

EL TERAPEUTA DE CABECERA. UNA ALTERNATIVA AL PSICOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

THE THERAPIST PRACTITIONER. AN ALTERNATIVE TO THE PRIMARY CARE PSYCHOTHERAPIST

Juan Romeu Leder

Psicoterapeuta, Fundació Orienta
Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica ECPNA, Barcelona, España
profesor de Psicopatología Psicoanalítica
Artículo Premio FEAP de Psicoterapia 2017

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Romeu Leder, J. (2018). El Terapeuta de Cabecera. Una alternativa al Psicoterapeuta de Atención Primaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 189-201.

Resumen

El artículo está dividido en tres partes diferenciadas. En la primera se expone la idea de que la concepción psicopatológica de cada época no es independiente de su contexto histórico y cultural. En la segunda parte se presentan, a partir de varios ejemplos clínicos, diferentes problemáticas que encontramos frecuentemente en la actualidad en los servicios de Atención Primaria de salud mental infantil y juvenil. En el apartado final se hace la propuesta de concebir al profesional de Atención primaria de forma análoga a las funciones del médico de cabecera y pediatra en salud física; esta figura es denominada en el artículo como Terapeuta de Cabecera, diferenciando sus funciones de las que corresponden a lo que entendemos por Psicoterapeuta.

Palabras clave: Contexto histórico, complejidad, psicoterapia, psicoterapeuta, Atención Primaria, Terapeuta de Cabecera, familias, paciente.

Abstract

The article is divided into three distinct parts. The first presents the idea that the psychopathological conception of each historical period is not independent from its historical and cultural context. The second part presents, using several case studies, different problems that we frequently find in Primary Care services of mental health for children and youth. In the final section the proposal is put forward to change the general conception of the primary (mental health) care professional. As the general practitioner and pediatrician are to physical health, the primary health professional should be seen as to mental health. This figure is denominated, in the article, as "Therapist Practitioner", differentiating its functions from those that correspond to what we understand as a Psychotherapist.

Keywords: Historical context, complexity, psychotherapy, psychotherapist, Primary Care, Therapist Practitioner, family, patient.



1. Introducción

Y sin embargo, decía Browne, cada conocimiento está rodeado de una oscuridad impenetrable. Lo que percibimos son únicamente luces aisladas en el abismo de la ignorancia, en el edificio de un mundo traspasado por profundas sombras. (Sebald, 1995).

Freud construye su teoría y su práctica de la mano de su genio, sus pacientes y la época en que le tocó vivir. Las personas que atendía eran, en su gran mayoría, gente acomodada, culta y perteneciente a las élites del momento (Roudinesco, 2015). Deducimos de sus historiales (Freud, 1893-95; 1905; 1909) que estaban dotadas de una buena capacidad de lenguaje y una estructura psíquica neurótica; en definitiva y a ojos de hoy, su psiquismo estaba suficientemente bien constituido. Mandaba la *represión*, manteniéndose la sexualidad de puertas para dentro. El psicoanálisis se inventa en un mundo en el que las relaciones familiares se caracterizan por su verticalidad piramidal, con el *patriarca* en su cima; estructuras con roles aparentemente definidos.

En las familias de hoy prima lo horizontal, roles y relaciones poco diferenciados y escaso cuidado de la intimidad. En muchos hogares la frontera entre lo público (el comedor, la cocina y la sala de estar) y lo privado (lavabos y habitaciones, sobre todo la de los padres) está borrada o confundida. La organización tradicional, en la que uno trabajaba y otro se ocupaba de lo doméstico ha cambiado, sin haberse redefinido con claridad (Casares García, 2008). Los límites actuales recuerdan a las fronteras geográficas, en las que a lo largo de unos metros uno se pregunta en qué país se encuentra.

Así como cada época tiene sus manifestaciones psicopatológicas particulares y preponderantes, también la ciencia modifica su mirada en función del momento histórico. Gran número de niños que atendemos son traídos por sus padres o derivados por los colegios porque “*no hacen caso y no atienden*”, depositando en los centros de salud mental infanto-juvenil el deber de modificar tales actitudes y conductas; da la impresión de que se le supone al profesional el deber de *transformar* al paciente para inferirle una *supuesta normalidad*. Las consultas, ya sea en los servicios públicos como en los privados, se llenan de padres y madres con el rumbo perdido de su parentalidad, como si el saber sobre la paternidad correspondiera al profesional. Los padres vienen, una y otra vez, para que les *certifiquen* si padecen o no el Trastorno por Déficit de atención (TDAH). En muchas ocasiones se administran cuestionarios que interrogan a todos (padre, madre, maestros...), pero no al niño. Éste es un excelente representante de un diagnóstico *popularizado*: no hay padre, pediatra, maestro o niño, que no haya oído hablar de él. Todos lo conocemos y se responsabiliza de esta *afección*, en la mayoría de casos, al paciente.

