

ENTREVISTA A JOANA M^a TOUS QUETGLAS

TdP



TEMAS DE PSICOANÁLISIS entrevista a la Dra. Joana Maria Tous, psicoanalista de niños y adolescentes, titular con funciones didactas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP).

Sus reflexiones teórico clínicas, basadas en su dilatada experiencia en la asistencia pública y en la consulta privada, resultan de gran interés para los profesionales motivados en la práctica del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica. Como psicoanalista ha realizado tratamientos a niños, adolescentes y adultos, y tiene una amplia experiencia como docente y supervisora en la SEP. Ha impartido clases de psicoterapia psicoanalítica en el CEPP (*Centre d'Estudis de Psicoteràpia Psicoanalítica*) del que participó en su creación. Además, ha mostrado un interés continuado por la escuela y ha participado como asesora en varios centros escolares.

Colaboró con la Dra. Eulàlia Torras de Beà en la creación del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital de la Cruz Roja, en Barcelona, del que fue nombrada jefe adjunto en 1973, función que realizó durante ocho años hasta pasar a dirigir el centro de Cruz Roja de Parlament, de nueva creación.

Está casada con el Dr. Salvador Adroer Tasis, también psicoanalista de la SEP.

TdP.- Usted nació en Palma de Mallorca, pero pasó parte de su infancia en Girona, en Borrassà, un pequeño pueblo cerca de Figueres, y volvió a Mallorca a los 11 años. ¿Qué destacaría de su infancia?

Joana M^a Tous.- Nací a finales de diciembre en Son Rapiña una barriada situada a tres kilómetros de Palma de Mallorca. Mis padres, ambos mallorquines de pura cepa, se casaron en 1941 y decidieron trasladarse a Catalunya por dos razones, una de ellas de carácter profesional. Mi padre se dedicaba a la enseñanza y desde muy joven, durante la guerra, estando en el frente sorprendió a todos por su gran coraje y valentía ya que se paseaba tranquilamente cerca de la trinchera mientras iban cayendo las balas. Al preguntarle si no tenía miedo mi padre se sorprendió mucho. Le realizaron unas exploraciones y descubrieron que tenía una severa disminución auditiva que hizo que lo retornaran a Mallorca y pasara a la reserva por un problema de invalidez parcial que, si bien le libró de la dureza de la guerra, le impedía ejercer como docente.

La otra razón por la que se trasladaron a Catalunya, fue porque mi madre perdió en la guerra a su único hermano, que fue reclutado siendo menor de edad y estuvieron mucho tiempo sin saber de él. Murió a los dos días de regresar. Esto hizo que la convivencia con los –para ella– secuestradores de su hermano le resultara sumamente difícil. Una vez casados se trasladaron a Borrassà, un pequeño pueblo de l’Empordà, muy cercano a Figueres. Allí, mi padre ejercía de docente y de secretario del Ayuntamiento. Viajaban con frecuencia a Mallorca para ver a los familiares y durante unas vacaciones de Navidad nació yo.

Estuvimos en Borrassà hasta que tuve once años y regresamos a Mallorca para que yo

podiera empezar el bachillerato. Viví, pues, en un medio rural en el seno de una familia reducida y organizada a mi alrededor. No podían contemplar la idea de que yo estuviera interna en un colegio de Figueres o de Girona.

La verdad es que tengo pocos recuerdos concretos. No tuve muchas amigas, aunque siempre teníamos las puertas y los huertos abiertos. Creo recordar que solo iba al colegio de niñas por las tardes; por las mañanas estudiaba con el hijo del médico, que también es médico psiquiatra y psicoanalista y sigue la línea de W. Reich (no puedo evitar pensar que estas dos vocaciones algo tienen que ver con la educación recibida). Hicimos juntos el ingreso en el instituto de Figueras.

Al regresar a Mallorca hice el bachillerato en el Instituto Ramon Llull. Creo que era el único que había en toda la isla ya que veíamos a los alumnos de algunos pueblos que venían a examinarse. Recuerdo haberlo pasado muy bien y supe con posterioridad que algunos de los profesores que tuvimos eran personas de gran valía, especialmente en el mundo de las letras. Entre ellos Manuel Sanchís i Guarner, filólogo valenciano y escritor en lengua catalana, y Aïna Moll Marqués, que ya en democracia fue *Consellera d'Ensenyament* de la Generalitat de Catalunya.

Creo que una buena muestra de la represión de la época en el ámbito de la cultura es el hecho de que nunca nos explicaron quién fue Ramon Llull, que daba nombre al instituto, ni dimos una sola clase de lengua ni de literatura catalana. Una vez que intenté escribir en mallorquín me disuadieron, ya que no conocía la gramática y escribía al pie de la letra, como me sonaban las palabras. Lo penoso era que tampoco sabía el castellano y en matemáticas nos planteaban unos problemas en los que se hablaba de peatones que andaban unos kilómetros, lo que me llevó a preguntarle al profesor por qué hacíamos tantos problemas en los que se hablaba de cojos, pues para mí “peatones” eran personas que tenían problemas al andar.

TdP.- A principio de los años sesenta todavía no había muchas mujeres en las facultades de medicina. Además, tuvo que dejar Mallorca siendo muy joven para trasladarse a Barcelona a realizar los estudios. ¿Qué la hizo decidirse a estudiar medicina y cómo fue aquella experiencia de vivir en Barcelona?

J.M^a Tous.- En aquella época en Mallorca solo se cursaban estudios de Magisterio y Comercio. Estas fueron las dos titulaciones de mi padre. Él era el menor de nueve hermanos y mi abuelo, haciendo un considerable esfuerzo económico, dio estudios a los siete varones, siempre que no comportara salir a estudiar fuera de Mallorca ya que resultaba demasiado oneroso. Las dos hermanas hicieron Cultura General. Por otro lado, mi madre asistió a la Escuela de Artes y Oficios. Mis padres, y especialmente mi madre, siempre vivieron mal aquella discriminación, por lo cual, dadas sus posibilidades, no dudaron en ponerlas a mi disposición y dejarme venir a Barcelona. Su idea era –y así me lo expresaron– que si las cosas no iban bien volvería a Mallorca. Esta frase fue pronunciada sin presión pero con firmeza, de forma que yo vi que iba muy en serio. Al mismo tiempo pienso que, si los estudios no me hubieran ido bien, no les hubiera defraudado demasiado ya que no tenían necesidad de que yo estudiara para cubrir sus carencias.

