

Cent números d'informació i vint-i-set anys d'evolució

Coordinado por: *María Cortell y Carmel Ortolá*

Cristina Aguilar Giner

Psicóloga clínica. Especialista en psicoterapia por la EFPA. Centro ALENA, clínica, salud y sistemas humanos. Valencia.

Rubén Miró Morales

Psicólogo clínico. Reconocido por la EFPA. Formador Asociado al IFGT(Institut français de Gestalt-Thérapie)

Genaro Payá Juan

Psicólogo clínico. Psicoanalista. Servicio Municipal de Atención a la Familia, Elda.

Inmaculada Ros Pallarés

Psicóloga especialista en psicología clínica, terapeuta de familia y pareja; codirectora del Centro de Terapia Meta y docente de Dicitia Valencia.

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Se ha realizado a través de la red y por ello las intervenciones de nuestros invitados aparecen por orden alfabético.

En esta ocasión, de acuerdo con la “celebración” del número 100 de la revista *Informació Psicològica* queremos preguntar a algunos colegas expertos en Psicología, no sólo por sus especializaciones académicas o su estatuto profesional, sino expertos por su trabajo en contacto con la clínica, con los Servicios Sociales, con la educación; es decir, por sus experiencias directas en la actuación en la sociedad. Queremos invitar en este espacio a algunos de nuestros colegas que han seguido en la tarea del estudio continuo, que, unas veces enseñando a otros y otras veces ocupados en el sin cesar de las preguntas, llevan a su práctica el eco socrático de saber que se sabe nada, o que nada de lo que se sabe es un saber cerrado u obtuso que a modo de recetario permitiera disponer de todas las respuestas.

Si nos remontamos al tiempo del número 0 de la publicación, alguna de nuestras entrevistadas participaba en la revista, otros estrenaban su licenciatura y otros eran estudiantes.

En el mes de febrero de 1983 nos encontramos con el número 0 de lo que empezó siendo, hasta abril del 85, *Butlletí intern*. Allí podemos leer en una entrevista al profesor Carpintero, cómo destaca “la pluralidad de enfoques y lenguajes en la Psicología” y cómo, subraya él mismo, “existe un grave salto entre la posibilidad del teórico y del experimentalista y la del psicólogo aplicado que interviene con sujetos concretos”, habiendo tantas “ocasiones en que resulta imposible o muy difícil mantener la pureza metodológica que reclaman los primeros”.

Podemos pensar que también ahora sea ése el avatar en el que continuamente nos hallamos en la clínica.

En el número 1, en marzo del 83, hallamos ya publicidad en la revista y una entrevista a Dña Carmen Ferrándiz, presidenta de la delegación del COP en el País Valencià; encontramos a un colegiado que escribe en una carta una referencia de Deleuze sobre la Psicología como mito científico; se anuncian tertulias sobre temas de psicología clínica; comienza el trabajo una comisión de logopedia; hay una referencia sobre una conferencia de M.Safouan, etc, etc y se proclama: ¡ya somos 980 miembros!

Desde entonces son tan elocuentes las transformaciones en la revista, como ingentes los cambios en el panorama profesional, político y sociocultural de nuestro ámbito, tanto en la evolución de la psicología denominada científica, o de la psicoterapia, como en los tratamientos que conceptúan la práctica clínica, respecto de un compromiso inconsciente en el psiquismo humano.

También en los alrededores de la psicología y de los tratamientos de los trastornos psíquicos se han ido produciendo cambios muy notables, como son los avances en las neurociencias, en la psicofarmacología y en la psiquiatría. Uno de los cambios, sin duda relevantes, lo constituye la presencia de los psicofármacos, que ha experimentado un crecimiento inusitado, al tiempo que se han ido ampliando los catálogos de patologías que van adheridas a un producto farmacológico para paliar, aliviar o acabar con los males descritos en los manuales de clasificación de trastornos. Parece que una especie de bio-psicofarmacología recorre nuestra época y se cuela sobre la interpretación que cada uno tenga sobre su *ser en el mundo*.

Queremos, por ello, averiguar con los participantes en este *Debat* acerca de algunos de estos cambios y su incidencia, o no, en la perspectiva del trabajo con pacientes o con usuarios de los Servicios Sociales que, en su búsqueda de mayor grado de bienestar o de cierto equilibrio psíquico, llaman a la puerta de sus consultas.

1.

