

Observatorio Psi de la ELP

Informe sobre las Políticas Psi en España

Pensar nuestra posición frente a los intentos de regulación de la práctica analítica, de la psicoterapia y otras prácticas psi por parte del estado requiere de dos previos. Por un lado la advertencia que plantea Eric Laurent en su conferencia de Bruselas¹ acerca de no dejarse abandonar por la “tentación de la extraterritorialidad”. Por otro lado es necesario contemplar (en las prácticas psi) –como articulados- tres elementos: la titulación profesional, la formación que la acredita y el marco sanitario donde se implementa esa práctica. No es posible tomar en cuenta uno de ellos sin los otros dos. La ley Ossicini, p.e., otorgaba un título de psicoterapeuta que iba ligado a una formación acreditada y regulaba una práctica posible en el marco sanitario (privado o público)

1. Practicas “Psi”

Acreditaciones oficiales de la especialidad "psi" y marcos normativos

El campo psi en Europa. La tendencia en Europa es a regular la práctica clínica psi bajo el significativo Psicoterapia con criterios similares que incluyen unas horas de formación (alrededor de 500-600), horas de práctica supervisada (150-200), horas de supervisión (200-300) y en algún caso lo que se llama “trabajo personal” que hace alusión a algún tipo de terapia personal realizada por el propio candidato. En la actualidad de los 27 países miembros, solo doce cuentan con algún tipo de regulación sobre la práctica. Alemania, Italia, Suecia y Países bajos la tienen restringida a psicólogos y médicos y en países como Austria, Finlandia y Rumania existe un marco legal que reconoce la psicoterapia como una profesión independiente.

¹ Eric Laurent. “El psicoanálisis no es una psicoterapia, pero....”. Freudiana 70 (2014)

En la actualidad la Comisión Europea está trabajando, a propuesta de la EFPA (European Federation Psychologist Association) y diversas universidades, en el establecimiento de unos estándares básicos para armonizar los criterios (ahora muy variables) que definan la titulación de psicólogo bajo la perspectiva del EuroPsy, propuesta ya en marcha por parte de la EFPA.

La realidad española tiene algunas diferencias. La primera es que la práctica psi está regulada –aparte de como psicología y psiquiatría- bajo el significante de Psicología Clínica (PC), inexistente en Europa y otros países. La razón es histórica y tiene que ver con una vieja reivindicación del colectivo de psicólogos que participó en la Reforma psiquiátrica de los años 80. En base a esta historia –y a su implicación en la formación de los PIREs- reivindicaban un título de especialista que los equiparara a los psiquiatras y les permitiese mayores cuotas de poder en la salud mental. Esta reivindicación –apoyada luego por las nuevas generaciones de PIREs- provocó un enfrentamiento en el colectivo de psicólogos del estado español a raíz de la regulación del PEPC (Psicólogo Especialista en Psicología Clínica). Unido a las presiones de la corporación médica, recelosa del uso del significante “clínico” por parte de los psicólogos, ha supuesto más de una década de enfrentamientos y recursos legales. En la actualidad el título de especialista está restringido a los PIREs y psicólogos veteranos que en su día lo solicitaron y fueron validados. Como solución para el resto y para las futuras generaciones se ha establecido una categoría general de psicólogo sanitario (no especialista) al que se accede por un Máster de Psicólogo General Sanitario (MPGS) que este año 2015 inicia las prácticas de su primera promoción en diferentes universidades públicas. Esta titulación está siendo muy contestada por casi todas las sociedades profesionales de Psicología Clínica (Plataforma, AEN, CNEPC)

La titulación PGS permite a los que se dedican a la práctica privada la calidad de psicólogo sanitario que habilita para la práctica clínica. El Colegio de Psicólogos ha facilitado a los que ya estaban ejerciendo la titulación de Psicólogo Habilitado Sanitario que a efectos prácticos sirve para lo mismo.