Me gustaría poder decir que estudié medicina porque desde joven tenía una clara y fuerte vocación y que ya en el bachillerato leía *La interpretación de los sueños*. Pero no fue así, mis preferencias y mis mejores resultados se centraban en las matemáticas, física y química por lo que hice el bachillerato de ciencias. Si como apuntáis no era muy frecuente que una chica estudiara medicina, menos lo era que hiciera una ingeniería, por lo que al tener que escoger la carrera dudé entre farmacia o medicina pensando que en ambas podría realizar trabajos laboratorio. En las farmacias se leía: “Se hacen análisis clínicos”, y todavía en muchas de ellas se elaboraban fórmulas magistrales. Al llegar a Barcelona pude ver los programas y visitar las facultades y resolví la duda: me matriculé en medicina.

Una vez tomada la decisión y tras unos meses de cierta añoranza, me encontré estupendamente en Barcelona. Residía en un Colegio Mayor, en el barrio de Sarriá, y tuve un montón de compañeras y amistades que aún perduran. A mitad de carrera ya había decidido no volver a Mallorca, aunque no sabía cuál sería mi futuro profesional ya que no podía contar con el apoyo de mi familia, a diferencia de otras compañeras, hijas de médico y con un entramado familiar muy favorable.

En segundo de carrera el Dr. Coderch, en la cátedra del Dr. Sarró, fue nuestro

profesor en la asignatura de Psicología clínica y tuve la agradable sorpresa de que la asignatura me interesó muchísimo y pedí trabajar como alumna interna en la clínica de la cátedra. Allí nació una buena amistad con Joan Coderch que, al volver de mis vacaciones, me reprochó no haberme presentado al examen para matrícula, dado que tenía un sobresaliente. No me había enterado de la convocatoria y, por tanto, no obtuve la matrícula. Creo que tal vez me resultó más estimulante sentir la confianza y valoración de mi profesor que la nota en sí. Al cursar la asignatura de Psiquiatría, corregí este error, me presenté al examen para matrícula y la saqué.

Antes de acabar la carrera me casé con Salvador Adroer, médico internista que trabajaba en el Hospital Clínico. En aquellos momentos él llevaba a cabo los estudios para obtener el título de especialista en Psiquiatría y ya había empezado un análisis personal, circunstancia de la que no se hablaba porque el ambiente de la cátedra de Psiquiatría era poco propicio a Freud y al psicoanálisis. No obstante, era sabido que algunos de los psiquiatras de la cátedra eran psicoanalistas en formación o ya formados.

Poco tiempo después empecé mi análisis. Tal vez pueda parecer *naïf* o excesivamente ingenua, pero por aquel entonces, cuando empecé mi análisis, no lo contemplaba como una profesión sino como una especialidad dentro de la psiquiatría como podría ser, por ejemplo, el conductismo. Lo que sí veía claro era que el enfoque psicodinámico era el deseado y adecuado para mí. Y creo que, aún después de llevar a cabo la formación psicoanalítica en toda su extensión, siempre he descartado la posibilidad de dedicarme al psicoanálisis de forma exclusiva. Es cierto que había analistas que recomendaban y defendían la necesidad de esta dedicación exclusiva, pero pienso que referentes como Júlia Coromines y Eulàlia Torras me ayudaron a no cambiar de opinión, ya que siempre habían compaginado su condición de analistas con el ejercicio de otras actividades. Ello me hacía pensar que la dedicación exclusiva podía resultar incluso contraproducente en algunos casos.

TdP.- Decidió especializarse en psiquiatría y psiquiatría infantil. ¿Por qué? ¿Cómo era la psiquiatría en aquellos años?

J.M^a Tous.- La psiquiatría en el servicio de Psiquiatría no era diferente a la de los nosocomios de la época: electrochoques, curas de insulina, neurolépticos con efectos secundarios muy agresivos, curas aversivas para los alcohólicos, etc. En aquellos momentos estaban muy en boga las técnicas conductistas, para nada equivalentes al enfoque cognitivo conductual actual.

En aquella época no me veía trabajando en una clínica psiquiátrica y estaba muy lejos de pensar que podía tener una consulta privada. Mi interés por la psiquiatría del niño y el adolescente surgió de mis lecturas en las que se describía la importancia de la atención a la infancia como forma de prevenir las patologías del adulto. Por ello no tuve dudas. Hay que decir que en el Hospital Clínico los niños se atendían siempre en los dispensarios y en presencia de los padres. La entrevista consistía en recoger una anamnesis, que entregábamos al Dr. Belmonte o al Dr. Turró, los cuales, con bastante intuición pero sin darnos demasiadas explicaciones, atendían a los padres y les daban un diagnóstico sobre los hijos, en general benévolo y tranquilizante. Por ejemplo, a la madre de un niño que no hablaba, le podían dar el siguiente mensaje: “señora, no se preocupe, este niño hablará”.

El ambiente en los dispensarios era mucho más amable que el que viví en la sala, e incluso algunas de las terapias que recomendaban se aplican en la actualidad: estímulos de refuerzo para la enuresis, etc. La especialidad me gustó y los métodos no eran agresivos. De todas formas, a pesar de tener posibilidades decidí no seguir. No acababa de sentirme a gusto ya que me faltaban recursos diagnósticos y terapéuticos. Ello me llevó a apuntarme a un curso de reeducación psicomotriz, *Bon départ*, que se impartía en la escuela Paideia y allí fue donde conocí a la Dra. Eulàlia Torras. Esta experiencia me sirvió para consolidar mi decisión. Eulàlia exploraba al niño, atendía a los padres y les explicaba las dinámicas de forma muy comprensible para éstos. Después nos la completaba con explicaciones teórico técnicas. Quiero señalar que lo describo en plural tratando de destacar la forma general del quehacer de Eulàlia. Yo tuve la suerte de trabajar con ella desde el inicio del proyecto y por un período fui colaboradora única, circunstancia que hacía que pudiera dedicarme más tiempo. En este sentido pienso que fui una persona afortunada.

TdP.- El Dr. Ramón Sarró, catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Barcelona

donde usted estudiaba, había estado en Viena con Freud, y suponemos que quizá el psicoanálisis se impartiera en la universidad. ¿Fue a través de él que tuvo conocimiento del psicoanálisis? y si es que no, ¿cómo fue su primer contacto con el psicoanálisis?

