Hombre y mujer, para el psicoanálisis, se definen con relación al lenguaje y al goce.

Sobre el género, sobre lo masculino y femenino, Freud decía: «A raíz de su constitución bisexual y su herencia cruzada, todos los individuos humanos poseen a la vez rasgos masculinos y femeninos, de manera que el contenido de las construcciones teóricas de la masculinidad pura y la feminidad pura sigue siendo incierto.»³

Podemos decir que el género, no nos orienta en la división sexual. Hay hombres muy femeninos, mujeres con rasgos viriles, y últimamente, los metrosexuales.

Sostiene también que no hay tercer sexo, cuestión que Freud descartó en el texto, *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*⁴, donde se refiere a la homosexualidad de Leonardo.

Lacan utiliza la expresión «opción identificación sexuada⁵» para mostrar la diferencia con las otras identificaciones, en especial con el segundo tipo de identificación Freudiana (rasgo unario). Al mismo tiempo que destaca la elección del sujeto: a posteriori sabemos que se trató de una elección.

Hombre y mujer, para el psicoanálisis, se definen con relación al lenguaje y al goce.

La historieta de Edipo pone en palabras la estructura donde se «hacen» los hombres y las mujeres. Ser hombre o mujer depende de la articulación temporal entre el complejo de Edipo y el complejo de castración. Mientras la niña entra, el niño sale del Edipo por el complejo de castración.

La narración se pone en marcha por el «falo», presente en el inconsciente de la madre y en la dinámica familiar y cultural como una marca transmitida desde el origen de la humanidad. Un universal que se transmite de generación en generación debido a que la madre desea el falo.

El falo, en la dimensión de un sujeto particular, es un significado que el niño encuentra en el inconsciente materno. Se trata del encuentro del goce particular experimentado por el sujeto con ese goce universal transmitido por la madre. Esa articulación es difícil: la neurosis es la historia de ese encuentro.

El goce, que el pequeño Hans⁶ experimenta en su pene, le exige una interpretación y la realiza con los significantes que lo rodean (dice: *salta como un caballo*). Todos, niños y niñas, poseen pene, así lo cree Hans. Se trata de una premisa universal, se trata de un «debe haber», es una construcción por parte de la niña y del niño: es la etapa fálica, común a los dos sexos. Mentira para el conocimiento empírico y científico: pero verdad de goce. Epistemología psicoanalítica cuyo criterio de verdad es el goce, opuesta a la epistemología científica; para el niño algo tan importante en términos de goce, experimentado en su pequeño pene, no puede faltar en nadie. Es el psicoanálisis basado en la evidencia: evidencia de la clínica psicoanalítica.

Se trata del encuentro del goce particular experimentado por el sujeto con ese goce universal transmitido por la madre. Esa articulación es difícil: la neurosis es la historia de ese encuentro.

La percepción en un momento posterior de la diferencia anatómica entre hombre y mujer, inicialmente desmentida, tiene su efecto: se hace operativa. La falta surge porque al niño se le «metió en la cabeza», se empeñó que allí debía haber algo: el falo. Así, la posibilidad de la castración es concebida al percibir que al Otro –la madre– le falta.

Lacan plantea la estructura del complejo de Edipo mediante la metáfora paterna. Se trata de una sustitución: la del Deseo de la Madre, deseo enigmático, por el Nombre del Padre. Esta sustitución tiene como efecto la constitución del inconsciente y la significación fálica de aquél deseo enigmático, por fin localizado. El niño encuentra el falo como explicación, como significado, y se constituye el inconsciente, en cuanto se reprime se oculta, el deseo inicial.

Ese significado fálico no es como los demás, a él remiten todos los significados y está en el origen de todo lo deseado. Lacan, por considerarlo el común denominador de todos los significados⁷ hace de él un significante «Φ».

¿En el inconsciente sólo existe este significante del goce?. Sólo hay libido masculina, decía Freud. Ser hombre o mujer, depende de la relación con ese único significante. De entrada, no pertenece a uno u otro sexo. No hay un significante para el hombre y otro para la mujer: hay uno para los dos. Como sólo hay unom, no hay relación sexual, sino relación con el falo.

El ser humano necesita localizar e interpretar el goce, y lo hace por el medio que tiene a su disposición: un significante. Cuando no lo logra, el goce se fragmenta en el cuerpo y los órganos hablan; es lo que Freud llamaba en la esquizofrenia: el lenguaje de órgano. El significante, disponible universalmente, para ésa localización y limitación del goce, es el falo.

El falo se constituye en el significante inconsciente del goce en dos sentidos: por una parte es el corte (corte del goce primario, la madre está prohibida), limita el goce, es por tanto un menos. Por otra, es un más, localiza el goce en una parte del cuerpo y permite gozar. Se goza con el falo y a partir del falo.

No pertenece a uno u otro sexo. No hay un significante para el hombre y otro para la mujer: hay uno para los dos. Como sólo hay uno no hay relación sexual, sino relación con el falo.

El «error común⁸» es que el falo se convierte en el significante amo de la división de los sexos, es el fundamento de la misoginia. El «error común» consiste en que un dato siempre es una interpretación, en este caso, interpretación en términos fálicos presentes en el discurso social, y decir, después de un parto, es niño o es niña, plantea todo lo asociado a la

división sexual presente en nuestra cultura. El Otro del lenguaje y de la cultura, indica de una manera impersonal, como «se» tiene que comportar un hombre o una mujer.

Del significante fálico a su función

En los años 70, Lacan elabora una lógica de la clasificación distinta a la tradicional Aristotélica basada en la atribución, es decir, en la posesión de un rasgo. En la línea de Frege y Russell, propone sus propios cuantificadores para articular ese sujeto vacío del psicoanálisis y ese único significante del goce.

Se trata del abordaje de la sexuación del sujeto, no a partir de un atributo físico o genético, o de una característica dada de entrada, sino a partir del goce y del lenguaje.

Se ha plasmado en las denominadas frases con agujeros. Hay un elemento constante, que representa el conjunto de las relaciones, y unos elementos variables.

| | | |
|----------|-------------------------|----------|
| | Relación | |
| (...) | es más rápido que (...) | |
| Avión | | Coche |
| Variable | | Variable |

Esos lugares vacíos pueden ser cubiertos por diversos elementos, por ejemplo, (el avión) es más rápido que (el coche). Son los elementos variables y la relación es el elemento constante.

Lacan propone esta función: Φ (.....)

Donde Fi mayúscula es el falo y el agujero el lugar de la variable.

Los sujetos que se inscriben en esta función fálica están sometidos a la castración, y la forma que tienen de hacerlo es por medio de un significante que los representa. La función articula goce (falo) y lenguaje (significante).

Por ejemplo, el significante *unvermögen*, sin fortuna y también impotente para Dora⁹ se inscribe como variable de la función fálica, es un significante del goce que la representa. Lo mismo que el temor a ser «mordido por los caballos» de Hans¹⁰.

Quien introduce al sujeto en la cuestión de ese universal es la madre: su deseo -como el de todos- apunta al falo. El sujeto tiene la necesidad de situarse en relación a ese deseo.

La función fálica es universal, para cada sujeto se trata de una elección: la inscribirse en ella y la forma de hacerlo. La dificultad de esa inscripción del goce particular del sujeto en la función universal se muestra en la necesidad del desarrollo de toda la neurosis, como hace Hans, para lograrlo. Quien introduce al sujeto en la cuestión de ese universal es la madre: su deseo -como el de todos- apunta al falo. El sujeto tiene la necesidad de situarse en relación a ese deseo.

Con Morel¹¹ siguiendo a Lacan¹² se plantea lo siguiente:

| | lado hombre | lado mujer | |
|-----------------------------|---|--|---------------------|
| el «padre» | 2°) $\exists x-x$ Existe un x no sometido a la función fálica | 4°) $\exists x-x$ No existe un x que no esté sometido a la función fálica | la «inexistencia» |
| el «todo hombre» | 1°) $\forall x-x$ Todo x está sometido a la función fálica | 3°) $\forall x-x$ No todo x está sometido a la función fálica | el «no todo» |

No hay relación sexual

Dos sexos anatómicos. Un solo marcador, un significante del goce, que da lugar a dos posiciones o modos de goce.

Hay dos maneras de inscribirse con respecto al goce fálico:
El hablante será hombre si para él las fórmulas del lado hombre son verdaderas en el inconsciente.

1. Todo hombre y el todo del hombre se inscribe en la función fálica; límite de su goce y goce de su límite. Es decir: castración y goce fálico.

2. Hay uno de la excepción, el padre del mito de *Tótem y tabú*¹³, que no se inscribe en la función fálica, excepción que cierra el conjunto hombre. Sabemos por ejemplo, que estamos en el interior de una casa si hay algo fuera. La excepción hace la regla: se dice. No hay conjunto cerrado sin uno de la excepción.
El hablante será mujer si las fórmulas del lado mujer son verdaderas:

3. La mujer se inscribe pero, como «no toda» en la función fálica. Plus de goce para el hablante inscrito como mujer.

4. Del lado mujer no hay excepción a la función fálica, no se puede cerrar el conjunto de las mujeres: hay una, otra y otra... por tanto no se puede hacer un todo del conjunto mujer: no se puede cerrar. No tiene existencia como un todo. Sí de una en una. La no existencia del universal (La mujer) no implica la no existencia del particular. La pregunta qué es «La mujer» permanece abierta. La respuesta sería: una por una sin poder concluir.

Por otra parte, el lugar hombre o mujer no determina la elección de objeto, abierto, por tanto, a las elecciones hetero u homosexuales. La inscripción en la función fálica es común a la neurosis y la perversión, aunque con características estructurales diferentes.

Sexuación

Morel¹⁴, siguiendo a Lacan, destaca una lógica en tres tiempos en la identificación sexuada o sexuación.

1. Tiempo mítico, la anatomía se impone al sujeto. La diferencia anatómica para el psicoanálisis no es lo que determina el lado hombre o el lado mujer. Pero es un dato que de entrada tiene consecuencias psíquicas para la subjetividad en cuanto dicha diferencia plantea la castración.

2. El discurso de los otros transmite la interpretación del propio sexo. Aquí ya implica una elección: inscribirse o no bajo el significante amo del discurso sexual, el falo.

3. Elección de sexo.

La deconstrucción, la narrativa, encuentra en este goce su límite conceptual: no todo es posible. El "tú puedes" tiene un límite.

El momento tres no está presente en los planteamientos defendidos por Stoller. Los teóricos de la «identidad de género», dan más importancia al sexo asignado en el momento dos que al sexo anatómico, pero no plantean el tercer momento como elección inconsciente del sujeto.

Ese núcleo de «identidad de género» se desliza hacia un esencialismo, hacia un alma de género. La verdad que encierra, es que se trata un conjunto de identificaciones imaginarias y simbólicas, pero diferentes a la sexuación al no tomar en cuenta el goce. La deconstrucción, la narrativa, encuentra en este goce su límite conceptual: no todo es posible. El «tú puedes» tiene un límite.

Schreber¹⁵ muestra cómo ese núcleo de identidad, que se supone estable, sucumbe ante el goce del «empuje a la mujer».

Al partir del concepto de «simbiosis» con la madre o de «protofeminidad» originaria, no concibe Stoller que el padre y el falo tengan su lugar en el inconsciente de la madre desde el inicio. Lacan en el Seminario XVIII se refiere a Stoller¹⁶ y después de recomendar su lectura considera que su articulación adolece de la falta del concepto de forclusión.

Es en la estructura psicótica por el mecanismo de la forclusión que se produce la ausencia simbólica del padre y la no inscripción del falo. La orientación es que esa «simbiosis» pertenece a la estructura psicótica por falta de efectividad de la metáfora paterna.

El transexual no acepta subjetivamente el discurso que los otros hacen sobre su pertenencia a un determinado sexo en el momento dos de la sexuación. No acepta el «error común» de hacer del órgano el falo. Sin embargo, cae en el «error de la naturaleza», se presenta como su víctima y quiere subsanar este error acudiendo al cirujano.

El transexual no acepta subjetivamente el discurso que los otros hacen sobre su pertenencia a un determinado sexo en el momento dos de la sexuación.

El hecho de que el transexualismo hombre-mujer sea distinto a mujer-hombre, que pueda aparecer en las tres diferentes estructuras clínicas, que tengamos que contemplar la sexuación, las identificaciones y la elección de objeto, plantea numerosas posibilidades que sólo la clínica del uno por uno puede poner de manifiesto.

La operación analítica recoge el desafío que les planteó a los primeros clínicos el síndrome transexual: Esquirol, Krafft Ebing, Havelock Ellis, Freud, Fairbain, y después Lacan, Stoller, Millot, Morel. Es una alternativa a la operación quirúrgica. Esta última, aparte de las innumerables complicaciones físicas, arriesga a colaborar en el «pasaje al acto» de la automutilación, al suicidio, al desencadenamiento de una psicosis o a la insatisfacción del ideal esperado. Esto depende del papel que juegue la intervención quirúrgica, en la subjetividad del paciente. El transexual, primario o no, como el homo o el heterosexual no está libre de psicopatología. Es posible que para determinados sujetos, por ejemplo, anatómicamente hombres posición de goce mujer identificaciones e ideal femenino, consigan un beneficio por la intervención quirúrgica¹⁷ O un anudamiento en otros casos que le proporcione una cierta estabilización, o incluso un medio al servicio de su goce¹⁸.

Sin embargo, de lo que se trata es que: una libra de carne, un colgajo, más o menos, la imagen, las identificaciones, el nombre, siendo importantes, no son suficientes para ser un hombre o una mujer. Es necesario una elección: la de inscribirse de una determinada manera en el goce fálico universal, o bien, inventar –sinthomáticamente- una forma particular de hacerlo. Por eso hay diferencia entre registrarse con un nombre de hombre o de mujer (simbólico); parecer hombre o mujer (lo imaginario), y serlo en la posición de goce (real). De esto trata la otra operación: el psicoanálisis del transexual.

Bibliografía

1. Stoller R. J. Trastornos de la identidad sexual en niños y adultos Kaplan Tratado de psiquiatría. Segunda edición.
2. Aristóteles. Tratados de lógica (Organon), vol. 2 Sobre la interpretación. Madrid. Gredos 1988.
3. S, Freud. 1925. «Algunas consecuencias psíquicas la diferencia anatómica se los sexos».
4. Freud, S. Obras Completas Biblioteca Nueva. T.V.
5. Lacan, J. Seminario XXI. Clase 14 de mayo 1974. Los nombres del padre.
6. Freud, S. Análisis de la fobia de un niño. Obras completas Biblioteca Nueva. T. IV.
7. Miller, J. A. Seminario de lectura del libro V, las formaciones del inconsciente. Escuela del Campo Freudiano de Barcelona, 1998.
8. Morel, G. Ambigüedades sexuales. Manantial, 2002.
9. Freud S. Análisis fragmentario de una histeria. Obras completas Biblioteca Nueva T. III. Morel G.Ibíd. Op.ct.

10. Freud, S. Análisis de la fobia de un niño. Op. cit.
11. Morel. G. Ibíd. Op. ct.
12. Lacan, J. Seminario 20 Paidós. Morel G. Ibíd. Op. ct. En el Seminario XXI Ined. Los nombres del padre (15-1-1974) Afirma Lacan: «No hay nada más vago que la pertenencia a uno de estos dos lados [...]. Es preciso, de todos modos, que me despegue de algo que es una [...] suposición, la de que hay un sujeto masculino o femenino. Es una suposición que, con toda evidencia, la experiencia hace insostenible».
13. Freud, S. Obras completas. Biblioteca Nueva Tomo V.
14. Morel G. Ibíd. Op. ct.
15. Freud, S. Análisis de un caso de paranoia. Obras completas Biblioteca Nueva T. IV.
16. Lacan, J. S. XVIII. Clase 20 de Enero, 1971. Ined.
17. Rodríguez, S. www.pagina12.com.ar. 297-2004. Mantiene que el reciente caso del cabo de la armada José Antonio Gordo Pantoja, transformada en María del Mar puede responder a estas coordenadas.
18. Rodríguez, S. Ibíd. Op .ct. La tenista Chilena Andrea Paredes van Roth que se operó en el año 2000 para ganar los torneos femeninos de tenis. También relata el caso de un sujeto dispuesto a operarse para evitar desengaños amorosos.

Casos clínicos

A propósito de un caso complejo con multipatología

Autora

María Sonia González Bardanca
Residente Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.
SGonBar@canalejo.org.

Supervisor del caso: Fernando Iglesias Gil de Bernabé. Doctor en Medicina. Psiquiatra Adjunto de la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE). Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

María es una mujer de 54 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna (MI) de un Hospital General por deterioro del estado general, rigidez y dificultad a la deambulación.

Colaboradores: Eva Fontela Vivanco, Carlos Vázquez Ventoso, Rosa González Martínez. Residentes Psiquiatría Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Motivo de consulta

María es una mujer de 54 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna (MI) de un Hospital General por deterioro del estado general, rigidez y dificultad a la deambulación. Por este motivo y por el hecho de seguir tratamiento psiquiátrico en régimen ambulatorio, los profesionales de MI solicitan consulta a la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE) del Servicio de Psiquiatría.

Antecedentes personales somáticos

Alérgica a Ciprofloxacina. Fumadora desde los 30 años. Múltiples intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, prolapso y pólipo

uterino, mastectomía, prótesis mamaria, y teratoma quístico de ovario. Diagnosticada de discopatía L3-L4-L5-S1, sin datos de radiculopatía. En los últimos años, acude al Servicio de Urgencias en varias ocasiones por «sintomatología anginosa» con resultados exploratorios inespecíficos; en otras ocasiones, acude al mismo servicio por queja de incontinencia urinaria, con exploración urológica anodina. Ha ingresado en varias ocasiones en el Servicio de Cirugía Plástica por diversos problemas (recambio de prótesis, celulitis de la mama...). El Servicio de Neurología le ha diagnosticado, hace 3-4 años, un temblor esencial benigno.

Antecedentes personales psiquiátricos

Inicia tratamiento psiquiátrico a los 25 años por cuadro de taquicardia, miedo a estar sola y a sufrir un ataque de locura, temblores en la calle y desesperanza. Posteriormente, se añade miedo a engordar y a posibles efectos secundarios de los tratamientos. Siguió tratamiento con diversos antidepresivos y ansiolíticos, y con distintos especialistas.