Queremos preguntar a nuestros invitados por los cambios más importantes que se han ido produciendo alrededor de la demanda de los tratamientos. En ese sentido ¿Cuáles son, desde su punto de vista en el ejercicio de su práctica, las nuevas formas de presentarse un pedido de tratamiento, el nuevo formato del malestar psíquico?

Cristina Aguilar

Puede decirse que en los años 80 acudir a un psicólogo/a tenía una connotación psiquiátrica, relacionada con la locura. En estos más de 25 años de consulta, tenazmente hemos ido cambiando la situación, ahora esto no es así. Existe una comprensión y asunción de lo que es una problemática psicológica. Actualmente la profesión está en los medios de comunicación, al profesional se nos consulta públicamente, somos una figura instaurada socialmente y reconocida por los miembros de la comunidad en sus distintas áreas de actuación. Hemos dejado de ser figuras desconocidas. En un inicio, lo éramos incluso para los propios profesionales. La profesión la hemos construido todas/os los que la ejercemos.

Actualmente las personas definen lo que les ocurre, vienen con información, a veces demasiada, vivimos en la era de la sobrecarga de información; es posible

que hayan compartido antes con personas cercanas u otros profesionales acerca de lo que les sucede; se muestran exigentes en la consecución de resultados, valoran el tiempo dedicado y el dinero invertido en el tratamiento. Estas diferencias en la demanda –concreta, definida, “documentada” y exigente- obliga, en más medida si cabe, al buen hacer psicoterapéutico.

Así pues, el hecho de que evolucionemos hacia formas de relación cada vez más horizontales, exige, más contundentemente, que la intervención psicológica legitime su actuación con la seriedad que supone la formación, la experiencia y la fundamentación en modelos teóricos que avalan la intervención.

Las demandas suelen venir cursadas por la patología, aunque hay un porcentaje pequeño que acude a revisarse sin fundamentar su demanda en un problema concreto, -cuando en un instituto el adolescente genera problemas de convivencia, ante un intento de suicidio, crisis de ansiedad, depresión...etc. Estos motivos de alarma suponen la búsqueda de atención psicológica. Desde mi punto de vista el objetivo de la psicoterapia no es la propia sintomatología patológica, sino la persona. La psicoterapia no puede consistir solo en una estrategia para calmar “la alarma” de los afectados, sino que debe focalizarse en la persona/pareja/familia para sacar a la luz los recursos que le permitan resituarse consigo mismo/a en su entorno.

Se acude al psicólogo/a cuando se necesita exponer la problemática, ser escuchado y encontrar soluciones; en ocasiones también cuando a priori no se desea ser medicalizado, porque no se considera la manera apropiada para resolver su malestar; cuando se busca un profesional que le dedique

un tiempo de calidad y le ayude a encontrar sus recursos para buscar una salida a su angustia, desde lo relacional, más allá de la receta farmacológica; cuando se busca que se le individualice, no que se le cosifique.

También, en todos estos años, se ha tendido hacia la especialización dentro de la psicología, quizá siguiendo un modelo norteamericano, incluso dentro de la misma psicología clínica e incluso dentro de un mismo modelo de psicología clínica –paquetes de tratamientos muy específicos basados en la evidencia empírica para distintas problemáticas e implementados por igual para todos los individuos con el mismo diagnóstico-. Con ello la psicología se está adhiriendo a un modelo en boga, que solo en apariencia puede resultar útil -puede ser, a las exigencias de la demanda de los seguros o las mutuas médicas- sin embargo, creo que de esta manera se está obligando a calzar un zapato estrecho a la psicología, al obviar el papel propiciador de cambio de lo relacional, mediante la modulación de los afectos.

Rubén Miró

El malestar del hombre ha existido en toda la historia y en todas las culturas. Allá por 1977, mi entonces ya anciano profesor de psiquiatría decía a sus alumnos “...el hombre nace con angustia y se muere con angustia...”. Con esta frase se refería al malestar inherente a la condición humana, a su capacidad de sufrir más allá de las contingencias sociales que lo envuelvan. Está claro que lo que cambia no es lo estructural del ser humano, sino la subjetividad del malestar y el modo de expresar que algo no va bien. Estoy de acuerdo con aquellos que piensan que asistimos a nuevas problemáticas y no a “nuevas patologías”. Podría decirse que hay una angustia generalizada que adopta distintas formas.