J.M^a Tous.- A mi entender, el Dr. Sarró era por aquel entonces muy buen psiquiatra. Es cierto que fue a Viena y contactó con Freud, pero según se comentaba, éste no pudo tratarle y le derivó a una colega, lo que representó una frustración para las expectativas del Dr. Sarró. Creo que también el ambiente psicoanalítico de Viena (la mayoría judíos y muchos perseguidos) no encajaba con sus expectativas, por lo que abandonó el proyecto. En un acto de homenaje que se le rindió en el hotel Ritz con motivo de su jubilación, manifestó que se jubilaba un insigne psiquiatra español que por diversas circunstancias no llegó a mayor expansión. Muchos entendimos que hubiera podido ser uno de los discípulos de Freud. Lo que puedo decir, según mi experiencia, es que el profesor Sarró tenía una relación ambivalente con el psicoanálisis, a menudo lo criticaba, pero no era raro que en las sesiones científicas en las que participaba hiciera alguna referencia a Freud.

TdP.- ¿Qué le interesó del pensamiento psicoanalítico para realizar un análisis personal con el Dr. Folch y seguir la formación?

J.M^a Tous.- Como ya he descrito, mi conocimiento del pensamiento psicoanalítico era realmente pobre. En aquella época no existía la carrera de psicología, disciplina que, independientemente de la orientación teórica que se presente, pone en contacto con otras escuelas. Tampoco existía –actualmente sí que lo hay– un reconocimiento y una aceptación de las funciones del psicólogo, tanto en la clínica como en otras áreas: escuela, asistencia a catástrofes, duelos, etc. La asignatura de Psicología, tal como se impartía en la facultad, se centraba en el estudio de las funciones del yo, inteligencia, memoria, etc., también en la descripción de las diferentes tipologías, pero no contemplaba la existencia de conflictos intrapersonales, era una psicología clínica descriptiva y clasificatoria.

Aunque parezca un tópico, llegué al análisis para resolver una serie de aspectos personales que eran causa de preocupación e insatisfacción, no diría de ansiedad porque

era evidente que no eran crisis que se pudieran resolver con ansiolíticos. Mi marido, que ya se analizaba, me comentó que quizás me iría bien que consultara con un especialista. Llevé a cabo esta consulta con el Dr. Folch. Dicha elección no fue por un interés concreto respecto a su persona, sino porque era el que no trataba a nadie de mi familia, ni tampoco había tenido ninguna relación profesional con él. A través de mi corta experiencia e interés por la psiquiatría infantil, contactaba con la Dra. Coromines y la Dra. Torras, y como el Dr. Folch viajaba a Londres, circunstancia que yo desconocía, tampoco estaba trabajando en la cátedra donde yo estaba como interna y alumna de la Escuela Profesional. En aquellos tiempos el Dr. Folch para mí era un desconocido total. Al pedirle la consulta no era mi intención pedirle que me analizara, sino que fue él que me comunicó su idea de que un tratamiento analítico era lo más indicado para mí. Me sentí bien en la entrevista y al mismo tiempo aquella nueva expectativa despertó mi interés. Tuve tiempo para pensarlo ya que tuve que esperar unos seis meses para comenzar el análisis con él.

Después de este contacto se despertó mi interés por conocer más sobre el análisis, pero pude contener mi curiosidad ya que se recomendaba no llegar con demasiada (des) información y me dediqué a leer a autores que se ocupaban del desarrollo infantil, evolución psicomotriz, psicopedagogía, etc., sin preocuparme de si los autores eran o no psicoanalistas.

TdP.- Su ingreso en la SEP tuvo lugar en un momento en que los pioneros ya no estaban solos al frente de la institución. ¿Quiénes recuerda que influyeron más en su formación y por qué?

J.M^a Tous.- Sí, al iniciar la formación había un grupo de analistas ya formados en la SEP. Los pioneros ya no estaban tan solos y se ha comentado que en aquellas épocas había un rigor exagerado. En mi experiencia personal no fue este aspecto el predominante. A pesar de que en la institución se andaba con mucha cautela, no es menos cierto que había ya un grupo de profesionales entusiastas, a los que –como dije en un acto conmemorativo de la SEP– estoy encantada de haber conocido. Nuestra formación no estaba tan estructurada y se nos repetía que era cíclica. En esto también fui afortunada porque a medida que se

incorporaban nuevos docentes teníamos nuevas ofertas que eran vividas como nuevas oportunidades. El Dr. M. Pérez-Sánchez, que ponía mucho entusiasmo en su trabajo, impartía los seminarios de Freud y Klein. El de Técnica psicoanalítica lo llevamos a cabo con el Dr. Calvo. Especialmente interesante me resultó un seminario teórico-clínico sobre la adolescencia que impartió el Dr. Feduchi. Aparte de los seminarios que acabo de mencionar se ofertaban seminarios, la mayoría clínicos, que eran vividos como oportunidades únicas: entre ellos destacaría al Dr. A. Campo. Cuando la Sra. Abelló regresó de Londres se iniciaron los seminarios de observación de bebés. Me integré en uno de ellos y lo seguí durante más de dos años. Nos planteamos la posibilidad de hacer una observación a un niño de una maternidad, pero el intento – que fue bien acogido por el Dr. Lamotte de Grignon – fracasó debido a los importantes cambios que se plantearon a nivel de los orfanatos. Pasado un tiempo Júlia Coromines convocó un seminario de análisis de niños. También Eulàlia me invitó a que colaborara en su seminario de análisis de niños. Al recordarlo me doy cuenta de que de nuevo tuve la suerte de tener maestros entusiastas, y también recuerdo las ganas de aprender que tenía en aquella época. Como he dicho, a medida que llegaban nuevos docentes las ofertas se incrementaban y resultaban muy atractivas. Creo que el hecho de ser pocos y, por interferencias, a veces no poder asistir a algunos de los seminarios, hacía que se aprovecharan todas las oportunidades que se te ofrecían.

TdP.- Somos conscientes de que esta pregunta es laboriosa de responder, pero ¿podría hacer un recorrido por los autores que más le han influenciado y por qué?

J.M^a Tous.- Realmente esta pregunta abarca un espacio tan amplio que trataré de centrarme en los que para mí representan pilares fundamentales en mi práctica clínica, ya que de lo contrario correría el riesgo de que la lista fuera demasiado larga: son muchos los autores, también de aquí, a los que tengo un reconocimiento por lo que me han aportado. Ya he citado a Joan Coderch, mi primer maestro durante la carrera y en la Escuela Profesional de Psiquiatría.