En varios períodos, destaca un consumo abusivo de alcohol y seguimiento irregular de los tratamientos. Más adelante presenta un incremento de la clínica ansiosa y trastornos de conducta de difícil manejo ambulatorio que requieren abordaje en Hospital de Día, donde se recoge la presencia de reacciones conversivas y la existencia de una situación sociofamiliar conflictiva. Realiza un acto autolítico mediante ingestión medicamentosa por cuyo motivo fue atendida en el Servicio de Urgencias Hospitalario sin requerimiento de ingreso psiquiátrico.

Más adelante presenta un incremento de la clínica ansiosa y trastornos de conducta de difícil manejo ambulatorio que requieren abordaje en Hospital de Día

A los 47 años sufre un episodio en el que la paciente refiere «sufrir control mental y oír voces que le dicen: «el verde relaja, azul me calma, rojo me da fuerza, amarillo me pone nerviosa...». Es tratada con Olanzapina, Alprazolam, y Flunitrazepam. El cuadro remite, y posteriormente destaca un ánimo subdepresivo y ansioso con quejas sistemáticas de problemas con la familia, sentimientos de soledad y de aislamiento, y de ser abandonada por los hijos. Se añade tratamiento antidepresivo (Venlafaxina).

A los 53 años ingresa por primera vez, de manera programada, en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Complejo Hospitalario, por presentar sintomatología subdepresiva y por dificultad y rigidez a la deambulaci3n (para valoraci3n).

Seis meses después, ingresa por segunda vez en la misma Unidad, de manera voluntaria y a través del Servicio de Urgencias, por trastornos de conducta, clínica maniforme y voces que le obligan a romper unas fotos (de su marido) y a tirar su ropa.

Así pues, se recogen distintos diagnósticos psiquiátricos en la historia clínica: trastorno bipolar, distimia, esquizofrenia, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno conversivo y trastorno adaptativo.

Tratamiento pautado al ingreso hospitalario: Fluoxetina, Biperideno, Clorzepato Dipotásico, Risperidona, Levomepromazina y Exemestano.

Aspectos psicobiográficos

Mujer de 54 años, segunda de una fratria de 4 hermanas. Separada a los 36 años y divorciada a los 53 años. Tiene tres hijos. Vive sola en medio urbano. Estudios primarios. Trabajó durante periodos breves en servicios de hostelería. Actualmente no trabaja.

Fallece su hermana menor por enfermedad grave, su marido pierde el trabajo y sufren una inestabilidad económica, separación de la pareja aunque siguen viviendo juntos.

Fuertes y frecuentes discusiones de sus padres. Madre muy permisiva. Se define como «con muchos miedos». A los 21 años se casa tras quedarse embarazada. Una tía del marido vive con ellos. Durante los últimos treinta años suceden una serie de acontecimientos vitales que la paciente reconoce de gran relevancia: fallece su hermana menor por enfermedad grave, su marido pierde el trabajo y sufren una inestabilidad económica, separación de la pareja aunque siguen viviendo juntos, a los 41 años

se le diagnostica a la paciente una enfermedad grave, pocos años después fallece la tía del marido y su padre, su hija menor hace un intento autolítico con ingesta medicamentosa, el marido se marcha de casa, fallece una amiga íntima y, sus hijos se van casando e independizando. Recientemente, su marido por problemas económicos vuelve a casa, fallece su madre, y rompe relaciones con la hermana mayor. Pocos días después firma el divorcio y su marido se marcha de nuevo.

Exploración psicopatológica

En la primera entrevista realizada, nos encontramos con una mujer delgada, de aspecto cansado, con dificultad en la marcha y sensación subjetiva de inestabilidad a la bipedestación.

Somnolienta, poco colaboradora, con actitud pitiática (manipulativa y tendencia a la teatralidad) y que nos impresiona, por otra parte, de una cierta pérdida cognitiva (leve-moderado déficit de atención, memoria, orientación...). Rasgos de personalidad neurótica de base. Labilidad emocional.

Destacamos en la exploración el insistente miedo que la paciente verbaliza en relación a la inestabilidad. Bradipsiquia y letargo en las respuestas.

No pararrespuestas. No producción delirante ni alteraciones sensorceptivas.

Exploración física realizada por medicina interna

TA 100/50. Afebril, consciente, orientada, normohidratada, normocoloreada.

AC: Rítmica, no soplos. AP: Murmullo vesicular conservado. ABD: Blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, ruidos presentes. EEII: Pulsos conservados, no edemas, no datos de TVP. Exploración neurológica: Pupilas normales, no focalidad, no alteraciones en la sensibilidad, pares craneales normales, no alteraciones groseras de la marcha salvo pasos cortos, tendencia a marcha taloneante, no Romberg ni disimetrías, temblor distal en manos.

Somnolienta, poco colaboradora, con actitud pitiática (manipulativa y tendencia a la teatralidad) y que nos impresiona, por otra parte, de una cierta pérdida cognitiva.

Al día siguiente del ingreso, el Servicio de Neurología diagnostica un parkinsonismo secundario a la medicación.

Pruebas complementarias realizadas por medicina interna

Hemograma: normal. **Bioquímica:** normal. **Transaminasas:** normales. **Estudio coagulación, proteinograma, ac fólico y vitamina B12, sedimento y urocultivo:** normales. **ECG:** sin alteraciones. **Rx tórax:** normales. **TAC cerebral:** sin alteraciones. **RMN cerebral:** sin alteraciones. Incipiente envejecimiento cerebral con leucoaraiosis dorsal a los ventrículos laterales. Incidentalmente quiste de retención en antro maxilar derecho. **TAC toracoabdominal:** sin alteraciones. **Gammagrafía ósea:** aumentos anómalos de trazador en L4 y de manera más discreta en L5 que

podrían ser compatibles con mtz. **RMN columna lumbar:**
Espondiloartrosis, cambios degenerativos L3-L4 y L4-L5 y L5-S1.
No mtz.

Pruebas psicométricas

HAD: ansiedad 17/ depresión 12.

Inventario de depresión de Beck: 44.

Mini-examen cognoscitivo: 26-27 (falla sobretodo en cálculo y dibujo).

Inventario clínico multiaxial de millon II: invalidado, falla en escala de sinceridad. La actitud de la paciente durante la realización de las pruebas ha sido de baja colaboración, no mostrando interés por las mismas, tratando de desviar la atención hacia su problemática familia, mostrando síntomas de cansancio y con tendencia a la magnificación y a responder con la frase que traduce mayor gravedad sintomática.

Entrevista familiar

Falla en escala de sinceridad. La actitud de la paciente durante la realización de las pruebas ha sido de baja colaboración, no mostrando interés por las mismas.

Las hijas definen el carácter de su madre como «arisco, caprichoso y dominante». Acostumbrada a «montar cristo» si no se sale con la suya, peleas frecuentes con su marido. Tendencia habitual a ser centro de atención. Amenazas frecuentes de tirarse por la ventana y/o abrir el butano. Actitud amenazante con su pareja (carácter débil). No asumió el cuidado de los hijos. La definen como hipocondríaca, tendencia a la automedicación, uso abusivo de analgésicos y de alcohol. Informan de tres épocas de alto consumo étílico: poco tiempo después de nacer su hija menor, cuando trabajaba en una discoteca, y con posterioridad al primer ingreso psiquiátrico.

Evaluación, abordaje y evolución psicopatológica durante el ingreso

Como punto de partida, establecemos los siguientes problemas: leve-moderado déficit cognitivo en relación con posible impregnación psicofarmacológica, consumo de alcohol, demencia incipiente, patología orgánica metastásica, o pseudodemencia

histórica. Personalidad con muy marcados rasgos neuróticos. Múltiples patologías físicas y, de manera especial, múltiples diagnósticos psiquiátricos recogidos en la historia clínica.

Consideramos conveniente, además de revisar concienzudamente su historial clínico, pautar una reducción leve y progresiva de las BZD y de la Levopromacina, establecer entrevista con la familia, solicitar y evaluar las exploraciones complementarias referidas, y realizar un seguimiento estrecho de su evolución.

Durante la estancia hospitalaria la evolución se muestra globalmente favorable pero destaca una actitud de demanda constante de atención y de «Belle indifference» en relación con los resultados de las exploraciones y pruebas realizadas, estabilidad afectiva con oscilaciones según sucesos familiares (llamadas telefónicas, entradas y salidas de las visitas, etc.). No presenta en ningún momento sintomatología psicótica ni alteraciones sensorio-perceptivas. Durante los últimos días del ingreso muestra preocupación por engordar y por su aspecto físico.

El ingreso hospitalario se prolonga un mes y, durante el mismo, la UPIE establece contacto directo con la paciente en nueve ocasiones (entrevistas de evaluación, exploraciones

complementarias e intervenciones psicoterapéuticas de esclarecimiento), otras tantas con el personal de planta de MI, y en tres ocasiones con los familiares.

Dos días antes del alta hospitalario, y cuando la paciente es informada del mismo, empeora bruscamente reapareciendo parcialmente la clínica inicial con dificultad para la deambulación, angustias y un estado anímico subdepresivo. Después de una nueva e inmediata intervención por parte de la UPIE, a través de la cual se refuerza el alta y el apoyo familiar, se alcanza la remisión sintomatológica.

Durante los últimos días del ingreso muestra preocupación por engordar y por su aspecto físico. El ingreso hospitalario se prolonga un mes.

Comentario

Se trata de una mujer de mediana edad, con estudios primarios, divorciada, con tres hijos, que ingresa en el servicio de Medicina Interna de un Hospital General con deterioro del estado general, con antecedentes de múltiples patologías médico-quirúrgicas, una historia personal de diversos tratamientos psiquiátricos que comienzan a los 25 años y en la que se recogen varios diagnósticos y tres períodos de consumo abusivo de alcohol. Destaca una personalidad con marcados rasgos neuróticos (histéricos,

hipocondríacos, pseudodependientes, fóbicos, de ansiedad generalizada e inestabilidad emocional), consumo abusivo de analgésicos, mala adherencia a los tratamientos, quejas somáticas múltiples, relaciones personales y familiares muy empobrecidas, demanda continua de atención, ansiedad y labilidad emocional, y una clínica muy variada y fluctuante en relación con elementos biográficos relevantes.

Desde el punto de vista de la orientación diagnóstica^{1,2,3}, son varios los diagnósticos diferenciales que desde un principio requieren nuestra atención, algunos por haber sido establecidos en anteriores evaluaciones y otros por las características conductuales, de personalidad y la psicopatología presente. Destacamos, entre otros, un posible diagnóstico de demencia sin especificación, pseudodemencia, trastorno mixto de la personalidad, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto depresivo-ansioso, trastorno somatomorfo, trastorno disociativo-conversivo, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, trastorno por consumo abusivo de alcohol y analgésicos, trastorno secundario a psicofármacos, y trastorno facticio.

Destacamos, entre otros, un posible diagnóstico de demencia sin especificación, pseudodemencia, trastorno mixto de la personalidad, distimia, trastorno de ansiedad generalizada...

Sin duda se trata de una paciente compleja y de difícil diagnóstico diferencial. La clínica presenta una rica patoplastia y conjuntamente con la tipología conductual invaden una gran área de la psicopatología; consideramos que es al fenómeno de la histeria, de complejidad suficientemente demostrada, al que nos remite.

Recogemos de Lasègue¹ la vieja frase: «*la definición de la histeria no se ha dado ni se dará nunca*». Si nos ceñimos a las clasificaciones internacionales de la enfermedades mentales, DSM-IV⁴ y CIE-10⁵, la histeria no aparece como tal. En ellas, los fenómenos histéricos se describen en distintos apartados. Existen diversas hipótesis etiopatogénicas (biológicas, genéticas...), pero es obvia la relevancia de los aspectos psicosociales de esta patología.

El caso que aquí nos ocupa es un grave trastorno neurótico, en el que se nos han planteado múltiples síntomas que han sido referidos en la bibliografía^{1,2,3} como parte de la clínica histérica: ansiedad, hipocondría, somatizaciones, psicosis histérica, amnesia disociativa histérica, histeria conversiva, pseudodemencia histérica, disforia histeroide, etc.

La presencia de un trastorno de la personalidad, patologías comórbidas y el bajo apoyo familiar y social, nos orientan a establecer un pronóstico malo a medio y largo plazo, pudiendo calificar el trastorno de grave y de muy difícil abordaje. Y no debemos olvidar que, en el momento actual, apenas existen recursos sociosanitarios que sean terapéuticamente adecuados para una paciente de estas características.

Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 5ª edición Barcelona: Masson; 2002.
2. Barcia Salorio, D. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Madrid. Arán; 2000.
3. Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin. *Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta P. Clínica*. 8ª edición. Medica Panamer; 2001.
4. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª edición. Barcelona: Masson; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor; 1994.

Los quitamiedos de la práctica clínica: A propósito de un caso

Autoras

M^a Jesús García Álvarez. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Complejo Hospitalario A. Marcide-Prof. Novoa Santos- Ferrol.

M^a Luisa de Miguel García. Trabajadora Social. Unidad de Hospitalización. Complejo Hospitalario A. Marcide-Prof. Novoa Santos Ferrol.

Intentaremos identificar alguno de esos quitamiedos que hipotetizamos presentes en nuestro trabajo como equipo multidisciplinar, y a veces interdisciplinar, de profesionales.

Cuando a un ingeniero se le propone que disminuya los riesgos que un vial tiene para el tránsito rodado, utiliza, entre otros procedimientos y recursos, los quitamiedos, esas vallas metálicas de bordes cortantes que se suponen capaces de amortiguar un daño mayor que el producido por el propio impacto contra ellas, pero de las que también se conoce un inherente riesgo de lesión debido a sus características estructurales. Pero si a este ingeniero le pedimos que minimice el riesgo que conlleva la existencia de quitamiedos, sus propuestas probablemente aludan a la utilización de otros recursos que, permitiendo el beneficio proporcionado por estos amortiguadores de daños mayores, eliminen los riesgos que suponen. Con la presentación de este caso, intentaremos identificar alguno de esos quitamiedos que hipotetizamos presentes en nuestro trabajo como equipo multidisciplinar, y a veces interdisciplinar, de profesionales al servicio de personas afectadas directa o indirectamente por una enfermedad mental.

Lucía llegó a la unidad de hospitalización como otras muchas personas. Una sobreingesta de clorimipramina con fines autolíticos motivó la interconsulta. La reiteración de intenciones promovió la recomendación de ingreso. Tuvo que ser con petición de autorización judicial por no disponer de la voluntariedad de la paciente respecto a la necesidad de internamiento.

Tiene 54 años y es la menor de dos con una diferencia de edad con su hermana de 13 años. El matrimonio de los progenitores se produce tras el segundo embarazo. Un padre tranquilo, de los que fue a la guerra y lo contaba. Una madre afectiva. Ningún problema en su desarrollo psicomotor, tampoco en su socialización. Rendimiento académico irregular «No le gustaba mucho». Menarquia a los 13 años «era ser mujer, bueno eso se decía». Epilepsia desde los 14 años, tratada por psiquiatras por recomendación de sus profesores tras una primera intervención de neurólogos. «El Dr X fue como un padre... lo sentí mucho cuando se murió». Sin tratamiento anticomitial desde los 21. Las descripciones son de crisis rolandínicas. El siguiente psiquiatra la trata desde los 23 años, poco tiempo después de su matrimonio «depresiones... con anafranil, 15 días y ya era otra...no quería salir de casa, se cansaba con todo». Es abuela de una niña de apenas un año que nace contando con su opinión y compromiso de disponibilidad para su cuidado ante la incorporación laboral de su hija que coparticipa como socia de un negocio de hostelería. «Ella es muy ordenada, activa, es la que lleva el peso de la casa, lo controla todo, sociable, habladora... muy reservada con sus cosas, es muy buena con todos, nunca habla mal de nadie... ella conduce, lleva a mi tía aquí, allá... cuida a la niña, le hizo las cosas de la cuna, no puedo decir nada porque enseguida se pone a hacerlo todo...». Algunas tardes las cuatro generaciones de mujeres comparten algo más que espacio. Son las tardes de costura, la matriarca, de 93 años, se deja rodear por sus dos hijas, su nieta y su única bisnieta. Lucía también compartió proyectos laborales con su hermana, cofinanciados por la progenitora de ambas y que resultaron infructuosos, y compartió mesa los fines de semana,» como muchas parejas» hasta hace tres años. Un sábado, el cuñado de Lucía discute con su marido, Enrique, un prejubilado en la reconversión naval, sindicalista en sus últimos años de trabajo. Le dice que es un «borracho y que la culpa de eso la tengo yo». Los encuentros dejan de sucederse, la relación entre hermanas se mantiene pero con un impedimento para compartir momentos de disfrute junto con sus parejas. Por eso para su hermana es una noticia caduca la que Lucía quiere transmitirle «Enrique bebe» al tiempo que le hace saber de sus dificultades para concentrarse al hacer la compra. La respuesta solidaria no se hace esperar «si no lo soportas vente a casa de mamá» pero no podía contradecirse «ella se quería separar pero yo le dije que no... que estaba enfermo». A su cuñado le fue diagnosticada, casi por poderes, una PMD. La hermana de Lucía va al mismo psiquiatra que ella, aconseja a

Algunas tardes las cuatro generaciones de mujeres comparten algo más que espacio. Son las tardes de costura, la matriarca, de 93 años, se deja rodear por sus dos hijas, su nieta y su única bisnieta.

ambas y trata a distancia al cuñado de Lucía: «Ya me dijo que era difícil que Enrique dejara de beber, que tendría que tomar yo más medicación» También Luisa, su hija, se deja tratar por el mismo psiquiatra. «A mí me dijo que tenía una dependencia excesiva con mi madre».