Somos mamíferos y la madre es un lugar donde satisfacer nuestras necesidades. Del mismo modo, la manada es un lugar y la sociedad es un lugar. Vivimos a expensas del carácter y la atmósfera de esos “lugares”. Las nuevas problemáticas nacen de esta nueva sociedad globalizada que funciona “en red” y cuyas pautas de comunicación están bajo constante tensión empujando las transformaciones sociales a velocidad de vértigo. El mundo parece haberse hecho más pequeño y lo que ocurre en cualquier lugar del planeta nos afecta a todos; los gobiernos se adaptan más a las exigencias del mercado internacional que a la de sus electores generándoles decepción e impotencia; el estado de bienestar del primer mundo, al depender del trabajo de una población envejecida, no tiene la garantía de seguir sosteniéndose tal como estaba gestionada; hoy, tener una profesión no avala poder “ser alguien” en la vida y conservar la identidad y la dignidad requiere buenos replanteamientos; los hombres y mujeres viven la decepción y desconfianza de los unos hacia los otros y ya no regulan sus roles bajo las leyes de la familia patriarcal, cada vez más caduca; muchos padres y madres actúan solos y solas con menos poder que sus niños pequeños. Se descalifican como seres con conciencia cívica comprometidos en sostener una estructura sociocultural alejada de autoritarismos o dejadez caótica; surge una cultura de hijos “des”, des-ilusionados, des-orientados, des-medidos, des-comprometidos, etc. Pienso que todas estas transformaciones sociales, enumeradas en apretadísima síntesis, configuran en buena medida las problemáticas que subyacen en las nuevas demandas de tratamiento.

Es difícil ajustarnos a tantos cambios sin pagar factura. Tengo la impresión de que

un gran sector de la sociedad vive un macro trastorno adaptativo. Los médicos que trabajan en los ambulatorios pueden certificar el aumento del estrés, los trastornos del estado de ánimo, la emergencia de la inseguridad como modo existencial y del sentir “al otro” como responsable del fracaso personal. Y todo esto en una atmósfera de confusión, desvitalización, impotencia y abatimiento.

Genaro Payá

La primera diferencia respecto al pasado es que las demandas de tratamiento han ido a menos, aunque las consultas que nos hacen, a más. Otra diferencia es que con el tiempo las demandas han ido siendo más veraces y concretas, antes había menos coincidencias entre la demanda expresa del paciente y la que suponíamos que sentía como tal, de manera que teníamos que afrontar más a menudo la tarea de convertir un pedido implícito o latente en otro expresado, reconocido como auténtica demanda. El cambio social está más acelerado que nunca, y consiguientemente, también el cambio en la calidad de la gente y de sus manifestaciones.

Los psicólogos llegamos en bloque en el 78. No nos esperaba nadie excepto algunas personas, por el cine, y los maestros porque los pocos colegas que ya teníamos estaban con ellos y porque corrían algunos años de detección de las dificultades del aprendizaje. Sin embargo, al cabo de una década alcanzamos un nivel de implantación como el de Europa o casi. El juez nos podía llamar para preguntarnos por un acusado o acusador raros, que pudiéramos conocer, los sanitarios tuvieron que consentirnos un proceso de *aceptación* como terapeutas,... Pero no eran estos servicios personales los

únicos que se acostumbraron y beneficiaron de nosotros, lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que somos los que disponemos del mayor saber universitario del funcionamiento humano, y así las cosas, cualquier institución asistencial, formadora, de ocio, deportiva...está contando con nosotros desde hace tiempo. Los medios de comunicación contribuyeron para esta expansión, como los libros de autoayuda, pero no todo han sido favores: que ahora haya pacientes pidiendo un tratamiento en una sola sesión, algo tendrá que ver con los programas de TV de psicoterapias, que mostraron el tratamiento completo de un caso por episodio; solamente la serie *En terapia* emitida por la cadena Fox nos ha hecho algún honor.

Tuvimos que estrenar una profesión a la vez que una democracia, que como la democracia totalitaria de Zizek, vela para que sus ciudadanos cumplan con su deber y que a la vez sean felices, que trabajen y que gocen, que sean responsables y disfruten. Y ahí estábamos nosotros intentando alcanzar ese doble objetivo para nuestros pacientes, con ofertas variadas que ellos aceptaban confiados, con el alto nivel de transferencia positiva que presentaban entonces.