Este *supuesto* trastorno invita a reflexionar sobre qué puede estar sucediendo en la infancia actual, con tantos niños *inatentos* y por qué tal dicho diagnóstico ha arraigado de tal forma en la cultura, el lenguaje y en nuestra *percepción clínica*. Miramos como pensamos. El TDAH se presenta como una dolencia que hay que

tratar para que el paciente se adapte a la sociedad. Además, en una época en que los niños están frecuentemente solos, no va mal *depender* de un intermediario medicamentoso.

Si la realidad social impone a los padres dejar a sus hijos en manos de otros cuidadores en un período evolutivo demasiado temprano ¿de quién es el déficit? En un informe publicado por la ONG EDUCO (2017) se indica el gran número de niños que pasan horas solos, no por negligencia de sus cuidadores, sino por la necesidad de estos de permanecer en un mundo laboral precario en exceso. En dicho artículo se señalan las dificultades de conciliar las necesidades de atención que requieren los hijos e hijas con los horarios laborales de los padres (Centeno, 2010).

Cabe interrogarse si el *síntoma disatencional* es una dificultad del niño o una señal de la atención que necesita, cuya búsqueda encuentra, a menudo, el vacío. En los servicios de atención primaria escuchamos, de forma alarmante, la queja por parte de sus familiares y profesores respecto a las dificultades de estos niños para concentrarse y para atender. Vemos a padres angustiados que trabajan por turnos o no trabajan; progenitores *crónicamente* agotados, sin espacio ni tiempo para prestarles la atención suficiente. Instituciones educativas que tienden, por fuerza, a tratar uniformemente a sus alumnos, de modo que sus diferentes necesidades quedan borradas y desatendidas.

Así pues, entendemos que la concepción psicopatológica está marcada por el contexto cultural y social; es decir, la huella que impone la sociedad en cada individuo y por la mirada clínica que se impone en cada época histórica.

2. La clínica en Atención Primaria.

“Los poderes públicos (...) han creado consultorios para niños, pensando que un niño puede ser curado de su incapacidad para adaptarse a la sociedad sin sus padres. De ahí los callejones sin salida en que se encuentran los consultorios en los que en realidad no se puede curar a los niños, aunque hayan sido hechos para ellos” (Dolto, 1983).

En el presente apartado se ejemplifica, a partir de tres viñetas clínicas, algunas de las problemáticas con las que nos encontramos hoy en día en los servicios de atención primaria infantil y juvenil; tanto por lo relacionado con los motivos de consulta, como por las posibilidades que tienen de hacerles frente las propias instituciones públicas de salud mental. Si bien estos ejemplos no agotan todas las posibilidades, los consideramos representativos del tipo de demandas que recibimos.

María, con 12 años de edad, acude a nuestro servicio de atención primaria de salud mental acompañada de sus padres. La deriva la psicopedagoga del colegio por *“problemas de aprendizaje y de relación”* . De su escuela nos llega que *“se aísla y apenas se comunica”* . Se han descartan problemas cognitivos. Al recibirla por primera vez, los padres me comentan que han visitado a un psiquiatra. Éste le ha recetado metilfenidato y recomendado que haga una terapia individual de carácter

cognitivo-conductual. Sin ella presente refieren que la madre tiene una enfermedad degenerativa grave, cuyo destino es una muerte joven. Su enfermedad es congénita y aclaran que “*María no la puede padecer dado que es adoptada*”, cuestión que no le han explicado. Cuentan que dados los problemas físicos de la madre casi no la ha podido coger en brazos, como les pasa a los llamados *niños-burbuja*. Una niña al margen de su madre y de su historia.

Les inquieta su aislamiento e inatención. Me pregunto en relación a cómo trabajar con tantos aspectos de su vida que desconoce. ¿Cómo abordar su pasado respetando el silencio de los padres? Desde una consulta privada, posiblemente propondría a los padres iniciar el tratamiento con ellos para ir desentrañando sus propias dificultades para decirle la verdad a la niña: que es adoptada y que no puede enfermar como la madre. Quizá de esta manera podríamos, posteriormente, iniciar un abordaje de la problemática de María, lo que requeriría un tratamiento de cierta envergadura: tiempo, frecuencia y dinero. Entonces, ¿qué podemos hacer desde un dispositivo de atención primaria? ¿Iniciamos una intervención que sabemos requerirá de gran esfuerzo en cuestión de tiempo y recursos? En este tipo de servicios, cuando se ve la necesidad de realizar un abordaje psicoterapéutico *strictu sensu*, aparecen determinadas dificultades. Cuestión que se abordará más adelante.