»Cuando nació la niña el psiquiatra dijo que ya no iba a tener tiempo para deprimirme». Pero, por otra parte, el cuidado de la nieta, supuso la imposibilidad de disfrute de otras actividades que venía realizando (el encuentro con las amigas, los bolillos...) y Lucía seguía sobreempleando el debería y acallando el me gusta y quiero. Mientras, Enrique se mantiene ajeno. Los tres euros al día que Lucía le da, garantizan su paso por las tascas de lugar para después dejar transcurrir la tarde, mecido por el sopor del alcohol. Y Lucía lo echa tanto de menos como de más «Es como tener dos maridos». De menos a aquel marido que eligió por compañero, de más a este roncadador vespertino del que sólo se puede esperar que se despierte. No le resulta fácil obviar una caída de Enrique en su retorno al domicilio después de una nueva incursión en el alcohol «Sentí mucha vergüenza, todo el mundo se dio cuenta. Tampoco su hija pudo obviar el alcoholismo de su padre pero «es algo de lo que no se habla».

Deja de comer, de beber, de tomar la medicación y apenas concilia el sueño “No la necesito porque yo estoy bien” y plantea sus dudas respecto a la veracidad de lo que pueda estar sucediendo.

Y Lucía sigue contándonos muchas cosas, de otras tantas maneras. Se trataba de entender y acompasar hasta su mejoría sintomática. A las 24 horas del ingreso le dice a la juez que es víctima del maltrato de su marido. El temor de Lucía respecto a la potencial repercusión de tal aseveración será una constante durante su permanencia en la unidad. Solloza y gimotea aparatosamente con un «Dios mío» por única verbalización. Transcurrieran casi

veinte días y Lucía seguía cabizbaja por la unidad, con el desasosiego en el rostro. Ya sabíamos cosas y ya hiciéramos otras: no era hipotiroidea, sus analíticas estaban bien, su EKG también, estaba tomando antidepresivos, la última combinación documentada efectiva con mínimo riesgo de secundarismos.¹

Deja de comer, de beber, de tomar la medicación y apenas concilia el sueño «No la necesito porque yo estoy bien» y plantea sus dudas respecto a la veracidad de lo que pueda estar sucediendo «No son

¹ 30 mg de citalopram + 45 mg de mirtazapina

pacientes, son periodistas, están haciendo una parodia de mi vida...» «díganse a todos ya... soy mala, yo me tomé las pastillas y estaba bien» «voy a perder a mi familia, mi hija se va a quedar sin trabajo, mi yerno tomó medidas y se van a separar... ¡Ay Dios mío...! quise matar a mi madre, a mi nieta... ¿Vendrá la justicia? No me importa ir a la cárcel pero a mi familia que no le pase nada, yo sin mi familia no soy nada» «Estuvieron por la noche tirando piedras, era mi cuñado, mi marido gritaba, estaba muy mal»

El marido desprende olor a alcohol en las visitas mientras la hija llora angustiada al otro lado del teléfono cada mañana. Cambiamos la medicación² y seguimos tirando del hilo de Ariadna: «Es tan reservada que cuando murió nuestro padre tardó varios días en llorar, y era la preferida, claro que estaba mal pero le cuesta expresar... pobrecilla... también es mi preferida». Mientras Lucía se consume por tanta emoción reprimida ahora libre como expresión de su, tan temido como ansiado, descontrol. Identificadas las defensas y los recursos, los fortalecemos cincelada a cincelada³. Escuchamos a la hija y, en una dura confrontación, le recomendamos a Enrique iniciar una desintoxicación facilitándole el contacto con el dispositivo de referencia. Comienza a fraguarse una alianza paterno filial mientras Lucía intercala algunas sonrisas y más comentarios sobre su estar, casi en contacto con la realidad. Ya pasaron casi dos meses⁴ desde el momento de su ingreso pero Lucía teme volver a su domicilio «Tengo miedo... de lo que vaya a pasar...» dice con un sombrío semblante que trasmite mucha angustia.

El marido desprende olor a alcohol en las visitas mientras la hija llora angustiada al otro lado del teléfono cada mañana. Cambiamos la medicación² y seguimos tirando del hilo de Ariadna.

Fue una encrucijada ¿La cajita de cristal de la unidad? o ¿Los cristales en el suelo de la realidad? Y la pregunta latente ¿A quién queremos proteger y de qué? Y otra más ¿Qué beneficio puede aportarle la hospitalización en este momento de su evolución?.

² Clorimipramina 225 mg/día- Risperidona 4,5 mg/día- Cloracepató dipotásico 45 mg/día.

³ Ver la formulación psicoterapéutica del caso.

⁴ Para aquellos interesados en el cumplimiento de objetivos decir que el promedio de estancia de una depresión psicótica es de 60 días. Urretavizcaya M. Y Cardoner N. "Curso y pronóstico de la depresión psicótica" en "Intervención en crisis y tratamiento de trastornos psiquiátricos agudos" pp 129-159 Ed Aula Médica. 2003.

Consensuamos con la paciente y su familia el alta hospitalaria. Fue sincera cuando dijo que la muerte todavía era una opción en sus intenciones pero aceptó la dualidad de cuidados, informales y formales: Dos entrevistas semanales y su familia dispuesta a prodigarle cuidados.

La psicopatología: un punto de encuentro en la confluencia de las narrativas de paciente y terapeutas

Exploración psicopatológica

Al ingreso: Se encuentra orientada a lo y autopsíquicamente. Mantiene un trato afable y en el contacto interpersonal no se aprecia afectación. Su actitud es distante, evita el contacto visual. Facies sufrida con mínima variabilidad en su gesticulación durante toda la entrevista. Despreocupación por aspecto y autocuidado pese a afirmar que adelgazó en los dos últimos meses casi diez kilos. Discurso parco, con latencia en las respuestas y bradifasia. Solicita en distintas ocasiones de que se le repita la pregunta realizada disculpándose de inmediato por su inatención y dificultades de concentración. Manifiesta su disconformidad con los resultados de la sobreingesta admitiendo la planificación del acto y afirmando que desearía que fuese letal. Afecto depresivo con vivencia subjetiva de falta de sentimientos y vacío emocional. No se aprecian alteraciones del contenido del pensamiento de carácter psicótico ni alteraciones sensorio-perceptivas.

Discurso parco, con latencia en las respuestas y bradifasia. Solicita en distintas ocasiones de que se le repita la pregunta realizada disculpándose de inmediato por su inatención.

A los 15 días del ingreso predomina como síntoma la angustia manteniéndose su despreocupación por el autocuidado con seguimiento pasivo de las indicaciones del personal de enfermería y franca merma de su iniciativa. En las entrevistas su discurso es reiterativo hasta la verbigeración con incansable declaración de su maldad por la que merecería un castigo y petición al interlocutor de que proceda como sea necesario.

A las tres semanas del ingreso su orientación autopsíquica está conservada pero la situativa se observa condicionada por la paralogía delusiva (no es una paciente, ella está bien, el resto son periodistas o están haciendo una parodia de su vida, además la rechazan porque como lo saben todo también saben que es mala, no está claro el papel del personal sanitario aunque también lo saben

todo y pudieran estar representando su papel para ella). Orientación alopsíquica condicionada en su dimensión temporal por la pérdida de la realidad del tiempo con sobrevaloración culposa del pasado y percepción del futuro personal como un oscuro vacío. Presenta estrechamiento de la atención y dificultades de concentración. Inhibición y lentificación del pensamiento que se observa estrechado, sin vivencia egodistónica y con nula conciencia de enfermedad. Refiere, con temple delirante y vivencia de desrealización, alteraciones perceptivas, ilusiones sintímicas y percepciones delirantes, que acompañan a ideas deliroides y sobrevaloradas

Juicio clínico: Depresión psicótica con delirio de ruina congruente con el estado de ánimo y moderado-alto riesgo de suicidio.

Formulación del caso⁵

Queja: ¿Cómo puedo haber tomado una decisión así si sé que eso le haría daño a mi marido y además me olvido de la repercusión que podría tener para mi hija? ¿Cómo pude haber hecho algo así si yo me creía tan buena?

Demanda: Sálveme de mi misma aunque no lo merezco, quiero recibir un castigo por haber odiado a mi marido por alcohólico y a través de él a mí por haber elegido un marido así que no me merezco por ser tan buena y del que no puedo separarme porque ya me lo dijo mi psiquiatra.

Quiero recibir un castigo por haber odiado a mi marido por alcohólico y a través de él a mí por haber elegido un marido así que no me merezco por ser tan buena y del que no puedo separarme.

Listado de problemas:

- Depresión con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- Estructura de personalidad obsesiva: rumiación depresiva y paso al acto. Falta de asertividad.
- Conflicto de pareja: alcoholismo del marido tras prejubilación como única causa reconocible para ambos.
- Soporte social: Hermana de elevada expresividad emocional e hija abrumada como cuidadora de ambos progenitores.
- Temor de Lucía al pasar de cuidadora a cuidada.

⁵ Modificado de guía para formulación en “La práctica de la Psicoterapia” A.Fernández Liria, B.Rodríguez Vega . Ed. Desclee de Brouwer 2001.

Recursos:

- Estructura de personalidad obsesiva: La tenacidad. La recuperación del autocontrol ante la mirada del otro. El valor de la palabra.
- Nivel de inteligencia medio-alto.
- Integración social previa óptima.
- Antecedentes personales de respuesta efectiva a clorimipramina (hasta 100mg/día).
- Sufrió una enfermedad, con la que aprendió a convivir, durante siete años.
- Sistema de valores: el límite de la responsabilidad como madre

Origen histórico

La epilepsia de Lucía pudo suponer una sobrevigilancia respecto a sí misma que facilitó la autocontención como recurso en cada crisis anunciada por un aura. La sustitución por una enfermedad psiquiátrica tras el matrimonio alude al desencanto de la transición de rol tratando su decepción y manteniendo una efectiva autocontención hasta que las pérdidas (hermana-madre, madre como tal, matrimonio de la hija) comienzan a sucederse. Utiliza entonces como recurso la sobreocupación hasta que ésta deja de resultar efectiva emergiendo la angustia al percibir su realidad como inamovible y perenne, lo que además le confirma su psiquiatra.

Por parte de su entorno las dificultades se centrarían en el desempeño efectivo, no sustitutivo ni potenciador de componentes regresivos, del rol de cuidadores sin agotarse en la tarea.

Perpetuantes

- Estructura de personalidad obsesiva: rigidez ideica, defensas yoicas.
- El alcoholismo del marido: un secreto familiar a voces.
- Sistema de valores: «hasta que la muerte nos separe».

Dificultades previsibles

Por parte de la paciente las principales dificultades estribarían en el establecimiento de una relación dependiente con las terapeutas, además su temor al cambio podrían condicionar el abandono del seguimiento y una posible recaída del marido podría convertirse en el precipitante de una nueva crisis. Por parte de su entorno las dificultades se centrarían en el desempeño efectivo, no sustitutivo ni potenciador de componentes regresivos, del rol de cuidadores sin agotarse en la tarea. Además se observan presentes problemas de pareja nunca explicitados que podrían emerger a la par que se

consolida la asertividad de la paciente, modulando la evolución de ésta. Por parte de las terapeutas la principal dificultad es resistir el agotamiento que conlleva la contención de los distintos miembros de esta familia así como la contención de las propias terapeutas respecto a intervenciones moduladas por la angustia ante la lentísima pero favorable evolución.

Alternativas de tratamiento

En la fase aguda contemplábamos distintas posibilidades (Cuadro 1 y 2): Tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia, tratamiento combinado, psicofarmacológico-psicoterapéutico y T.E.C optando por el siguiente plan de tratamiento:

En la fase aguda, tratamiento mixto:

Psicofarmacológico: Antidepresivos y antipsicóticos

Terapia de apoyo

Intervención psicosocial con el entorno

Tras lograr mejoría anímica y remisión de sintomatología psicótica inicio de terapia cognitiva con el objetivo de discutir las distorsiones cognitivas que impedían la transición –De la vergüenza a la culpa– de la culpa a la enfermedad–. Posteriormente el abordaje terapéutico se realiza desde la terapia interpersonal siendo el foco consensuado con la paciente la integración del deseo como presente, lo que se connota como un signo de salud mental.

Cuadro 1: Opciones e indicaciones

| | |
|--------------------------------|---|
| Tratamiento psicofarmacológico | <ol style="list-style-type: none">1. Antecedentes de respuesta positiva a los antidepresivos2. Sintomatología grave.3. Alteraciones del sueño y/o del apetito. |
| Psicoterapia | <ol style="list-style-type: none">1. Presencia de factores de estrés psicosocial significativos.2. Conflicto intrapsíquico3. Problemas interpersonales4. Comorbilidad en el eje II |
| Combinado | Igual indicación que sólo psicoterapia añadiendo respuesta parcial a una única modalidad de tratamiento. |

Cuadro 2: T.E.C

| | |
|---|---|
| Pros: Lo que la evidencia aporta. ⁶ | Contras: Lo que el pensamiento propone. |
| Es una alternativa terapéutica recomendada con una eficacia clínica considerable en la fase aguda de una depresión mayor con síntomas psicóticos. Recomendada en todos los casos que no responden a farmacoterapia. | ¿Le permitiría alcanzar un mínimo insight de lo que viene ocurriendo en su vida?. |
| Puede ser el tratamiento de elección en función de las circunstancias individuales. | Es otra solución externa sin apoyo alguno en recursos propios. |
| Su aplicación no se asocia a un mayor número de recaídas. | Resultado inmediato incierto: si es infructuoso se sumaría a la desesperanza de familia y paciente pudiendo precipitar otro paso al acto. |

Evolución post-alta

Primer mes: El marido deja de beber y cuida celoso de Lucía. La hija se debate entre las necesidades de cuidado de ambos y las suyas propias. La vergüenza centra cada entrevista, no quiere salir, tiembla al encontrarse con conocidos, los carteles en la calle aluden a ella, a su maldad y pide reiteradamente «quiero volver a ese día» Intentamos el retorno y el puzzle tiene otra pieza más « El Dr me dijo que no me olvidara del marrón que le iba a dejar a mi hija. Yo me olvidé». Quería que la muerte hiciese lo que ella no era capaz ni de valorar «Pensé que así se acababa todo y ya estaba». «Es que a lo mejor mi cuñado tenía razón y la culpa de que Enrique bebiera la tenía yo... lo controlaba mucho». «Lo pasaba mal, paseaba muchas veces el pasillo cuando tardaba, después no pasaba nada, dormía y ya estaba... hubo de todo, malos tratos verbales sí, físicos alguna

⁶ Guías Clínicas de la A.P.A 2003.

vez, ya hace mucho, yo se lo quería tapar a mi hija pero ellos se llevan mal» «Pero yo aquel día estaba bien» y se hace presente otra promesa que Lucía hizo en su día «Hasta que la muerte nos separe».

Segundo mes: Predominio de la angustia con crítica de las alteraciones del contenido del pensamiento, paralelamente a la mejoría de su estado anímico. El marido continúa en abstinencia enólica superando el encuentro que la Navidad propicia con el alcohol. Lucía recupera progresivamente su cotidianeidad que incluye su promesa matrimonial «sin beber es muy bueno conmigo» connotando el alcoholismo como enfermedad y el referido maltrato como «psicológico por ambas partes» y consecuencia del alcoholismo del marido así como de su propia impotencia para manejar esta situación. Realiza crítica franca del acto autolítico que ahora califica como síntoma de una enfermedad grave pero transitoria, sorprendida ante sí misma por las manifestaciones semiológicas que consigue distinguir de su propia personalidad. Su hija, aliada con su padre y pendiente de ambos, solicita ambivalente la descarga del cuidado de su madre e inicia su propio tratamiento con una psicóloga de orientación psicoanalítica.

Evolución posterior: Predomina la inseguridad y tendencia rumiativa con duda de la opinión propia ante cualquier decisión por nimia que ésta sea. Sorpresa subjetiva ante el descubrimiento de pensamientos relativos a necesidades propias que califica como «egoístas» y progresiva adaptación a la convivencia intrapsíquica entre el deseo y el deber conscientes.

El marido continúa en abstinencia enólica superando el encuentro que la Navidad propicia con el alcohol. Lucía recupera progresivamente su cotidianeidad que incluye su promesa matrimonial.

Una reflexión

En psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, el encuentro con la muerte de las personas a las que pretendemos ayudar se sucede, fundamentalmente, en impactantes escenarios, la enfermedad terminal, el suicidio y la heteroagresión letal. En las dos últimas situaciones, el hecho de trabajar en uno u otro dispositivo de la red de salud mental condiciona, por las características propias de cada recurso asistencial, el momento de encuentro con la incertidumbre que conlleva la decisión respecto a las necesidades de cuidado de otro así como las alternativas que manejamos para convivir con el riesgo.

En las unidades de hospitalización este encuentro tiene lugar tras haber dejado atrás los beneficios que el proceso de hospitalización

pudo suponer y, en no pocas ocasiones, se produce en la programación del momento del alta hospitalaria. Emergen entonces dudas, a veces parientes directos de la responsabilidad y de la responsabilización del/a consultante, que, de no compartirse en el equipo terapéutico, corren el riesgo de convertirse en temores, más o menos paralizantes, que puedan promover, o bien el mantenimiento de una, ya no innecesaria, sino incluso nociva, hospitalización que únicamente tranquiliza al/a terapeuta y agota al paciente tanto como merma sus recursos y los de su soporte informal, o bien, otra variante de paso al acto promoviendo un alta precoz sin haber apuntalado los factores protectores para el/la paciente que además se deriva a otro dispositivo de la red, eludiendo, o maquillando así, el compromiso adquirido.

Pero no siempre el equipo supone algo diferente a la multidisciplinariedad conviviendo en un espacio definido, resultando entonces necesario para el/la terapeuta encontrar algún otro de los quitamiedos de su práctica clínica, en cualquiera de los momentos de su trayectoria laboral como profesional.

Las aportaciones de la bibliografía pueden resultar de interés, también confundir, pero, en cualquier caso, ayudarán a pensar e incluso pueden aportar seguridad en las decisiones que tomamos y que incumben a la integridad de la vida de otros. Sin embargo, más allá de protocolos estandarizados para situaciones clínicas concretas, la complejidad y la diversidad de las situaciones que aportan los pacientes como material de trabajo para el/la consultante, pueden superar cualquier previsión o supuesto que la bibliografía proponga. Y entonces retomamos lo que a través de la formación se nos aportó y buscamos

Así se podrá acceder al diseño de una estrategia terapéutica que, partiendo de un acercamiento epistemológico integrador, posibilite entender lo que pueda estar sucediendo.

un/a interlocutor/a cualificado/a que permita discutir los pormenores del caso y, si es posible, supervisarlos. Así se podrá acceder al diseño de una estrategia terapéutica que, partiendo de un acercamiento epistemológico integrador, posibilite entender lo que pueda estar sucediendo, también describirlo desde la psicopatología pero no sin singularizarlo con las características individuales de la paciente y de su contexto, en el que se incluye el/la propio/a consultor/a así como las características de la institución en la que trabaja.