El efecto de las nuevas libertades y derechos, como el asentamiento de nuestra joven cultura divorcista, no se hizo esperar, pero también hubo otros efectos, como los del progreso de la biología, presentando la disyunción entre la reproducción y el vínculo social, entre el genitor y el padre, y así, con la *figura del padre* en caída libre, el equilibrio entre deseo y goce no era fácil para muchos, y aumentaron las atenciones a pacientes directos e indirectos de la *clínica del vacío*: las drogodependencias en masa, los trastornos de la alimentación y

el disparo de las psicosis. El descontrol de los impulsos no se quedaba atrás. No venían con la veneración de antaño, la transferencia era más neutra, pues ya estábamos ante las primeras reacciones por el retorno a la *ley del amo* que Lacan había predicho como resultado del discurso del capital, y los ciudadanos tomaban medidas, empezaban a convertirse en *sujetos* después de pasar por el auge del individualismo. Hay otra predicción de Lacan que también se ha ido cumpliendo: "*El Edipo no puede conservar indefinidamente el estrellato*", y a esto no podemos darle la espalda porque hasta qué punto se están moviendo las estructuras de la personalidad, de hecho ahora hablamos de trastornos de la personalidad con la misma asiduidad que lo venimos haciendo de siempre acerca del *síndrome ansioso-depresivo*, por más que éste siga extendiéndose.

Inmaculada Ros

Los cambios en las demandas han ido parejos a los cambios en la implantación social de l@s psicólog@s y al mayor reconocimiento de nuestro estatus profesional: yo creo que se nos conoce más, se sabe más que somos profesionales que tenemos como instrumento la palabra y no los psicofármacos, y se llega a consulta con demandas más diversificadas, que si bien tienen que ver con el *malestar* psíquico y las problemáticas y conflictos relacionales, no siempre forman parte de cuadros de sintomatología psiquiátrica (en este sentido no se considera tanto el tratamiento psicoterapéutico como solo "*para locos*").

Respecto a las demandas de intervención familiar y de pareja, hay un matiz de género que me parece importante señalar, ya que mientras hace dos décadas era casi siempre

la mujer quién pedía consulta, actualmente y cada vez más es el hombre – padre o pareja - quién actúa como demandante.

También en cuanto a mi práctica profesional son destacables cambios en los caminos de llegada de los casos a consulta: las figuras que llamamos *derivantes* también se han diversificado; y actualmente es más amplio el abanico de profesionales que indican la pertinencia de intervención psicoterapéutica; diferentes profesionales del ámbito de salud, del ámbito educativo, del judicial, de servicios sociales o de recursos humanos, cuentan con l@s psicólog@s y recomiendan más nuestra intervención.

2.

Según su criterio ¿Cuál es la perspectiva de futuro de los tratamientos psicológicos en su orden diferencial de no ser tratamientos neurofisiológicos o químicos pero, sin duda, sin poder, o sin tener que obviarlos?

Cristina Aguilar

En primer lugar, la psicoterapia debe de considerar al cliente como persona con recursos, reconociéndola con respeto en su ser más íntimo, validándola y, por lo tanto, propiciando la activación de sus recursos. Además, a nivel social se vislumbra, con sus tropiezos, el cambio de conciencia de un rol pasivo por parte del usuario de los servicios psicológicos, a una participación activa en la búsqueda de soluciones. De un modelo de paciente a un modelo de auto-gestión de la salud. Sería deseable la continuidad por este camino. Para ello la psicóloga o el psicólogo han de desempoderarse y otorgar el poder al cliente. Como consecuencia de ello, el vínculo que se establece entre ambos es parte principal del proceso

de cambio. Por lo tanto, el marco relacional terapéutico es necesario que se fundamente en la empatía y la validación.

Esto enlaza con un segundo aspecto; desde mi punto de vista, los diagnósticos no deben reducirse únicamente a un sistema nosológico como son el DSM o CIE –que pueden ser una buena guía, pero solo eso-, puesto que categorizar supone perder lo exclusivo de la persona. Son los detalles específicos los que permiten la intervención. Así como la intervención no debe estandarizarse con tratamientos preestablecidos –aun cuando parece una tendencia de futuro fundamentada en dar servicio a un número grande de pacientes en un sistema de economía de tiempo-, protocolizarse, ni especializarse en tal medida que minimicen la intervención del/la psicoterapeuta, puesto que éste es el principal instrumento de la terapia. La psicoterapia utiliza la intervención creativa, consciente y genuina del terapeuta como motor de cambio, a través de un mapa-guía que la organiza en una estrategia direccional y la acota.