Silvia tiene 9 años y acude a nuestro servicio de salud mental por primera vez. Me acerco a la sala de espera y llamo por el nombre de la niña. La madre me mira para hacerme entender que es la acompañante y pregunta: “*¿Yo tengo que entrar?*”. Este comentario, aparentemente anodino, parece estar poniendo en duda la vinculación del adulto con la problemática; la conexión con sus propias posibilidades de maniobra quedan borradas. Parece haberse repartido la problemática repartida entre la niña y el profesional; como si nosotros, niño y terapeuta, debiéramos cargar con el problema y resolverlo. Me atrevo a atribuir a esta situación un carácter generalizado: *Un niño es traído* a consulta para que el problema *sea resuelto* por el profesional. El encuentro terapeuta-niño se inviste de forma omnipotente y el resto de protagonistas quedan al margen. Es como si el mundo diluyera su responsabilidad en relación al paciente (designado). Esta situación no deja de ser un ejemplo, pero la experiencia me permite constatar su repetición.

David. Sus padres vienen solos a la primera entrevista. Explican que el chico tiene 13 años y les preocupa que “*se porta mal..., suspende todo, siempre está expulsado de clase, va acumulando partes por mal comportamiento...*”. El tono en el que hablan es de estar enfadados con él y no salen del discurso sobre su *mala conducta*. Tras pasado este preámbulo, dedicado a la transmisión de los padres de las dificultades de David en la escuela, recuerdan que hacia el final de su educación primaria sufren un derrumbe económico. El padre perdió el trabajo y, desde entonces, no ha vuelto a acceder al mundo laboral más que de forma esporádica y precaria. Han tenido que cambiar a sus hijos de colegio (de privado a público) y narran, con intenso dolor, cómo les ha cambiado la vida. Dicen que “*David era un chico alegre, en el colegio iba haciendo y pedía cosas*” y ahora, “*entendiendo la*

nueva situación”, dicen los padres, “ya no quiere nada”. A medida que avanza, la entrevista va tomando un carácter distinto: el enfado y la irritabilidad devienen preocupación y la tristeza. Pasan de un discurso apuntalado en la queja del derivador a una identificación del chico con la crisis familiar y social que le rodea. En este sentido, parece que David se esté *melancolizando* a raíz de su identificación con la realidad externa.

Si, como los padres, nos identificamos con el derivador, corremos el riesgo de aliarnos en la búsqueda de medidas *correctoras* del comportamiento para promover un cambio conductual del paciente/alumno. En cambio, si contemplamos la situación en un sentido más amplio, podemos entender que su comportamiento, en ocasiones pasivo y en otros momentos cargados de cierta agresividad, es la forma que ha encontrado de manejar un dolor que no le corresponde sólo a él; también a la familia, a la escuela y a la sociedad en la que vive.

El funcionamiento de David es el hilo a partir del cual empezamos a estirar hasta encontrar unos padres deprimidos, un declive económico familiar y una escuela que, si bien quiere ayudar, le exige un cambio de actitud para adaptarse a un sistema del que ha sido expulsado. Al seguir tirando del hilo nos topamos con una crisis económica mundial que los ha hundido monetaria y emocionalmente; seguimos estirando y encontrando más y más ramificaciones, muchas al margen de las posibilidades de maniobra familiar. Entonces ¿Es David quien debe tratarse en un servicio de atención infantil y juvenil? Quizá sí podamos ayudar al paciente y su familia a comprender su malestar y las diversas causas de su comportamiento. Ayudar a poner las cosas en su sitio supone responsabilizar a cada uno con lo que le corresponde. En estas situaciones, desgraciadamente tan comunes, contribuir en la disminución del sentimiento de culpa es hacer mucho.

En la población que atendemos en los servicios públicos nos encontramos con infinidad de familias que no pueden cenar juntas ni preparar, los fines de semana, una actividad lúdica en la que participen todos; niños que apenas pueden coincidir con sus progenitores en condiciones adecuadas. ¿Son estos casos susceptibles de ser atendidos? El debate es complejo: la realidad que rodea a estas familias es una poderosa fuente de malestar, un malestar no siempre tratable psicológicamente.