Esta nueva titulación ha reavivado el conflicto con la especialidad de PC. En lugar de un recorrido curricular progresivo como en todas las profesiones sanitarias: Grado-> Generalista > Especialista, han optado por una titulación paralela y equivalente (a pesar de las diferencias de formación de un máster de dos años y una residencia de cuatro). El único plus para los especialistas es que son los únicos que pueden trabajar en el Sistema Nacional de Salud si bien esto se interpreta como una estrategia para acabar con la especialidad y conseguir con el tiempo mano de obra barata en hospitales de gestión privada. Este conflicto ha supuesto que en muchos hospitales y Centros de Salud Mental se han negado a acoger alumnos en prácticas porque no se entiende que un máster para formar generalistas tenga el 100% de sus prácticas en servicios especializados.

Perspectivas sobre la regulación de la psicoterapia. En este contexto no parece hoy un objetivo políticamente oportuno para la administración que ya contempla, en la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), la única regulación existente mediante las llamadas ACE (Áreas de Capacitación Específica) que considera la psicoterapia como una técnica sanitaria más. Por otro lado la crisis ha frenado la expansión de los programas específicos de psicoterapia que empezaron a implementarse hace algunos años en Catalunya y en otros lugares. Las paradojas de la globalización y de la gobernanza europea hacen coexistir el afán normativizante con una abierta desregularización, sobre todo en lo que afecta al ejercicio de las profesiones liberales. Muestra de ello es la discusión entre el gobierno y las corporaciones profesionales acerca de la ley que plantea eliminar la colegiación obligatoria (exigencia incluida por los EE.UU. en el borrador secreto que hemos conocido sobre el futuro Tratado de Libre Comercio Unión Europea - Estados Unidos (TTIP)).

La propuesta de regulación del EuroPsy, antes mencionada, podría, más adelante (hablamos de plazos no inferiores a 5 años y siempre sujetos a las vicisitudes de la propia UE) tener continuidad en la regulación de la psicoterapia que implica ya un título de especialista, a diferencia del EuroPsy que es el primer nivel (grado).

Regulaciones corporativas. Quienes sí están interesados en esta regulación son las corporaciones de psicólogos y médicos que han iniciado ya procesos internos de acreditación de sus asociados –en algunos casos (EFPA- European Federation Psychology Association) en el ámbito europeo. Por otra parte la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) ha continuado sus actividades de acreditación ahora asociada a la EAP (European Federation Psychotherapy) y a la FIP (Federación Internacional de Psicoterapia) y promoviendo un Certificado Europeo de Psicoterapia. Esta polaridad se acentúa por las alianzas incipientes entre médicos y psicólogos para validar sus acreditaciones y oponerlas a la FEAP que incluye –como candidatos- otros profesionales (pedagogos, enfermeros, trabajadores sociales). Las motivaciones de estos procesos tienen que ver con intereses corporativos vinculados a futuras regulaciones europeas o estatales, aumento del intrusismo, fidelización de los asociados y en el caso de los psicólogos a contrarrestar la titulación PEPC que excluyó a una parte de los candidatos.

Por otra parte recientemente se ha creado una comisión que está trabajando sobre el reconocimiento de la especialidad de Psiquiatría infantil, inexistente en la actualidad en nuestro país. La inexistencia de esta especialidad afecta a la configuración de los planes asistenciales ya que los líderes de las comisiones de trabajo son psiquiatras con escaso conocimiento de la Infancia y adolescencia y con una concepción cada vez mas biologicista del sufrimiento psíquico.

Programas de formación psicoterapéuticos

En España existen múltiples asociaciones privadas (gabinetes, institutos, escuelas), de todos los enfoques en psicología, que proponen programas formativos (muchos de ellos asociados a créditos universitarios) en psicoterapia.