En tercer lugar, hay puntales clave que van a seguir desarrollándose en el futuro y que están en la base de cualquier intervención, aunque cada modelo de psicología se centre en ellos con mayor o menor énfasis y a través del cristal con el que miran, pero que son inherentes a la intervención en psicopatología: la visión sistémica como paradigma ineludible, lo relacional y con ello la intervención en la regulación de las emociones como elemento de cambio en la psicopatología, la capacidad de vinculación-desvinculación como elemento de desarrollo.

Un cuarto punto importante es el posicionamiento respecto a los psicofármacos. Desde mi punto de vista, su prescripción abusiva y generalizada cronifica el pro-

blema, ya que deteriora las funciones que determinan la capacidad de autodeterminación de la persona, eliminando la posibilidad de un abordaje psicoterapéutico. Los psicofármacos prescritos y regulados de manera individualizada, tienen sentido, sobre todo dentro del contexto social donde nos desenvolvemos. Suponen una contención que permite la psicoterapia en algunos trastornos –psicosis, depresión,...-; en otras patologías psíquicas, la supresión de síntomas que promueve el medicamento no es necesaria, es contradictoria con el tratamiento psicológico o sencillamente innecesaria –palia pero no cura-. Por el contrario, la riqueza de la intervención psicológica consiste en proporcionar aprendizaje.

Rubén Miró

No cabe duda de que actualmente la atención de las personas que sufren malestar psíquico cuenta con la implicación de toda una red de profesionales. Si bien es cierto que existe una clara tendencia a la complementariedad de las competencias, también es real el hecho de que muchos de estos profesionales tienen las manos atadas por procedimientos asistenciales que responden más a exigencias políticas que a las que plantearía atender el problema que afecta al individuo que tienen delante. Las gestiones de las bajas laborales y la exigencia a “poner en circulación” al estresado que presenta múltiples quejas psíquicas y somáticas se convierte, en muchos casos, en acoso moral por parte de los inspectores que vigilan los intereses de la empresa tratando como “delincuente” al enfermo que utiliza una baja médica.

Falta tiempo para atender a las razones del malestar. Por una parte, existe el malestar y, por otra, la urgencia de conjurarlo trasla-

dando a los fármacos esa responsabilidad. El individuo deambula considerando su angustia como resultado de una enfermedad y se ve abandonado a esperar que la industria farmacéutica lo saque del sufrimiento. Pero los laboratorios no son los únicos beneficiados por el malestar. No son la única oferta de solución Express. Del malestar emergente y la pasividad surgen todo tipo de ofrecimientos de cura, desde clínicas especializadas que aplican protocolos de intervención apoyados en estudios científicos hasta avivados pseudo-terapeutas que prometen soluciones mágicas demonizando a todo aquello que no sea tenerles fe ciega. Son ofertas para este nuevo mercado del malestar. También los medios de comunicación sacan provecho espectacularizando el sufrimiento de las personas, ya sea con programas de adiestramiento de niños desobedientes o angustiados dueños de perros sobreexcitados.

No obstante, reconozcamos que el ser humano, además de tomar todo tipo de drogas, ha recurrido a otras prácticas para ayudarse a salir del malestar, la aspirina y la meditación por poner un ejemplo. Pero también ha pedido ayuda a otros; a calmar dolores del alma se han dedicado brujos, gurus, chamanes, videntes o confidentes. Siempre ha habido personas con la habilidad de abrir opciones en callejones sin salida y esta destreza no es privativa de tal o cual disciplina. Estas personas generalmente han aprendido en ellos mismos y esa experiencia los autoriza para establecer una relación que convoque a la creatividad. El psicoterapeuta puede dar este perfil y tiene mucho que hacer en esto de atender el alma humana, fundamentalmente, estableciendo una buena alianza de trabajo con sus pacientes. La calidad del encuentro será

mucho más importante y terapéutica que el modelo de psicoterapia en que se haya formado el terapeuta.

Las personas seguirán buscando en otras personas una ayuda para resolver conflictos o, simplemente, para estar en paz consigo mismo y con los demás y, si cabe, construir su modo de entender su propia existencia. Una paciente, al finalizar el tratamiento, confesaba con picardía: "...al mismo tiempo que venía aquí (gabinete privado) he ido a ver al psicólogo de la Seguridad Social, a mi médico de cabecera y a mi bruja... ¡me fue de maravillas! con el psicólogo me centraba en controlar la ansiedad; la médica... que tiene más paciencia que yo que sé, me ayudó a que no me tire por la ventana; con la bruja he aprendido a confiar en mi intuición; y aquí encontré un nuevo sentido a mi vida. ¡Me habéis ayudado muchísimo! Os tengo que invitar a una cena para que os conozcáis”.