Mi vocación era la de psiquiatra dinámico, porque nunca he visto el ser analista

como una profesión. En este campo quien más me ha influenciado ha sido Eulàlia Torras, a la que exprimía y sacaba todo el jugo posible: ahora comprendo por qué siguiendo una broma le regalé un exprimidor eléctrico. Su generosidad era enorme, yo disfrutaba colaborando con ella y creo que ella también disfrutaba y sigue disfrutando enseñando.

Júlia Coromines fue mi supervisora a lo largo de toda mi formación como terapeuta y analista de niños; también me supervisó pacientes adultos. Era seria y trabajaba con rigor, pero a la vez era muy abierta y realista. Para ilustrarlo voy a explicar una anécdota que es una muestra de su carácter. En una ocasión preguntó si podía tratar a un paciente de doce años con un trastorno severo de la personalidad y que, a su entender, necesitaba un análisis. Al decirle que yo todavía estaba en formación y que no podía llevar a cabo tratamientos psicoanalíticos me dijo: “pues lleva a cabo una terapia a cuatro sesiones”. Quiero añadir que este tratamiento fue de larga duración y que al cabo de un tiempo de iniciarlo yo ya era miembro de la SEP y, por lo tanto, psicoanalista; este fue uno de los casos a los que dediqué más horas de supervisión. El paciente fue evolucionando y también yo como terapeuta, de tal forma que pude constatar que el paso de psicoterapeuta a psicoanalista representa un proceso evolutivo derivado de la integración progresiva de experiencias clínicas y aportaciones teóricas.

Mis primeras lecturas no se centraban en los textos propios de la formación que se impartía en la mayoría de institutos de formación, sino en textos de psicoanalistas como *Infancia y sociedad* de E. Erikson, *Psicología de la edad escolar* de S. Isaacs, *El primer año de la vida del niño* de R. Spitz, entre otros. Estos textos me fueron, y siguen siendo, de gran utilidad.

Una vez dentro de la formación, voy a limitarme a los que cité en el capítulo 7 del libro *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis* de Joan Coderch, capítulo titulado: “Pluralidad en el psicoanálisis infantil”.

A Freud le sitúo en primer lugar. Habiendo sido el descubridor del psicoanálisis, no cabe duda de que su lectura es muy conveniente para toda persona que se interese en el estudio del psiquismo humano, pero totalmente imprescindible y esencial para llevar a cabo una formación psicoanalítica. Su capacidad para iniciar y desarrollar una teoría tan compleja de la psique lo eleva a la categoría de genio. Lo que más me impresiona es su

capacidad de observación, de elaboración, la amplitud de su pensamiento y el hecho de que al releerlo siempre descubres nuevos matices.

De Melanie Klein –con aportaciones de importancia decisiva, tanto en la teoría como en la técnica– citaré las que considero más destacables, aunque no las desarrollaré por ya conocidas: el complejo de Edipo temprano y los objetos parciales; también los conceptos de posición depresiva y posición esquizoparanoide; sin duda, las identificaciones proyectiva e introyectiva; su desarrollo respecto al instinto de muerte y su conexión con la envidia, que seguramente es uno de los puntos que más controversias sigue despertado.

D.W. Winnicott, que desarrolló en gran manera la teoría de las relaciones objetales, cuestionó la teoría pulsional, pero no la abandonó como hizo Fairbairn, sino que la dejó de lado. Destacaría de las aportaciones de este autor los conceptos de “madre suficientemente buena” y el de “objeto transicional”, y de manera más global su interés en el estudio del *self*.

De W.R. Bion destacaría su conceptualización de la relación continente- contenido y la descripción de los elementos *beta* y *alfa*, tan importantes en la relación maternal y analítica, y la descripción de la función de *rêverie*.

Soy consciente de que omito a muchos autores que con sus aportaciones me han permitido la comprensión de nuevos aspectos clínicos. Quiero citar a F. Tustin, que con sus estudios sobre el autismo y la descripción de los objetos autistas me ha permitido la mejor comprensión y tratamiento del amplio abanico del espectro autista.

TdP.- En 1971 usted formó parte del equipo de Eulàlia Torras de Beà, que había creado el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital de la Cruz Roja, en Barcelona, en aquel momento una experiencia pionera. ¿Qué representó para usted?

J.M^a Tous.- Esta respuesta será clara y creo que corta. Con lo que voy evocando creo que resulta evidente que mi contacto con Eulàlia Torras condicionó muy favorablemente mi formación profesional. Me permitió desarrollar mis deseos de ser psiquiatra de niños y adolescentes y, sin que nunca lo planteáramos ni formuláramos verbalmente, hice la formación psicoanalítica viendo al psicoanálisis como una herramienta terapéutica

fundamental para aliviar y/o resolver los conflictos psíquicos, entendiendo como curar y ayudar al paciente a buscar formas más adecuadas para tratar con su ansiedad. Sin tener objetivos concretos, pero sin renunciar a aprovechar las oportunidades que la SEP me había brindado, lo concretaría diciendo que iba avanzando sin pausas, pero sin prisas.

TdP.- Han pasado muchos años desde que empezó su formación y su práctica y nunca ha dejado de participar en las actividades docentes de la SEP. ¿Cuáles diría que ha sido los principales cambios que ha podido observar?

J.M^a Tous.- Desde luego, mirando hacia atrás, veo que han pasado ya un montón de años y que las diferencias son notorias. Creo que en gran parte son un reflejo de los cambios psicosociales que hemos vivido. El cambio tal vez más significativo para mí fue la elaboración de los estatutos con la llegada de la democracia. Fue una época dura, muy dura y a la vez sumamente interesante ya que también en la SEP, podríamos decir que se “levantó” la represión o inhibición, seguramente derivada del respeto que teníamos a los fundadores, y surgieron diferencias notorias con sus consecuentes conflictos. En este sentido quiero destacar la fortaleza y la capacidad integradora que mostró el entonces presidente, Dr. J. Beà. Creo que viendo el sufrimiento y el esfuerzo que comportó el ejercicio de su presidencia, se desvaneció por completo mi interés por los cargos administrativos.

Los cambios también son notorios en cuanto a las características de los miembros: hemos crecido en lo que a número de miembros y candidatos se refiere. Entonces la mayoría eran varones, salvo unas pocas excepciones, médicos psiquiatras y la mayoría con experiencia clínica. En la actualidad, como ocurre en otros ámbitos y muy especialmente en el sanitario, la mayoría es femenina y su formación universitaria es mayoritariamente la psicología.