Cuando Freud (1937) señala, en “Análisis terminable e interminable”, que hay tres profesiones imposibles, una de las cuales es psicoanalizar, entiendo sugiere que hay tantos elementos en juego que se nos escapan y que son inasibles, que no se puede pretender alcanzar una resolución ideal del análisis de una persona. Por tanto, pensar el malestar del paciente como algo que hay que hacer desaparecer, remitir y *curar*, es evitar la complejidad; así, corremos el riesgo de considerar el síntoma y el dolor como autónomo y desligado de la red que lo sujeta. Si bien lo anterior parece obvio, ¿cuán a menudo, sobre todo en dispositivos tan al “servicio de la sociedad”, nos hacemos cargo de lo supuestamente problemático (el síntoma), sin poner el ojo en el crisol de influencias que recaen sobre el paciente? Comprender la complejidad ayuda a no aliarse con nada ni nadie; nos conduce, como diría

Christopher Bollas (2013), a una *pregunta infinita*, que convoca a otra pregunta y que ninguna respuesta la detiene; de tal forma se evitar caer en explicaciones simples de los hechos.

En la atención primaria nos encontramos, desgraciadamente y a menudo, haciendo la labor del *cirujano*; pretendemos *extirpar* el síntoma de quien se designa como portador del malestar: el *niño-problema*. Las razones por las que la aproximación terapéutica tiene este carácter no es algo que corresponde tratar aquí, pero sí deseo mencionar cómo a veces tratamos a niños como si vivieran desconectados de su mundo familiar y social.

Tratar la mente supone tener en cuenta gran cantidad de elementos que se pueden estar articulando alrededor del paciente y de su malestar; diversos factores ambientales inciden en la persona, que sumado a la predisposición genética del individuo, pueden contribuir a la aparición de una determinada dolencia psíquica. Winnicott, con su célebre frase Winnicott “*El bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza*” formulada en los años cuarenta en una de las reuniones de la Sociedad Psicoanalítica Británica (Lacruz, 2015), invita a pensar que el bebé existe sólo si otro lo sostiene, lo nombra y lo desea, facilitando así su estructuración como sujeto. El sujeto no existe si no hay *pareja de crianza*, entendida ésta como metáfora de lo que lo circunda; el mundo que lo acoge.

2.1 La Atención Primaria y sus vicisitudes.

Cuando alguien visita al pediatra o médico de cabecera, éste puede realizar diversas tareas: iniciar un proceso diagnóstico, aconsejar (“*cambie los hábitos, reduzca el alcohol, realice ejercicio...*”), indicar al paciente que vuelva en unos días para valorar la evolución, dar el alta después de la primera visita, derivar al especialista, pedir pruebas complementarias, consultar a otro profesional etc.

El modelo de atención sanitaria, en el cual el médico de familia o pediatra se erige como puerta de entrada a los servicios sanitarios, podría ser aplicable a la atención primaria de salud mental infanto-juvenil. Así como en el ámbito de la salud *física*, da la impresión de que la dinámica profesional estaría organizada, muy a *grosso modo*, de manera que los especialistas pivotan alrededor del médico de familia, en salud la mental pública no es tan así. La impresión es que dichos servicios están algo apartados del sistema de salud en su globalidad. Mientras las vías de derivación quedan claras (médico de cabecera, pediatra, psicopedagogos o los Servicios Sociales), no está tan definida la salida. Tal dinámica puede estar relacionada, en cierta medida, con la sensación de cuello de botella. Entran muchos y salen pocos. Por otro lado, los profesionales de los servicios de atención psicológica infantil y juvenil estamos vestidos de un poder resolutivo que, en realidad, excede nuestras competencias y posibilidades. En ocasiones, al hacernos cargo de tantas necesidades que podrían ser atendidas por otros agentes, profesionales servicios o instituciones, nos es más difícil abordar, psicoterapéuticamente hablando, familias que podrían beneficiarse de algún tipo de ayuda psicológica o

psiquiátrica. Las listas de espera desbordan las agendas de los servicios y las cabezas de sus profesionales. El tiempo para el paciente no debería ser, solamente, tiempo con el paciente.

Dolto, en sus seminarios habla del “hijo, síntoma de los padres” (1983, p.32) conceptualizándolo como *receptáculo psíquico*, propicio para recibir conflictos y proyecciones familiares; como si con su sufrimiento denunciara algo que sucede a sus progenitores, pero que vehiculizan a través del niño. A dicha reflexión añado que cada paciente es un *sociólogo inconsciente de su entorno*, portador de las cargas socioculturales que recaen sobre él. De ahí que los profesionales de la *salud mental* debamos poner el foco en el mundo familiar, sanitario, escolar, social y cultural al que pertenece el paciente, para entender qué factores están en juego en su padecer; ello facilita la comprensión de qué es lo que debe *cambiar* para mejorar su vida. En este sentido, el niño es un buen señuelo.

Desde una concepción *compleja* del sufrimiento, lo que necesita ser tratado no es siempre el paciente; lo *disfuncional* puede ser uno o varios factores del sistema en el que el niño o adolescente está inmerso, cuya influencia puede ser perjudicial para éste; añadir también que, en ocasiones, lo *enfermo* es mirada hacia el paciente. A menudo, al que se rebela contra un sistema en el que no encaja se le acaba enviando a un servicio psicológico, a su inadaptación se le llama patología y a él se lo pone en el grupo de los “adolescentes en riesgo”.