Genaro Payá

Mientras nuestros parámetros sean tan distintos de los de la neurociencia, mientras nuestra noción de inconsciente no coincida con la suya o viceversa, seguiremos como hasta ahora, con una relación de competencia y/o cooperación como la que hay entre los miembros de cualquier equipo, pudiendo celebrar que según qué y a quién se le pueda recetar algo conveniente.

Últimamente hay más fanáticos, más religiones, cristianas también, sin embargo me parece que todavía hay más descreídos. Con los fanáticos no podemos hacer nada ni con las religiones, salvo que profesemos esta reciente de la Ciencia, pero con los descreídos estamos empezando a observar un dilema interesante.

Los pacientes descreídos preferirían no tomarse una pastilla ni nada para pensar o sentir otra cosa o para hacerlo de otra manera; preferirían salir de ahí por ellos mismos. Me recuerdan a los ateos de nuestra postguerra que aceptaban la extremaunción por si las moscas y por la ideología vencedora tan dominante. El paciente descreído sólo va a soportar el sacrificio de tratarse ante la creencia o la certeza de que se va arreglando lo que tiene claro que le hace sufrir. Si se trata de medicarse, el coste va a consistir en correr un supuesto riesgo metabólico o adictivo que podrá temer más o menos; que el *Hypericum* o hierba de San Juan sea el antidepresivo más utilizado en Alemania podría ser un dato relevante. También se podrá costear un tratamiento combinado de medicación y psicoterapia, o bien apostar por la última en exclusiva, ante la que inevitablemente se va a encontrar ocupando un lugar de sujeto del que habría estado excluido si sólo se medicara. Este es el dilema interesante: la medicina cosifica al paciente no queriendo saber nada de él como sujeto, y por otro lado, la psicología no podrá prescindir del paciente como sujeto aunque sólo fuera para utilizarlo como mediador de su propia cosificación; esto es, que el paciente como sujeto haga de intermediario con el terapeuta para trabajar con el paciente como objeto, lo que podría requerirse para el tratamiento.

El Príncipe de Asturias ha premiado este año a dos sociólogos compatibles, Touraine y Bauman. El primero hace una propuesta de *sujeto* al que estaríamos yendo a parar bastante parecido al paciente descreído, un sujeto desocializado, individualizado pero no desvinculado de lo que percibe como próximo, de su comunidad, trasmutando sociedad por vecindario, vive en el mun-

do pero no pertenece a él, no es sólo un yo dividido, está también un poco disgregado. Touraine propone el paso del fin del pensamiento social al individualismo liberador, cultura frente a sociedad, intelectualidad frente a economía.

Cabe esperar que este nuevo sujeto vaya a ser más resistente a su propia cosificación y que se muestre más vigilante, prevenido ante el marketing de la psicofarmacología, lo que no será nada sencillo, habida cuenta de que las técnicas de mercado se adaptan sensiblemente a él y a sus cambios.

La propuesta más significativa de Bauman es la de su *sociedad líquida*, habitada por estos sujetos que de tan flexibles han disminuido su concentración molecular. Cuando el Príncipe, al premiarles, hablaba en su discurso del reforzamiento de las instituciones como hace a menudo la Casa Real, podríamos suponer que esta vez invocaba a los fontaneros para reforzar las cañerías institucionales al servicio de esta nueva sociedad líquida. Y ahí vamos a estar nosotros, los fontaneros de este nuevo sujeto, producto de un cambio social tan acelerado, tan revolucionado como una licuadora, ese aparato que nadie usa.

Inmaculada Ros

Efectivamente, es importante reconocer y respetar la importancia de los tratamientos farmacológicos, neurológicos y/o rehabilitadores en muchas de las situaciones en las que intervenimos y plantear nuestras intervenciones desde la complementariedad.

Además en los últimos años se ha producido la aparición de nuevas titulaciones académicas y una mayor oferta de profesionales que globalmente podríamos llamar *de ayuda*, con lo que se hace más importante clarificar nuestra ubicación en los servi-

cios/instituciones de los que formamos parte para no ofrecer más-de-lo-mismo a una población muchas veces pluriasistida. En este sentido, cada vez es más importante contextualizar nuestras intervenciones en los ámbitos en los que se producen y coordinar nuestros planteamientos con otros profesionales que estén interviniendo en los mismos casos en los que se nos requiere.