Pero concretando y evitando datos obvios, destacaría que donde se ha dado una mayor transformación es en las características de la formación. Como ya he dicho, nuestro modelo era circular: empezabas sabiendo que tendrías la oportunidad de “volver a empezar”. Lo que se respiraba era que la formación nunca acababa. Y así, hicimos varias

lecturas de textos de Freud con diferentes docentes, tuvimos muchos seminarios clínicos, etc. Ahora, empujados por los modelos formativos actuales, tenemos una formación más curricular, seguramente más estructurada, pero con una hoja de ruta muy marcada. Creo que esto crea una diferencia que a mi modo de ver es importante, me refiero a que en la actualidad el candidato conoce con todo detalle –incluso antes de entrar– el “programa de formación”. Ello de por sí no representa un inconveniente, pero comporta que la Institución asuma o tenga que asumir el control o, mejor dicho, la responsabilidad de que se cumpla el recorrido programado. En mis tiempos el Instituto tenía la responsabilidad de proporcionar oportunidades, el hecho de aprovecharlas o no era nuestra responsabilidad. Soy consciente de que debajo de las formas, esta idea persiste y sigue vigente hoy en día. No obstante, creo que hemos perdido un poco el ansia y la libertad de aprender y enseñar. Tenemos más información a nuestro alcance, la podemos buscar navegando por internet, pero nuestra transmisión era oral y “la cocina” era de mercado y de proximidad.

El segundo hecho para mi básico recae en que por motivos socio-económicos e ideológicos, las posibilidades de la práctica analítica se han reducido. Hay más ofertas, más competidores y otra idea de salud y de curación. El recorrido para llegar a ser psicoanalista es, por tanto, más arduo.

TdP.- ¿Qué piensa del uso de psicofármacos en la infancia y la adolescencia?

J.M^a Tous.- Durante mi estancia en la asistencia pública he usado poquísimo los psicofármacos. La verdad es que tampoco teníamos un amplio abanico de posibilidades a nuestro alcance; puntualmente algún ansiolítico ante crisis pasajeras; también de forma esporádica algún neuroléptico menor. En la consulta privada siempre he visto que las derivaciones vienen, afortunadamente, cribadas y no he tenido problemas en prescindir de la medicación, circunstancia que hace que actualmente no tenga el dominio necesario de los fármacos y si se plantea la duda o la necesidad, no tengo ningún inconveniente en pedir una consulta o colaboración de un colega con experiencia.

Quiero recalcar que esta voluntaria ignorancia deriva del hecho de que pienso que tratar a niños y adolescentes con psicofármacos no solo no es útil sino que es

contraproducente, e induce a buscar recursos en la farmacia y no tanto a plantearse los orígenes de la ansiedad y estimular los recursos personales para tratarla. Apartan al paciente y al medio que le atiende de buscar las soluciones dentro de ellos, así como del intento de promover nuevas formas de tratar con el conflicto.

TdP.- Nos interesa que nos hable de su experiencia como psicoanalista de niños. ¿Qué elementos tiene en cuenta para indicar un psicoanálisis o bien una psicoterapia?

J.M^a Tous.- Las primeras *Jornades de la Revista Catalana de Psicoanàlisi* versaron sobre este tema, *Psicoanàlisi o Psicoterapia. Diagnòstic i indicacions*. En esta mesa en la que tuve la oportunidad de participar, junto a Eulàlia Torras, Pere Folch y Víctor Hernández, abordamos esta disyuntiva y tengo que decir que mi forma de pensar no ha cambiado en lo fundamental. Concretando, diría que lo primero que necesito es llegar a un diagnóstico psicodinámico, es decir, a través de unas entrevistas. No puedo ni pretendo *a priori* precisar el número de las mismas, ni cómo tienen que acudir a la consulta, si primero el niño a solas, después los padres, etc. No tengo nada preestablecido ya que no conozco la naturaleza del problema ni las características de la familia. Si me preguntan, les doy la opción que de que sean ellos los que decidan como se sentirán con más libertad para plantear lo que les preocupa, pero siempre evitando que sientan que les paso a ellos la responsabilidad. En estas entrevistas trato de investigar si la génesis del conflicto está en el niño o éste es el depositario o portador de una conflictiva familiar. Siempre a través de la entrevista trato de detectar qué ansiedades subyacen debajo del síntoma que les lleva a consultar e intento investigar si se trata de un estado que puede ser pasajero o bien ya tiene un carácter más estructural. La intensidad de los síntomas es importante, pero a mi entender solo si ésta es muy extrema ya que en determinados síntomas lo cuantitativo puede dar un carácter cualitativo a la situación.

Un segundo paso es detectar cuál es la actitud de los padres ante el problema: puede tratarse de una ansiedad excesiva de los padres a causa de su propia ansiedad, o porque son poco contenedores, o por sentir una necesidad imperiosa de tener un niño que sea feliz, es decir, ansiar una crianza exenta de conflictos. Otra actitud frecuente es la

tendencia a la negación o justificación del problema, con la consiguiente proyección en alguien o algo del ambiente. También hay padres que son conscientes del problema actual, con capacidad para pensar en cómo puede resultar afectada la evolución del niño. Una vez tengo una idea suficientemente clara del problema, de la actitud del paciente y de las características de los padres, paso a plantearme, generalmente con los padres a solas, qué esperan de la consulta: ¿vienen en busca de unos consejos que les ayudarán a resolver el problema? ¿vienen con un modelo médico y confían en unos fármacos? ¿o bien buscan a alguien que les ayude a tratar con los conflictos que presentan?

Esta es una exposición muy esquemática y general, ya que en la práctica hay que hacer las adaptaciones adecuadas dependiendo de la edad del paciente: no es lo mismo si se trata de un párvulo, un púber o de un adolescente. También hay que considerar las posibilidades de la familia, en el sentido de investigar qué pueden o están dispuestos a hacer por sus hijos. Y finalmente, dependiendo de las posibilidades evolutivas –más que de la gravedad del paciente– hago una indicación de análisis o de psicoterapia. Quiero puntualizar que, aunque no tengan posibilidades por geografía, economía, etc., les comento –evitando culpabilizarles por el hecho de no estar al alcance de sus posibilidades– que el tratamiento de elección sería un tratamiento intenso, de tres o cuatro sesiones semanales y sin una duración preestablecida, pero que, dadas las circunstancias, buscaremos otras opciones terapéuticas. Aquí quiero hacer un inciso para decir que, si bien es cierto que en la actualidad las posibilidades de tener niños en tratamiento intenso y prolongado son mucho menores que en otras épocas, también es cierto que los profesionales no hacen indicaciones de análisis o bien las hacen empujados por exigencias de la formación. En estas circunstancias se plantea, especialmente si se trata de un tratamiento intenso y prolongado, como un todo o nada y, por el temor de quedarse sin nada, no se exponen a los padres las diferentes opciones.