Nuestra función, en muchos de esos casos (como en el caso de David), es otorgar una nueva mirada que sirva tanto al derivado como a derivador, permitiendo así una concepción distinta del sufrimiento del paciente. Pienso, por mi experiencia de varios años con adolescentes, que obligar a todos los menores de dieciséis años a permanecer en el sistema educativo, sin apenas recursos alternativos, puede sentenciar a muerte el deseo de estos chicos y chicas que quizá podrían beneficiarse de otro tipo de dispositivos; también se deprimen los profesionales del sistema educativo, constreñidos a sostener tal obligatoriedad. El riesgo, en estos casos, es el de someter a estos chicos y chicas a un proceso terapéutico con *función adaptativa* cuando el sistema no puede adaptarse a ellos ni a sus necesidades. Esta actitud, tan habitual en los profesionales de salud mental, contribuye a que el paciente se siga identificando como responsable del malestar que siente y hace sentir. Muchos de estos pacientes son diagnosticados de *Trastorno de Conducta*, cuando no queda claro si lo trastornado es el chico que se revela o el sistema que lo intenta someter.

En este sentido cabe considerar que los servicios de salud mental son, cada vez más, espacios de atención de un sufrimiento cuya fuente no corresponde al paciente exclusivamente. En una entrevista realizada por López Arnal (2009) al Doctor Guillermo Rendueles, éste atribuye a la psiquiatría el lugar de “Coche Escoba de la medicina social”. Se acostumbra a depositar en nuestros usuarios aquello que el mundo en el que vive no puede atender, para luego ser derivados a los servicios de atención psicológica con la fantasía de reparar lo que el *sistema* ha dañado.

Mientras atendemos síntomas y escuchamos el dolor psíquico, no debemos

dejar de calibrar el alcance posible y realista de nuestra intervención. No podemos hacernos cargo de los déficits de recursos en educación, ni de los déficits alimentarios de las familias que nos consultan por un sufrimiento cargado del vacío de sus estómagos; tampoco aliarnos con la mirada que patologiza al niño. El sufrimiento no siempre es síntoma; a menudo es señal de que algo no anda bien *más allá* del mundo interno del paciente. Ni todo dolor es psicopatológico, ni toda *inadecuación al mundo* es responsabilidad del paciente. Debemos diagnosticar en el sentido más clásico de la palabra: “Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza” (RAE, 2001). Pongo el énfasis en la *diversa naturaleza* de la definición y diferenciarlo de la tendencia actual al diagnóstico que encorseta, etiqueta, y atribuye la causa del problema al propio paciente; se considera como *enferma* una conducta poco adaptada a las exigencias de la institución (familiar, educativa o académica).

3. El Terapeuta de Cabecera: una propuesta.

Concibo al Terapeuta de atención primaria como análogo al médico de cabecera; figura alrededor de la cual se articulan otros profesionales de salud mental y servicios comunitarios; alguien con un buen manejo de la psicopatología, de la técnica terapéutica y de los recursos a su alcance; capaz de dar respuesta a las distintas necesidades sin erigirse siempre como Psicoterapeuta.

La reflexión en relación a la intervención debe recaer, entre otras cosas, sobre qué debe ser tratado, qué es lo que se considera sintomático o problemático, por qué consideramos que se debe incidir en tal o cual dificultad y, de vital importancia, qué agentes están o deberían estar implicados en el proceso. Esta cuestión lleva a plantearnos cuál es el objeto de intervención de los servicios de atención primaria y sobre qué debemos ejercer nuestra influencia como Terapeutas de Cabecera (TC). Por otro lado, diferenciar lo que le pertenece a la estructura del individuo de aquello que corresponde a su familia y a su contexto educativo, médico, sociocultural, económico, etc.

Estudios epidemiológicos indican que “los trastornos y/o problemas comunes (también llamados “menores”) de salud mental, representan uno de los motivos de atención más importantes dentro de los servicios de Atención Primaria” (Moreno y Moriana, 2012) y, con frecuencia, los motivos de consulta se vinculan a situaciones no-psicopatológicas y sí relacionados con *problemas de la vida* (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008). Los servicios se nos han llenado de este tipo de demandas y observamos que los ámbitos en que estas dificultades se manifiestan (colegio, contexto familiar, etc.) acaban colapsados. La consecuencia es que aquellos problemas susceptibles de una verdadera intervención psicoterapéutica no siempre pueden ser tratados en atención primaria. Si la sobrecarga es una de las causas, el síntoma es la queja del profesional. La fatiga invade al terapeuta y la parálisis es su corolario.