Las acreditaciones más valoradas son las que dispensa el Consejo Gral. de Colegios de Psicólogos que es un título de carácter europeo: Psicólogo Europeo Especialista en Psicoterapia. Certificado por la EFPA (European Federation Psychologist Association) y la que dispensa la FEP (Federación Europea de Psicoterapeutas) que en España toma el nombre de FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia) y que incluye muchas asociaciones psicoanalíticas vinculadas a la IPA o a grupos lacanianos ajenos al CF.

La formación contempla un mix de teoría, casos prácticos y práctica supervisada que dura un mínimo de 2 años y en algunos casos hasta 4. Los controles se ciñen al periodo de prácticas que el alumno realiza en alguna de las instituciones colaboradoras con el máster o postgrado en psicoterapia. El Estado controla la práctica en sus instituciones o en las concertadas básicamente a partir de criterios de eficiencia (número de visitas, de pacientes, ratio de profesionales, terapias practicadas,..). No existe la idea de un control regular que queda limitado a las supervisiones grupales (de equipo clínico) o bien a discreción del profesional que elige el controlador y lo paga.

En Europa existen dos vías diferenciadas:

La vía italiana, a la que se acogen diversos grupos psicoanalíticos, implica el reconocimiento oficial del título, una formación actualmente bajo tutela universitaria y una promesa de inserción laboral en la salud mental cada vez más precaria. La pregunta en este caso sería hasta qué punto este reconocimiento del Otro social no disuelve la potencia del psicoanálisis al diluir su especificidad en una nebulosa cada vez mayor de prácticas que se autodenominan psicoterapia y que incluyen desde las mencionadas hasta formas exóticas ligadas a prácticas corporales, autoayuda, coaching,...

La otra fórmula, la belga, plantea una situación de alegalidad o de no-derecho (no lugar) donde se preserva la especificidad del psicoanálisis como práctica

diferenciada de la psicoterapia, la psicología o la psiquiatría y que suscita algunos interrogantes para discutir: si una de las razones que constituyen nuestra comunidad analítica –además evidentemente de la de producción de analistas- es la transmisión del psicoanálisis ¿Cómo incidir en la formación de los jóvenes y futuros clínicos (PIRES, ..)? Que características debería tener el dispositivo de formación (ICF)? ¿Cómo practicar –y con qué medios- el derecho a la injerencia en el mundo psi al que se refiere Laurent –en la citada conferencia de Bruselas- como alternativa al falso dilema integración-extraterritorialidad? ¿Cómo implementar ese principio en nuestra realidad marcada por un campo psi abandonado a las normas médicas (Planes nacionales y Guías de Práctica Clínica sobre Autismo, TDAH,..)?

En este sentido cabe tener en cuenta que en el Campo Freudiano hay numerosos colegas, miembros y socios de la ELP, que trabajan en las redes públicas y concertadas de salud mental, educación y servicios sociales. En algunos de estos casos (Galicia, País Vasco, Aragón, Catalunya, Comunidad Valenciana, Madrid, Andalucía, Castilla-León) realizan labores de tutoría de PIRES, seminarios sobre fundamentos de clínica psicoanalítica en hospitales y servicios públicos, presentaciones de enfermos o cursos de formación en centros universitarios vinculados a educación y/o intervención social.

2. Con relación al Psicoanálisis específicamente.

El psicoanálisis se presenta como práctica específica si bien dentro del campo de las psicoterapias existe la llamada psicoterapia psicoanalítica. La posición de las diferentes asociaciones psicoanalíticas en nuestro país ha ido variando pero podría resumirse en dos vías: por un lado la IPA mantiene su disociación radical entre el psicoanálisis puro y la llamada psicoterapia psicodinámica. Propone para esta última –en alianza con la FEAP - una formación en institutos universitarios de acuerdo a los estándares internacionales. Por otro lado diversos grupos lacanianos proponen másters –a veces con algún lazo universitario- de psicoterapia de orientación psicoanalítica cumpliendo con estándares similares.

Tanto unos como otros se agrupan en la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP en cuyos estatutos se explicita la función relevante del didacta como formador de los futuros psicoterapeutas.