Pero los quitamiedos mantienen su potencial lesivo. Si planteamos nuestra carrera profesional como el reconocimiento de méritos para la obtención de mejoras laborales tal vez la aceptación de la

necesidad de supervisión, una vez superada la residencia, pueda resultar costosa y se evoque únicamente a la experiencia como hilo conductor de nuestro quehacer en el que, además, negamos errores cometidos depositándolos en las posibilidades del riesgo asumido, sin autocrítica alguna ni por tanto aprendizaje. Pero si planteamos nuestra carrera profesional desde una perspectiva de adquisición y desarrollo de habilidades en formación continuada, la necesidad de supervisión se convierte en demanda explícita de todo consultante⁷, también el funcionamiento del equipo como tal y, como no, el encuentro con los responsables del mismo para hablar de cosas diferentes a aquellas que competen a una gestión, tan ajena a la clínica como a los profesionales que a ella se dedican.

Nota

La elección del castellano como idioma utilizado tiene que ver con que la primera opción valorada fue la supervisión del caso en el transcurso del master de psicoterapia, perspectiva integradora, que una de las autoras venía realizando en Madrid. Finalmente fue uno de los coordinadores del master, el Dr. Fernández Liria, quien se hizo cargo de mantener una escucha activa que posibilitó la elaboración del plan de tratamiento tras la formulación del caso. Agradecemos a este psicoterapeuta su excelente disposición y profesionalidad.

Chus García Álvarez
Plaza de San Roque (A Calzada) 6-7 2º Esquerda
15600 Pontedeume, A Coruña.

⁷ Resulta especialmente clarificador al respecto el capítulo de Caplan G., Caplan R. "Consulta centrada en el consultante" en "Consulta y colaboración en salud mental" pp 125-151 Ed. Paidós 1997.

Casa del olivo

Carlos Castilla del Pino
Autobiografía (1949 - 2003). Tusquets, 2004¹

Autor

Santiago Lamas Crego

En público es hombre en apariencia áspero en el trato personal, al menos para quienes no se encuentran entre sus íntimos y el acceso a su intimidad, mejor a su privacidad, parece estar reservado a gentes leales lo que exige tiempo y pruebas no siempre fáciles de superar².

Su prosa es quirúrgica, a veces glacial. Sus retratos de personajes no admiten concesiones y no son frecuentes en sus textos el humor o la ironía. Con sólidos conocimientos de neuropatología a la que incluso aportó algunos métodos de tinción, sus trabajos de Psicopatología, por su rigor, nos hacen evocar una especie de «anatomía psicopatológica». Su memoria parece también dotada de una exactitud prodigiosa que le permite recordar frases o detalles de hace casi sesenta años, pero él mismo advierte que la buena memoria es sospechosa. Es la conservación minuciosa de cartas o documentos, el hábito de ejercer de notario de si mismo desde siempre, la hoy casi perdida costumbre del Diario lo que sostiene esta capacidad. Solo así puede explicarse el recuerdo preciso de toda una serie de nombres y apellidos de cientos de personas, algunas de encuentro tan azaroso y

Su memoria parece también dotada de una exactitud prodigiosa que le permite recordar frases o detalles de hace casi sesenta años, pero él mismo advierte que la buena memoria es sospechosa.

¹ Se trata de la segunda parte de su autobiografía. La primera, *Pretérito Imperfecto* vio la luz en 1997 en la misma editorial y abarca los años comprendidos entre 1922-1948.

² *Esa experiencia fue decisiva en la adquisición de mi intimidad como espacio absolutamente propio, inaccesible a los demás...* C. Castilla del Pino. *Pretérito Imperfecto*. Tusquets. 1997. Pag 177. Las diferencias que Castilla establece entre Público, Privado e Íntimo pueden leerse en el artículo que bajo el mismo título aparece en "Temas: hombre, cultura, sociedad". Península. 1989 y también en su libro sobre el Delirio (Ediciones Nobel 1998. Pag. 82 y siguientes).

efímero como un autoestopista de Orense o un anciano de un paraje rural apartado. En alguna de las páginas de este libro y en el prólogo de la entrega anterior, *Pretérito Imperfecto* alude a su costumbre de anotar todo, a su compulsión a recordar todo, de ahí ese recurso a diarios, dietarios y «tiradores», objetos estos últimos, que le ayudan a «tirar» de la memoria. De esa compulsión al recuerdo total no escapan los viajes. Escribe un Cuaderno de Viaje donde con minuciosidad anota kilómetros recorridos, consumo de gasolina, utensilios que debía llevar en la cesta de la comida, (con su imprescindible leche condensada), así como las también imprescindibles conservas, recibos y facturas: *Fonda Fuensantilla, cuatro días, habitación, desayuno y cena, lavado de ropa más cuatro kilos de peras: doscientas setenta y siete pesetas con cuarenta céntimos.*

Kundera construye los personajes de sus novelas alrededor de ciertas palabras clave. Honor, valentía, patriotismo determinan por ejemplo la vida de un militar. Para Castilla esas palabras tal vez sean entre otras, lealtad, coherencia, integridad, principio. En su autobiografía aquellos que se rijan por estas palabras merecen respeto y en no pocas ocasiones admiración sea cual sea su posición social o su ideología. No es creyente pero en su autobiografía hay muchos que si lo son tratados con respeto; es antifranquista pero es capaz de tratar con consideración a algunos partidarios del general. Es un respeto que se apoya en esas palabras, definitivas palabras que constituyen una ética sin fisuras y sin concesiones. Los que no se ajustan a ese patrón ético merecen un desprecio también sin concesiones y lo vivido en sus oposiciones a cátedra, los tiempos de guerra y de postguerra, le enseñaron la degradación a la que una situación tal puede llevar a gentes de los que podría esperarse otro comportamiento. *La vileza en que sume la dictadura a quienes se someten a ella* anota a propósito del comportamiento en un Congreso en Lisboa de algunos asistentes españoles con el neurocirujano Negrín hijo del último Presidente de la República. El libro «La Culpa» recogerá muchos de los testimonios de los arrepentidos de esta época de vileza, algunos de ellos, sorprendentes.

Escribe un Cuaderno de Viaje donde con minuciosidad anota kilómetros recorridos, consumo de gasolina, utensilios que debía llevar en la cesta de la comida.

Castilla en esos terrenos éticos es inflexible. No consiente vacilaciones ni dudas ni elude la narración de comportamientos que otros hubieran ocultado. Incluso con algunos amigos cercanos pero vacilantes en alguna ocasión, todo elogio se sigue casi siempre de un matiz crítico equilibrador. Si en la primera entrega de su

autobiografía los juicios eran relativamente benevolentes, los años transcurridos, las experiencias y desengaños acumulados lo hacen ser más tajante. Jesús Aguirre es recto serio y con él tuvo una buena amistad «pero» no se podía contar con él de manera fiable por su curiosidad por la intimidad de los otros, por su afición al cotilleo o su exhibicionismo compulsivo. Javier Pradera sí era en la amistad «absolutamente de fiar» pero víctima de su carácter, era un dilapidador de afectos al que se le quiere a pesar suyo. Hay elogios a no pocos colegas pero los retratos de Lopez Ibor, de Llaveró, Sarró, Rojas Ballesteros, del «plagiario» Rey Ardid³, son probablemente tan crueles como justos y qué decir del de Marco Merenciano que firma con otros médicos la petición de que sea ejecutado Peset, rector de Valencia, cuando el tribunal que lo juzga había solicitado la conmutación de la pena de muerte por la de cadena perpetua para ocupar su plaza en cuanto se consumase la ejecución. Se merece lo escrito y más que se dijera. Gustavo Bueno, supongo que es Bueno el aludido, sale corriendo asustado por su fama izquierdista, cuando intenta visitarlo en Oviedo en tiempos más difíciles que los que ahora vivimos⁴. El Laín Entralgo escritor, siempre le resultó «arcaico e ilegible», de lenguaje engolado y no duda en reconocer que «no he conocido a nadie que se haya leído un libro suyo de pasta a pasta» y además, «a partir de un determinado momento, dejó de renovar sus amplísimos conocimientos básicos». Juan Benet,

Jesús Aguirre es recto serio y con él tuvo una buena amistad “pero” no se podía contar con él de manera fiable.

³ Sarró “carecía de moral”; Llaveró, “sin duda el peor de los opositores... era motivo de burla y parodia”; Rojas Ballesteros presentó a las oposiciones a cátedra un trabajo que “era una desfachatez” y una memoria cuya sintaxis la volvía ilegible y atiborrada de faltas de ortografía, entre dos y seis por línea”; Ludovico Rosenthal tradujo en Argentina la totalidad de la obra de Freud de la Standar Edition para la editorial Santiago Rueda que la publicó sin autorización. Rey Ardid, cuenta Castilla, se valió de la ilegalidad de esa edición para plagiarla sin temor a ser denunciado por la editorial que estaba en situación ya delictiva. El editor de esta traducción plagiada que ignoraba lo sucedido anuló la traducción atribuida a Rey Ardid al enterarse de lo sucedido; el caso de López Ibor merece ser leído directamente en el libro.

⁴ Gustavo Bueno, suponiendo que se trate de él, tiene unos antecedentes biográficos curiosos. En el libro, “El estupidario de los filósofos”, (J.J. Barrére y CH. Roche, Cátedra, 1999), se recoge un escrito de Pedro Casado en el que este cuenta cómo al final de una película en el Cinema Salamanca, “se levantó un espectador con aire de intelectualoide que paralizó al público cuando se disponía a abandonar la sala: “Un momento señores, la película que acabamos de presenciar no sólo atenta contra los principios fundamentales del Movimiento, sino lo que es más grave, a nuestras profundas creencias católicas. Yo protesto enérgicamente y pido que se retire del cartel. ¿Sabes quién era ese personaje que lanzó tan patrótica y fervorosa soflama?. El mismo que en el último “Tribunal Popular” de televisión dijo... aquello de que sostener la existencia de Dios es una auténtica infamia. Si hombre, Gustavo Bueno, antiguo consejero provincial del Movimiento por Salamanca...”

«tenía una imperiosa necesidad de exhibir su displicencia y su conversación siempre giraba en torno a sí mismo. Con Martín Santos, amigo desde mucho tiempo antes, no se encontraba del todo cómodo por su compulsiva necesidad de autoafirmación: su necesidad de ser el primero era a veces pueril aunque —escribe Castilla—, con él nunca tuvo esa actitud porque conocía sus puntos flacos, su ignorancia de la neurología, sus fallos en los aspectos biológicos de la psiquiatría en general. Llegó a dudar que también le podía fallar y no faltan en el relato las vicisitudes de su acceso a la plaza de Director del Psiquiátrico de San Sebastián que llevó al suicidio a su contrincante al verse desposeído de la plaza que hasta entonces ocupaba. De Villamil escribe en ocasión de la oposición a Cátedras de Psiquiatría de Salamanca y Granada en 1952 (y aquí nos duele a los que conocimos a Don José): *Villamil había escrito un libro de psicopatología que era un conjunto de disparates copiados (mal copiados) de algunos libros franceses.* Martín Santos en una carta completará la crítica: «has dado muestras de tu gran preparación y de tu habilidad dialéctica a costa de algún prestigio del noroeste...». Sin embargo defiende a Villamil cuando otro opositor le reprocha en la trinca sus posiciones republicanas, defensa que Villamil recuerda, escribe Castilla en nota al pie, en una entrevista a sus noventa años.

El proyecto de Castilla, cátedra, alumnos, vida de pareja sin hijos, estudio, había elegido como marco una geografía de provincias. Lo repite una y otra vez. No es hombre de capital sino de una ciudad abarcable y Córdoba cumplía esa exigencia. Pero la hermosa Córdoba de los años 40-50 no era una Córdoba «socialmente» acogedora y la narración de los primeros años de su llegada, una especie de Ruedo Ibérico provinciano, es un documento en el que la vida opresiva y temerosa de sus habitantes se refleja de modo iluminador como pocas veces se ha conseguido en la literatura española. Vivir en una ciudad de 100.000 habitantes donde entre julio y diciembre del 36 se fusila a 2.000 personas, donde los autores de esos paseos se mueven entre los descendientes de las víctimas no debió resultar fácil, aunque Castilla se hace con un grupo de amigos que lo ayuda a sobrevivir. A Castilla le asesinan los anarquistas a sus tíos en San Roque pero el adolescente requeté y religioso es capaz de transcender esos terribles antecedentes que a cualquier otro le hubieran determinado su vida. Milita en el PCE aunque su militancia como la de tantos otros era más ética que partidaria pero no elude tampoco sus juicios sobre muchos de aquellos dirigentes. A Lister, (de «tosquedad suma») o a Ignacio

A Castilla le asesinan los anarquistas a sus tíos en San Roque pero el adolescente requeté y religioso es capaz de transcender esos terribles antecedentes que a cualquier otro le hubieran determinado su vida.

Gallego, («jamás me hubiera fiado de él»), les reserva unas cuantas invectivas que comparto plenamente⁵ pero su juicio de lo que por entonces llamábamos militantes de base está lleno de admiración.

Castilla no estaba preparado para los hijos. Escribe: *Encar y yo teníamos el propósito de no tener hijos, de organizarnos la vida a solas, sin interferencias tan absorbentes como las de los hijos que modifican radicalmente las relaciones de pareja... enseguida pude darme cuenta de la enorme complicación psicológica que me causó la presencia de nuestro (primer) hijo... me veía incapaz de identificarlo como algo que viniera también de mí y lo vivía como extraño y perturbador... mi impericia como educador era absoluta, inimaginable... ese fue el primero y el mayor de los errores que he cometido en mi vida...* Su proyecto era la cátedra y los alumnos y trató a sus hijos como los alumnos que no pudo tener en su tiempo cuando una decisión injusta lo privó del acceso a esa tarea: «Se rompió la comunicación entre ellos y yo en aquello que más me importaba: sus estudios... mientras no aparecieron los problemas con los estudios mantuve el equilibrio en la relación con mis hijos».

El no conseguir la cátedra y los alumnos, lo lleva al repliegue.

En esa catacumba, silenciado, escribirá gran parte de su obra, de su gran obra, desde el Estudio de la Depresión, al Delirio pasando por los tomos de su Psiquiatría.

Construye una casa y dispone que su biblioteca esté tres metros bajo tierra porque no es posible que sean diez como hubiera preferido en su fantasía de fraile encerrado en la biblioteca subterránea que llega a dibujar⁶ y que publicará en *Pretérito Imperfecto* incluyendo ya los objetos y los hábitos horarios de esa vida eremítica que más adelante se hará realidad⁷. En esa catacumba, silenciado, escribirá gran parte de su obra, de su gran obra, desde el *Estudio de la Depresión*, al *Delirio* pasando por los tomos de su *Psiquiatría* y los incontables artículos

libros y novelas. Obra ingente y novedosa, de la que sorprende su no traducción a otros idiomas su difusión en otros ámbitos. Si Castilla fuese inglés o americano su Psicopatología sería materia de estudio obligado, sus consideraciones sobre el delirio debatidas, sus ideas sobre los dinamismos depresivos consideradas⁸. Es sin duda,

⁵ Tuve ocasión de convivir con ambos algunos días en tiempos clandestinos en ocasión que no viene al caso ahora reseñar.

⁶ *Pretérito Imperfecto*. Pag 166-167.

⁷ Una vida en cierto modo muy semejante a la de un personaje fundamental en la vida de Castilla: Federico Ruiz Castilla (Vid. *Pretérito Imperfecto* pag. 139 y siguientes).

⁸ Es un tanto sorprendente por no decir irritante, ver por ejemplo hipótesis y propuestas sobre los delirios en trabajos anglófonos mucho mejor planteadas y resueltas por Castilla desde hace muchos años.

la aportación más original de la psiquiatría española a la mundial y andan por ahí cientos de alumnos anónimos de una Universidad Virtual a Distancia que sin conocerlo personalmente frecuentaron sus textos con reiteración.

Libro excepcional, escrito con coraje, coherencia, integridad que va mucho más allá de los avatares de un oficio para dar testimonio de unos años a los que Jankelevicht llamaría «imprescriptibles»⁹ y de otros más acogedores. Pueden gustar o no sus juicios, su aspereza, sus ajustes de cuentas. Pero lo que aquí se relata no es una vida fácil y se intuye que el sufrimiento personal pocas veces explícito, casi siempre pudoroso, exigió un endurecimiento de supervivencia. No es posible imaginar sin haberlo sufrido, la pérdida dramática de cinco de sus siete hijos y mantenerse entero, sin derrumbarse. Imagino que hay un Castilla próximo para aquellos que hayan superado la prueba de la coherencia, la integridad y sobre todo la lealtad. Lo que Castilla escribió sobre Ortega en 1955 vale hoy para él mismo, para el Castilla «público»: *Saber que Ortega estaba, aunque no se supiera dónde, obligaba a muchos, (Zubiri, Díaz del Moral, Marías, Maravall, Laín, Garagorri y alguno más) a pensar antes de hablar o escribir*. Para fortuna de unos cuantos y desgracia de otros tantos, Castilla aún está para cumplir esa función, nos gusten o no nos gusten sus modos y sus aparentes asperezas.

⁹ Jankelevicht.V. “Lo imprescriptible”. Muchnik Editores.1987. Jankelevicht considera imprescriptibles, no perdonables, los crímenes contra la humanidad cometidos por los nazis.