En relación al colapso de los servicios y la búsqueda de nuevas formas de

actuación se han hecho diversas propuestas. Algunos autores proponen la figura del “Consultor conductual de salud” (Rowan y Runyan, 2005) que basa su intervención en tratar la conducta, así como la de “consultor psicológico” (Pérez Álvarez y Fernández Hermida 2008), encargado de ayudar al paciente a generar sus propios recursos. En mi opinión, nuestro papel debe ir más allá de *tratar la conducta*, incluyendo aquellos factores internos (inconscientes) del paciente que le generan un malestar particular, pero sin olvidar los factores estresantes externos, así como ayudar a las familias a encontrar recursos comunitarios en los que apoyarse. Pensar al Psicoterapeuta que trabaja en Atención primaria de forma análoga a la figura del Médico de Familia o cabecera supone alguien que deberá *trabajar con cabeza* erigiéndose como TC. Un profesional capaz de distinguir lo que es propio de la vida, circunstancial y reactivo a una situación determinada, de lo que realmente es patológico y ya forma parte del mundo interno del paciente y necesita ser tratado. Concibo a un TC como alguien que conoce la biografía, la familia, aficiones, preocupaciones y síntomas de quien atiende, así como los antecedentes y las circunstancias que le rodean. “La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutive, de forma que los médicos generales resuelvan adecuadamente los problemas de salud que deben solucionar y ni retengan en exceso los casos a remitir, ni se remitan innecesariamente”(Ortún y Gervás, 1996). Lo mismo propongo para el TC, a quien invito a adoptar una perspectiva *compleja* de la salud, en el sentido de contemplar que son muchos los aspectos de la vida que contribuyen a ésta, que pueda discernir entre lo que él mismo puede atender y la forma de hacerlo, así como valorar si es necesario derivar al paciente a otro especialista o dispositivo. Finalmente, evitar la iatrogenia sin patologizar lo normal, mostrando aquello que, si bien causa dolor y malestar anímico, no es tratable desde un servicio de salud mental. En este sentido, me hago eco del concepto de “indicación de no tratamiento” (Ortiz Lobo, 2009); actitud de no participar, por lo menos psicoterapéuticamente hablando, en aquellos casos en los que el malestar por el que se consulta no tenga causas psicológicas aunque pueda haber malestar psíquico.

Deberíamos mirar al paciente y su mundo como un prisma que descompone su haz de luz en distintos colores, entendiendo que hay múltiples *fuerzas* que inciden sobre él. Diferenciar lo que es patológico de lo que está causando un problema en el desarrollo del paciente, y valorar qué papel juega la multiplicidad de inputs que recibe, de quién emanan, hasta qué punto éste es el responsable y hasta qué punto el responsabilizado.

3.1 La realidad del Terapeuta de Cabecera.

Como ya hemos ido señalando, los motivos de consulta que recibimos en los servicios infanto-juveniles son de diversa índole: problemas de la vida y propios del desarrollo evolutivo del niño, dificultades derivadas de la realidad socioeconómica o la mirada patologizante del derivador (profesionales o familia) y, por supuesto,

estados de ánimo susceptibles de una intervención psicoterapéutica. Insisto en la necesidad de deslizar la mirada del *motivo-de-consulta* por el que se acude, a una perspectiva que contemple la causalidad múltiple.

Los estudios certifican una mayor prevalencia de problemas mentales en las familias más desfavorecidas (Observatori de la Generalitat, 2015). De ahí el énfasis en que los profesionales de salud mental en atención primaria, los TC, nos mantengamos alerta a la realidad de la población que recibimos: no atendamos el *problema-designado* sin dejar de lado las influencias de diversa índole que inciden en cada realidad, en cada cuerpo y en cada psiquismo.

La idea de este cambio de perspectiva tiene como uno de sus objetivos reducir la *desesperanza* que invade, a menudo, a los Psicoterapeutas que trabajamos en Atención primaria. Desaliento que sentimos constantemente, siendo el síntoma por excelencia de los profesionales de éste ámbito; desánimo compuesto por la sobrecarga de trabajo, las dificultades de pensar cada caso que este exceso conlleva y nuestro deseo de contribuir al cambio de nuestros pacientes. Sin entrar, por supuesto, en las resistencias de éstos. No es de extrañar ver a los terapeutas de los servicios públicos sentirse impotentes respecto a su trabajo, siendo su *deseo de psicoterapia* una de las mayores resistencias de estos profesional. Proponer la figura del TC implica poner límite al Psicoterapeuta que llevamos dentro y mantener a raya su *furor curandis*.