Otras veces, por el contrario, vienen unos padres sensibilizados, ya sea por experiencias personales o por ser profesionales, con la idea de que su hijo necesita un análisis. Si tras mi valoración veo posibilidades de promover evolución y cambio con una psicoterapia, no tengo inconveniente en proponerla. Esta situación no se plantea con los adultos, ya que los niños y adolescentes no vienen a tratarse buscando un mayor

conocimiento de su psiquismo, ni tienen interés en ocuparse de los conflictos ajenos, por lo que con movilizar y ayudarles a desencallar el conflicto pueden darse cambios estructurales importantes, dado que, por lo general, las defensas no están cristalizadas y si se activan sus fuerzas evolutivas pueden progresar favorablemente con una dedicación terapéutica menor. Con ello pretendo reducir el “coste añadido”, me refiero a las renunciadas a las experiencias que el medio social en que se mueve el niño le brinda. Mi opinión es que si puedo ahorrar costes, preservando otros intereses y experiencias que también promueven progreso, esto será positivo para el paciente y para la familia, en especial si éste no es suficientemente autónomo.

TdP.- Siguiendo con este interesante tema, ¿qué otros aspectos considera que hay que tener en cuenta en la relación con los padres?

J.M^a Tous.- Los padres son el *yo* del niño, son los que consultan y los que tienen que asumir el coste global que todo tratamiento comporta. No he sido nunca partidaria de tratar a un paciente, aunque haya cumplido los dieciocho años, sin haber tenido contacto con los padres. Es cierto que el contacto es muy diferente según la edad y grado de autonomía. Creo necesario que los padres conozcan a la persona que trata a su hijo y que al menos tengan unas entrevistas previas en las que se planteen aspectos importantes del *setting*.

Del mismo modo yo también necesito un contacto que me permita conocer algunos aspectos de los padres, en especial si hay una idealización del trabajo psicológico, o de mi persona, y ver qué hay debajo de la supuesta confianza que comportaría aceptar un tratamiento con un desconocido. A menudo puede subyacer una cierta actitud de depositar en mí y en el paciente la responsabilidad de resolver el conflicto y que ellos queden totalmente al margen.

Cuando se trata de pacientes de corta edad mi relación con los padres es mucho mayor y en ocasiones, aún más en tratamientos menos intensos. Incluso les pido que, no de forma continua pero sí con frecuencia, permanezcan en la sala de espera para que de alguna manera capten las actitudes y formas de responder del terapeuta a la conducta del

niño.

Si se trata de pacientes de muy corta edad realizo el tratamiento en presencia de la madre, podemos decir que ésta hace de observadora participante. Su presencia me ayuda en el sentido de que puedo observar el tipo de relación que organizan, puedo referirme directamente a lo que está pasando y confío en que, presenciando la relación que se establece entre el paciente y la terapeuta, la madre pueda ir estableciendo paralelismos y llegue a identificarse con las actitudes de la terapeuta, y ello le permita modificar algunos aspectos de su comportamiento que, aunque no podamos afirmar que son la génesis del conflicto, sí sabemos que las relaciones con los padres están en la base del conflicto, lo mantienen y a veces lo cronifican. En este sentido cabe afirmar que los aspectos sanos y los patológicos se desarrollan y también se resuelven dentro de una relación.

TdP.- ¿Ha realizado psicoanálisis en la primera infancia? ¿Qué especificidades destacaría de ello?

J.M^a Tous.- En gran medida ya me he anticipado a esta pregunta, y no creo que resulte difícil deducir que no tengo experiencia con niños menores de dos años. Dadas las circunstancias laborales y los medios que se precisan para atender madres con su bebé, pienso que ya he perdido la oportunidad. No obstante, quiero añadir que en la actualidad y a medida que los autores actuales –entre ellos destacaría a B. Salomonsson, entrevistado en TEMAS DE PSICOANÁLISIS y al que hemos tenido oportunidad de leer y escuchar en nuestra Sociedad– centran su atención, estudian y nos describen detalladamente los movimientos, la precocidad y la importancia de las comunicaciones madre-bebé, hace que dichas aportaciones incidan en mi práctica clínica, en el sentido de modificar mi vivencia y mi actitud hacia el bebé, la madre o padres, en las terapias de familia, que aunque sea circunstancialmente, se ven obligados a asistir con el bebé. No vivo dicha situación como un inconveniente, en general son los padres los que lamentan no haberlo podido dejar. Actualmente me manejo con más libertad y puedo dirigirme ocasionalmente al bebé incluyéndolo en la relación y, por ejemplo, preguntar: “¿qué piensas tú de lo que está pasando?” Los padres no se extrañan en absoluto y dan respuestas como si fueran del

propio bebé, incluyendo o verbalizando las emociones o respuestas que ellos atribuyen al bebé y que pueden ser de ayuda en la terapia.

TdP.- En un interesante artículo de 1999, Interacción analítica: la participación emocional del analista, usted plantea el tema de la identificación proyectiva del analista sobre el paciente, matizando y diferenciando los efectos benignos o bien intrusivos sobre el paciente. ¿Podría hablarnos de ello?

J.M^a Tous.- En este trabajo mi interés era reflexionar sobre el papel y la actitud del analista ante el paciente, en concreto cuestionaba la llamada *neutralidad* analítica. Según mi modo de ver, determinadas actitudes que se esperan que adopte el analista con la finalidad de proteger el tratamiento, resulta que no son neutras sino todo lo contrario, las veo artificiales e impuestas desde fuera y, sin pretenderlo, en ocasiones tienen un efecto paradójico, es decir, inhiben la asociación libre y la comunicación ya que se pone demasiado énfasis en las formas.