La psicosis única

*Bartolomé Llopis
Fundación Archivos de Neurobiología
Editorial Triacastela, 2003*

Autor

Santiago Lamas Crego

Resucitado de entre los olvidados por alguien al que su nombre predestinaba a estos menesteres, el profesor Lázaro prologa esta colección de artículos de Llopis apenas aplaudidos ni refutados cuando fueron publicados: *Lo que le desesperaba*, cuenta su hijo Rafael Llopis, *no era que se le llevase la contraria sino comprobar que no se leía*. Sin embargo a pesar de esta desatención, el tiempo fue haciendo justicia a una biografía complicada y su obra es hoy reconocida y citada por quienes se acercan al antiguo y todavía no resuelto problema de la Psicosis Única. El libro recoge cinco artículos agrupados bajo el epígrafe de Psicosis Única, (entre ellos, la Psicosis Pelagrosa de 1940 y la Psicosis Única de 1950) con otros escritos psiquiátricos. El excelente estudio introductorio de Lázaro, que incluye documentos inéditos y datos de entrevistas personales enmarca adecuadamente esta nueva resucitación que se añade a las de Conrad, Schneider, Janzarik, Wyrsh, Ey o Kretschmer. Es algo que hay que agradecer a la Editorial Tricastela y la Fundación Archivos de Neurobiología. Por suerte hay alguien que edita algo de mayor calado que las interesadas publicaciones de los laboratorios.

Pero lo que aquí se relata no es una vida fácil y se intuye que el sufrimiento personal pocas veces explícito, casi siempre pudoroso, exigió un endurecimiento de supervivencia.

Impasses seguido de Coisas Vistas, Coisas Ouvidas

*Fernando Gil, Paulo Tunhas e Daniéle Cohn
Publicações Europa America, 2003*

Autor

Santiago Lamas Crego

Escrito con “talante” moderado pero profundo, en contra de la mala fé que desde el 11-S ha provocado la epidemia de demagogia, de insultos y de ceguera analítica que nos ha tocado vivi.r

En los libros de Antonio Damasio suele aparecer entre los agradecimientos el texto o la bibliografía el nombre de Fernando Gil, filósofo portugués profesor de la Universidade Nova de Lisboa y de L'École des Hautes Etudes de París. Son este Fernando Gil y Paulo Tunhas, también profesor de Filosofía en la Universidad Fernando Pessoa do Porto, los responsables de este libro polémico y valiente escrito con «talante» moderado pero profundo, en contra de la mala fé, (en su sentido mas sartriano), que desde el 11-S ha provocado la epidemia de demagogia, de insultos y de ceguera analítica que nos ha tocado vivir. Su punto de partida es claro: *Vale a pena defender o modo de viver ocidental... é estamos quase certos de que esse modo de viver está ameaçado... o debate parece impossívél...*

confessamos não compreender, simplesmente não compreender, a insensibilidade por tantos assumida relativamente aos perigos que nos rodeiam... também é para nós opaco como mulheres ocidentais podem apoiar seja indirectamente, seja directamente ou quase, religiões que adoptan a discriminação sexual da lei islámica... É intelectualmente indigente, moralmente detestável e humanamente insuportável que a argumentos e análises se prefira o insulto e a desqualificação previa do adversario: a nefanda América...

En Occidente -escriben Gil y Tunhas- há muito que ja não é uma geografia, é uma forma histórica movente... é indefinível pero os seus constituintes son determinaveis. Entre ellos están el cristianismo, herencia a su vez del judaísmo, la tradición griega, la

tradicción imperial romana y el derecho, las religiones reformadas, el capitalismo, la democracia, el laicismo, las instituciones del estado de derecho, la ciencia, la nación y los nacionalismos, la técnica, el proyecto de colonización del mundo, el holocausto, el gulag, pero sobre todo, la reflexividad, la capacidad de pensar sobre si mismo de criticarse a si mismos. Hay geometría, gramática o astronomía en las civilizaciones no occidentales pero no hay ciencias sociales por esencia reflexivas.

Gil y Tunhas se toman algunas molestias poco habituales entre los intelectuales al uso. Leen minuciosamente los documentos tan reiteradamente citados como poco frecuentados como la Resolución 1441 o el relatorio Blix y analizan lo que verdaderamente está allí escrito. Desmontan muchas desinformaciones interesadas recuperando los textos de las entrevistas que se suponen ser la fuente de lo que se dice que se dijo. Retoman los manifiestos de Hamás o de la OLP aún vigentes y cuentan lo que propagan. Revisan las páginas web de judíos e islámicos y comparan sus afirmaciones. ¿Por qué los medios de difusión no hacen lo mismo?. ¿Por qué periódicos, radios, televisiones o intelectuales se empeñan en mantener opiniones cuya refutación está al alcance de cualquiera?. Por *má-fé* dicen Gil y Tunhas.

Para Gil y Tunhas hay al menos dos hipótesis enfrentadas. La primera dice: Estamos en guerra; esta guerra fue declarada a Occidente; el mayor peligro es el integrismo islámico. La segunda: No estamos en guerra; es preciso respetar el derecho internacional. Si hay guerra el responsable es Occidente y por eso es comprensible; el mayor enemigo es el imperio americano.

Desmontan muchas desinformaciones interesadas recuperando los textos de las entrevistas que se suponen ser la fuente de lo que se dice que se dijo.

Para los autores o imperio americano é uma ficção em grande parte e representaria um perigo menor si chegara a ser um imperio que não é. O islamismo integrista é muito mais perigosos e não é ficticio.

Son estos textos un resumen de lo que guarda el libro. Sólo queda añadir que en lo que él se dice está analizado y fundamentado con rigor, de un modo que ya no es frecuente en los medios de difusión, al menos españoles, donde lo habitual es la mala fé que aquí se denuncia. El capítulo final, escrito por Danièle Cohn, una franco-israelita que relata la crónica de un viaje a Israel, nos ilustra sobre las complejidades de una situación y de una vida cotidiana que estabamos muy lejos de imaginar.

Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth Neuropsychology

*Karen Kaplan-Solms and Mark Solms. Second Edition.
Karnac. New York. London. 2002*

Autor

Santiago Lamas Crego

Freud no era psiquiatra sino neurólogo y según su propia afirmación, un excelente neurólogo capaz de localizar con precisión una lesión neurológica.

Insólito título sin duda el de este libro, al menos para algunos colegas, pero revelador de la creciente tendencia del psicoanálisis británico y americano a reunirse con las neurociencias como en su momento aconsejaba Eric Kandell. Suele olvidarse que Freud no era psiquiatra sino neurólogo y según su propia afirmación, un excelente neurólogo capaz de localizar con precisión una lesión neurológica a través de la exploración clínica: *Poco a poco fui dominando la materia*, (las enfermedades neurológicas), *y llegué a localizar tan exactamente un foco en la medulla oblongata, que la autopsia no añadía detalle alguno a mis afirmaciones... la fama de mis diagnósticos confirmados por autopsia, me atrajo el interés de varios médicos americanos a los que comencé a dar en un chapurreado inglés, cursillos sobre tales temas.* Durante 20 años, Freud dedicó estudios a la afasia, propuso el término de agnosia, y se ocupó no sólo de clínica sino también de investigación básica tanto sobre histología, neuroanatomía o neurofisiología de peces y crustáceos como de las propiedades de la cocaína. A su formación le llamaríamos hoy neurocientífica pero estos trabajos neurocientíficos han sido «censurados», y el término no es exagerado, en las así llamadas *Obras Completas* de Freud, pero están hoy en proceso de publicación en su versión inglesa, (en cuatro tomos), que al menos habla de «Obras Completas Neurocientíficas» y «Obras Completas Psicológicas».

Formado en el método anatómico-clínico y en la búsqueda de correlaciones entre las lesiones cerebrales y la clínica, Freud comenzó a sentirse incómodo con el estrecho localizacionismo de la neurología de su época. El punto de inflexión no fue como se supone habitualmente la histeria, (que también lo fue), sino la afasia, justamente las localizaciones cerebrales que desde Broca habían dado lugar al nacimiento de lo que después se conocería como Neuropsicología. Es en relación a la afasia, (y sólo más tarde con la histeria), cuando Freud llega a la conclusión de que el método anatomoclínico con sus funciones mentales localizadas en una serie de centros dispersos por el cortex cerebral, era incapaz de dar cuenta de los atributos de la actividad mental y entre 1893 y 1900 extenderá estas conclusiones, desde la afasia a todo el campo de la actividad mental superior incluyendo la histeria. A pesar de ello, su trabajo sobre la afasia tampoco está incluido en sus Obras Completas. En él, Freud defiende que la afasia debe ser comprendida a partir de sus propias leyes de funcionamiento y no de las regiones cerebrales afectadas. Descubre que no basta la lesión cerebral para explicar la alteración de la función sino que esta lesión produce cambios dinámicos en los que están implicadas otras regiones cerebrales. Mesulam¹ entendería sin problemas estas observaciones de Freud pues sus propuestas de circuitos funcionales con epicentros y áreas participantes se ajustan con bastante precisión a la propuesta de Freud. El método anatómico-clínico tenía en Francia y Alemania énfasis diferentes. Para los alemanes era el polo anatómico y fisiológico el que contaba y lo clínico servía para confirmar los hallazgos anatómicos. Iban de la anatomía a la clínica. Los franceses, en especial Charcot, invertían el proceso. Enfatizaban el polo clínico de la ecuación y pretendían establecer nuevos hechos clínicos de manera minuciosa sin preocuparse demasiado por la teoría fisiológica o la lesión anatómica que los explicase. La neurología francesa, dicen los Solms, era una nosología ocupada en identificar, clasificar y describir.

Descubre que no basta la lesión cerebral para explicar la alteración de la función sino que esta lesión produce cambios dinámicos en los que están implicadas otras regiones cerebrales.

El viaje de Freud a París a estudiar con Charcot, cambió su visión neurológica. Siguiendo sus «tradiciones», para los alemanes los cuadros histéricos sin lesión anatómica eran un problema irresoluble. Para los franceses la ausencia de lesión no planteaba

¹ M.Mesulam. *Principles of the behavior and cognitive neurology*.Oxford University press. 2000.

demasiados problemas. Simplemente describían esos síndromes como habían hecho antes con otros cuadros neurológicos. Charcot consideraba que el conocimiento anatomoclínico estaba ya más o menos completo y que era necesario un estudio clínico detallado de la histeria y demás neurosis. Freud estuvo de acuerdo con esa observación y concluyó que ya no tenía nada que aprender de la escuela médica alemana pero no rompe con la neurología, simplemente rechaza el localizacionismo estrecho de su tiempo. En términos modernos, diríamos que pasa de una neurología modular, de dominio específico a una neurología de dominio general.

Relevante también para la historia de la Neuropsicología y del Neuropsicoanálisis, es el caso del «psicoanalista» Luria. En 1922 Luria un kazajo judío viviendo en la URSS, escribe a Freud para solicitar el reconocimiento de la Sociedad Psicoanalítica que acaba de fundar en Kazan. Reconocimiento y correspondencia se mantendrán durante mucho tiempo y Luria publicará varios trabajos en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* y promocionará seminarios y reuniones en su ciudad de residencia y más tarde en Moscú hasta que en los años 30, acusado el psicoanálisis y Luria mismo de promover psicologías no acordes con la línea del partido,

No utiliza test formalizados ni escalas. Emplea una especie de asociación libre, (aunque en su autobiografía confiese no haber obtenido gran cosa con ella).

hace la autocrítica que por entonces era exigida en el paraíso soviético, (la otra alternativa era el Gulag o la purga), y esconde bajo una retórica de supervivencia mas adaptada a los nuevos tiempos, las ideas defendidas hasta entonces², aunque la determinante influencia de Vigotsky, colega y amigo, (un verdadero genio dice Luria), tampoco sea desdeñable en ese tránsito. Lo que Luria no abandona es el método. Su acercamiento a los pacientes es clínico y de estilo psicoanalítico. No utiliza test formalizados ni escalas. Emplea una

especie de asociación libre, (aunque en su autobiografía confiese no haber obtenido gran cosa con ella), selecciona las cuestiones relevantes que surgen en cada entrevista y diseña las pruebas de modo individual y según los resultados de su exploración. Es, como

² Ver a este respecto el capítulo que E.Goldberg dedica a sus relaciones con Luria en *El cerebro ejecutivo*. Drakontos. 2002. También la autobiografía de Luria, publicada después de su muerte y con elogios al marxismo-leninismo y críticas ambivalentes al psicoanálisis, donde a pesar de sus reticencias que parecen dirigidas a los posibles censores soviéticos de los años 60, propone incluso un psicoanálisis experimental, propuesta que se formalizó en un artículo que no llegó a publicarse en el *International Journal of Psychoanalysis* al que iba destinado (A.T.Luria. *Mirando hacia atrás*. Norma. 1979).

es fácil de reconocer, el mismo estilo que Oliver Sacks, Ramachandran y en menor medida Damasio, emplearán años después en sus pacientes. Como Freud, Luria defendía que no pueden buscarse las correlaciones entre procesos psicológicos complejos y su representación cerebral hasta que la estructura interna de esos procesos sea comprendida. La palabra psicoanálisis, que remedio, desaparece en este periodo, pero solo la palabra. Para los autores de este libro, el punto de contacto entre el psicoanálisis y la neurociencia es la Neuropsicología, mas específicamente, la tradición dinámica dentro de la Neuropsicología que *estudia el sistema nervioso desde el punto de vista de su organización funcional utilizando métodos completamente psicológicos con la pretensión de poner de manifiesto la representación neurológica de las funciones mentales humanas* pero en lo que a Luria se refiere, parece que la influencia decisiva viene del método de estudio de dos casos que publicará en forma de libros: *Pequeño libro de una gran memoria; memorias de un mnemonista*³ y *El hombre con un mundo destrozado*⁴. Estos dos libros escribe Luria, *utilizan una descripción de la vida mental individual de una persona e intentan analizar, tan cuidadosamente como sea posible algunos factores básicos subyacentes a la estructura de la conducta humana, su formación y su reconstrucción*. Lo que a Luria le interesa es saber cómo influye por ejemplo, una memoria excepcional sobre todos los aspectos fundamentales de la personalidad humana, su mente, su imaginación o su conducta lo que exigía, no sólo una serie de experimentos psicológicos o fisiológicos sino entrevistas con los sujetos estudiando su subjetividad. Llamaba a estos estudios *ciencia romántica* para contraponerla a los intentos reduccionistas de explicar las conductas conscientes complejas por los niveles moleculares.

Llamaba a estos estudios ciencia romántica para contraponerla a los intentos reduccionistas de explicar las conductas conscientes complejas por los niveles moleculares.

Lo que se proponen los Solms es acceder a esa estructura psicológica que no puede ser estudiada con las técnicas

³ A.R.Luria. *Pequeño libro de una gran memoria*. Taller Ediciones. 1973. Es curioso que en su autobiografía Luria escriba que Borges en "Funes el memorioso", "repite" algunas de sus observaciones sobre Shereveski, el mnemónico. Pero el Funes de Borges, retrato imaginario casi exacto del retrato real de Shereveski, se publicó en 1944 mientras que Luria publica su estudio en ruso en 1968.

⁴ Hay edición argentina en español de este libro difícil de conseguir. *El hombre con su mundo destrozado*. Buenos Aires. Granica. 1973. Un resumen puede leerse en <http://pdf.rincondelvago.com/el-hombre-con-su-mundo-destrozado.html>.

neuropsicológicas habituales diseñadas para la investigación de fenómenos de «superficie» tales como el cálculo, el habla o la percepción visual que operan al margen de las «resistencias». La asociación libre se convierte así en el procedimiento que permitirá estudiar la estructura psicológica subyacente de los trastornos de la personalidad, la motivación y de las emociones complejas que afectan a los pacientes neurológicos: *la técnica de la asociación libre debe ser introducida en el método neuropsicológico de Luria. Y eso es lo que hacen...*

Puede parecer insólito y de hecho lo es, que el primer caso referido en este libro, estudiado neuropsicológicamente y «evaluado y tratado» psicoanalíticamente sea el de un paciente con afasia de Broca. Por supuesto los autores adaptaron los procedimientos de diván y asociación libre al estado del paciente a través de la utilización de dibujos, gestos y del lenguaje no fluente que el paciente conservaba, pero según su relato el curso de las sesiones siguió su curso habitual con problemas de transferencia incluidos, (enamoramiento del paciente hacia su terapeuta), hasta llegar al resultado pretendido, la resolución del duelo por la pérdida provocada por la afasia, duelo normal por otra parte, y su adaptación al nuevo estilo de vida. Por si fuera poco

El primer caso referido en este libro, estudiado neuropsicológicamente y “evaluado y tratado” psicoanalíticamente sea el de un paciente con afasia de Broca.

el caso siguiente es el de una afasia de Wernicke y ambos van precedidos de un estudio neuropsicoanalítico de los sueños que no dejará de sorprender a lectores no avisados.

Un ejemplo aquí escuetamente simplificado del modo de trabajo de estos autores puede ser el siguiente. El síndrome del hemisferio derecho comprende entre otros síntomas, anosognosia, (no conciencia del déficit), anosodiaforia, (indiferencia emocional hacia el déficit), heminegligencia, (ignorar el lado izquierdo del espacio), delirio somatoparafrénico, (negar la pertenencia a si mismo del miembro afectado), misoplegía, (forma paradójica de la heminegligencia en la que los pacientes se obsesionan con su miembro afectado más que ignorarlo), y trastornos de la percepción espacial y de la cognición, (apraxia visuconstructiva, del vestir, amnesia topográfica etc). Las teorías propuestas hasta ahora para explicar este asombroso síndrome son tres: 1. El hemisferio derecho sería dominante para la atención. Ambos hemisferios estarían bajo el control del derecho mientras que el izquierdo sólo controlaría el lado derecho. Si el izquierdo se lesiona el derecho sigue manteniendo la función de los dos mientras que si lo hace el derecho el izquierdo también se ve afectado. 2. El

hemisferio derecho sería dominante para las emociones negativas mientras que el izquierdo lo sería para las positivas. La lesión derecha suprimiría las emociones negativas y sólo dejaría las positivas con lo que los pacientes se sienten inapropiadamente ajenos a su déficit. La lesión izquierda provocaría depresión al dominar las emociones negativas del lado derecho intacto. 3. La teoría de Damasio⁵ en la que el hemisferio derecho sería dominante no sólo para las emociones negativas sino para todas las emociones lo que provocaría un empobrecimiento emocional generalizado.