3.2 Reflexiones finales.

El objetivo del artículo en general y de este último punto en particular es la de repensar la figura del terapeuta de atención primaria desde el punto de vista de su actuación clínica. Es una propuesta que pretende reflexionar en relación al rol del profesional, sus funciones y sus límites, más que realizar propuestas de carácter administrativo, organizativo o político. Cuestiones que no dejan de requerir una atención especial, pero que se desvían de nuestro punto de mira, que es el terapeuta en sí.

Al conceptualizar la figura del terapeuta en atención primaria como TC se pretende, descargar la presión a los profesionales y pensar las indicaciones, o no indicaciones, de intervención por parte de estos profesionales.

Son tan numerosas las consultas que recibimos por un malestar no susceptibles de psicoterapia que merece la pena pensar qué papel adoptar como TC. En estos casos de *no tratabilidad*, psicoterapéuticamente hablando, podemos ayudar a la familia empatizando con su malestar, mostrar nuestra comprensión a la vez que poner el foco en aquello que está generando la situación estresante; en relación a esto, nuestra contribución podrá ser la de facilitar la relación del problema por el que se consulta con su causa, causas o mutuas influencias. Esto no siempre supone hacer consciente lo inconsciente, como si el origen del conflicto fuera interno y desconocido, sino ayudar a *reconocer* que las dificultades externas que están viviendo también pueden ser promotoras de malestar: un dolor psíquico no

necesariamente abordable desde la psicoterapia. Es necesaria una profunda formación psicoterapéutica del profesional, capaz de diferenciar lo que es abordable de una manera u otra y desde qué dispositivo; ágil en la comprensión de la situación presentada y capaz de dilucidar el trato que necesita la problemática por la que se acude. El TC debería poseer en su mente distintas modalidades de intervención, en función del tipo de demanda, las necesidades de la familia y las posibilidades reales de ayuda.

Resumiendo, habrá que valorar si la causa o causas son internas, externas o ambas; si el malestar es una reacción a una situación reciente y poco estructurada en el psiquismo del paciente o si es algo que ya se ha instalado en el funcionamiento, habiéndose convertido en un síntoma o problemática que requiera de un abordaje clínico relevante.

No será ético iniciar intervenciones psicoterapéuticas *como si*; es decir, ni en los casos en que sí es necesaria pero las condiciones no lo permiten, ni en los casos en los que no esté indicada. La experiencia psicoterapéutica tiene que permitir realizar un diagnóstico que conduzca a entender las dificultades del paciente, sus necesidades y las posibilidades reales del servicio de hacerse cargo de la intervención. Debemos ser honestos con la familia y con nosotros mismos para evitar prometer lo imposible.

El presente artículo es, en parte, el resultado de una rebelión contra la *queja* que invade a los profesionales que trabajamos en atención primaria. Un lamento que se nutre, fundamentalmente, de una casi infinita presión asistencial. Si bien no debemos bajar la guardia y seguir reivindicando mejoras a las autoridades pertinentes, mi propuesta va encaminada, fundamentalmente, a poner algo de freno al Psicoterapeuta, dejando paso al TC.

Lo que en un determinado dispositivo podría ser una intervención terapéutica lícita, en otro puede ser un *acting* psicoterapéutico. Tal cambio de actitud no es nada fácil en la atención primaria ya que ello conduce, en gran número de ocasiones, a provocar frustración en muchas de las familias que atendemos y servicios con los que colaboramos. Si nos vestimos, en este tipo de dispositivos, con el uniforme de psicoterapeuta, se esperará de nosotros una función para la que estamos preparados, pero para la que se necesitan unas determinadas condiciones. Esta actitud suele llevarnos a iniciar tratamientos imposibles de resolver o a *expulsar* a los pacientes. En cambio, sí está en nosotros acotar los objetivos y hacerlos más realistas, así como poderlo transmitir a pacientes y derivadores. Llegar a ser psicoterapeutas nos ha llevado años de trabajo, dinero, estudio, supervisión y, a muchos de nosotros, análisis personal, para luego ver que no podemos desplegar tal *arte* al que hemos dedicado tanto esfuerzo.

El profesional de atención primaria debe ir caso por caso, transitando por la fina raya que hay entre el Terapeuta *clásico* y el TC. Quién sabe si este cambio de *lugar* no pudiera contribuir, aunque sea mínimamente, a cierta disminución de las listas de espera: si nos apoyamos más en otros servicios y valoramos bien las

necesidades de las familias; si entendemos hasta dónde podemos llegar y cuáles son nuestros límites quizá, algunos casos, se resuelvan con mayor agilidad, permitiendo que otros puedan aprovechar mejor nuestra pericia psicoterapéutica.