El concepto de identificación proyectiva fue descrito por M. Klein. Esta autora piensa que el niño proyecta en el ambiente externo aspectos propios indeseables. Por ello el concepto iba unido a una connotación de evacuación o intrusión y así se le dio el nombre de identificación proyectiva evacuatoria o intrusiva. Autores posteriores como H. Rosenfeld, B. Joseph, D. Meltzer, etc. describieron como este mecanismo no solo tiene este carácter expulsivo, sino que mediante esta proyección la madre, y en nuestra práctica, el analista puede captar —por el impacto que provocan— las necesidades del paciente, puede contenerlas, metabolizarlas y dar una respuesta que devuelve ya de forma más tolerable lo proyectado, para que de esta forma pasen a formar parte de los aspectos positivos del *self*. En este sentido T.H. Ogden se refiere a la identificación proyectiva como una de las formas de comunicación más primitivas del bebé con la madre. También remarcaba la aportación de N.G. Hamilton, que añade otro aspecto al concepto cuando dice que en el modelo continente-contenido el paciente recibe la identificación proyectiva suave y benigna de los aspectos continentales del analista, que permitirán al paciente incrementar su capacidad de contención.

En este trabajo también apunto y alerto que, igual como sucede en la relación madre-bebé, se dan situaciones en que este mecanismo que acabo de describir no siempre tiene este carácter comunicativo y que las proyecciones pueden resultar intrusivas, también por parte del analista y, si esas circunstancias se dan de forma persistente, el análisis puede ser iatrogénico.

TdP.- A partir de su dilatada experiencia como supervisora, ¿cuál sería su metodología o cómo concibe la función de supervisión? ¿se trata de una mirada desde fuera sobre el método y la técnica? ¿es enseñar a alguien? ¿las dos cosas? Nos interesa su punto de vista sobre el tema.

J.M^a Tous.- Todos sabemos que la supervisión constituye un pilar fundamental para nuestra formación. Creo que es el espacio o campo donde de forma explícita confluyen la teoría y la técnica. Ante un material clínico podemos encontrar más sentido y aprender a manejar algunos conceptos muy bien descritos en la literatura psicoanalítica. Tomando como ejemplo el concepto que nos venía ocupando, la identificación proyectiva, aun reconociendo su descripción clara y precisa en los textos, no logré realmente comprenderlo hasta que en el espacio de supervisión, el supervisor me señalaba como yo había respondido en un momento dado a la proyección del paciente: pudiéndola contener, desprendiéndome de ella o identificándome con lo proyectado.

Tratando de responder a la pregunta, diría que también nos encontramos ante un tema complejo y que tendría que decir que rechazo la idea de hablar de metodología, hablaría de metodologías, ya que mi actitud no puede ser la misma, como ocurre con la sesión analítica, ante cada supervisado. De nuevo lo principal es poder captar las características de cada caso. Con ello me refiero a que hay que tener en cuenta un abanico de circunstancias que se dan en la situación. En este sentido mi actitud es muy diferente ante un supervisado con experiencia que con uno que está iniciándose en este tipo de tratamientos.

Con ello creo que descarto la idea de contemplar la supervisión como una mirada desde fuera sobre el método y la técnica. Diría que se trata de una mirada desde dentro del

campo que se crea y en la que, a diferencia de las terapias, el supervisor puede –y creo que debe– hacer puentes con la teoría. Es una enseñanza y un aprendizaje que enriquece al supervisado y al supervisor. A mi entender, no se trata de enseñar al supervisado una corriente analítica determinada. La concibo como una forma de ayudar a crear un *setting* interno que permita observar y comprender la naturaleza de las ansiedades y defensas que se están dando en el aquí y ahora de la relación, para posteriormente verbalizarlo al paciente.

Concluiría diciendo que una se hace supervisora a partir de las experiencias de ser supervisada, por ello creo que es importante el hecho de supervisar con varios analistas ya que, aunque no sean de tendencias diferentes, sí nos mostraran diferentes formas de trabajar.

TdP.- Siempre ha colaborado con escuelas y sigue haciéndolo. ¿Qué papel otorga a la escuela en la prevención y tratamiento de la salud mental y/o en la generación de patología o de sufrimiento emocional? ¿Cuál es su papel como “asesora” y qué objetivos más o menos explícitos se marca?

J.M^a Tous.- Al hacer este recorrido por mi vida profesional me doy cuenta de que no he sido una persona con unos objetivos determinados. He hecho camino al andar. En 1979 empecé a trabajar en una escuela con el propósito de ayudar a arrancar un proyecto de integración de niños con deficiencias o hándicaps físicos y psíquicos en la llamada “escuela normal”, en oposición a las entonces llamadas “escuelas especializadas”. Iba a ocuparse de esta labor una psicopedagoga argentina que, por problemas burocráticos, se vio obligada a retrasar por un año su llegada a Barcelona. Por esta circunstancia me propusieron si quería colaborar a poner en marcha el proyecto. Desgraciadamente esta persona falleció al poco de llegar y me vi con el compromiso y las ganas de seguir colaborando a fin de que el proyecto no quedara abortado.

Veo la escuela como una comunidad educativa en la que están implicadas todas las personas que trabajan en ella: educadores, monitores de comedor, monitores de patio, personal administrativo, etc. Entre muchas otras cosas, permite al niño experiencias

grupales que no se pueden dar en otros ámbitos, ya que junto al aprendizaje propiamente dicho le ofrece y brinda la necesidad y posibilidad de socializarse, en el sentido de vivir y descubrir sus propios recursos y necesidades, así como los de los demás. En la escuela el niño tiene que compartir vivencias, aprende a dar y a recibir, a convivir con sus pares y con una amplia gama de adultos con los que puede vivir y elaborar conflictos como, por ejemplo, los celos derivados de las relaciones familiares. Los vive con personas significativas, pero más lejanas, lo cual rebaja la carga emocional.

Mi función ha sido asesorar y ayudar a los educadores a tolerar, comprender y tratar de buscar recursos con las herramientas de que dispone la escuela para resolver o paliar las diferentes situaciones que derivan de la inevitable, y por otra parte enriquecedora, diversidad de los alumnos. Si pienso en los beneficios que a mí me ha reportado esta experiencia destacaría básicamente dos: la posibilidad de un trabajo largo y continuado con un grupo de educadores, muy entregado pero no exento de conflictos, y, tal vez la más importante, la posibilidad de observar niños desde tres a dieciocho años fuera de la consulta médica y con un amplio abanico de actividades.