En estos momentos, y por lo que hace a la regulación oficial de la práctica analítica, su situación en España se podría calificar de alegal ya que no está reconocido legalmente (de hecho la sanidad pública lo excluye de sus prestaciones) pero tampoco existe ninguna reglamentación que lo prohíba en el sector privado. Se admite el epígrafe a efectos fiscales (se puede pagar impuestos en concepto de práctica del psicoanálisis). No parece que esta situación vaya a cambiar a corto plazo.

Los cursos y la formación del Instituto del Campo Freudiano y de la ELP no están reconocidos legalmente a efectos de la acreditación para el ejercicio privado del psicoanálisis, aunque en algunos lugares la formación está acreditada legalmente por las autoridades sanitarias, pero solamente a efectos curriculares.

La mayor parte de los miembros de la ELP, con titulaciones oficiales de psicología o medicina, disponen de acreditaciones oficiales como especialistas (psiquiatría o psicología clínica) o bien como "psicólogos generales sanitarios". Algunos de ellos también disponen de titulaciones como psicoterapeutas acreditados por la EFPA o la FEAP.

Hay también que tomar en cuenta la creación, por parte de miembros y socios de la ELP, de dispositivos asistenciales y redes de atención, algunos de ellos con una larga trayectoria y otros que han recogido la experiencia de los CPCT's en España y en otros lugares.

3. Perspectivas de la Salud Mental: guías y protocolos

La protocolización de la atención clínica en la salud mental deriva, en nuestro país, de la puesta en marcha hace unos años de la Estrategia en Salud Mental

del Sistema Nacional de Salud (ESM-SNS). Estrategia de ámbito nacional que se implementa en las distintas CCAA de acuerdo a normativas y proyectos específicos.

A partir del 2013, y con la incorporación de un nuevo equipo de coordinación científica, se establece una revisión de las guías y protocolos con el fin de optimizarlas y ofrecer a las CCAA instrumentos ajustados a las diversas problemáticas.

Dentro de las prioridades destacan dos centradas en el ámbito de la infancia y adolescencia principalmente: **TDAH y Autismo**. Por lo que se refiere al Autismo nos remitimos al Informe elaborado por el Observatorio Autismo de la ELP.

Mención aparte merece la generalización de la historia clínica compartida que, al albor de las nuevas tecnologías, está implementándose en todo el SNS en aras del bien del paciente y no deja de suscitar interrogantes sobre los riesgos que implica en una política sanitaria cada vez más marcada por la biopolítica (control y seguridad como principios axiomáticos) y la evaluación.

POLITICAS SOBRE EL TDAH

Por lo que se refiere al **TDAH**, por encima de las Guías y protocolos autonómicos, en 2007 el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. La estructura de la GPC es similar a los documentos autonómicos abordando el Alcance y Objetivos, y Metodología, respectivamente. Esta GPC también aborda el Diagnóstico, los instrumentos de Evaluación y Tratamiento y se ofrecen recomendaciones y planteamientos preventivos, así como éticos y legales². Esta GPC ha iniciado un proceso de actualización, dentro del marco de las Guías salud (GPC) del

² Está disponible online (<http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/index.html>)

SNS, recayendo en esta ocasión en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) la responsabilidad de llevarla a cabo.

Los protocolos autonómicos han sido elaborados y aprobados de forma conjunta por los departamentos competentes en materia de educación y salud (Canarias, Castilla y León, Galicia y Región de Murcia), por el departamento competente en materia de educación (Andalucía³, La Rioja⁴) y por el departamento competente en materia de salud (Navarra y Cataluña).

En 2014 se constituyó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG) con miembros del GEG y colaboradores externos y revisores, con el fin de mejorar la independencia editorial (evaluación de calidad instrumento AGREE), hacer una declaración de conflicto de intereses (DI), revisar el alcance y objetivos, plantear preguntas clínicas y realizar una búsqueda bibliográfica, En 2015 está previsto continuar la búsqueda bibliográfica, lectura crítica, elaboración tablas síntesis, evaluación formal y elaboración de recomendaciones, borrador 1 GPC con MSSSI.