Estas teorías para los Solms no explican la complejidad de los fenómenos observados en la clínica como tampoco permitía entenderlos a Ramachandran. Pero Ramachandran no llegaba a tanto. «Descubrió» a Freud cuando se enfrentó a pacientes anosognósicos. Si se introduce agua en el oído de un paciente con anosognosia, que niega la parálisis de su lado izquierdo, esta negación desaparece y el paciente reconoce que su brazo está paralizado, para reaparecer la negación en cuanto se desvanecen los efectos de la estimulación. Además el paciente niega también que haya admitido la parálisis de su brazo durante la estimulación calórica aunque recuerda perfectamente todo el procedimiento. Ramachandran no podía explicar estos fenómenos sin conceptos como el de *represión*, pero no fue más allá de los «mecanismos de defensa» ni empleó tratamientos psicoanalíticos. Los Solms van mucho más allá y no es fácil sentirse cómodos al encontrar en medio de una prosa neurológica sin concesiones, conceptos como narcisismo, transferencia, castración o super-yo pero es justamente eso lo que convierte la lectura del libro en una mezcla de interés, curiosidad, perplejidad y ocasional irritación. El capítulo 10, *Toward a neuroanatomy of mental apparatus*, no elude mencionar sus pretensiones aunque advierte con reiteración que las propuestas están sujetas a revisiones substanciales: *En este capítulo proponemos un modelo general de cómo el aparato mental humano tal como lo concebimos en psicoanálisis puede estar representado en los tejidos cerebrales*. No se trata, dicen los autores, de reemplazar el modelo psíquico de la mente por un modelo físico, sino de «suplementar los puntos de vista tradicionales de la metapsicología con un nuevo punto de vista físico. La combinación

Ramachandran no podía explicar estos fenómenos sin conceptos como el de represión, pero no fue más allá de los "mecanismos de defensa" ni empleó tratamientos psicoanalíticos.

⁵ La hipótesis del marcador somático en O erro de Descartes.

de las aportaciones del *Proyecto de una Psicología para neurólogos* de Freud con las del inevitable Mesulan y con la utilización del método de localización dinámica de Luria, les permite levantar un edificio sin duda provisional pero de interés. Los problemas son sin embargo varios. Uno de los más importantes, viene del hecho de que el psicoanálisis ha levantado su particular topografía o topología del inconsciente a partir de las inferencias derivadas de experiencias subjetivas con lo que no es fácil establecer correspondencias entre el modelo psicológico de la mente en el que se mueven los autores con los enormes avances ocurridos en la comprensión del funcionamiento del cerebro. Para los autores tales inconvenientes son los habituales de una ciencia en sus inicios y no parecen estar demasiado preocupados por ello.

En Internet las entradas sobre Neuropsicoanálisis son numerosas y los congresos y revistas también. Hay una Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis que publica la revista *Neuropsychanalysis* con un imponente comité editorial entre los que figuran Damasio, Kandel, Schacter, Libet, LeDoux, Sacks, Llinás o Ramachandran en el comité de neurociencias y un número no menor de destacadas figuras del psicoanálisis (americano e inglés con algún italiano y

Es Freud quien a lo largo de su obra reitera una y otra vez que sus ideas "psicológicas" son provisionales y que algún día estarán basadas en subestructuras orgánicas.

ningún francés ni español) en el de Psicoanálisis, aunque habrá que suponer que en una disciplina aún en desarrollo, las diferencias sean tantas como las semejanzas y el optimismo de Solms que afirma que los neurólogos están cayendo en la cuenta de que las descripciones biológicas del cerebro resultan más coherentes si se las integra en las teorías psicológicas de Freud, parecen pecar de un exagerado optimismo y no faltan los asustados por este aparente retorno de la *pesadilla freudiana* (sic).

La IPA parece haber percibido el nuevo *zeitgeist*, el espíritu de los tiempos y ha convocado un Congreso de Neuropsicoanálisis a celebrar en Río de Janeiro en el 2005. También la Fenomenología se ha transformado en Neurofenomenología, (a partir de los trabajos de Francisco Varela fallecido hace un par de años, de Shaun Gallagher, o de Antoine Lutz), al considerar que la psicología cognitiva no tiene en cuenta lo neurobiológico, ni el cuerpo ni tampoco la experiencia subjetiva. Desde hace ya bastantes años, unos cuantos filósofos han reciclado su disciplina en Neurofilosofía, (P. Churchland, D. Dennett entre otros muchos) y es que a estas alturas intentar reflexionar sobre la identidad, el conocer, el pensar, el percibir, o el oír voces o sentirse otro, sin tener en cuenta lo que se va sabiendo del funcionamiento cerebral, no es sólo condenarse a

la ignorancia, es una imprudencia temeraria. Es Freud quien a lo largo de su obra reitera una y otra vez que sus ideas «psicológicas» son provisionales y que algún día estarán basadas en subestructuras orgánicas, día que para Freud en 1926 estaba aún lejano pero que hoy, se tengan las reticencias que se tengan hacia la neurociencia, no lo está tanto.

La Souffrance en France. La banalisation de l'injustice social

Christophe Dejours. Points. Seuil, 1998

Autor

Santiago Lamas Crego

Dejours, psiquiatra especializado en psicopatología del trabajo, denuncia en este libro, (y la palabra «denuncia» es la más adecuada), el sufrimiento provocado por las actuales condiciones laborales en Francia aunque como el mismo advierte, su análisis es fácilmente extensivo a otros países europeos. Es un libro tal vez excesivo en alguno de sus calificativos políticos, pero inquietante en sus datos. Dejours muestra algunas de las nuevas

Parte del concepto de “banalización del mal” que Hannah Arendt había acuñado a propósito del juicio de Eichman. Su reflexión se inicia con otro escrito de Arendt.

fuentes del malestar, del sufrimiento, físico en ocasiones pero casi siempre psíquico, en el mundo laboral de parados y trabajadores. Parte del concepto de «banalización del mal» que Hannah Arendt había acuñado a propósito del juicio de Eichman. Su reflexión se inicia con otro escrito de Arendt: (Es) *Sólo en el caso de que existan buenas razones para creer que estas condiciones, (miseria y sufrimiento), pudieran ser cambiadas y no lo son, que estalla la ira de los afectados. No manifestamos una reacción*

*de cólera más que cuando nuestro sentido de la justicia es escarnecido*¹. A partir de este texto Dejours hace el siguiente razonamiento: los parados y excluidos sufren y este sufrimiento conduce al mal físico o mental a través de la agresión contra la base de la identidad; este sufrimiento es comprendido por todo el mundo pero no todo el mundo comparte el punto de vista de que estas víctimas lo sean también de una injusticia; hay pues, una discordancia entre sufrimiento e injusticia por lo que este sufrimiento no vinculado a la injusticia, que se atribuye al destino o

¹ Arendt.H. *Crisis de la República*. Taurus.1998.

a razones estructurales económicas del sistema sin culpables reconocidos, no lleva a la reacción política, la cólera o la acción colectiva sino que apela a la compasión, la piedad o la caridad. Para Dejours si hay culpables, el liberalismo económico y sus gestores, pero las atribuciones a otras causas como las ya mencionadas desarma la acción solidaria y banaliza este sufrimiento que apenas es objeto de luchas reivindicativas. Francia en los 80 se decía, no podrá soportar una tasa de paro más allá del 4% sin agitaciones insurreccionales. Hoy soporta un 13% sin que esas previstas agitaciones se hayan producido. Es la sociedad entera la que se ha transformado desde los 80 y ha cambiado su reacción ante estos sufrimientos. La tolerancia a la injusticia se ha incrementado. Se piensa que el sufrimiento en el trabajo ha disminuído gracias a la automatización y la robótica y que son los parados los únicos que ahora padecen. Esto para Dejours no es así. Persisten los peligros para la salud derivados del trabajo, (nucleares, químicos, limpieza, virus etc), los ritmos de trabajo se han incrementado, se trabajan más horas que antes, los ritmos de las cadenas han adoptado formulas japonesas que apenas dejan espacios libres entre las secuencias y los malestares alcanzan incluso a los empleos de alto nivel. Dejours menciona tres fuentes de estos nuevos malestares:

1. El temor a ser incompetente. Se sabe que en condiciones ordinarias de trabajo cumplir estrictamente los reglamentos impide el funcionamiento de las empresas. Es la técnica de la huelga de celo. En los trabajos, sobre todo complejos que implican responsabilidad sobre personas o instalaciones, es frecuente que se produzcan accidentes e incidentes de los que nunca se llega a conocer su origen que puede ser por negligencia o no. En tales condiciones es imposible para los trabajadores saber si esos incidentes se deben a su incompetencia o a anomalías del sistema técnico y esto supone una permanente fuente de angustia sufrimiento y perplejidad que toma la forma de un temor a ser incompetente o incapaz, de no estar a la altura de situaciones en las que su responsabilidad está en juego. Supongamos como hace Dejours, una anestesista reanimador al que la baja del responsable del servicio lo lleva a tener que hacerse cargo del servicio. Todo va bien pero se observa un notable incremento de las muertes cuando los pacientes están con respiración asistida. Durante semanas el anestesista se inquieta, se angustia, se desequilibra a pesar de que todo lo que hace es aprobado por sus compañeros. Un día descubre que los pacientes en ventilación mecánica están respirando una buena dosis de amoníaco debido a una reparación mal hecha. ¿Pueden estar seguros los

Se sabe que en condiciones ordinarias de trabajo cumplir estrictamente los reglamentos impide el funcionamiento de las empresas. Es la técnica de la huelga de celo.

anestesiastas de que todo el aparataje que emplean está en las debidas condiciones de funcionamiento? ¿Qué ocurre si sospechan una anomalía y solicitan una revisión que dejará el quirófano sin funcionar un cierto tiempo?. Pasamos aquí a la segunda fuente de malestar.

2. La coacción a trabajar mal. Casos en los que existe una responsabilidad sobre procesos que no es posible controlar porque son desempeñados por compañías subcontratadas imposibles de supervisar correctamente pero de los uno es responsable. Un ingeniero de ferrocarriles recibe la noticia de que un paso a nivel automático no ha bajado sus barreras al paso de un tren. Ese incidente no se ha vuelto a repetir. Insiste ante la dirección de que se haga una revisión completa lo que exigirá tiempo y gastos considerables. Los jefes y compañeros le aseguran que no es necesario ya que desde entonces no se ha vuelto a producir el fallo y todo funciona correctamente. La responsabilidad es del ingeniero así que insiste de nuevo. Los compañeros dejan de sentarse a su lado en la comida, insinúan que no sirve para este trabajo, que es un obsesivo ineficaz. El ingeniero ve deteriorarse su estado mental poco a poco. Al final se lanza sobre el paso a nivel desde una

Los compañeros dejan de sentarse a su lado en la comida, insinúan que no sirve para este trabajo, que es un obsesivo ineficaz. El ingeniero ve deteriorarse su estado mental poco a poco.

torreta en un intento de suicidio del que se salva con lesiones graves. Alienación social dice Dejours, no mental la de este ingeniero. ¿Cuántos pacientes deberíamos atender en una consulta de USM?. ¿Seis, siete?. ¿Cuántos vemos?... ¿15, 20, 23...?.

3. La falta de reconocimiento del propio trabajo bien hecho, que exige dedicación e inteligencia en constante actividad, que es acogido con indiferencia o silencio. Complemento cómplice de las dos situaciones anteriores es cuando se prolonga en el tiempo destructiva en grado máximo.

Estas tres fuentes de sufrimiento, (algunos de los casos que menciona Dejours terminaron en suicidio), nos plantean problemas difíciles de afrontar como lo hacen las situaciones de acoso laboral o sexual, el burnout y tantas otros cuadros generados en estas circunstancias que antes, no hace demasiados años, eran resueltos a través de la acción sindical dentro de la propia empresa y que ahora buscan el recurso a los profesionales *Psi* situados en la esfera pública para que establezcan un diagnóstico, concedan una invalidez o instauren un tratamiento que no toque la fuente del mal. Para Dejours la precarización del trabajo ha introducido el miedo. Todos los trabajadores viven ahora bajo la amenaza permanente del

despido. Apenas hay absentismo, los trabajadores incluso van al trabajo cuando están enfermos pues saben que serán reemplazados rápidamente por otros en cuanto sean despedidos. La primera consecuencia de la precarización es la intensificación del trabajo y el aumento del sufrimiento subjetivo; el segundo efecto, siempre según Dejours, la neutralización de la movilización colectiva contra el sufrimiento; la tercera la estrategia defensiva del silencio, de la ceguera y de la sordera, que lleva a negar el propio sufrimiento y el de los demás; el cuarto es el individualismo: «a partir de un cierto nivel de sufrimiento la miseria no reune; destruye la reciprocidad». La precarización hace que los que tienen trabajo vivan bajo el miedo constante al despido. Además corta de manera radical la unión entre los que sufren en el trabajo y los excluidos, los parados sometidos a un sufrimiento diferente a los que trabajan. Las defensas que los trabajadores oponen a esta situación con la finalidad de mantener su salud mental son hoy para Dejours ineficaces. Pertenecen a los viejos tiempos sindicales. La consecuencia es la llegada a las USMs de patologías que no deberían ser atendidas en ellas sino afrontadas en los lugares de trabajo.

A partir de estos datos, aquí expuestos de manera muy resumida, Dejours considera que esta banalización de la injusticia, este incremento de la tolerancia al sufrimiento sólo se puede sostener a través de la mentira y a analizar los mecanismos de mantenimiento dedica buena parte del libro. Da que pensar este libro...

Cesáreo González. El Empresario-Espectáculo. Viaje al taller de cine, fútbol y varietés del general Franco

***Taller de Ediciones. Diputación de Pontevedra, 2003.
www.tellerediciones.com/. J. A. Durán.***

Autor

Santiago Lamas Crego

No es un libro de psiquiatría sino la crónica existencial de un personaje olvidado y el relato de una época habitualmente reducida a los esquemas de buenos y malos pero que guarda dentro de sí mayor complejidad e interés de lo que se le suele conceder.

La filmoteca gallega dedicó un ciclo al cine producido por Cesáreo González y José Antonio Durán escribió este libro fascinante sobre el personaje y la época que vivió.

En 1903 nació en el «barrio de los orensanos» de Vigo, (de los *virensanos* habría que decir), Cesáreo González, el tercero de los hijos de un matrimonio de Espartedo, en Nogueira de Ramuín, parroquia cercana a la que mas o menos por las mismas fechas veía crecer a los hermanos Barreiros. Años mas tarde, estas dos familias entrelazadas por negocios comunes, habían conseguido levantar dos de las empresas más relevantes del período franquista: la *Suevia Films* de Cesáreo Gonzalez y la Barreiros, el cine y el automóvil. El año pasado, un siglo después de su nacimiento, la filmoteca gallega dedicó un ciclo al cine producido por Cesáreo González y José Antonio Durán escribió este libro fascinante sobre el personaje y la época que vivió. Es un libro imprescindible por razones históricas, sociales, políticas y de placer. Durante años, el anagrama de Suevia Films con la ría de Vigo y su bandera al fondo, era el obligado prólogo que nos introducía en la larga serie de películas con las que «Cesareo»- siempre fue Cesáreo a secas - hizo un poco más habitable el largo periodo de postguerra.

Imaginemos a un niño nacido en Vigo en tiempos difíciles, que ejerce como el monaguillo preferido y protegido de Eijo Garay, (un

cura que llegaría lejos), pero que escaso de vocación eclesiástica deambula unos años, mundo adelante como «mutilo», (aprendiz) de O Carroleiro, un afiadador de Nogueira al que su padre lo encomienda; que emigra, que va y viene entre España, Cuba y Méjico setenta veces, que tiene algunos oscuros problemas con la ley, que es un jugador de cartas semiprofesional, - afición que lo llevará al cine en una anécdota probablemente improbable- que vuelve a Vigo en 1931 en el momento en que la República inicia su andadura con las 50.000 pts. conseguidas por la liquidación de la panadería de Puebla en Méjico a la que llegó por matrimonio con su prima, que abre en Vigo el Saboy en la calle del Príncipe, se hace falangista (camisa vieja), que se convierte en el mejor vendedor de coches *Citröen*, lo que fue sino la única, si una de las principales razones para que esta industria se establezca en Vigo, que inaugura el mejor Hotel de Vigo y alienta la necesidad de dotar a la ciudad de un aeropuerto para convertir Galicia en un gran plató de rodaje, que es Presidente Honorario del Celta, que organiza en la Galicia nacional de la guerra civil, no reconocida internacionalmente, partidos internacionales de fútbol, (España-Portugal), poniendo en un compromiso a la FIFA en un momento en la que las selecciones de Euskadi y el Barxa compiten también por ahí adelante representando la legalidad republicana, que convierte en mitos a Lola Flores, Joselito, Sara Montiel o Carmen Sevilla pero que también produce películas de Bardem y Berlanga entre otros, (*Calle Mayor, Historias de la Radio, Muerte de un Ciclista, Vivan los Novios ..*), que se obliga a producir una película de tema gallego al año, que apoya a actores gallegos como Antonio Casal, Fernando Rey o Xan das Bolas (del que dice Durán que viendo hoy lo que se ve, aparece incluso con gran dignidad). Además compite sin ayudas ni subvenciones con el mejor cine americano, paga sueldos fabulosos para el tiempo, promueve el *star system* y tantas otras cosas.

Cesáreo González con el Celta y Salvador Merino con el Deportivo, (ambos presidentes de honor de los dos clubs), futbolizan Galicia y de ese ensayo gallego saldrá la futbolización de España.

Durán de vuelta ya de muchas historias contadas a medias, rescata del olvido a personajes que en el primer franquismo consiguieron que el régimen se asentase con cine y fútbol convirtiendo el terrible desierto dominical de misa y paseo de la postguerra en algo habitable. Cesáreo González con el Celta y Salvador Merino con el Deportivo, (ambos presidentes de honor de los dos clubs), futbolizan Galicia y de ese ensayo gallego saldrá la futbolización de España. ¿Puede ignorarse una historia como esta si queremos comprender lo que llegamos a ser, lo que fue el franquismo y los motivos de su larga supervivencia?.

El libro es algo más que la historia de Cesáreo González. Es también la historia de la instalación de la Escuela Naval en Marín en 1943 promovida Salvador Moreno y de la filmación de la primera versión de *Botón de Ancla* con Fernando Fernán Gómez. Es Cesáreo quien prepara el viaje y el desfile por las calles de Buenos Aires de los cadetes de esta lujosa Escuela recién inaugurada, quien los embarca en la fragata Galicia en un momento en que los exiliados gallegos hacían casi imposible ese desfile. Cesáreo que había enviado previamente a sus artistas a Argentina y Méjico, sabía por esos viajes, que en los emigrantes iba a predominar la nostalgia, la morriña, por encima del rechazo político como así sucedió. También se cuenta la historia del periódico *El Pueblo Gallego* y del papel de Jesus Suevos, la del grupo ferrolano, (Nieto Antunez, Suances...), casi todos marinos y emparentados entre sí, que rodean a Franco en los primeros años, del General Aranda¹ y los Torrado, de la expansión de las salas de cine que lleva a Galicia a tener casi las mismas localidades por habitante que Estados Unidos en los 40 y 50 y además en el rural.

Cesáreo que había enviado previamente a sus artistas a Argentina y Méjico, sabía por esos viajes, que en los emigrantes iba a predominar la nostalgia, la morriña, por encima del rechazo.

Hay demasiadas cosas en este libro para intentar siquiera un resumen, mucha información relevante olvidada o desdeñada por la historia al uso de hoy que sigue empeñada en las esencias maniqueas y no muestra interés alguno por estas personajes fundamentales del «otro bando» sin los que no se entiende nada de lo que hoy ocurre. Este libro solo lo podía hacer Durán. A contracorriente de los tiempos se define en la contraportada del libro como un caso «muy singular» en el panorama intelectual. No es funcionario; no ha vivido jamás de presupuesto alguno, ni tiene nada que ver con la vida académica ni es intelectual orgánico de partido, escuela

¹ En Orense un partido político que tiene su sede justamente en la calle General Aranda ha solicitado del Concello el cambio del nombre *franquista* de la calle por otro más apropiado. Nada de particular tendría la propuesta si los miembros de este partido tuvieran alguna idea de quien fue el General Aranda, lo que no era el caso como pude comprobar. Sin duda el General Aranda estuvo en su día en el bando “nacional” pero era cuando menos un caso atípico que de franquista tenía poco. Republicano (al principio), masón, aliadófilo, impidió en Asturias que los falangistas siguieran paseando a los detenidos y llegó a fusilar a unos cuantos falangistas cuando en Valencia ocurrió otro tanto. Obligado por Franco a dejar el ejército poco después de la guerra, tuvo que esperar a la democracia cuando tenía más de 85 años, para que le fuera reconocido su grado de Capitán General del que lo privó el mismo Franco. Puede cambiarse el nombre de la calle por otro más adecuado, merecido y menos *franquista* pero sería de agradecer que al menos se supiera algo de a quien así se elimina del callejero.

académica sindicato o empresa informativa. Eso no le ha impedido acumular una larga serie de publicaciones y videos sobre los movimientos sociales contemporáneos cuya amplitud temática compone una obra insólita hecha en solitario y ultimamente autoeditada con páginas y venta en Internet (www.tallerediciones.com). La historia de Galicia no es «sólo» la historia del nacionalismo gallego con la que a menudo suele confundirse y es a esa historia completa o más o menos completa a la que Durán ha dedicado muchos años. En esta historia que Durán viene escribiendo, están Castelao y Murguía, pero también Alfredo Vicenti y Ricardo Mella, Basilio Álvarez e Indalecio Armesto, Portela Valladares y Montero Ríos, la Rianxeira y Manuel Antonio, Pablo Iglesias (de padre orensano por cierto) y los anarquistas gallegos y también, la futbolización de Galicia. ¿Suárez una intuición del rey? Eso se dijo en tiempos de la transición. No había tal intuición. El Suárez eficiente secretario de Herrero Tejedor en las reuniones de Peñíscola, levantaba acta tras acta de las discusiones de aquellos hombres del Movimiento que planificaban al estudiar los problemas de la vida local, el tránsito a la democracia llamado después Transición, mucho antes de que este asomara en el horizonte. La historia acostumbra a ser gris aunque se escriba en blanco o en negro. Este pontevedrés que aún recuerda la visita de Eva Perón a Marín, fue en sus tiempos, portero de balonmano del mítico Teucro y alumno de Filgueira Valverde. Se ha escrito mucho de la soledad del portero de fútbol ante el penalty. ¿Qué es eso comparado con la artillería con la que aquellos jugadores de balonmano- que en sus ratos libres lanzaban la jabalina a muchos metros de distancia- bombardeaban a Durán bajo los palos de aquellas endebles porterías. Quien se ha forjado como portero de balonmano, es capaz de soportar las inclemencias de la vida intelectual de hoy o los numerosos *ladrillazos* de los cine clubs que frecuentábamos en Santiago sin inmutarse demasiado y puede también escribir un libro como este, a contracorriente, explicando más de cincuenta años después como este país en el que vivimos es como es, porque gente hoy olvidada y recuperada por Durán, hicieron lo que hicieron, ajustando de paso algunas cuentas con su pasado y con el mío. Es un texto que hay que agradecer y por supuesto leer, bien ilustrado en los laterales de sus páginas con sus pies de foto que permite una información detallada a lectores impacientes.

La historia acostumbra a ser gris aunque se escriba en blanco o en negro. Este pontevedrés que aún recuerda la visita de Eva Perón a Marín, fue en sus tiempos, portero de balonmano.

Es un modo de hacer historia este de Durán, que irrita en silencio a los historiadores del canon gallego de hoy. Fijémonos como

ejemplo en los siguientes nombres: Portela Valladares, Bibiano Osorio Tafall, Santiago Casares Quiroga, Alexandre Bóveda o Rajoy (el abuelo de Mariano). Todos son políticos en activo en 1936 pero tienen algo más en común. Fueron estos políticos con algunos más, los principales responsables de que el Estatuto de Galicia del año 36 fuera plebiscitado y aprobado. Sin embargo sólo Bóveda es recordado por su papel en el estatuto y homenajeado como mártir sin que en su monumento conmemorativo de La Caeira en Poio se mencionen los fusilados con él. ¿Por qué esta exclusión, este olvido?. Lean a Durán.

De sentimientos y ritos

*Un comentario sobre «El enterrador» de Thomas Lynch
Madrid, Alfaguara, 2004*

Autor

Gonzalo Martínez Sande. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace. Servicio de Salud Mental. C. H. U. J. Canalejo – Marítimo de Oza. A Coruña

Thomas Lynch, poeta americano descendiente de irlandeses, es hijo de un director de funeraria, y trabajó durante más de veinticinco años como director de funeraria en Milford.

No conocía a este autor y lo primero que me llamó la atención del libro fue la portada, en la cual una tarjeta te asegura que este libro trata de «La vida vista desde el oficio fúnebre». Según algunos de mis amigos, que este tipo de cosas atraigan mi atención puede deberse a que últimamente estoy hecho un «alegrías», como demuestran algunos de mis «animados» temas de conversación, aunque otra posible lectura es que sea debido a la nefanda influencia de «A dos metros bajo tierra». Sea como fuere, cuando abro el libro, desde la solapa me saluda un señor con gafas, rostro vivaz y una sonrisa socarrona al más puro estilo Nicholson. Al ojearlo, una de las cosas que me tropecé fue su reflexión sobre el carácter civilizatorio del inodoro y sus consecuencias... y esa tarde prácticamente me había leído la mitad del libro. Del entusiasmo que este libro me ha suscitado son «testigos sufrientes» numerosos compañeros que, desde Abril para aquí, han coincidido conmigo en todo tipo de reuniones y han tenido que padecer (con paciencia y honorabilidad, casi budista en la mayor parte de los casos) mi tarea evangelizadora al respecto de la ineludible lectura de este nuevo clásico. Estas notas no son sino una nueva etapa en este mismo camino.

Thomas Lynch, poeta americano descendiente de irlandeses, es hijo de un director de funeraria, y trabajó durante más de veinticinco años como director de funeraria en Milford (Michigan). Su oficio le ha puesto en contacto cotidiano con el dolor y la muerte («Todos los años entierro a unos doscientos vecinos. Llevo al crematorio a

otras dos o tres personas»), y con las ambivalencias y todos los otros tormentosos sentimientos que generan.

El libro está estructurado en doce ensayo-relatos o relato-ensayos, o lo que es lo mismo, ensayo en su más estricta significación original, en los que desde la experiencia y el recuerdo nos muestra lo que siente, piensa, opina acerca de la muerte, el dolor, el duelo, el sexo, el amor, las separaciones, las parejas y los poemas pegados en las puertas de los frigoríficos, cómo estamos criando a nuestros hijos, los recuerdos de sus padres y de su infancia, la hipocondría y las variedades de cocinas que puedes encontrar en Londres, el suicidio y el mundo «kevorkiano» que estamos fabricando...

Con finísimo oído y una precisión expresiva extraordinaria (de poeta), va tirando de ciertos hilos enterrados como las instituciones y sus funciones y cambios (tanto la familia y la comunidad como los bautizos y los entierros, y cómo han cambiado sus significados y nuestras relaciones con ellas), y es sobre eso sobre lo que más me interesa insistir, pues creo que este aspecto es el que hace obligatoria su lectura. Para lectores de poesía inveterados sólo cabe añadir que como está formidablemente bien escrito soporta bien la lectura en voz alta (aunque, me temo, que hubiera agradecido una traducción más cuidadosa).

Para intentar soslayar el problema *wittgensteiniano* del comentario que emplea más palabras que lo que pretende comentar, sólo voy a aludir al contenido de algunos de los ensayos del libro, dejando luego que el autor se explique.

En **Gladstone** habla del fallecimiento del padre y de lo que hicieron él y sus hermanos al respecto, para reflexionar sobre el significado (y sus cambios) de muerte, funerales, etc. La relación con sus padres está presente en varios de los ensayos del libro y también con relación a su propia paternidad, y cómo a través de los miedos que le aparecen con relación a sus hijos va reflexionando sobre los de su padre. Paternidades y filiaciones. Un aspecto bien destacado en relación al hecho de la muerte es el de las fórmulas de consuelo y sus retóricas:

«Existe la teoría de 'una simple cáscara' para explicar cómo debemos relacionarnos con un cuerpo muerto. Se oye bastante entre los clérigos jóvenes, los viejos amigos de la familia, los parientes políticos bienintencionados y los que se perturban con el dolor fresco de los otros. Se oye cuando una madre y un padre llegan a ver por primera vez el cadáver de su hija muerta en un accidente

En Gladstone habla del fallecimiento del padre y de lo que hicieron él y sus hermanos al respecto, para reflexionar sobre el significado (y sus cambios) de muerte, funerales, etc.

de automóvil o podrida a la intemperie por alguna violencia masculina. Se profiere como alivio a pesar de ser una situación para la que no hay alivio, como consuelo de lo inconsolable. Justo entre la inhalación y la exhalación del sollozo desgarrador que producen esas heridas, algún ignorante asustado y bien intencionado forzosamente claudica con un 'Tranquilos, ésa no es ella, es una simple cáscara'. Una vez vi a un diácono episcopaliano al borde de caer derribado por la veloz bofetada de la madre de una adolescente que murió de leucemia a quién le ofreció este consejo. 'Yo le aviso cuando sea una simple cáscara -le respondió la mujer-. Desde ahora y hasta que yo no le diga lo contrario, es mi hija'. Estaba afirmando el viejo derecho de los vivos de declarar muertos a los muertos. Así como declaramos que los vivos están vivos con el bautizo, que los amantes están enamorados con las nupcias, los funerales son la forma en que cerramos la brecha entra la muerte que sucede y la muerte que importa. Es la manera en que les damos significado a nuestras pequeñas historias memorables.

(...) De manera que sugerir que el cuerpo muerto es una 'simple' cualquier cosa cuando empieza el dolor suena tan minúsculo en el intento de minimizar como sonaría si dijéramos que cuando una niña se queda calva por la quimioterapia es un 'simple' mal día para el pelo.» (p. 45-46)

Más adelante, en este mismo ensayo, escribe acerca de la evaluación que se ha hecho de los rituales de despedida y su significación a lo largo de la historia.

Para reflexionar acerca del trabajo de duelo y aconsejar a unos cuantos «científicos (e)videntes» sobre lo que se debe hacer y lo que se debe evitar al abordar el dolor de la pérdida no está nada mal. Más adelante, en este mismo ensayo, escribe acerca de la evaluación que se ha hecho de los rituales de despedida y su significación a lo largo de la historia.

Crapper, es quizás mi favorito del libro. Parte de una conversación entre el autor y Don Paterson, en Galway «reflexionando sobre Thomas Crapper», regresando de un espantoso y flatulentísimo curry, lo cual explica que dos poetas, internacionalmente desconocidos, hablen sobre las implicaciones del invento del inodoro y sobre su inventor. Con ello abordan los cambios culturales y sus efectos en cuanto a los rituales, las personas y las comunidades. El autor, y este es otro de los planos de la narración, habla acerca de su relación con Irlanda y con los parientes con los que retoma contacto, y particularmente de los avatares de su relación con su tía-abuela Nora. Pero también es la relación con el **lugar** del que uno viene, de dónde viene su linaje. En este punto me ha recordado mucho, en contenido y estilo, a «Sangre de mi sangre», la novela de McLeod: también poeta norteamericano

(aunque en este caso canadiense), también descendiente de «celtas fabuladores» (en su caso escoceses).

El autor hace un buen resumen que te evita tener que leer a tanto antropólogo y sociólogo excedente y opinante acerca de los cambios en las comunidades o, lo que es lo mismo, como resumir las ideas fuerza de Ariès en poco más de dos páginas. Singularizando de un modo preciso y afilado el papel particularmente relevante del inodoro en estos cambios, o lo que es lo mismo el inodoro como metáfora del cambio social del siglo XX.

*«Lo que sucede con el nuevo inodoro es que elimina la evidencia con mucha prisa. El inodoro de cadena, más que cualquier otro invento, nos ha 'civilizado' de una manera que ni la religión ni el derecho lograron jamás. Se acabó el oficio matinal de la bacinilla o la letrina que permitía que la vista, los sonidos y los olores nos recordaran que la carne es corruptible. A partir del maravilloso invento de Crapper, sólo tenemos que tirar de la palanca detrás de nosotros y la evidencia desaparece; es una especie de efusión que elimina la molestia. La dinámica es lo que en los años setenta el sociólogo Phillip Slater llamó 'El supuesto del inodoro' en un libro titulado **En busca de la soledad**. Tenía razón: habiendo perdido la necesidad habitual de ocuparnos de cosas desagradables, perdimos la habilidad de hacerlo cuando la necesidad aparece. Y hemos perdido a la comunidad versada en estas calamidades. En resumen, cuando la vida es una mierda, nos sentimos solos. Es igual con nuestros muertos. Nos avergüenzan de la misma manera que nos avergonzamos de un inodoro que se atasca la noche en que tenemos compañía. Es una emergencia. Llamamos al fontanero.»* (p. 60).

Singularizando de un modo preciso y afilado el papel particularmente relevante del inodoro en estos cambios, o lo que es lo mismo el inodoro como metáfora del cambio social del siglo XX.

En **Palabras hechas carne**, se trata acerca del proceso de separación de un amigo suyo poeta, destacando, a mi juicio, la acertada, y afilada, descripción inicial acerca de las actividades tan tristes de los separados y las dificultades de rol de los varones que atraviesan esa condición en la actualidad, a poco que nos fijemos en ciertos lugares públicos, como los centros comerciales en los fines de semana. Pero en este relato también se habla del sexo, el amor y los avatares en las relaciones, y de poetas, editores (y poetas editores), y de como la costumbre de pegar poemas en la puerta de los frigoríficos está más extendida de lo que parece y puede hacer sorprendentes y llenos de conexiones (incluso trasatlánticas) determinados encuentros (esto es mejor que lo leáis en el ensayo original).

En **El golfatorium** nos cuenta su idea original de plantear una alternativa a los cementerios en la que se conjugaran las funciones del camposanto y del campo de golf, con la que parece que no tuvo demasiado éxito comercial. Pero también da otra vuelta de tuerca a la función de consuelo de los rituales y la importancia de la fe (y de los sentimientos). En este mismo ensayo cuando escribe acerca de la muerte de su madre, enferma de cáncer, y las dificultades que les presentan a los familiares, los eufemismos médicos, y, en un párrafo que podrían perfectamente firmar Kleinman o Epston o White, nos habla de la «expropiación de la experiencia» que tiene lugar en cierto discurso y prácticas médicas.

Mary y Wilbur habla de la movilización ciudadana para reconstruir el puente a través del cual tradicionalmente accedían los entierros al viejo cementerio, y que Mary pone en marcha porque ella quiere que su entierro vaya por ese camino como por allí fueron los de sus seres queridos.

Tio Eddie, habla de la empresa de su tío, que se especializó en el oficio funerario con los suicidas y de la crisis que le produce la entrada en escena de la «muerte asistida» a través de Kervorkian (y sus máquinas de la muerte). Las reflexiones respecto de este asunto son fascinantes y productivas. Pero, una vez más, uno de sus aspectos más curiosos tiene que ver con lo que se habla acerca de los ritos y sus significados.

Tio Eddie, habla de la empresa de su tío, que se especializó en el oficio funerario con los suicidas y de la crisis que le produce la entrada en escena de la "muerte asistida" a través de Kervorkian

A modo de conclusión, especialmente dedicada a aquellos que creen que lo nuestro, el trabajo de lo «psi», «imprime carácter» (y se ponen irremisiblemente pedantes, sin darse cuenta que no es más que un oficio en el que uno no puede aspirar más que a ser un buen artesano) y residentes al comienzo de su viaje profesional, una recomendación que le hicieron al poeta autor de este libro:

«(...) Como dijo alguna vez un sacerdote a quien admiro hace mucho tiempo: «La profecía, como la poesía, es un trabajo de medio tiempo; el resto de las horas sólo se trata de intentar no decir tonterías». Supongo que trataba de decirme algo».
Pues, lo dicho y que ustedes lo disfruten.

Pontedeume, xullo do 2004.

El acoso moral (El maltrato psicológico en la vida cotidiana)

Marie France Irigoyen. Editorial Paidós

Autor

Antonio Domínguez Álvarez. Psicólogo. Vigo.

Viene todo esto a raíz de la proliferación de doctrinas y adoctrinamientos de toda índole, que intentan vendernos, de nuevo, la primogenitura por un plato de lentejas.

Que vivimos tiempos de claroscuro e interrogante, nadie debería dudarlo. Precisamente en tales tiempos aparecen tentaciones fundamentalistas en todos los ámbitos de la sociedad. Los seres humanos vencidos por este torrente de novedades sin fin, pretenden radicalizar el conjunto de lo visible en función de algunas conceptualizaciones tan elementales como sofisticadas: enunciados de naturaleza impositiva, ante los que la inteligencia y la sensibilidad humanas solamente pueden inclinarse con la modulación de la anciana aquiescencia premoderna. Decir que sí al «fundamento» para salvar de la quema la «ignorancia». Afirmar lo inconocido para proteger lo conocido, pero en trance de disolución temporal y espacial. Fundamentarse para protegerse. Y, más tarde, celebrar las fiestas de la sumisión humana a cualquier vulgaridad intelectual, pero con aspecto de afirmación indiscutible.

Viene todo esto a raíz de la proliferación de doctrinas y adoctrinamientos de toda índole, que intentan vendernos, de nuevo, la primogenitura por un plato de lentejas, o, con otro símil, llevarnos al huerto de la esperanza ciega solamente espoleándonos con el esperpento de que, si no nos entregamos a sus doctrinas y adoctrinamientos, seremos víctimas del caos en que estamos sumidos. Tal caos fue producido, se argumenta, por la inobediencia a anteriores principios que ya eran completamente seguros e intocables en si mismos, principios que, de nuevo, se recogen y ofrecen en las nuevas bandejas del fundamentalismo al uso. Como si el dogmatismo se hubiera convertido en norma práctica de la

existencia cotidiana y tal existencia careciera, por obligación, de capacidad subjetiva. Menuda venta al por menor de salvaciones cósmicas.

Se hace precisa una forma de reacción individual y colectiva ante tanta grosería intelectual. La sociedad y las instituciones son las primeras en ofrecer ese fundamento comentado como panoplia personal cuando en definitiva lo que hacen es protegerse a sí mismas mediante ese capcioso y estratégico regalo envenenado.

Hay, por lo tanto, en esta actitud proyectiva un máximo de exigencia personal, de manera que cada uno de nosotros vivamos de forma ejemplar en los diversos ámbitos de la vida, sin ceder a las tentaciones del momento: el culto al placer como sistema supremo de felicidad, la obtención de la riqueza prescindiendo del bienestar ajeno, la experiencia política como obtención de prebendas públicas, la abdicación de toda dolorosa contradicción social, la superficialidad al enfrentar los grandes problemas científicos, cierta fragilidad en la praxis de la acción cultural, y hasta una mezcla de reduccionismo religioso y de total demonización al abordar la realidad creyente. Reaccionar contra el fundamentalismo nunca consiste en fragmentar nuestra conciencia para dejarla desasistida de capacidad ética y moral. Por el contrario, implica una tarea dura y permanente de opción por la verdad en su hacerse cotidiano, porque nadie puede proponerse en la ciudad secular como poseyente de la verdad plena.

El fundamentalismo no es necesariamente una cuestión religiosa, porque invade toda la complejidad del ser humano en cuanto tal. Podrá ser religiosa, pero también, y no como menos fervor, política, cultural, económica, ideológica, en función de las obsesiones de cada persona. Quiere decirse que todos sin excepción estamos expuestos a esta agresión de libertad. Cada cual vea, pues.

Se hace precisa una forma de reacción individual y colectiva ante tanta grosería intelectual. La sociedad y las instituciones son las primeras en ofrecer ese fundamento comentado como panoplia personal.

Hubert Schleichert: Cómo discutir con un fundamentalista sin perder la razón. Introducción al pensamiento subversivo

Editorial Siglo XXI

Autores

Luis Vila Pillado y Ramón Area Carracedo.

El famoso refresco contenía en un principio extractos de la planta de coca, que posteriormente al ser considerados como drogas se dejaron de utilizar. Pero el nombre permanece.

No se trata exactamente de un libro de autoayuda al uso, aunque puede resultar muy útil también en ese sentido. Centrado fundamentalmente en la argumentación del fundamentalismo religioso, nos deja muy claro que hay muchos otros tipos de fundamentalismos, que el sujeto ilustrado debe desenmascarar antes de que sea demasiado tarde. El fanatismo aparece como la inhumanidad frente a los «altos ideales», resumida en la sentencia «La humanidad que estiman quienes piden perdón para los herejes es más que cruel: pues para salvar a los lobos, exponen como presa a los pobres corderos» (Calvino) Se describe el «síndrome de la Coca-Cola», lo que para algunos que casi todas las mañanas nos refrescamos con la misma, se nos hace familiar. Como todos sabemos el famoso refresco contenía en un principio extractos de la planta de coca, que posteriormente al ser considerados como drogas se dejaron de utilizar. Pero el nombre permanece, y también la receta. El vaciamiento secreto de la dogmática es una característica de muchas ideologías dogmáticas para permanecer, pero esto no nos permite concluir que se haya hecho inofensiva, pues el fenómeno del fundamentalismo nos enseña que las cosas no son así habitualmente y que cuando sea necesario se volverá a utilizar la coca.

Frente a esto la argumentación no suele ser útil y la crítica interna sólo lo será parcialmente. El auténtico pensamiento subversivo se basará tanto en tomar en serio al adversario y dibujar su ideal

(Como señala Nietzsche «cuando más rigurosamente se critica a un hombre o a un libro es cuando se dibuja su ideal») como a través de la risa subversiva y la caricatura. Aprenderemos muchas cosas de Voltaire.

La neurosis del ama de casa

Enrique González Duro. Editorial Eudema

Autor

Antonio Domínguez Álvarez. Psicólogo. Vigo.

Sus personajes le han abreviado la vida hasta dejarle «*una mente enajenada y una apariencia de vida*». Y desde entonces asegura emplear todas sus fuerzas en «*sobrevivir*». Hoy recopila sus reflexiones y notas de cursos, seminarios y viajes. Hoy no viaja, delega sus compromisos en sus hijos. «*Siempre he sido remisa a la confidencia. Soy bastante hurón. Aquellas notas que hice hace medio siglo eran para usar y tirar. Pero, por otro lado, soy conservadora y las guardé en una carpeta. De ciento en viento les echaba un vistazo y más o menos sabía lo que había en ellas, que era poco. Las notas guardaban cierto orden. Si acaso vigilar los empalmes y recordar libros y escritores que cada lustro iban significando menos. Conforme ojeaba los pliegos de la carpeta, me consolaban los que han confirmado su valía*». Se le admite siempre su histrionismo defensivo. Es parte de su

Es mas bien aburrida con el personal, aunque luego, en la intimidad, resulta divertida. Nunca le falta ironía, pero la utiliza para un fin muy claro: aligerar situaciones y escenas demasiado tensas.

personalidad. Se recrea, vuelve a crearse, cuando le conviene, para desviar de lo que verdaderamente quiere ocultar: que es una tímida vergonzante. Es más bien aburrida con el personal, aunque luego, en la intimidad, resulta divertida. Nunca le falta ironía, pero la utiliza para un fin muy claro: aligerar situaciones y escenas demasiado tensas. Nunca le agradó llegar al tremendismo. Si esto la favoreció o la perjudicó, es una decisión que delega en los otros. «*No es el tiempo, es el azar quien nos pone a todos en nuestro sitio*». Disculpa inadmisibile. Dice que ha vivido la vida a través de los personajes de las telenovelas. Ahora vive con los achaques y trastornos propios de un post - operatorio interminable. A estas alturas, sobrevive en buena parte gracias a su familia.

Leteo. Arte y crítica del olvido

Harald Weinrich. Editorial Siruela

Autores

Luis Vila Pillado y Ramón Area Carracedo.

Y la primera historia que encontramos es la de Skopas, el victorioso púgil, que encarga a Simónides de Ceos un canto de alabanza en su gloria como conmemoración de su victoria.

Umberto Eco se imagina con unos amigos inventar disciplinas que no puedan existir y la primera que surge es el arte de olvidar. Intentaría demostrar desde el punto de vista de la semiótica que no puede existir dicho arte como contrapartida al arte de la memoria, pues los signos constituyen presencias y no ausencias. El autor, que concluirá afirmando que el verdadero arte, con un moderado politeísmo, es ofrecer sacrificios tanto en los altares de Mnemosine como en los de Lete, nos lleva por un recorrido a lo largo de la historia, por cierto también con olvidos ¿? que nos hagan pensar en que tal vez ese arte del olvido existe. Y su historia comienza en Grecia, donde aletheia es la verdad, y leth que designa lo oculto aparece en el nombre de Lethe, el mítico río del olvido, río del infierno, que permitiría a las almas en contacto con el mismo olvidar todo su pasado. Así aletheia, la verdad, es también lo no olvidado o lo que no hay que olvidar. La verdad se sitúa en el lado de la memoria y sólo hasta la Edad Moderna se le otorga también un cierto papel de verdad al olvido.

Y la primera historia que encontramos es la de Skopas, el victorioso púgil, que encarga a Simónides de Ceos un canto de alabanza en su gloria como conmemoración de su victoria. El poeta sólo invierte un tercio de su obra en Skopas, dedicando a los dioses gemelos deportistas Cástor y Pólux el resto, por lo que el púgil decide sólo pagarle un tercio de lo acordado. En el banquete organizado para la celebración Simónides es llamado por dos jóvenes que quieren hablar con él, pero cuando sale ya no hay nadie (obviamente eran los dioses antes aludidos). Mientras el techo de la sala se derrumba de modo que sólo el poeta se salva de la muerte. La memoria del poeta, memoria espacial, permite identificar a los muertos por el

lugar en que estaban ubicados (parece que estas cosas se hacían mejor en la antigüedad). De modo que Simónides aparece como el inventor de la nemotecnia, por cierto de origen ligado a la muerte y ligada al espacio, como ya señalamos antes. Mientras el olvido carece de lugar, o quizás esté en el ostracismo, al que por ejemplo se condena a Temístocles, vencedor de Salamina, quien por cierto le responderá a Simónides que no necesita su nemotecnia, sino más bien algo que le enseñe a olvidar.

Y ¿qué mejor que la drogas para el olvido?, de las que tanto saben Circe, la ninfa Calipso o los lotófagos que aparecerán en el camino de Ulises de vuelta a casa. Y el viaje está también en la receta de Ovidio para poder olvidar los males provocados por el amor. No ocurre así con la música, la danza o el teatro.

Cuando Kant mostraba ya claros signos de senilidad, despidió a su criado Lampe, sin que se sepa muy bien el motivo. Pero la figura de éste estaba tan ligada a todas las costumbres del filósofo, que el nombre de Lampe no se le iba de la cabeza. Kant, que había comenzado a escribir notas para poder recordar lo que quería y fortalecer su debilitada memoria escribió una en la que ponía: «El nombre de Lampe ha de ser totalmente olvidado». Quería forzar a la memoria a fomentar el olvido.

¿Y qué sucede con el olvido y la ciencia en esta época en la que se nos recomienda olvidar todo aquello que no se haya publicado en inglés, que se haya publicado en un formato distinto al artículo de revista, naturalmente de prestigio, y que no tenga más de cinco años? San Agustín, Dante, Cervantes, Montaigne, Descartes, Nietzsche, Proust, Sastre, Borges, Kundera, Semprún, Primo Levi y otros mucho más aparecen en las páginas de este libro, muy recomendable, y del que no descartamos que muchas de sus narraciones pudieran ser utilizadas en terapia.

Cuando Kant mostraba ya claros signos de senilidad, despidió a su criado Lampe, sin que se sepa muy bien el motivo. Pero el nombre de Lampe no se le iba de la cabeza.

Normas de publicación

Información para los autores

SISO/SAÚDE considerará para su publicación trabajos en castellano y/o gallego relacionados directamente con la Psiquiatría, la Psicología Clínica y los de disciplinas afines que sean relevantes para aquella, no aceptándose manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para publicación en otra revista. Las normas siguen las recomendaciones generales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Tipos de artículo

1. Editorial. Artículo breve, generalmente encargado por el Consejo Editorial, en el que la Revista toma una posición (informa, comenta, critica o discrepa) acerca de un tema científico de actualidad. Las editoriales irán firmadas por su autor pero se entiende que el Consejo Editorial está de acuerdo con su publicación.

2. Originales. Trabajos de investigación que han de cumplir dos requisitos básicos (además de los usuales de formato, redacción, orden y presentación de datos, etc.): aportar algo nuevo a un aspecto concreto del conocimiento psicopatológico o psiquiátrico y ser dicha aportación de suficiente relevancia. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras incluyendo resumen, tablas, gráficos y bibliografía y, como regla general, se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

3. Revisiones. Artículos que abordan en profundidad la puesta al día crítica de un tema monográfico, redactado por un especialista en el mismo. Las revisiones se hacen a veces por encargo. Su extensión no deberá superar las 7.500 palabras.

4. Artículos especiales. Sección «A propósito de...», «A Velas vir», «Os eventos...». Trabajos de interés sobre temas psiquiátricos o de disciplinas afines que por sus características no encajan como originales ni como revisiones. Salvo casos excepcionales se realizarán también por encargo a la Revista y podrán organizarse como «Series» que serán oportunamente presentadas.

5. Casos clínicos/Comunicaciones breves. Presentaciones concisas, de extensión total no superior a 1.500 palabras, que anticipan resultados de una investigación en curso o plantean casos clínicos de interés.

6. Cartas al Director. Sección en la que se recogen observaciones, respuestas y críticas a trabajos publicados, observaciones metodológicas, casos clínicos atípicos, observaciones clínicas o terapéuticas, efectos adversos de tratamientos no referidos o excepcionales, etc. Su extensión total no superará las 500 palabras.

7. Crítica de libros. Los libros para reseña serán remitidos al Redactor Jefe de la Revista, quien solicitará su revisión a algún miembro del Comité de Expertos o a quien considere oportuno. Todos los trabajos serán revisados de manera anónima por dos miembros del Comité de Expertos de la Revista (Lectores anónimos) que informarán al Comité de Publicaciones sobre la conveniencia o no de su publicación, de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección. El Comité de Publicaciones se reserva el derecho de publicar o no un original, así como el momento de hacerlo; también se reserva el derecho a realizar las

modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación. Que quedarán como propiedad permanente de **SISO/SAÚDE** y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso escrito de la misma.

En los trabajos realizados con pacientes los autores tomarán las medidas necesarias para preservar su anonimato e intimidad. Si se trata de trabajos experimentales es necesario incluir de manera explícita que se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos o sus tutores legales tras la explicación de los procedimientos que se van a utilizar.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Director de Publicaciones de SISO/SAÚDE, 3 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho, acompañada de una versión en diskette 3.5» empleando un procesador de texto en versión compatible IBM o Macintosh.

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden los siguientes datos: títulos del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el centro de trabajo; dirección para correspondencia, y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. La Revista considera que el autor de un trabajo es quien haya tenido una participación relevante en el diseño, realización del trabajo, redacción y aprobación final del mismo. Los restantes participantes se harán constar, previo acuerdo por escrito de los interesados, en el apartado de Agradecimientos.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (Fundamento, Métodos, Resultados y Conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave para la indexación en los repertorios bibliográficos. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema: Originales; Introducción; Observación clínica (o Métodos y Resultados), y Discusión.

4. Agradecimientos. En los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. Podrá ir acompañado del nombre del autor o autores si son uno o dos, debiendo mencionarse el primero seguido de la expresión et al, si son más. La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas en los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. Los nombres de las publicaciones se abreviarán según el estilo empleado en el Index Medicus; en caso de tratarse de una publicación no incluida en dicho repertorio se pondrá su nombre completo. Se hará constar el nombre de

todos los autores y se seguirá el estilo de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: Artículo de revista

Sacristán JM, Germain J. Rodríguez Arias B. Psiquiatría práctica e higiene mental. Archivos de Neurobiología 1930; 10(4); 325-415. (La indicación del nº entre paréntesis es opcional en aquellas revistas que lleven paginación correlativa a lo largo de todo el volúmen; en caso de ser varios autores se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el (los) apellidos seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título).

Ejemplo 2: libro

Mira y López E. Manual de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1935

Ejemplo 3: Capítulo de libro

Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. En: Llopis B. Introducción dialéctica a la psicopatología. Madrid; Morata, 1970; 113-59.

6. Tablas y gráficas. Se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (Tabla x; figura x) con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o gráfica por hoja.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y fax de contacto para los temas relativos a la publicación. En la misma se expondrá también la existencia de intereses en la financiación del trabajo (patrocinio por entidades públicas o privadas, laboratorios, etc), quedando a criterio del Comité de Publicaciones la decisión sobre la conveniencia de su publicación. No se devuelven originales ni se mantiene correspondencia sobre los trabajos no aceptados por el Comité de Publicaciones. Para una información más detallada, consulten Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Med. Clin (Barc) 1991; 181-6 o Puerta López-Cózar JL, Mauri Más A. Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos. Barcelona: Masson, 1995: 1-15.

El comité de redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones expresadas por los autores en sus artículos.

Envío trabajos:

Chús Gómez
C. Salud Mental-Avda. Galicia, 77.
Monforte-Lugo CP 27400
Tfno: 982 404 611. Fax: 982 411 200
mariajesus.gomez.rodriguez@sergas.es

o bien a

Revista SISO/SAÚDE.
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña



Solicitud de inscripción na AGSM

Apelidos-----

Nome -----N.I.F.-----

Profesión ----- Cargo -----

Enderezo profesional -----

Teléfono profesional -----Fax profesional -----

Enderezo particular-----

Teléfono particular----- Fax particular -----

Correo electrónico-----

Socios que avalan a solicitude:

1. Nome, apelidos e firma-----

2. Nome, apelidos e firma-----

Declaración:

Comprométome a aceptar e respectar os estatutos da Asociación Galega de SaÚde Mental.

Data _____

Sinatura do solicitante



(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)

-----de -----de 200-----

Sr./a Director/a do Banco-----

Axencia-----Dirección postal-----

CP-----Población-----

Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)

c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña-----

da Asociación Galega de Saude Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a

(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)

-----de -----de 200-----

Sr./a Director/a do Banco-----

Axencia-----Dirección postal-----

CP-----Población-----

Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)

c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña-----

da Asociación Galega de Saúde Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a