TdP.- Usted fue vicepresidenta de la SEP durante la presidencia del Dr. Joan Coderch (1998-1999). Él dijo que solo aceptaría la presidencia con la condición que usted hiciera los viajes que la IPA requería y aceptó. ¿Cómo fueron aquellos años? ¿Qué IPA conoció? ¿Qué cree que Joan Coderch y el resto de la Junta aportaron a la SEP?

J.M^a Tous.- Joan Coderch siempre ha sido y será una persona con un gran interés por la literatura psicoanalítica. A ello se unen sus capacidades para retener, elaborar y escribir. Su interés por las tareas administrativas de la SEP es de todos conocido que es más limitado. No obstante, y dada su trayectoria, cuando se le planteó que aceptara la presidencia, creo que se sintió por un lado obligado a aceptar el cargo y por otro complacido por el reconocimiento que representa haber ostentado dicho cargo. Pienso que al proponerme que yo adquiriera el compromiso de asumir los desplazamientos le ahorra el tiempo que el viajar, asistir a congresos, reuniones, etc., comporta y también le ahorra asistir a los actos sociales a los que se invita al presidente y que resulta difícil e

incorrecto eludir. También el hecho de que aceptara el cargo anunciando desde el inicio que no se presentaría a la reelección, nos habla de que lo aceptó con una disponibilidad restringida.

De las relaciones que mantuvimos con la IPA no tengo, en este momento, ningún recuerdo en especial, diría que fueron correctas y sin conflictos. En lo personal mis encuentros eran formales y cordiales. Tengo recuerdos más intensos y conflictivos de las relaciones que mantuvimos para la organización del Congreso Internacional que tuvo lugar en Barcelona en 1997.

En cuanto a qué pienso de nuestra actuación como Junta directiva, diría que fue correcta en lo que se refiere a relaciones institucionales y personales dentro y fuera de la Sociedad. Acabábamos de vivir un penoso conflicto interno y visto retrospectivamente creo que estuvimos poco activos en el sentido de plantear proyectos o reformas. Creo que ello derivaba del impacto emocional que representó el conflicto que acabo de mencionar.

TdP.- La enseñanza del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica han formado parte importante de su carrera profesional, en tanto que analista didacta de la SEP y como fundadora y profesora del CEPP (Centre de Estudis de Psicoteràpia Psicoanalítica) que formó a muchos psicoterapeutas en Barcelona. Esto le da una perspectiva sobre la profesión de psicoanalistas y psicoterapeutas. ¿Cómo ve la evolución de la profesión?

J.M^a Tous.- A partir de mis experiencias como aspirante a psicoanalista y de mi dedicación como docente en diferentes instituciones diría que me cuesta establecer una línea clara de diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapia analítica. Añadiría que, si bien existe, lo vivo en mi propia práctica clínica. Esta diferencia, a mi entender, depende menos de lo que puede parecer de los programas de formación seguidos, y más de las características del profesional, del paciente y del tipo de supervisores que se hayan tenido. Se puede centrar la atención en la importancia de un determinado enfoque teórico, o bien en tratar de aproximarse a un modelo más basado en la comprensión de la dinámica relacional. Con ello no pretendo negar las diferencias que realmente pueden establecerse, pero también diría que viendo un material concreto a veces cuesta establecer diferencias, de forma que

podemos decir que hay terapias que movilizan las dinámicas internas y análisis que hacen difícil una aproximación, llamémosle, más psicoanalítica. El hecho de disponer de un campo más amplio de observación y de una continuidad, sí que condiciona que un proceso sea diferente del otro.

TdP.- ¿Cómo ve el psicoanálisis en la actualidad y cómo lo imagina en un futuro?

J.M^a Tous.- No voy a negar que actualmente, y no solo a nivel local, el psicoanálisis no pasa por sus mejores momentos. Cuesta más que nunca encontrar pacientes que reúnan las condiciones necesarias para poder indicar un tratamiento con fundadas posibilidades de éxito. Cuando presentan un cuadro clínico adecuado, muy a menudo surgen problemas de disponibilidad económica y/o falta de tiempo. Como recurso terapéutico creo que, en principio, si no se fuerza la indicación y hay una buena predisposición por parte del paciente, se trata de uno de los recursos terapéuticos más idóneos para promover cambios psíquicos y ayudar al paciente a madurar. A la vez también pienso que la duración es excesivamente larga y que habrá que plantearse modificaciones para hacerlo más asequible y aceptable para un mayor número de posibles pacientes.

Por otra parte, diría que el análisis que siguen profesionales de la salud mental lo sigo considerando necesario, útil y recomendable, ya que la experiencia psicoanalítica vivida es la fuente de formación respecto al conocimiento del funcionamiento psíquico más amplia y profunda que tenemos a disposición.

El futuro del psicoanálisis está por escribir y serán muchos los factores psicosociales que condicionarán su evolución. Mi deseo y mi intuición, no exenta de cierta información, es que los actuales institutos psicoanalíticos evolucionarán y pasarán a ser centros de orientación psicodinámica, donde se podrá llevar a cabo una formación no tan específica como en la actualidad, con diferentes ramas u opciones que borren la excesiva y tal vez excluyente diferenciación actual entre psicoanálisis y psicoterapia. Ello comportará el desarrollo y ampliación de las aplicaciones del psicoanálisis y, como consecuencia, éste puede resultar una experiencia atractiva para un abanico más amplio de profesionales. Muchas de estas disciplinas colaterales ya están en la práctica central de muchos

estudiosos e investigadores de las relaciones objetales. Siguiendo lo que defendía la Dra. Coromines: “si bien estas formas de trabajar pueden no considerarse psicoanálisis en sentido estricto, sí podemos decir con seguridad que son los psicoanalistas los mejor preparados para llevarlas a cabo”.

También espero que, así como el modelo universitario actual nos ha llevado a una organización más estructurada de la formación, también desearía que tomáramos de este modelo actual la posibilidad de una formación menos sectorizada, más interdisciplinar y plural.



Llúcia Viloca, Joana M^a Tous, Victòria Oliva, Daniel García-Tarafa y Francesc Cantavella

Cerraría esta entrevista con una imagen que vale más que mil palabras: cinco profesionales, todos con la experiencia de un análisis personal y con formación teórica diferenciada. De ellos, tres ejercen o han ejercido la práctica del psicoanálisis, uno es psiquiatra y psicoterapeuta, y otro pediatra de gran relevancia por su interés en la comprensión de la relación madre-bebé.