Todo este proceso, al que se invita a colaboradores expertos a hacer una revisión externa, culminará en una exposición pública y nueva edición en 2016. Ni que decir que las colaboraciones requeridas están siempre en la misma línea que la Guía, claramente sesgada. Incluso hemos visto como un Informe, encargado por el propio SNS y realizado por el Gobierno Vasco⁵ ha sido ignorado en esta revisión a pesar de su calidad. Obviamente se trata de una orientación diametralmente opuesta a la GPC del TDAH.

En el borrador entregado a algunas Instituciones podemos leer ya en la Introducción que "el diagnóstico del TDAH sigue siendo clínico, no disponiendo en la actualidad, de ninguna prueba con suficiente especificad y sensibilidad para su diagnóstico" y a renglón seguido se afirma, sin pudor alguno, que

³ A pesar de esta circunstancia en el protocolo andaluz se establece el procedimiento para la intervención de los servicios de salud y se incluye un documento de derivación desde el sistema

⁴ En La Rioja no se protocoliza la intervención del sistema de salud, aunque en el protocolo de La Rioja se incluye un documento normalizado para la derivación desde el sistema educativo al de salud.

⁵ Informe Osteba. <http://www.sepypna.com/documentos/2010-informe-osteba-sobre-evaluacion-situacion-asistencial-de-tdah/>

"estamos ante un Trastorno consolidado, basado en rigurosos criterios diagnósticos y con una robusta evidencia detrás."

Igualmente se dice que "La prevalencia acumulada total de TDAH se estima en un 6,4% " y que "..., actualmente se está diagnosticando y tratando menos de lo esperado por la prevalencia real" olvidando que junto a los datos públicos hay un porcentaje importante de niños diagnosticados en la consulta privada.

Siguiendo la estela del DSM5 se da por sentado "el carácter crónico, arraigado en el neurodesarrollo, del TDAH" y el hecho de que "su carácter de trastorno del neurodesarrollo (DSM-5, APA 2013) y la afectación de múltiples aspectos de la vida del paciente, determinan su frecuente persistencia en la vida adulta" cuando la tasa de prevalencia adulta es de 3,4% y admite un 50% de persistencia de infancia a adulto (cifra por otra parte sin evidencia alguna).

Por lo que hace a la intervención insiste de nuevo en las TCC y los fármacos, presta poco atención a las estrategias educativas y da un papel demasiado importante a pediatras y cabeceras en la detección y diagnóstico cuando sabemos que tanto la formación como la realidad asistencial de estos profesionales empuja a la medicalización. La opinión de muchos pediatras y cabeceras coincide en el exceso de responsabilidad que se les otorga, la banalización respecto a la medicación y la falta de recursos para afrontarlo con rigor. En los dispositivos extrahospitalarios y de carácter comunitario se observa una respuesta más crítica a los protocolos, inútiles para su labor clínica.

La Bibliografía ignora textos importantes (Lasa, Tizón, Moya, Fund. Eulalia Torras, Sroufe) y algunos recientes y actualizados como el de Marino Pérez o el de José R. Ubieta.

El texto merece una descalificación general por su carácter parcial, poco riguroso y poco adecuado a una sociedad democrática donde la pluralidad debiera ser un valor a respetar estrictamente por parte de los gobernantes. Y más en un tema sensible en el que el propio Ministerio, en su Guía, admite la

diversidad de opiniones y la ausencia de evidencias y criterios fuertes. Constatamos además como muchos padres agradecen una visión menos determinista, sesgada y catastrofista sobre el malestar de sus hijos.

ACCION POLITICA DE LA ELP SOBRE LAS POLITICAS PSI EN ESPAÑA

Como conclusión de este informe proponemos algunas consideraciones en relación a la política a seguir por la ELP.

1. La actual coyuntura política española, y los antecedentes en la regulación de las prácticas psi, no es propicia para nuevas reglamentaciones que afecten a la práctica clínica ni al psicoanálisis mismo.
2. Esto no obsta a que se vayan produciendo movimientos por parte de diferentes asociaciones, españolas y europeas, que aspiran a una regulación oficial de la psicoterapia que podría afectar a la práctica psicoanalítica.
3. Al mismo tiempo observamos como la “lógica del escultor” funciona. Se trata de acciones parciales, centradas en la implementación de guías y protocolos sobre temas específicos (Autismo, TDAH,..), que van dando forma a normativas, de manera discreta y sectaria, sin que se tome consciencia del resultado hasta que se desvela finalmente “la obra”. Estas normativas producen una exclusión del psicoanálisis de facto de manera discreta pero persistente por vías diversas: ignorando la formación, condicionando los conciertos asistenciales y las acreditaciones profesionales e imponiendo la vía única disfrazada de consenso inter pares.
4. Es por ello que la existencia del Observatorio Psi de la ELP, en coordinación con el Observatorio Control y Garantía -Otro social. Comité de Acción de la Escuela Una, es un instrumento clave para seguir estos procesos y proponer, cuando sea necesario, acciones concretas para preservar la especificidad del psicoanálisis.
5. La exclusión del psicoanálisis, a la que apuntan estas políticas sectoriales, requiere de acciones políticas que no pueden tener otra orientación que la propia del discurso analítico. El síntoma, como aquello más real del sujeto,

- configura nuestra acción en contraposición a la otra política, la del espectáculo, versión contemporánea del discurso del amo.
6. Para ello no hay protocolo posible ya que ningún consejo *prêt-à-porter* estaría a la altura del real que debe abordar el analista del siglo XXI. Hay, eso sí, algunas indicaciones precisas, en Freud, Lacan y especialmente en las reflexiones más actuales de Jacques-Alain Miller, que nos sirven de brújula:
 - a. Hablar la lengua del otro para decir lo que no quiere escuchar (debates públicos)
 - b. No dejarse seducir/alienar por el utilitarismo de lo inútil (cuidar las alianzas)
 - c. Dar un lugar a la invención y al acontecimiento (fóruns)
 - d. Leer lo real a partir del propio análisis (interpretar el síntoma)
 - e. Soledad no es aislamiento (no hay analista sin institución).
 7. Nuestra política no debe ignorar los movimientos de otras asociaciones psi pero debe mantener su criterio propio evitando tanto las políticas de denuncia como las de negociación de los principios básicos en base a contrapartidas económicas o de reconocimiento social. La experiencia de los CPCT's nos debe enseñar al respecto.
 8. La política de la escuela es, pues, nuestra vía regia para enfrentar lo real, pero eso no nos evita a cada uno el riesgo de asumir la acción que haga posibles las condiciones de existencia del psicoanálisis, su porvenir.
 9. El psicoanálisis laico debe ser un principio irrenunciable para nosotros. Ya Freud estableció de manera clara las razones en su texto "Psicoanálisis profano" y Lacan no hizo sino confirmar y radicalizar esta orientación freudiana.
 10. La dimensión que toma hoy el TDAH como significante amo que cristaliza buena parte de los malestares en la infancia requeriría sin duda de un Fórum (o de un lugar en el dedicado al Autismo) que ponga de manifiesto la gravedad del tema y las otras lecturas posibles del fenómeno, políticas, clínicas y epistémicas.

Redacción: José R. Ubieta

OBSERVATORIO PSI: Jose Ramón Ubieta (responsable), Ana Castaño, Dolores Castrillo, Carmen Griffol, Josep Sanahuja, Liana Velado, Maria José Bajén, Maria José Olmedo, Elena Usobiaga, Luis Alba, Miguel Angel Vazquez, Ruth Pinkasz, Adolfo Santamaría y Jose María Alvarez.