Entiendo la función del TC de forma similar a la idea de Winnicott en relación a la consulta terapéutica (1965); allí habla del "aprovechamiento de las primeras entrevistas" (p. 44), y de su utilidad para un tipo de demanda que, en muchas ocasiones, "no guarda ninguna relación con lo que pueden ofrecer los psicoanalistas"; léase también psicoterapeutas (p. 45). En ese mismo artículo considera, como requisito para un buen manejo de este tipo de intervenciones, que el profesional haya pasado por "llevar a cabo hasta sus últimas consecuencias una cierta cantidad de análisis" (p. 44), es decir, amplia experiencia en tratamientos largos. Más adelante añade que "hay casos en los que un rápido cambio sintomático es preferible a una cura psicoanalítica"; léase cura psicoterapéutica (p.45). Dicha manera de concebir el trabajo terapéutico con niños puede ser muy útil en un servicio público.

Dado que suelen consultarnos para erradicar síntomas, si alargamos los procesos excesivamente, ya sea por la saturación de la agenda o por querer hacer un trabajo *demasiado profundo*, corremos el riesgo de que abandonen el dispositivo desaprovechando, quizá, la posibilidad de una futura búsqueda de ayuda terapéutica. Esto es válido siempre y cuando se considere que el trabajo sintomático es posible. Cuando no lo sea, lo tendremos que y pensar la mejor alternativa posible.

La experiencia permite constatar que a veces con poco conseguimos mucho: tranquilizamos a padres angustiados por procesos evolutivos normales; atendemos a las escuelas que se quejan de alumnos intratables, mostrando cómo su institución puede ser el espacio más acogedor que tienen estos alumnos *problemáticos* y escuchamos a familias que sufren por no poder dar a sus hijos lo que antes sí podían.

Es útil también detectar aquellas situaciones en las que con una intervención breve podemos ayudar a *re-encaminar* al paciente en su proceso vital, detenido por alguna contingencia de la vida. En el caso de pacientes graves, ayudar a las familias a comprender a su hijo, empatizar con su dolor y acompañar en la elección del mejor camino posible, tanto a nivel terapéutico, como educativo y familiar.

En definitiva, el TC como alguien que está dispuesto a ser usado (Winnicott, 1971), a quien recurrir en determinadas ocasiones y problemáticas, estableciendo con las familias una relación semejante a la que debería establecer el médico de familia con sus pacientes: "*venga usted cuando lo necesite; usted es el dueño de su vida*".

Referencias bibliográficas

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica de España.
- Bollas, C. (2013). *La pregunta infinita*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Breuer, J. y Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria (1893-1895). En Freud, S., *Obras completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Casares García, E. (2008). Estudios sobre el cambio en la estructura de las relaciones familiares. *Portularia*. Vol. VIII (1), 183-195.
- Centeno, F. (2010). *Projecte Clau*. Butlletí d'informació nº 34. Gener de 2010.
- Dolto, F. (1984). *Seminario de psicoanálisis de niños* (Vol I-III). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- EDUCO (2017). *En busca de los niños de la llave. Una mirada indiscreta a la España que emerge de La Gran Recesión*. Recuperado de https://www.educo.org/Educo/media/Documentos/Prensa/Publicaciones/informe_nativoscrosis_educo_2017.pdf
- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (caso "Dora"). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. VII.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (El pequeño Hans)*. A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del "Hombre de las Ratas"). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. X.
- Freud, S. (1920), *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XVIII.
- Freud, S. (1937), *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XXIII.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; (2010). Guías de Práctica Clínica en el SNS: (AATRM Nº 2007/18). Generalitat de Catalunya, Fundació Sant Joan de Déu.
- Lacruz Navas, J. (2011). *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza, España: Editorial Mira.
- López Arnal, S. (2009). Entrevista con Guillermo Rendueles, psiquiatra y ensayista. recuperado de <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=87887>
- Moreno, E. y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona, España: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Ortiz Lobo A. y Murcia García L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Coordinado por Ander Retolaza. AEN estudios/41. Pág.: 179-194.
- Ortún, V. y Gervás, J. (1996). Núm. 3. Fundamentos y eficacia de la atención médica primaria. 106 (3), 97-102.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. España: *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Rowan, A. B. y Runyan, C. N. (2005). A Primer on the Consultation Model of Primary Care Behavioral Health Integration. En L. C. James y R. A. Folen (Eds.), *The Primary Care Consultant. The Next Frontier for Psychologists in Hospitals and Clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Roudinesco, E. (2015). *Sigmund Freud: en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona, España: DEBATE.
- Sebal, W. G. (1995). *Los anillos de Saturno*. Barcelona, España: DEBATE.
- Winnicott, D. W. (1957). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Winnicott, D. W. (1956). El Valor de la consulta Terapéutica. En *"Exploraciones psicoanalíticas II"*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa.