

ESTUDIO SOBRE EL ESTADO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID. UNA HISTORIA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA.



Madrid. Noviembre de 2025.

Edición y coordinación: Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM)

Análisis cuantitativo y cualitativo:

Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP)

Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN (3)
2. ESTUDIO CUANTITATIVO (7)
 - A. Metodología
 - B. Resultados:
 - Caracterización de la muestra
 - Condiciones de trabajo
 - Gestión de la agenda
 - Coordinación y trabajo en equipo
 - Satisfacción
 - Impacto psicológico y en la vida personal
 - Prestigio, valoración y proyección.
 - C. Conclusiones.
3. ESTUDIO CUALITATIVO (28)
 - A. Metodología
 - B. Resultados:
 - Qué nos pasa
 1. Condiciones de trabajo: poco tiempo, sobrecarga y primacía de lo asistencial.
 2. El afuera: el trabajo lo invade todo.
 3. Los otros: poder encontrarse y reconocerse.
 - Qué sentimos y qué hacemos
 - Sufrimiento: ¿por qué no me voy?
 - Sentido: ayudar y la alegría de lo común.
 - Defensas: no ser *normópatas* y pensar juntas.
 - . Defensas individuales: supervivencia, pero también rigidez.
 - . Defensas colectivas: correr riesgos con otros
 - C. Conclusiones
4. DISCUSIÓN (53)
5. BIBLIOGRAFÍA (50)

1. INTRODUCCIÓN.

Los Centros de Salud Mental (CSM) ocupan un lugar central en la arquitectura del sistema público de atención a la salud mental en España. No son simplemente un eslabón entre niveles asistenciales, sino dispositivos vertebradores que, desde su posición estratégica, permiten que la atención sea accesible, continua y coherente con las necesidades reales de las personas. Ubicados entre la Atención Primaria (AP) y la Hospitalaria, pero mucho más próximos en espíritu y funcionamiento a la primera, los CSM comparten con ella una orientación comunitaria, basada en la cercanía territorial, la prevención, la equidad y la atención integral (AEN, 2000). Esta visión es coherente con los marcos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (2021) y su Oficina Regional para Europa (2021), que sitúan a los servicios comunitarios como el eje de los sistemas modernos de salud mental, garantes de los derechos recogidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) de la que nuestro estado es firmante.

Su valor reside en ser el espacio fundamental de acompañamiento y coordinación de los cuidados a las personas con sufrimiento psíquico sea cual sea su forma y gravedad. En la mayoría de los casos los CSM son el primer espacio de acogida tras el paso por AP y el ámbito desde el que se orientan los procesos terapéuticos, desplegando una amplia gama de intervenciones: desde acompañamientos breves e intensivos hasta seguimientos prolongados, coordinados por equipos multiprofesionales, tal y como recomiendan la OMS (2021) y la Unión Europea (Comisión Europea, 2023), para asegurar intervenciones integradas y sostenidas. Su objetivo no es sólo aliviar el malestar, sino acompañar a las personas en la reconstrucción de sus vínculos, su autonomía y sus proyectos de vida.

Para que esta tarea sea posible, los CSM deben funcionar también como espacios de coordinación y trabajo en red. Es fundamental su capacidad para articular recursos sanitarios, psicosociales, educativos, asociativos y vecinales, integrando saberes y prácticas diversas. Más allá de realizar diagnósticos o tratamientos, los CSM permiten construir respuestas comunitarias e integrales, adaptadas a las trayectorias singulares y a los contextos sociales y culturales de quienes acuden. Esta función se alinea con las directrices internacionales que destacan la necesidad de redes capaces de abordar los determinantes sociales de la salud y de integrar servicios sanitarios, sociales, educativos y comunitarios.

Su práctica cotidiana está definida por la capacidad de brindar un espacio y un tiempo para acompañar y tratar de forma sostenida el sufrimiento psíquico. El trabajo en equipo, la mirada interdisciplinar, la continuidad de cuidados y el establecimiento de vínculos terapéuticos sólidos son condiciones indispensables para que su tarea tenga sentido.

En definitiva, los CSM no son solo lugares donde se presta atención sanitaria: son dispositivos que sostienen vínculos, procesos y trayectorias. Son, en muchos casos, uno de los pocos espacios donde la persona es escuchada de forma continuada, donde puede construirse una narrativa sobre su sufrimiento, donde se articula lo clínico con lo social. Su existencia garantiza que el sistema de salud mental no sea simplemente una suma de servicios, sino una red con sentido, con memoria, con responsabilidad frente a los territorios y a las personas que los habitan.

Para comprender la situación actual de los CSM es necesario situarlos en su recorrido histórico más reciente. A lo largo de las dos últimas décadas, estos dispositivos han atravesado transformaciones profundas que han redefinido su papel dentro del sistema sanitario. Desde la consolidación del modelo comunitario en los años noventa, su trayectoria ha estado marcada por un conjunto de cambios institucionales, políticos y sociales que han tensado su funcionamiento y puesto a prueba su capacidad para sostener los principios que los originaron.

Durante los primeros años 2000, los CSM se afirmaron como ejes de una red pública orientada por los valores de la atención comunitaria: territorialidad, continuidad de cuidados, interdisciplinariedad y trabajo en red. Sin embargo, en la Comunidad de Madrid, a partir de la segunda mitad de la década, el sistema comenzó a experimentar una progresiva reconfiguración. La desaparición de las áreas sanitarias y la introducción de la “libre elección” y la competencia entre proveedores sanitarios supusieron un cambio de paradigma en la administración de la red de salud mental regional. Asimismo, las reformas organizativas y las políticas de austeridad derivadas de la crisis económica favorecieron una reorientación del modelo hacia racionalidades gerencialistas y lógicas de mercado (Observatorio Madrileño de Salud, 2012 y 2014). En lugar de fortalecer los principios de la atención comunitaria, se priorizaron indicadores de actividad y procesos (fundamentalmente vinculados al volumen de consultas, tiempos y productividad) por encima de indicadores de calidad asistencial, continuidad de cuidados o resultados en salud. Este desplazamiento se vio reforzado, en algunos casos, por la introducción de

modelos de gestión con ánimo de lucro que incorporaron criterios propios del sector privado. De forma sutil pero sostenida, estas dinámicas han tendido a desplazar el foco desde las necesidades de salud de las personas hacia incentivos económicos y estructuras de remuneración que pueden favorecer la rentabilidad o el beneficio de determinados actores, más que la mejora de los pacientes y de la población. Tales enfoques han sido ampliamente cuestionados por su tendencia a fragmentar la red, limitar la equidad territorial y debilitar la coherencia comunitaria del modelo.

La adscripción de los servicios de salud mental a las gerencias hospitalarias —sin un modelo específico de gestión para la red— acentuó un proceso de hospitalocentrismo que desdibujó la función comunitaria de los CSM (AMSM, 2016). En muchos casos, estos dispositivos fueron asimilados a consultas externas, perdiendo capacidad de coordinación territorial y reduciendo su margen para el trabajo preventivo, domiciliario y de integración psicosocial. La disminución de plantillas, la falta de reposición de profesionales y los recortes presupuestarios agravaron esta situación, generando sobrecarga asistencial y debilitando los programas de continuidad de cuidados (Cuadrado, 2019). Estos cambios contrastan con las recomendaciones internacionales sobre gobernanza específica, financiación estable y orientación territorial en salud mental (OMS, 2021).

A estas transformaciones estructurales se sumó la privatización de varios centros y la gestión parcial de la red por empresas con ánimo de lucro, lo que introdujo nuevos criterios de rentabilidad y segmentó la atención. Este proceso no solo impactó en la equidad territorial, sino que alteró la coherencia del modelo público, fragmentando la red y reduciendo la capacidad de planificación global. La orientación comunitaria, que había sido el eje vertebrador de la salud mental madrileña, fue progresivamente sustituida por un modelo asistencial más centrado en la demanda individual y menos atento a las condiciones sociales del sufrimiento.

Aun así, a lo largo de estos años los equipos de los CSM han sostenido, en condiciones adversas, los principios del trabajo comunitario. Han mantenido la atención continuada a las personas con trastornos graves, preservado espacios de coordinación con la red social y educativa, y defendido la dimensión relacional y territorial del cuidado. Durante la pandemia de COVID-19, estos centros se mostraron nuevamente esenciales: fueron de los pocos dispositivos que permanecieron abiertos, garantizando la atención en un contexto de colapso institucional y aislamiento social (AMSM, 2021).

En la actualidad, los Centros de Salud Mental atraviesan un momento de profundo desgaste. El avance de un modelo de gestión cada vez más orientado por la lógica biomédica y hospitalaria —centrado en la productividad, la inmediatez y la rentabilidad— ha ido desplazando los principios comunitarios que históricamente les dieron sentido. Este proceso ha dejado a muchos centros en una situación de deterioro sostenido: con recursos mermados, plantillas insuficientes y tiempos cada vez más limitados para la atención y el acompañamiento. La presión asistencial y la falta de espacios para el trabajo en equipo, la reflexión y el vínculo han generado un notable agotamiento entre las y los profesionales. Todo ello pone en riesgo la posibilidad misma de sostener la práctica característica de los CSM, aquella que prioriza los vínculos, la continuidad de cuidados y la atención a las dimensiones relacionales, sociales y subjetivas del sufrimiento psíquico.

En este contexto de creciente deterioro y preocupación por el rumbo de la red, la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) ha impulsado esta investigación con el propósito de comprender, desde la experiencia de quienes trabajan en los Centros de Salud Mental, cómo se vive hoy su funcionamiento y cuáles son las principales dificultades y tensiones que atraviesan su tarea cotidiana. Se trata de recuperar la voz de las y los profesionales que, día a día, sostienen los cuidados en condiciones cada vez más exigentes y frágiles.

Con ese objetivo, y en colaboración con la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP), se ha llevado a cabo un trabajo que combinó distintos modos de acercarse a la realidad de los centros: por un lado, mediante una encuesta dirigida a profesionales de la red; y por otro, a través de un espacio grupal de reflexión colectiva, donde se compartieron experiencias, malestares y estrategias para sostener el sentido del trabajo y del cuidado comunitario.

Este informe reúne y articula los resultados de ambos análisis, cuantitativo y cualitativo, ofreciendo una mirada construida a partir de las voces y perspectivas de quienes forman parte de los equipos de los CSM. Además de presentar datos o señalar déficits, busca abrir una reflexión sobre las condiciones actuales de la red, contribuir a la mejora de los recursos y recuperar el sentido colectivo, relacional y ético que dio origen a los Centros de Salud Mental.

2. ESTUDIO CUANTITATIVO.

A. METODOLOGÍA.

Se elaboró una encuesta online cuyas preguntas fueron consensuadas entre el equipo investigador y personas colaboradoras de AMSM y AMASAP; y que finalmente fue lanzada de forma online a través de las cuentas de redes y listas de personas asociadas de la AMSM, y difundida por bola de nieve, durante los meses entre febrero y mayo de 2025. La población objetivo de la encuesta fueron profesionales del ámbito de la salud mental de la Comunidad de Madrid que trabajen o hayan trabajado en un CSM en los últimos 5 años.

El objetivo de esta encuesta es recoger las perspectivas de las propias personas que trabajan o han trabajado en los CSM sobre su estado actual, y más específicamente sobre las condiciones de trabajo, el impacto psicológico y aspectos sobre satisfacción y valoración.

Se tarda unos 10-15 minutos en responder la encuesta. Se realizan preguntas sobre el perfil profesional, sobre las condiciones de trabajo en los CSM, aspectos relacionados con la gestión de la agenda y la coordinación en los CSM; sobre satisfacción laboral, sobre el impacto laboral en la vida personal, y finalmente sobre la opinión acerca del prestigio, valoración y la proyección a futuro de los CSM de forma general. Previendo la dificultad de utilizar el trabajo en un CSM como criterio de inclusión en una encuesta abierta, se añadió un filtro en la encuesta para que las personas que no trabajasen actualmente o lo hubieran hecho en los últimos 5 años no pudieran responder a preguntas relacionadas con las condiciones de trabajo, funcionamiento de los centros o el impacto personal de la situación laboral, sino sólo a las de valoración general.

B. RESULTADOS.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra obtenida alcanzó **454 participantes**, de los cuáles el 65,4% (n=297) trabaja actualmente en un Centro de Salud Mental (CSM) y el 10,4% (n=47) lo han hecho en los últimos cinco años. El 75,8% (n=344) de participantes que trabajan o han trabajado los últimos 5 años en un CSM ha cumplimentado la totalidad de la encuesta sobre el estado de los CSM, mientras que el resto de la muestra (24,2%, n=110) ha cumplimentado tan solo las preguntas sociodemográficas y las referidas a la valoración general de la red asistencial. Este aspecto es importante desde un punto de vista metodológico pues, como se puede

observar en los siguientes resultados, algunos parámetros están analizados sobre el total de la muestra (n=454) y otros sobre aquellos/as participantes que trabajan en un CSM o lo han hecho en los últimos cinco años (n=344).

La muestra de participantes (n=454) está compuesta por un 79,07% de personas de género femenino (n=359) y por un 20,93% de personas de género masculino (n=95), ninguna de las personas participantes se identificó con otro género (Figura 1). Respecto a la edad, tal y como se observa en la Tabla 1, la práctica totalidad de los/as participantes tiene menos de 65 años (98,7%, n=446), y casi la mitad de la muestra tiene menos de 40 años (el 49,7%, n=212). La distribución en función de la profesión en el total de la muestra resulta de la forma en que se observa en la Tabla 2.

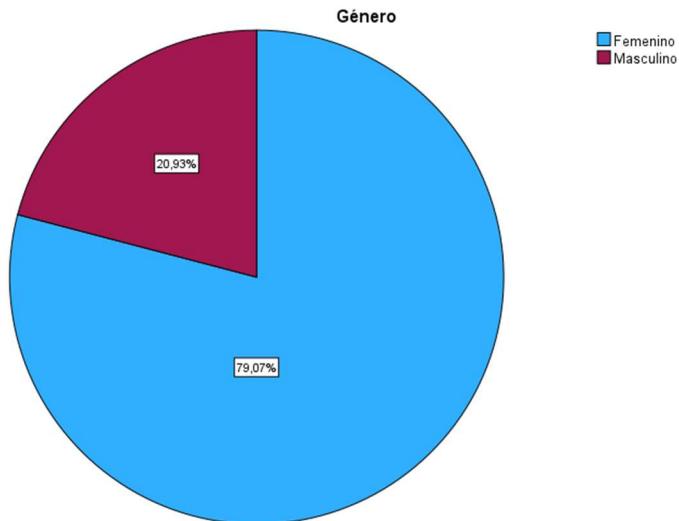


Figura 1. Distribución por género

	Frecuencia	%	% acumulado
< 30 años	52	11,5	11,5
31 a 40 años	160	35,2	46,7
41 a 50 años	128	28,2	74,9
51 a 65 años	108	23,8	98,7
> 65 años	6	1,3	100,0
Total	454	100,0	

Tabla 1. Distribución por edad

	Frecuencia	%	% acumulado
Psiquiatría	161	35,5	35,5
Trabajo social	69	15,2	50,7
Psicología*	106	23,3	74,0
Enfermería**	81	17,8	91,9
Educación social e Integración social	18	4,0	95,8
Terapia ocupacional	11	2,4	98,2
MIR, PIR o EIR	5	1,1	99,3
Otros***	3	0,7	100,0
Total	454	100,0	

Tabla 2. Distribución por profesión. Para esta categorización se han tenido en cuenta las siguientes catalogaciones, que incluyen tanto opciones del formulario como respuestas proporcionadas en texto libre:

*La categoría “Psicología” incluye a los/as participantes que respondieron “psicología”, “psicología clínica”, “psicología general sanitaria”.

**La categoría “Enfermería” incluye a los/as participantes que respondieron “Enfermería”, “enfermería especialista en salud mental”, “enfermería de salud mental”.

***La categoría “Otros” incluye las respuestas “monitora”, “activista” y “acompañante terapéutico”.

Del total de la muestra, el 65,4% (n=297) trabaja actualmente en un Centro de Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid, y un 10,4% (n=47) lo ha hecho en los últimos cinco años. De este 75,8%, el 89,5% (n=308) trabaja en un CSM gestión pública y el 10,5% (n=36) en uno de gestión mixta o privada.

Se ha preguntado a quienes trabajan o han trabajado en CSM (n=344) sobre el tipo de contrato que se tiene actualmente. Tal y como se especifica en la Tabla 3, el **31,4% (n=108)** disponen de contratos estables (estatutario fijo) y el **66,6% no fijos (56,7% interinidades y 9,9% contratos eventuales)**. El tipo de contrato desglosado por categoría puede verse en la Tabla 4, donde se puede observar que el porcentaje de participantes que refieren tener contrato fijo está en torno al 30% en las cuatro categorías de profesión más frecuentes (Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social), sin embargo, las categorías Psiquiatría y Trabajo Social presentan más respuestas que refieren tener un contrato eventual, 13,9% y 17,1% respectivamente, frente al 3,9 de Psicología y al 1,4% de Enfermería. Las interinidades también son más frecuentes en Psicología (65,8%) y Enfermería (67,6%) que en Psiquiatría (52,8%), y especialmente en Trabajo Social (46,3%).

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Fijo	108	23,8	31,4	31,4
Interinidad	195	43,0	56,7	88,1
Temporal	34	7,5	9,9	98,0
Ninguno	7	1,5	2,0	100,0
Total	344	75,8	100,0	
Perdidos	110	24,2		
Total	454	100,0		

Tabla 3. Distribución por tipo de contrato: fijo; no fijo (interinidad + eventual); ninguno. Las personas que se consignan como “perdidas” corresponden a quienes no trabajan actualmente en un CSM ni han trabajado en los últimos 5 años.

		Fijo	Interinidad	Temporal	Ninguno	
Psiquiatría	Frecuencia	45	76	20	3	144
	%	31,3%	52,8%	13,9%	2,1%	100,0%
Trabajo social	Frecuencia	12	19	7	3	41
	%	29,3%	46,3%	17,1%	7,3%	100,0%
Psicología	Frecuencia	22	50	3	1	76
	%	28,9%	65,8%	3,9%	1,3%	100,0%
Enfermería	Frecuencia	22	48	1	0	71
	%	31,0%	67,6%	1,4%	0,0%	100,0%
Educación social o Integración social	Frecuencia	1	2	0	0	3
	%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Terapia ocupacional	Frecuencia	5	0	0	0	5
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
MIR, PIR o EIR	Frecuencia	0	0	3	0	3
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Otros	Frecuencia	1	0	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Frecuencia	108	195	34	7	344
	%	31,4%	56,7%	9,9%	2,0%	100,0%

Tabla 4. Distribución por tipo de contrato en función de la profesión del/la participante

Atendiendo a los/as participantes que trabajan o han trabajado en un CSM (n=344), la distribución del tipo de contrato según género presenta cierta homogeneidad. Entre las mujeres, el 31,8% (n=87) refieren tener contrato fijo, 56,6% (n=155) refieren tener una interinidad, y el 9,9% (n=27) un contrato temporal. Entre los hombres los porcentajes son del 30,0% (n=21), 57% (n=40) y 10,0% (n=7), respectivamente. Esta distribución por sexo se reproduce al desagregar por profesión, con algunas excepciones como en la categoría Enfermería, en la que solo el 26,8% (n=15) de las mujeres en esta categoría tiene contrato

fijo, mientras que en los hombres en esta categoría asciende al 46,7% (n=7) de las respuestas, razón que se invierte en el caso de las interinidades, que recaen en un 71,4% (n=40) de las mujeres en esta categoría y en un 53,3% (n=8) de los hombres en esta categoría.

En el cuestionario se ha preguntado a los/as participantes (n=344) sobre el tipo de población que atiende en su CSM, categorizando en población adulta, población infanto-juvenil, o ambas. El 64,8% (n=223) refieren trabajar con población adulta exclusivamente, el 24,4% (n=84) solo con población infanto-juvenil, y tan solo un 10,8% (n=37) refieren trabajar con ambas (Figura 2). Respecto a la participación en la tutorización de residentes, un 68,6% (n=236) sí lo hacen, y un 31,4% (n=108) no.

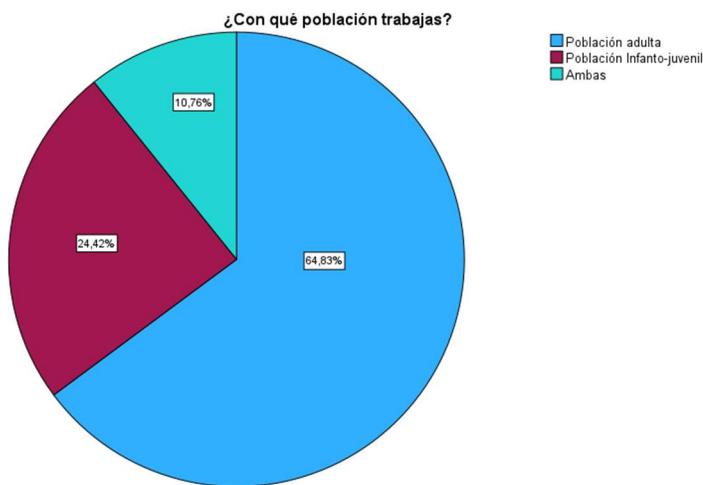


Figura 2. Distribución por la población atendida por los/as participantes

CONDICIONES DE TRABAJO.

En relación con el número de usuarias/os atendidas en una jornada de trabajo, incluyendo citadas y sin cita programada, **la mayoría de profesionales (56,4%) ve entre 8 y 12 personas al día**; un 19,8% ven entre 13 y 16 personas al día, y un 6,1% ven más de 16 (Tabla 5). De estas atenciones, la Tabla 6 muestra cómo el número semanal de nuevos más frecuente es entre 6 y 8 (46,5%), pero un 16,3% ve entre 9 y 12 nuevos a la semana, y un 4,7% más de 12. Dicho de otro modo, **un 67,5% de la muestra ve una media de más de un nuevo al día** (Figura 3).

	Frecuencia	% válido	% acumulado
< de 8	61	17,7	17,7
de 8 a 12	194	56,4	74,1
de 13 a 16	68	19,8	93,9
> de 16	21	6,1	100,0
Total	344	100,0	

Tabla 5. Número de usuarios atendidos en una jornada de trabajo

	Frecuencia	% válido	% acumulado
de 1 a 5	112	32,6	32,6
de 6 a 8	160	46,5	79,1
de 9 a 12	56	16,3	95,3
> 12	16	4,7	100,0
Total	344	100,0	

Tabla 6. Número de nuevos a la semana

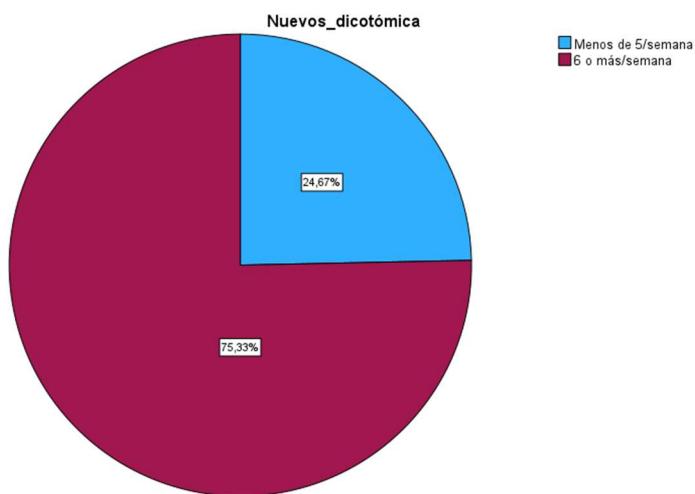


Figura 3. Representación dicotómica de pacientes nuevos, entre 5/semana o menos (equivalente a uno diario) o más.

Esto se relaciona en cierto modo con la disponibilidad de citas para revisión de que disponen las personas atendidas en el CSM, aspecto especialmente importante en el caso de las personas diagnosticadas de TMG. Tal y como se observa en la Tabla 7a, del total de participantes que han trabajado o trabajan en un CSM (n=344) **un 60,2% refieren que en su CSM se realizan de media entre cinco y doce visitas de seguimiento a las personas con TMG al año**, lo que implica una revisión mensual o menos; incluso un 12,4% refiere 4 citas anuales o menos. Solamente un 5,2% refiere que la media de citas en un año es de 25 o más, es decir, al menos dos citas al mes. Desagregando por categoría profesional encontramos que la frecuencia de **5 a 12 citas al año es la más frecuente en todas las**

categorías, exceptuando enfermería, que esta frecuencia aumenta a 13-24 citas de revisión en un 56,3% de los casos. Globalmente, **más del 90% de profesionales de psiquiatría ve a las personas con TMG una o menos de una vez al mes; En psicología clínica esto ocurre en un 81,6% de casos**, mientras que en categorías como trabajo social educación social e integración social estos porcentajes están más repartidos (Tabla 7b).

	Frecuencia	% válido	% acumulado
1 a 4	43	12,5	12,5
5 a 12	207	60,2	72,7
13 a 24	76	22,1	94,8
> 25	18	5,2	100,0
Total	344	100,0	

Tabla 7a. Promedio de revisiones anuales a personas diagnosticadas de TMG

	Psiquiatría	TS, ES, IS	Psicología clínica	Enfermería	Otros	Total
de 1 a 4	29	3	10	0	1	43
	20,1%	6,8%	13,2%	0,0%	11,1%	12,5%
de 5 a 12	101	24	52	27	3	207
	70,1%	54,5%	68,4%	38,0%	33,3%	60,2%
de 13 a 24	11	11	12	40	2	76
	7,6%	25,0%	15,8%	56,3%	22,2%	22,1%
25 o más	3	6	2	4	3	18
	2,1%	13,6%	2,6%	5,6%	33,3%	5,2%
Total	144	44	76	71	9	344
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7b. Promedio de revisiones anuales a personas diagnosticadas de TMG por categoría profesional. TS = Trabajo Social; ES= Educación Social; IS= Integración Social.

Un mayor o menor número de personas atendidas en la consulta repercute también en el tiempo de consulta disponible para cada una de esas personas. A este respecto más de dos tercios de los/as participantes valora el tiempo disponible para atender a cada paciente como escaso o claramente insuficiente (35,1% y 33,3%, respectivamente) y solamente un 7,4% lo califica como suficiente (Figura 4).

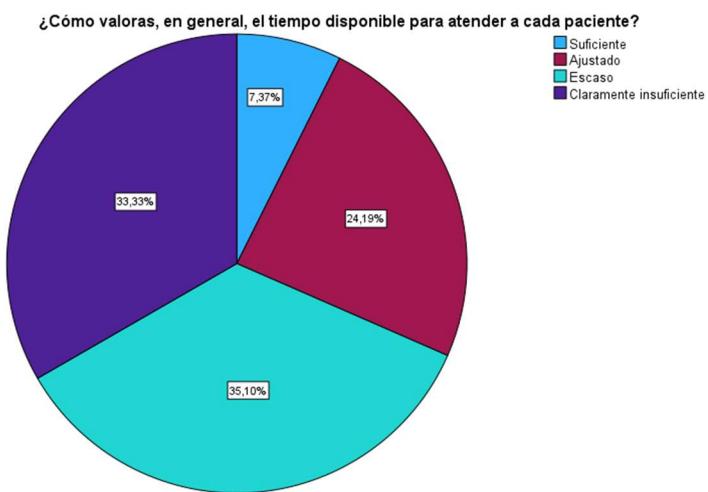


Figura 4. Representación de la valoración del tiempo por paciente.

También se ha preguntado acerca del volumen de **personal ausente** (por cualquier motivo) en la categoría profesional de cada participante, así como acerca del carácter prolongado de esas ausencias, considerando como tales las que duran más de 30 días. Se ha excluido de esta pregunta al personal único (sólo uno de su categoría profesional por centro, n=18). 157 personas (45,6%) refieren que hay algún profesional ausente en su categoría. De estos, el porcentaje de personal ausente está en prácticamente todos los casos por debajo de la mitad, y en un 43,9% está entre el 10 y el 50% (Tabla 8). En un 28% de respuestas, más de la mitad de las ausencias eran de larga duración y en un 30% entre el 10 y el 50% (Tabla 9).

	Frecuencia	% válido
< 10%	87	55,41
11-50%	69	43,94
> 50%	1	0,6
Total	157	100

Tabla 8. Porcentaje de profesionales ausentes en la categoría profesional del participante en el momento de la encuesta

	Frecuencia	% válido
< 10%	65	41,4
11-50%	48	30,5
> 50%	44	28
Total	157	100,0

Tabla 9. Porcentaje de ausencias de larga duración (más de 30 días)

GESTIÓN DE LA AGENDA

Casi dos tercios de participantes (61,9%, n=213) refiere no hacer descansos en su jornada laboral.

Respecto a cómo se resuelve la necesidad de **citas imprevistas que precisan de un acompañamiento en crisis** (empeoramiento de un TMG, ideación suicida...), **un 86% (n=296) refiere que la respuesta habitual es sobrecargar la agenda**, bien haciéndolo una/o misma, o bien forzándose huecos de forma externa. Otras respuestas, muchísimo más minoritarias, son que existen protocolos de centro para resolver de forma interdisciplinar estas cuestiones (5,8%), que existen huecos en la agenda para imprevistos y urgencias (4,9%) o que se deriva a otro recurso como urgencias o un ingreso (3,2%).

Atendiendo al **uso del tiempo que conllevan las diferentes tareas en el trabajo diario** del CSM, el cuestionario ha incluido preguntas sobre el tiempo destinado durante la jornada laboral a las siguientes tareas: asistencia presencial, asistencia telefónica o telemática, gestión de la historia clínica, tareas burocráticas o elaboración de informes, coordinación con el equipo u otros dispositivos, docencia con estudiantes o residentes, formación y atención a representantes comerciales.

En la categoría de **psiquiatría** participaron 144 profesionales. La distribución del tiempo asistencial dibuja un patrón consistente: un 59,1% (n=85) dedica cuatro o más horas diarias a la atención presencial. La atención telefónica y telemática se ha convertido en una obligación cotidiana para prácticamente todo el colectivo: el 94,4% (n=136) declara emplear entre 30 y 60 minutos diarios en esta actividad. Las tareas administrativas ocupan una parte importante de la jornada: en la gestión de la historia clínica, alrededor del 40% dedica menos de 15 minutos (42,4%, n = 61) o entre 30 y 60 minutos (39,6%, n = 57). Las tareas burocráticas y la elaboración de informes absorben entre 30 y 60 minutos al día para un 68,1% (n = 98), confirmando el peso creciente de la carga no asistencial en los CSM. Las funciones de coordinación se mantienen en márgenes ajustados: un 84,7% (n = 122) emplea 60 minutos o menos al día. La docencia a estudiantes y residentes ocupa 60 minutos o menos en el 75,0% (n = 108). En contraste, la formación propia prácticamente no tiene cabida: un 73,6% (n = 114) indica no poder dedicar ningún tiempo a esta actividad, lo que supone un riesgo para la actualización competencial y la calidad asistencial a medio y largo plazo. El contacto con representantes comerciales es residual: un 48,6% (n = 70) no dedica tiempo a esta actividad y un 47,2% (n = 68) emplea menos de 15 minutos al día.

¿Cómo sería una jornada promedio en psiquiatría? La atención presencial constituye el eje de la jornada laboral: la mayoría de los profesionales dedica cuatro horas o más al día a esta actividad. La atención telefónica o telemática ocupa unos 40–45 minutos diarios; la gestión de la historia clínica alrededor de 20–25 minutos; las tareas burocráticas unos 35–40 minutos; y las funciones de coordinación y docencia en torno a 50 minutos cada una. La formación propia apenas aparece en la jornada, y las visitas comerciales rara vez superan los 5 minutos al día. El resto del tiempo se reparte entre actividades no capturadas por la encuesta, incidencias asistenciales o tareas no sistematizadas (figura 5)

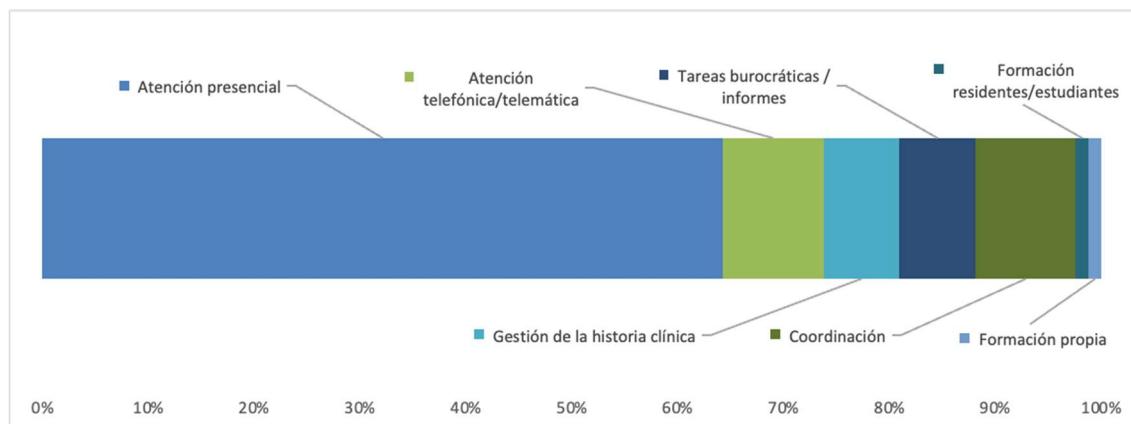


Figura 5. Representación del reparto del tiempo por tareas en una jornada tipo de psiquiatría.

Los/as participantes dentro de la categoría de **psicología clínica** (n= 76), refieren dedicar cuatro o más horas a la atención presencial en un 55,3% (n=42) de los casos, mientras hasta un 38,2% (n=29) refiere dedicar a esta tarea entre 30 y 60 minutos diarios. Del mismo modo, un 86,6% (n=66) de participantes de esta categoría refieren dedicar a la atención telefónica o telemática menos de 15 minutos en su jornada laboral ordinaria. Para una mayoría del 84,2% (n=64), la gestión de la historia clínica requiere de 60 minutos o menos cada día, misma dedicación que se destina a tareas burocráticas y elaboración de informes para un 89,4% (n=68) de participantes de esta categoría, y a la coordinación con otros profesionales del equipo u otros dispositivos en un 82,9% (n=63) de los casos. La formación de estudiantes o residentes ocupa menos de 60 minutos diarios a un 73,8% (n=56) de los/as participantes, mientras que la formación propia no ocupa ningún tiempo en la jornada diaria ordinaria en un 72,4% (n=55) de los casos. Por último, la atención a representantes comerciales tampoco ocupa ningún tiempo en su jornada diaria según refiere el 96,1% (n=73) de los/as participantes de esta categoría.

De 71 participantes de la categoría de **enfermería**, una mayoría (40,8%, n=29) de las respuestas refieren dedicar a la asistencia presencial entre 30 y 60 minutos diarios, misma proporción que refiere una dedicación superior a cuatro horas diarias. La asistencia telefónica o telemática ocupa en el caso estos/as participantes entre 30 y 60 minutos diarios en el 81,7% (n=58) de los casos. La gestión de la historia clínica lleva menos de 60 minutos diarios para un 77,5% (n=55) de los/as participantes, mismo tiempo que ocupa la burocracia o redacción de informes en un 71,9% (n=51) de los casos. Las tareas de coordinación ocupan hasta 60 minutos de la jornada diaria de estos/as participantes en un 77,5% (n=55) de los casos, mientras que la docencia a estudiantes o residentes les lleva ese mismo tiempo diario en un 57,8% (n=41) de los/as participantes. A la hora de preguntar sobre el tiempo diario dedicado a la formación propia, un 43,7% (n=31) refiere no dedicar nada de tiempo y un 35,2% (n=25) refiere dedicar menos de 15 minutos diarios. Un 70,4% (n=50) refieren no dedicar nada de tiempo de su jornada a la atención a representantes comerciales.

Tomando de forma agrupada a los/as profesionales de **Trabajo Social, Educación Social e Integración Social**, de 44 participantes dentro de esta categoría vemos que hasta un 40,9% (n=18) dedican entre 30-60 minutos diarios a la atención presencial, mientras que son hasta un 72,7% (n=32) quienes dedican ese mismo tiempo a la atención telefónica o telemática. Casi la mitad de estos/as profesionales (47,7%, n=21) dedican otros 30-60 minutos de su jornada laboral diaria a la gestión de la historia clínica, mientras que asciende al 72,8% (n=32) los que dedican entre 30 minutos y dos horas diarias a tareas burocráticas y elaboración de informes. Un 68,2% (n=30) ocupa 60 minutos o menos en su jornada diaria a tareas de coordinación con otros profesionales, mientras que tareas como la formación de estudiantes, la formación propia o la atención a representantes comerciales no ocupa tiempo en su jornada en un 61,4% (n=27), 52,3% (n=23) y 77,3% (n=34) de los casos, respectivamente.

COORDINACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO.

El 66,9% (n=230) de los/as participantes que trabajan en CSM refieren sentir que trabajan en equipo. Respecto a los **espacios de coordinación**, una mayoría de participantes refieren que esos espacios y procedimientos de coordinación existen y tienen lugar con regularidad, aunque existe una distinción clara entre la coordinación con

recursos de la red de salud mental y con otros recursos sanitarios o intersectoriales. Como se puede apreciar en la Figura 6:

- Los espacios de coordinación interdisciplinar, es decir, entre profesionales de distintas categorías que trabajan en el mismo centro, existen y tienen lugar con regularidad según refieren un 61,6% (n=212) de participantes. En casi uno de cada cuatro casos (22,6%), sólo existen individualmente y dependientes del voluntarismo personal.
- Los espacios de coordinación con otros recursos dentro de la Red de Salud Mental y Rehabilitación (hospital, hospitales de día, CRPS, CRL...), existen y tienen lugar con regularidad según un 69,9% (n=240) de participantes.
- Los espacios de coordinación con otros recursos fuera de la Red de Salud Mental implicados en la atención a la población presentan mucha más variabilidad: existen y tienen lugar con regularidad sólo en un 31,1% (n=107) de los casos. Un 26,5% (n=91) refieren que no son regulares pero pueden ser convocados, y un 25,0% (n=86) refieren que solo se dan entre profesionales concretos de esos servicios.

No existen espacios de coordinación en alrededor de un 4% de los casos dentro de los centros o de la propia red, pero la cifra asciende hasta un 17,4% con los recursos externos, dificultando el trabajo intersectorial y el trabajo coordinado con otros niveles del sistema sanitario.

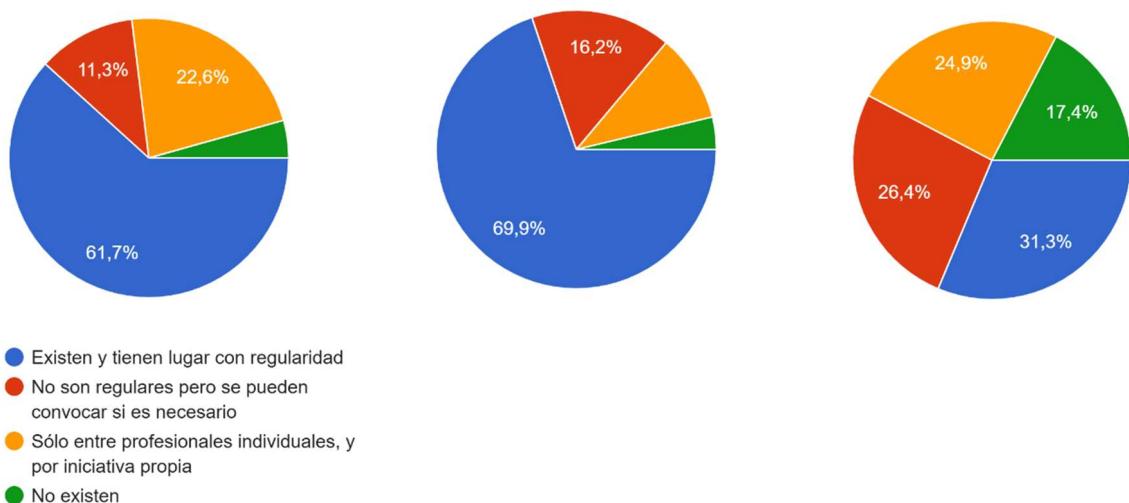


Figura 6. Espacios de coordinación, interdisciplinares dentro del mismo centro (izda), con otros recursos de la red de salud mental (centro) y con recursos externos (dcha)

SATISFACCIÓN

En un sentido más global, se ha preguntado a los/as participantes que trabajan o han trabajado en CSM sobre las condiciones óptimas para el ejercicio de su profesión y **más de tres cuartas partes (82,6%, n= 217) considera el poder ejercer como les gustaría como difícil o imposible** (47,4%, n=163; 35,2%, n=121, respectivamente) (Figura 7). Sin embargo, al preguntar a los/as participantes sobre su **satisfacción global** con el trabajo, utilizando una escala Likert 0-5, la mayor parte de los/as participantes lo califica con un 3 (Figura 8).

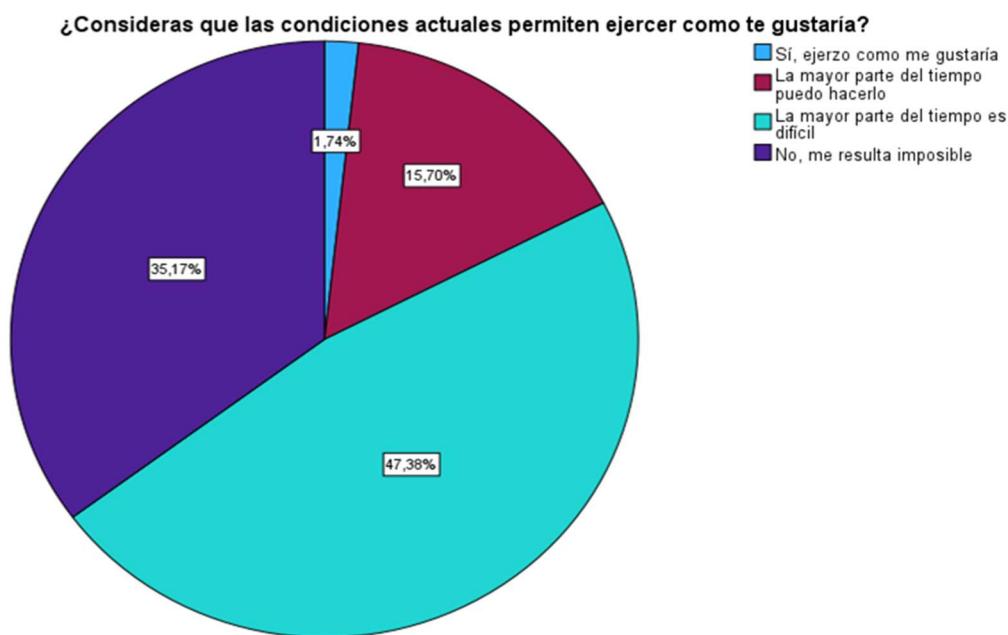


Figura 7. ¿Consideras que las condiciones actuales permiten ejercer como te gustaría?

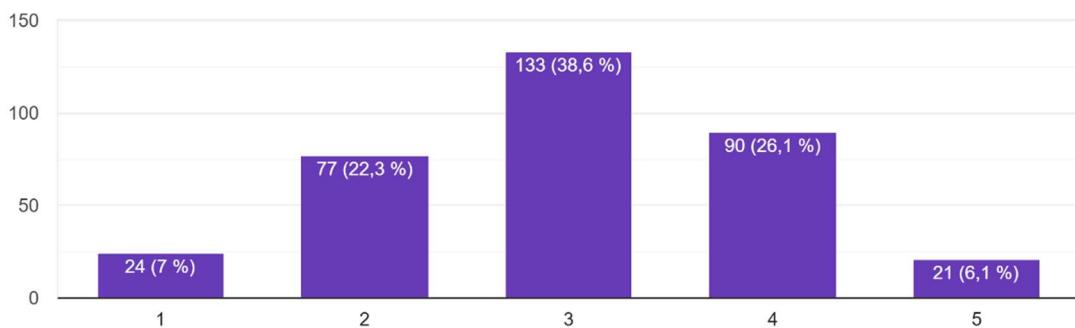


Figura 8. Satisfacción global con el trabajo en CSM (siendo 1: muy mala, y 5: muy buena)

IMPACTO PSICOLÓGICO y EN LA VIDA PERSONAL.

Se ha solicitado a los/as participantes que puntuaran en una escala Likert de 0-5 el grado de desgaste psicológico percibido relacionado con la actividad laboral, siendo “nada” el 0, e “insopportable” el 5. A este respecto, **más de un 83% codifica su malestar por encima del punto medio (puntuación de 3-5)**, declarando casi un 9% la puntuación máxima (Figura 9).

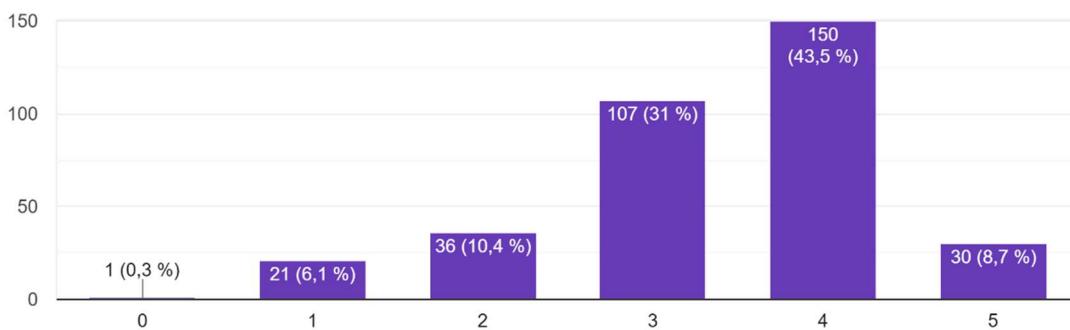


Figura 9. Grado de desgaste psicológico que comporta el trabajo en el CSM (siendo 0: nada, y 5: insopportable)

Para valorar parámetros específicos relacionados con el **desgaste psicológico y el burnout profesional**, se pregunta a las/los participantes si se han identificado con alguna de las siguientes afirmaciones a lo largo del último mes. Se indica a continuación el porcentaje de profesionales que responde afirmativamente:

- “Suelo hacer horas extra de forma frecuente porque no puedo cumplir con las demandas dentro del horario laboral”: 39,7% (n=137)
- “Suelo llevarme trabajo o tareas pendientes a casa”: 42,6% (n=147)
- “Suelo soñar con el trabajo o descubrirme pensando en situaciones del trabajo durante el tiempo libre”: 58,6% (n=202)
- “He tenido que traicionar principios personales para hacer mi trabajo”: 35,1% (n=121)
- “Creo que la gestión de los desacuerdos y conflictos en el equipo no es adecuada”: 30,4% (n=105)
- “Siento que no puedo influir en mejorar mis condiciones de ejercicio”: 52,2% (n=180)

- “No creo que desde la institución se trate diferente a profesionales que trabajan bien y mal”: 60% (n=207)
- “Creo que el trabajo interfiere con mi vida familiar y relacional”: 35,9% (n=124)

Ante la pregunta a profesionales que trabajan o han trabajado en CSM acerca de si han tenido algún **proceso de IT en la que el trabajo pudiera estar implicado**, un 14,2% (n=49) de los participantes referían haber presentado un proceso de este tipo. Es interesante destacar que, de estas, el 95,9% (n=47) se dan en mujeres, aunque estas suponen el 79,1% de la muestra.

Finalmente, se han explorado las correlaciones existentes entre varias de las variables descritas anteriormente (Tabla 10). Tal y como podemos observar, existe una correlación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre algunas de las variables:

- **El grado de desgaste psicológico correlaciona positivamente con el número de personas atendidas al día y con el tiempo disponible para atenderlas** (el tiempo se valora con una escala Likert 1-4 en la que 1 es “suficiente” y 4 es “claramente insuficiente). Esto significa que a mayor número de personas atendidas y mayor sensación de falta de tiempo encontramos un mayor desgaste psicológico.
- Se pueden apreciar otras correlaciones de escasa trascendencia de cara al objeto de estudio (entre personas citadas y número de pacientes nuevos o tiempo disponible para cada consulta, también entre la ausencia de profesionales y número de pacientes nuevos o tiempo disponible para cada consulta).

Estudio sobre el estado de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

		Puntúa, por favor, el grado de desgaste psicológico que te comporta el trabajo.	¿A cuántas personas - citadas o no- sueles atender en un día normal?	¿Cuántos/as pacientes nuevos ves por semana?	¿Cómo valoras el tiempo disponible para atender a cada paciente?	¿Qué porcentaje del total de profesionales en tu categoría están ausentes ahora?	¿Cuántas de estas ausencias son de larga duración? (más de un mes)
Puntúa, por favor, el grado de desgaste psicológico que te comporta el trabajo.	Coeficiente	1,000	,173**	,073	,361**	,080	,098
	Sig. (bilateral)	.	,001	,174	<,001	,325	,225
	N	344	344	344	339	155	156
¿A cuántas personas - citadas o no- sueles atender en un día normal?	Coeficiente	,173**	1,000	,255**	,303**	,062	,031
	Sig. (bilateral)	,001	.	<,001	<,001	,443	,697
	N	344	344	344	339	155	156
¿Cuántos/as pacientes nuevos ves por semana?	Coeficiente	,073	,255**	1,000	,268**	,194*	,145
	Sig. (bilateral)	,174	<,001	.	<,001	,016	,072
	N	344	344	454	339	155	156
¿Cómo valoras, en general, el tiempo disponible para atender a cada paciente?	Coeficiente	,361**	,303**	,268**	1,000	,182*	,251**
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001	<,001	.	,025	,002
	N	339	339	339	339	152	153
¿Qué % del total de profesionales en tu categoría están ausentes ahora?	Coeficiente	,080	,062	,194*	,182*	1,000	,345**
	Sig. (bilateral)	,325	,443	,016	,025	.	<,001
	N	155	155	155	152	155	155
¿Cuántas de estas ausencias son de larga duración? (>1 mes)	Coeficiente	,098	,031	,145	,251**	,345**	1,000
	Sig. (bilateral)	,225	,697	,072	,002	<,001	.
	N	156	156	156	153	155	156

Tabla 10. Correlaciones entre variables de sobrecarga y tiempo, y desgaste psicológico.

PRESTIGIO, VALORACIÓN Y PROYECCIÓN.

El total de los/as participantes en la Encuesta (n=454) han respondido preguntas sobre la visión general de los CSM, su labor y su situación actual.

Para explorar la proyección se pregunta si, tomando en consideración sus respuestas previas, aceptarían un contrato de trabajo en un CSM con cupo propio o, en su caso, renovar el que puedan tener en vigor en el momento de la encuesta. Como se observa en la Tabla 11, hasta un 66,5% (n=302) de los/as participantes refiere que sí trabajaría o continuaría trabajando en CSM, siendo las respuestas afirmativas globalmente más numerosas que las negativas.

	Frecuencia	%	% acumulado
Sí	86	18,9	18,9
Probablemente sí	216	47,6	66,5
Probablemente no	134	29,5	96,0
Nunca	18	4,0	100,0
Total	454	100,0	

Tabla 11. Si te ofrecieran un contrato en un CSM con cupo propio, o renovar el existente ¿lo aceptarías?

Para explorar la valoración externa percibida de los CSM, se pregunta por un lado por el nivel gerencial (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, Consejería de Sanidad, Direcciones asistenciales...) y más de la mitad de los/as participantes de la muestra (**51,3%; n=233**) **considera que se le da poca importancia a los CSM y un 27,5% (n=125) piensa que no se valoran nada**. Por otro lado, preguntando por la propia valoración de los atributos más importantes de los CSM, el más puntuado es “**poder sostener un vínculo personal en el tiempo y poder dar continuidad asistencial**” (83,7%), seguido de la “**visión integral de los problemas de salud mental teniendo en cuenta la biografía y el contexto de la persona**” (70,5%) y por la “**posibilidad de trabajo en la comunidad**” (55,4%).

El cuestionario ha explorado la opinión del total de participantes (n=454) en relación con el impacto que diferentes condiciones del servicio y factores pueden tener en la dificultad para poder trabajar adecuadamente en un CSM y en su estado actual. En estos

casos se les pide que valoren esa dificultad con una escala Likert 1-5, donde 1 indica menor impacto y 5 mayor impacto. En la Tabla 12 se exponen, ordenados de mayor a menor, los factores según hayan sido puntuados con la puntuación máxima, es decir, valorados como generadores de un gran impacto.

	Frecuencia de puntuación con 5	%
Decisiones de gestión de la Comunidad de Madrid	253	55,7
Aumento del número de personas atendidas durante una jornada laboral	221	48,7
Aumento del número de pacientes nuevos	219	48,2
Aumento del intervalo entre consultas sucesivas	213	46,9
Disminución del tiempo de consulta	201	44,3
Burocracia	153	33,7
Pérdida de espacios de coordinación internos y externos	150	33,0
Pérdida de espacios de supervisión	150	33,0
El nivel nacional (Ministerio de Sanidad y otros)	143	31,5
Pérdida de autonomía en la gestión de la agenda	129	28,4
Equipos Directivos de los CSM	126	27,8
Pérdida de espacios grupales	118	26,0
Pérdida de sesiones o espacios formativos	111	24,4
Demandas de la población	87	19,2
Derivaciones a Salud Mental desde otros ámbitos sanitarios o no sanitarios	79	17,4
La forma de trabajar en los CSM	57	12,6
Profesionales de la red	26	5,7

Tabla 12. Frecuencia y % de participantes que puntuán con un 5 (mayor impacto) los diferentes factores que influyen en el estado actual de los CSM y la dificultad para el trabajo diario. Ordenados de mayor a menor.

Por último, se pide a las personas participantes una valoración, en escala Likert (de muy bueno a muy malo) sobre el estado actual de los CSM. Una abrumadora mayoría (66,4%, n=302) lo califican como malo o muy malo. Además, ni una sola persona de toda la muestra lo califica como muy bueno, y sólo un 4,4% (n=20) como bueno. (Figura 10)

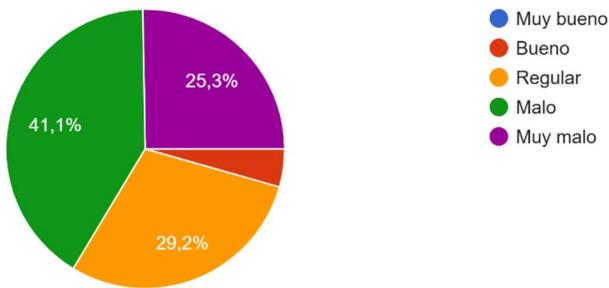


Figura 10. Calificación del estado actual de los CSM.

C. CONCLUSIONES:

La encuesta realizada obtiene unos datos muy altos de participación, considerados en relación a los datos disponibles de profesionales de la red de salud mental madrileña, así como perfiles profesionales muy diversos y cercanos a las proporciones reales de trabajo en los CSM (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2022). La mayoría de personas que responden son mujeres, menores de 40 años, aproximadamente dos de cada tres con contratos no fijos, y con un alto compromiso con la tutorización de residentes.

El primer bloque son las **condiciones de trabajo**, en el cual se aprecian datos claros de sobrecarga, relacionada tanto con el número de pacientes como con la falta de tiempo. En este estudio se ven, como promedio, muchos pacientes al día: más de la mitad ve entre 8 y 12, y uno de cada cuatro ve más de 12. De estos, el porcentaje de nuevos también es elevado: casi la mitad ven entre 6 y 8 a la semana y uno de cada cinco ve 9 o más. Globalmente, dos de cada tres personas de la muestra ven 6 o más nuevos a la semana, lo que equivale a más de uno al día. El tiempo por paciente se valora abrumadoramente como escaso o claramente insuficiente, por dos tercios de los participantes. Y respecto a la capacidad de citar periódicamente a personas con TMG, que son quienes necesitan un seguimiento más frecuente y estrecho, casi 3 de cada 4 afirma no dar ni siquiera una cita al mes, siendo psiquiatría el colectivo profesional que más dificultades tiene para esto. Las ausencias de profesionales sin cubrir son habituales, declarando casi la mitad de participantes que hay alguna en su categoría en el momento de responder, y de las cuales en un 28% más de la mitad son prolongadas, con una duración superior a un mes. Esto genera una situación en la que la sobrecarga reduce la

capacidad de responder priorizando los recursos para las personas más graves y vulnerables, reproduciendo la Ley de cuidados inversos (Tudor Hart, 1971).

Respecto a la **gestión de la agenda**, se revela una dificultad para mantener una mínima autonomía, condicionada por la carga de trabajo. Dos de cada tres profesionales no hacen descansos en su jornada laboral, lo cual resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que el Estatuto Marco del personal estatutario del SNS reconoce el derecho a pausas adecuadas dentro de la jornada para garantizar la seguridad, la calidad asistencial y la salud laboral. La ausencia sistemática de descansos indica una sobrecarga estructural que afecta tanto al bienestar profesional como a la capacidad de atención segura y sostenida, y refleja un funcionamiento de los dispositivos que opera de facto por encima de los estándares básicos establecidos para el trabajo sanitario. Además, ante requerimientos imprevistos como urgencias o crisis en las personas usuarias, la respuesta más frecuente, declarada por el 86% de las profesionales, es generar más sobrecarga de la agenda forzando huecos, ya que en la mayoría de centros no parece haber indicaciones, protocolos ni huecos específicos para urgencias. Por último, analizando el encaje entre la diversidad de tareas, se identifica un patrón consistente con una dedicación mayoritaria a la atención presencial, seguida muy de lejos por la atención telefónica o telemática, el trabajo administrativo y la burocracia.

La **coordinación y trabajo en equipo** existe y están contempladas estructuras o tiempos para ellas en dos de cada tres respuestas, aunque se identifica una jerarquía: hay más espacios normalizados entre diferentes recursos de la red de salud mental, pero en los propios centros la coordinación interdisciplinar en ocasiones es más variable según necesidad y voluntad de las/os profesionales, y especialmente la coordinación con otros recursos sanitarios e intersectorial está mucho menos normalizada, por lo que en un porcentaje no pequeño depende del voluntarismo profesional.

En esta encuesta, existe un **equilibrio precario entre satisfacción laboral y desgaste psicológico**. Por un lado, un 83% de profesionales consideran que ejercer su profesión como les gustaría es difícil o imposible, y muchos de ellos puntúan muy alto el impacto psicológico de las condiciones de trabajo, declarando estar mal más de 4 de cada 5, y especialmente 1 de cada 10, que lo califican como “insopportable”. Un 15% declara haber tenido en el último año alguna baja laboral relacionada con el trabajo, y se encuentra una correlación estadísticamente significativa que confirma el nexo entre el número de personas atendidas y el tiempo disponible para hacerlo con el desgaste psicológico y el

burnout. Además, tres de cada cuatro personas creen que desde el nivel gerencial la labor de los CSM se valora poco o nada y que el estado actual de los CSM es malo o muy malo, en un 66% de casos.

Por otro lado, y a pesar de los datos claros de malestar y sufrimiento relacionados con el ámbito laboral, cuando se pregunta por satisfacción existen muchas puntuaciones medias y considerable variabilidad. También dos de cada tres profesionales afirman que si se les ofreciera un contrato en condiciones dignas en un CSM probablemente lo aceptarían. Los factores que más se valoran de este nivel asistencial son el vínculo, la continuidad asistencial, la perspectiva integral y el trabajo comunitario.

3. ESTUDIO CUALITATIVO.

A. METODOLOGÍA.

OBJETIVO.

El objetivo principal de este estudio cualitativo es analizar, desde los discursos de las propias personas que trabajan en los centros de salud mental (CSM) de la Comunidad de Madrid, la situación actual de estos centros y los factores que contribuyen a su empeoramiento, así como el impacto que esta situación tiene en las y los profesionales.

DISEÑO, CONVOCATORIA Y PERFILES.

Este estudio cualitativo se realizó mediante un grupo de discusión de 4 horas de duración con profesionales de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid, el 20 de junio de 2025.

La convocatoria tuvo lugar de forma abierta y por bola de nieve a través de las redes de la junta de la AMSM y de sus miembros, solicitando participación a diferentes perfiles profesionales de la red para conseguir una muestra heterogénea.

Se convocaron inicialmente dos fechas para realizar dos grupos, pero una de ellas no pudo realizarse por falta de asistencia suficiente, por lo que se realiza y analiza una única sesión.

En la convocatoria inicial para dos fechas se inscribieron 22 personas. Tras la cancelación de una de las fechas por asistencia insuficiente, se reconfirmó la segunda fecha, reafirmando asistencia 19 personas, de las cuales asistieron finalmente 9 (Tabla 13)

		PROFESIÓN		TOTAL
		PSQ	Otro*	
GÉNERO	F	5	0	5
	M	3	1	4
TOTAL		8	1	9

Tabla 13. Género y perfil profesional de las personas participantes. *Se trata de un terapeuta ocupacional.

La sesión se basó en el marco teórico de psicodinámica del trabajo de Christophe Dejours (2009), dividiendo el tiempo disponible en dos bloques: el primero dedicado a introducir el marco teórico y relatar un día laboral cualquiera analizando los conflictos cotidianos, y el segundo a reflexionar sobre estrategias defensivas y posibles cursos de acción. En ambos

bloques se realizó primero discusión en 3 subgrupos para facilitar la participación y emergencia de discursos, y posteriormente una puesta en común.

Dos personas con experiencia en el marco teórico de psicodinámica del trabajo condujeron el grupo de discusión, mientras una tercera persona realizó labores de observación.

GESTIÓN DE DATOS.

La participación fue voluntaria. Se envió con antelación una hoja de información sobre los objetivos de la sesión y las medidas de confidencialidad. Se recogió el consentimiento informado por escrito de todos los participantes previo al inicio del grupo.

Toda la sesión fue grabada en audio, incluyendo el trabajo en cada uno de los subgrupos, y posteriormente transcrita. Se anonimizaron las declaraciones así como cualquier referencia a nombres de personas o lugares.

ANÁLISIS.

Se realizó un árbol de códigos orientado al marco teórico tras una escucha preliminar de las entrevistas, que posteriormente se ramificó con categorías emergentes durante la codificación.

Dos personas analizaron las transcripciones de forma independiente para triangular y aumentar la calidad de los datos. Se debatieron y consensuaron las dudas y divergencias.

Se llevó a cabo un análisis temático.

LIMITACIONES.

Debido a la captación abierta y en bola de nieve, así como las ausencias en la convocatoria final, los perfiles participantes fueron poco heterogéneos predominando la psiquiatría. La imposibilidad de haber realizado las dos sesiones previstas también limita la diversidad y representación de discursos en el estudio final.

A pesar de estas limitaciones, que hacen que los resultados tengan que interpretarse con cautela, muchos de los temas que emergen coinciden con literatura previa al respecto de la situación sanitaria en los últimos años y el *burnout* de las y los profesionales sanitarios.

B. RESULTADOS.

QUÉ NOS PASA.

CONDICIONES DE TRABAJO: poco tiempo, sobrecarga y primacía de lo asistencial.

En la descripción de un día de trabajo cotidiano, **el tiempo** emerge en los discursos como uno de los temas fundamentales, y la mayoría de menciones se refieren al tiempo como un recurso insuficiente y limitante. La falta de tiempo genera prisa, urgencia por empezar y una asimilación del tiempo de estar en el puesto de trabajo al tiempo de estar trabajando activamente:

“Llegar, dejar mi comida, dejar un poco... diez minutos como mucho estoy antes de ponerme al trabajo, mientras dejo cosas en el...” subgrupo 1 [Orador 1]

“A veces quizás saludas un poco a los compañeros y enseguida ya empezar al lío con el ordenador, ver la agenda.” subgrupo 1 [Orador 1]

La urgencia por dedicar todo el tiempo al trabajo de consulta va inundando otros tiempos también necesarios como los descansos, los espacios de socialización, e incluso el tiempo para pensar en la propia labor. Los tiempos no asistenciales desaparecen o se viven como en riesgo de hacerlo:

“Que no teníamos tiempo ni de ir al baño, correr a comer, ¿no? Bueno, toda esta locura es lo que más recuerdo.” subgrupo 2 [Orador 4]

“yo por lo menos y la gente con quien más hablaba en petit comité, sí, pero a veces incluso perdíamos ese escaso espacio y eso era terrible...” subgrupo 2 [Orador 4]

“tener tiempo, tiempo de reflexión, tiempo para empezar a trabajar, hilar fino, eso era muy beneficioso.” subgrupo 2 [Orador 5]

Ante esta situación, las y los profesionales hacen intentos de gestión de los tiempos - muchas veces entrando antes o saliendo más tarde-, pero en general se relatan como experiencias infructuosas o poco eficaces y se señala que institucionalmente no hay reciprocidad, hay una “flexibilidad perdida”, lo que genera más sufrimiento:

“Empieza con un madrugón tamaño natural, porque yo prefiero llegar pronto, en lugar de quedarme... Aunque me quedo de todas formas. Pero prefiero llegar pronto, que no haya nadie, y aprovechar para organizarme el día o estar un rato tranquila o mirar a ver el correo (...) Por mi cuenta, un rato yo sola.” subgrupo 2 [Orador 6]

“Bueno, como empiezo casi todos mis días por la mañana, que salgo corriendo siempre por la mañana, maldormida, suelo llevar a mi hija al colegio. Y nada, voy mal de tiempo, siempre arranco tarde o muy justa, arranco ya directamente, casi entrando el paciente y yo a la vez. Cosa que no consigo cambiar, porque es tal la presión asistencial que tenemos...” subgrupo 3 [Orador 7]

“Como esos espacios, esos pequeños privilegios, el tú gestionar un poco la agenda, los tiempos, que yo creo que en general, pues si te tienes que quedar... O sea, todos vivimos como que yo me quedo lo que haga falta... Me gusta cerrar esto, pero como me pongas los tiempos ya de fichar, como que se pervierte mucho eso, ¿no?” subgrupo 2 [Orador 4]

Además, los tiempos de revisión entre cita y cita se perciben como demasiado largos y no ajustables a las necesidades, lo cual genera perjuicio al paciente o una sobrecarga autoinducida de la agenda, ambas generadoras de malestar:

“los típicos agobios para pacientes que vas viendo, que necesitas verlos antes y que la agenda pues sale en tres meses y no es viable” subgrupo 3 [Orador 8]

En general, se habla del tiempo como un recurso desproporcionado a la tarea:

“Y tener siempre esa carga mental de todo lo que no me daba tiempo a hacer y que no hay espacio real para hacerlo.” subgrupo 2 [Orador 6]

Otro de los elementos que más se repiten es la **sobrecarga de pacientes**, que se vive como un peso y consecuencia de un exceso de demanda tanto “desde arriba” como desde la propia población.

“No sé, estaba demasiado optimizado el tiempo, lo que hablábamos antes, para que vieras 13, mejor que 12” subgrupo 2 [Orador 4]

Esta sobrecarga genera mucho malestar a las y los profesionales, hasta el punto de producir bajas laborales. Al mismo tiempo, se señala que la presión asistencial tiene consecuencias indeseadas sobre la propia tarea asistencial, como las dificultades de acceso o el riesgo de que las personas individuales atendidas se desdibujen en una masa, pero también el desplazamiento de otras tareas hacia su desaparición, en unos casos, o hacia las horas extra, en otros.

“Y luego la consulta. Cada 20 minutos he tenido... He mirado uno de los últimos días, 17 pacientes. Sin descanso. (...) No he podido ir a las reuniones de equipo. Era imposible. Porque no llegaba. Se ha ido siempre con retrasos y dificultades. Entonces ha sido como una ansiedad. Un sufrimiento que ha ido en aumento, en aumento, en aumento. De no poder llevar una consulta a tal volumen. Salir de allí a las 3 y media, 4. Llevarme el trabajo a casa.” subgrupo 1 [Orador 2]

“también tienen en común que los sitios donde he estado mejor eran espacios grupales, donde al final había una carga de trabajo limitada o fija (...) Y no había otra

cosa, o sea, como una masa de gente que no puedes ni siquiera ver todo a la vez porque no llega.” subgrupo 1 [Orador 3]

“Mucha, mucha, mucha, mucha carga de trabajo. No hay reuniones de equipo. No hay coordinación. Bueno, sí que había reuniones. Como cada quince días. Pero no estaba pudiendo ir por el volumen de pacientes.” subgrupo 1 [Orador 3]

La sobrecarga asistencial, en relación a la falta de tiempo, se vive como una de las principales fuentes de malestar y también como una barrera para poder pensar e implementar soluciones que pudieran aliviar la situación, generando un bucle de impotencia:

“- Pero, claro, pero es verdad que al final me veo tan... cada cosa que pienso... para llevarla a cabo o para ponerla en práctica tengo que saltar a las 500 personas que tengo en la agenda, entonces es complicado.

- La agenda pesa una barbaridad en un CSM, es que te atrapa, ¿no?

- Sí, sí, es terrible.” subgrupo 1 [Oradores 3 y 1]

En un escenario como el descrito, de alta demanda de pacientes con un tiempo insuficiente para atenderlos, emerge explícita o implícitamente una **jerarquización de tareas**, donde se impone una **primacía de lo asistencial** (la consulta individual) y una subalternidad del resto. Ante esta necesidad de buscar acomodos frente a la competencia de tareas, muchas profesionales muestran signos de claudicación o incluso de un cierto *colaboracionismo* por internalización de la norma no escrita de que lo principal es sostener el espacio de consulta individual, aunque sea a costa de lo demás. Como explica una participante, la posibilidad de desaparición de un espacio se vive como una pérdida pero también se vuelve algo “muy tentador” porque puede reconvertirse en un hueco más de consulta.

“Siempre pienso un poco a ver si saco el hueco para estos informes que he dejado pendientes, para esta coordinación que no es urgente, pero que me está requiriendo, y siempre me encuentro que si tengo un hueco para eso, lo empleo menos de lo que al principio de la mañana pensaba que lo iba a emplear en eso, porque la cabeza necesita también un poco de alivio” subgrupo 3 [Orador 7]

Respecto a las tareas concretas, una que se señala como muy importante y en riesgo por la presión asistencial son las **reuniones de equipo y espacios de coordinación**, dado que requieren de un cierto consenso y de estar contempladas en la agenda para ser sostenibles.

“Y cuanto más pacientes haya, lo primero que se cae es la coordinación. Claro, nosotros sí podemos bloquear huecos de agenda para coordinación, pero los profesionales no lo hacen.” Plenario 2 [Orador 5]

“Las reuniones de equipo, yo recuerdo que el coordinador que teníamos decía: ‘bueno, hoy tocaría la reunión’, que ya era una vez a la semana, ni siquiera a diario, ‘pero si no tenéis nada que decir, pues no la hacemos’. Por favor, si estábamos todos como esperando este momento, ¿no?” subgrupo 2 [Orador 4]

“Entonces eso era un motivo yo creo de mucha frustración, no tener como agendado el tiempo de coincidir con el equipo, el tiempo para coordinarse, tener que buscar huecos extras, porque no los hay” subgrupo 2 [Orador 6]

En particular, y dadas las dificultades de coordinación, la que se realiza con agentes *fuera* del CSM es tan invisible que apenas se habla de ella; un participante, sin embargo, alude al sufrimiento y sobrecarga que le produce sostenerla en soledad, a pesar de que cree en su importancia, y otra también pone en valor, como tarea invisibilizada, la labor comunitaria:

“El momento de abrir el correo electrónico todos los días me da pavor, porque salen 20 mails seguidos con... ‘por favor, voy a dejar mi correo electrónico para coordinarme con el colegio, con servicios sociales, no lo utilice para otras cuestiones’. Bueno, pues 20 mails con dudas de medicación, renovaciones de visados, situaciones urgentes de colegios, ‘este chico está súper mal y lo tienes que ver mañana’, y me cuesta mucho no contestarlos.” subgrupo 3 [Orador 9]

“Muchas veces me ayudaba mucho (...) que hay un montón de dispositivos que puedo derivar también. O sea, sin desprenderme del paciente, obviamente, pero que se puede acudir y ser un apoyo. Fue maravilloso descubrir el Espacio de Igualdad, los CAF... pero también me sentía como que nadie me contaba estas cosas, que lo tienes que descubrir casi por el periódico o según lo leías en las historias clínicas. (...) O sea, eso para mí fue muy doloroso porque me gustaba mucho la psiquiatría comunitaria. De hecho, yo decidí hacer medicina probablemente por una visión de la medicina de familia, de la comunidad y tal (...) Y yo me he encontrado que eso de la comunidad está perdido, perdidísimo.” Plenario 1 [Orador 3]

Otra tarea mencionada con frecuencia es la **burocracia**, que comprende escribir en la historia clínica, realizar informes... Se describe como una tarea pesada, inducida, y que se percibe como menos propia e importante, por lo que se relega a un segundo plano pero se va arrastrando, realizándose a menudo en horas extra.

“De hecho, es que vienen muchas veces para gestionar recursos, que para todo hace falta un informe, para todo hace falta un diagnóstico...” subgrupo 3 [Orador 7]

“Pero eso es otra de las cosas que me causan más agobio, ¿no? El escribir, todo lo que tenemos que escribir.” subgrupo 1 [Orador 2]

Por el contrario, una tarea que se valora positivamente, pese al trabajo que supone, es la **docencia de residentes**:

“estoy hace poco ahora con una residente conmigo, lo cual a mí me resulta muy grato, aunque es mucho trabajo, o sea, toda la parte de compartir, de dar compañía en el curso de la consulta y de transmitir, que a mí me da mucho placer el estar, no sé, transmitiendo lo que hacemos en el trabajo, me ayuda a pesar de lo duro que es el día”
subgrupo 3 [Orador 7]

Respecto a los **espacios y medios materiales** en los que se desarrolla la jornada laboral, destacan sobre todo dos ideas: por un lado la precariedad y la falta de facilidades que hace que las mejoras se tengan que pedir una y otra vez, y la necesidad de dotar de importancia simbólica a los espacios: que la consulta sea un espacio propio, o que los lugares comunes sean habitados con prácticas comunes, para que no pierdan su sentido:

“Yo trabajo de coordinadora del servicio y una parte importante es de cosas que necesitamos, que hay que pedírselas a la institución, de cosas que la institución pide que se vehiculan a través de mí, y eso, en realidad, para los microapoyos que supone, es la precariedad absoluta” subgrupo 2 [Orador 5]

“Yo no llevo nada [encima], pero no porque no tenga nada (...) porque necesito un montón, pero ya lo tengo ahí ¿no?, esa parte es grata de tener la consulta (...) ahora ya hace unos años siempre estoy en el mismo sitio, y ya tienes tu armario donde puedes dejar café, no sé qué librito (...) tienes todo ahí” Plenario 1 [Orador 4]

“A lo largo del día intento sacarme un hueco para el café, pero es verdad que si veo que voy a por el café aunque sea cinco minutos y no hay nadie en el estar, me vuelvo al despacho, porque necesito que el momento del café sea con otros compañeros un poco para que podamos sacar fuera todo.” subgrupo 3 [Orador 8]

Finalmente, se han recogido comentarios sobre las **normas**, constituidas por indicaciones explícitas o implícitas de cómo hay que realizar el trabajo, prescripciones que pueden ser insuficientes o incluso contradictorias a la hora de confrontar la realidad de la tarea. Por ejemplo, las relaciones en algunos equipos de verticalidad-pasividad con la persona coordinadora, donde los espacios de reunión son exclusivamente instrumentales y no un fin en sí mismo, o las prohibiciones de actos cotidianos para los que no se da una alternativa clara:

“Cuando había reunión era muy de... Venga, a ver, yo os tengo que decir... ¿no? O sea, que era el coordinador, era el que iba sacando los puntos (...) era como demasiado... Venga, cuanto antes, ¿no?” subgrupo 2 [Orador 4]

“una forma de pasar la prueba del algodón o identificar los truquitos sería rescatar esta definición de que el trabajo vivo muchas veces implica incumplir alguna norma o moverse por la alegalidad, o hacer algo que no está previsto. (...) me gustaría poner un ejemplo: tenemos la indicación de no enviar informes sin encriptar por correo electrónico; bueno, pues yo confieso que si tuviera que cumplir esa prescripción probablemente no podría hacer mi trabajo ¿no?” Plenario 1 [Orador 10]

También se reseña, de nuevo, la imposición de la centralidad de lo asistencial, como principal o incluso único ítem a medir y satisfacer, relegándose o directamente prohibiéndose otras tareas como las coordinaciones o los grupos. Al respecto de estos mecanismos de control, llama la atención la variabilidad entre centros o directamente la arbitrariedad de instrucciones aparentemente formales, cuya validez queda confrontada al debatirlas.

“A nosotros nos lo han prohibido expresamente, hemos pedido los huecos de coordinación y aun solicitándolo nos han dicho que no, que eso no sirve para nada...”
Plenario 2 [Orador 8]

“- Eso tiene que ver con los truquillos que hablábamos antes, porque son cosas que haces sin pedirle permiso a tu jefe. (...)
- En realidad no hay... Creo yo, ¿no? No sé si en vuestro sitio hay tanto control. En otros sitios no.” Plenario 2 [Oradores 7 y 5]

EL AFUERA: el trabajo lo invade todo.

Todas las personas participantes se muestran de acuerdo en la carga mental y sufrimiento que el trabajo les genera en su tiempo libre. En los momentos **antes** de ir a trabajar, muchas de ellas se despiertan anticipando las tareas y rumiando la sobrecarga que esperan encontrar. Por eso, cada una a su manera, desarrolla estrategias para dilatar o acortar este tiempo, o hacerlo más agradable:

“¿Cómo sería mi día a día? Pues yo empiezo a trabajar antes de entrar a trabajar. (...) yo voy en el autobús y ya empiezo. Ya empiezo antes, a mirar correos, a organizar.”
subgrupo 1 [Orador 1]

“Yo tengo la suerte de poder ir andando a trabajar, porque mi casa está cerca del CSM, y si me he levantado bien, pues voy andando, y así hago un poco de ejercicio” subgrupo 3 [Orador 8]

En el tiempo libre **después** del trabajo se refiere un agotamiento cotidiano y una dificultad generalizada de desconectar, sobre todo relacionada con las historias y el sufrimiento de pacientes. Para intentar compensar este sentimiento algunas personas dicen hacer horas extra o llevarse trabajo a casa. Pero también se narran sentimientos de culpa propios y con la familia, dificultades para la conciliación de los cuidados y estrategias para disminuir el malestar.

“Y luego está este salir del trabajo, llegar a casa... algunas veces sí soy capaz de ponerme a pensar en el viaje a Japón o lo que sea, fenomenal, pero en realidad, la mayor parte de las veces lo laboral lo invade todo, lo invade todo” grupo 2 [Orador 6]

“Llegué a mi casa muy cansada, sin haber visto a mi familia, me quedé viendo una película con mis hijas para poder compensar, porque entonces estaba y me volví a acostar a la una de la mañana.” subgrupo 3 [Orador 7]

Esta repercusión de la sobrecarga laboral en el tiempo libre se acumula día a día, y es especialmente importante en situaciones de turnicidad, donde entre jornada y jornada pasan pocas horas:

“Yo la verdad que empiezo a trabajar el lunes y termino de trabajar el viernes. O sea, como que no desconecto, descanso el fin de semana. Con suerte. Pero ayer, por ejemplo, terminé de trabajar a las nueve y media de la noche. Y esta mañana he entrado a las ocho. Me he acostado pensando en mis pacientes.” subgrupo 1 [Orador 3]

LOS OTROS: poder encontrarse y reconocerse.

Los discursos que afectan a la interpretación de los malestares originados por el trabajo, la construcción de sentido y las explicaciones sobre qué nos pasa, no tienen lugar sólo en el plano de la individualidad, sino en relación con los otros. Se identificaron tres grupos significativos: “los de arriba”, los y las compañeros, y la población, sea o no usuaria de los CSM.

La figura de **“los de arriba”** engloba a las figuras de autoridad que se perciben como capaces de tomar decisiones que afectan al día a día del personal sanitario. La forma más habitual de discurso es hablar de “la institución” como algo ajeno en tercera persona y con tono alejado y descreído; fundamentalmente se expresan quejas sobre la precariedad de las condiciones materiales de trabajo, las altísimas demandas e incluso por peticiones poco realistas.

“Está todo por la precariedad, por las circunstancias, por la estrategia defensiva frente a que la tarea cada vez es más difícil de hacer, es todo tan precario... nos demandan tanto desde fuera, nos demandan tanto desde arriba...” subgrupo 2 [Orador 5]

“Por una parte, como que la institución pide cosas que tú sabes que no se puede, que no se puede pedir a los compañeros eso que te están pidiendo, y por otra parte los compañeros se sienten explotados, así que nada, cambiaré de trabajo cuando pueda” subgrupo 2 [Orador 5]

Respecto a la **población general**, sucede un fenómeno del que ya se alertaba al hablar de los riesgos de la sobrecarga: por un lado, al hablar de la población como masa, emergen sobre todo discursos sobre la presión asistencial, las demandas relacionadas con diagnóstico y tratamiento, y las expectativas de ayuda colocadas en lo sanitario para

problemas que, desde allí, se interpretan como de origen social, y ante los que se cree que no se puede prestar esa ayuda.

"Otra de las frustraciones habituales es el tema de que en cada historia, casi, aparece una presión social, y de la institución, y del discurso social, que no me deja maniobrar y que me cabrea mucho. Que venga, que me diga una mamá, que la profe le ha dicho que hay que medicar al niño, ¿no?" subgrupo 3 [Orador 7]

"Me planteo un poco qué expectativas tiene la sociedad de las cosas que tenemos que hacer y qué es lo que realmente podemos hacer, y si, realmente, con todo lo que asumimos, ayudamos o no ayudamos. Porque hay gente que viene y que yo veo un malestar, pero veo un malestar que yo no puedo tratar, ¿no? un malestar social"
Plenario 2 [Orador 3]

Al respecto de la demanda poblacional excesiva o mal situada, una de las participantes se pregunta de forma autocrítica por la lectura que como profesionales hacemos de ella y la capacidad de repensar los marcos y adaptar las respuestas:

"Yo empecé ya hace más de 30 años, estoy ya para jubilar. Pero recuerdo a los que eran entonces mis adjuntos diciendo exactamente lo mismo: la demanda ha cambiado. No sé cuál sería la demanda de antes (...) pero lo que quiero decir es si no habrá algo, también en la forma de la profesión, de contemplar las cosas, que nos parece que la gente viene y no tiene que venir" Plenario 2 [Orador 5]

Por otro lado, cuando la población general tiene cara e historia, y se trata de un/a paciente, el discurso es bastante diferente. En este caso, se recupera un poco el sentido de la profesión e incluso el reconocimiento, a través de la utilidad de la tarea compartida. Sin embargo, también la relación con las personas atendidas es el espacio donde se pone cuerpo a las dificultades generadas por esa sobrecarga y falta de tiempo, materializadas en una imposibilidad de cumplir con las necesidades y responder a lo que se considera que se debería hacer.

"El reconocimiento, yo en realidad lo siento pocas veces, muy mediado por los pacientes, algunas veces por los compañeros, pero en general no, en general más mediado con un paciente que va bien o esta sensación de que estáis haciendo juntos un trabajo que merece la pena hacer" subgrupo 2 [Orador 6]

"Entonces veo al paciente nuevo, muchas veces es un paciente que vive fuera de zona sanitaria, y tiene unas expectativas que tú no puedes cumplir, miras la agenda, cuándo le doy cita a este tío, que es un paciente que necesita que le vea... y tienes ocupado hasta diciembre, todo lleno." subgrupo 3 [Orador 8]

La relación con **los compañeros** se describe como muy mediada por las condiciones de trabajo, pero también con un potencial modificador de las mismas. Por un lado, como ya

se ha mencionado, tanto los espacios informales de encuentro como los más formales de coordinación y reunión se encuentran en riesgo o directamente han desaparecido a causa de la sobrecarga asistencial y la falta de tiempo. En otras ocasiones las reuniones tienen lugar, pero de forma estereotipada y carente de utilidad. La mayoría de la jornada laboral se pasa en el despacho, que es un espacio privado y de soledad.

“siempre estaban los típicos mensajes, de bueno, nos tomamos un café juntos y hablamos y tal, con la gente que mejor me llevaba, pero claro, ¿cuándo?” subgrupo 2 [Orador 4]

Además, emergen desencuentros e incomprendiciones, especialmente entre diferentes colectivos profesionales. Estos discursos denotan en ocasiones problemas comunicativos, enrocamiento en las tareas propias de cada categoría y una dificultad para asumir tareas o responsabilidades de manera compartida. La dificultad para trascender lo individual se expresa también en actitudes de pasividad en los espacios de equipo, que se pueden considerar algo ajeno o de poco valor.

“Cuando llego, pues miro al que está en la entrada, XXX, que es un chico que coge el teléfono, es un chico muy majó, pero que no controla muy bien lo que dice, entonces dice “madre mía, tienes no sé cuantos avisos”. Hablamos con la administrativa, metemos a un paciente en un hueco, ya lo tenemos ocupado, ¿dónde lo colocamos? “Bueno, me quedo esta tarde un rato más, porque a este paciente hay que verle antes de una semana”, ya entro encabronadísimo, no me gusta hablar con la gente en general, odio a todo el mundo”

subgrupo 3 [Orador 9]

“La reunión del equipo, no sé, el mío cuesta participar, cuesta que se hable, cuesta que se diga” subgrupo 2 [Orador 6]

Por otro lado, lo que más se menciona es la ayuda que supone poder tener espacios distendidos con las y los compañeros para poder relajarse, comentar dudas clínicas, reflexionar sobre la práctica y sentirse menos solos. A menudo, además, estos momentos agradables se entremezclan y pueden darse en el seno de espacios más formales como las reuniones. Sin embargo, y debido a las tiranteces que antes se mencionaban, un participante afirma preferir espacios donde no vayan a darse conversaciones de contenido laboral.

“Hay una parte muy importante en mi trabajo que tiene que ver (...) con la relación con los compañeros, que tiene para mí como dos aspectos. Uno es la posibilidad de compartir cosas con ellos, que es una historia agradable y que algunas veces es verdad que da pie a la creatividad, otras veces a sentirte menos solo, otras veces por lo menos a tener una visión compartida de las cosas.” subgrupo 2 [Orador 6]

“Ayer jueves fue el día de sesión clínica, que además estuvo muy bien, por lo cual también hay un espacio de -al menos la última hora del día- nos juntamos todo el equipo, nos reímos un rato, mientras se prepara XXX para empezar a hablar coordinas, hablas, compartes un poco este trabajo intenso que tenemos, y luego la sesión estuvo muy chula, con lo cual bien.” subgrupo 3 [Orador 7]

“El único descanso que yo tengo, a diferencia de vosotros hay gente que me cuesta bastante, y si me relaciono, prefiero relacionarme con administrativos, con la de la limpieza, con el de seguridad, me resulta más fácil que volver a estar hablando con compañeros.” subgrupo 3 [Orador 9]

Algunas de las participantes añaden, además, un vínculo más sólido y significativo relacionado con la cooperación y una identidad compartida. Este sentimiento de comunidad funciona como un ancla ante las dificultades y el abandono porque anima a sentir el equipo del CSM como un proyecto propio, y también es un gran sustento para pensar el cambio y correr riesgos compartidos. A pesar de todas las dificultades cotidianas relatadas, este vínculo compartido es lo que ayuda a poder levantar la vista de los malestares presentes y poder proyectarse juntas hacia la posibilidad de un futuro mejor.

“Es verdad que cuando eres joven, cuando corres riesgo, cambias. Ahora es cómo corres riesgos con otros, pero desde dentro, ¿sabes? Sin romper, sin irme a otro sitio, sin iniciar otra cosa nueva, trabajo en un CSM que hay que mejorar (...) Y entonces me he imaginado un futuro diciendo: ‘voy a recuperar eso de los otros’” subgrupo 1 [Orador 1]

“Rescataba dos temas centrales: uno tenía que ver con compartir, con cooperar, con el contacto directo, con el poder relacionarse con compañeros, con que haya un tiempo de reflexión compartido. (...) y luego otro era la posibilidad de tener un proyecto, el poder construir algo, tener una idea, algo a desarrollar, la experiencia compartida también con colegas, (...) no solo con los colegas sino también de una cierta comunidad en realidad, el poder estar en espacios donde uno esté más codo a codo, y bueno, el tema del futuro que cuesta el verlo o el poder pensarlo, es muy sencillo cuando uno llega a un determinado momento, el poder como imaginarlo y seguir” Plenario 2 [Orador 6]

QUÉ SENTIMOS Y QUÉ HACEMOS.

SUFRIMIENTO: ¿por qué no me voy?

De forma transversal se relata un **cansancio** que tiene que ver con lo físico, con el desgaste producido por el día a día y que se extiende fuera de la jornada laboral, pero también un cansancio más intelectual, relacionado con tareas burocráticas u organizativas:

“Y fuera del trabajo, pues ¿desconecto, no desconecto?, pues a veces desconecto y a veces no. Y en general acabo muy cansado. Muy cansado.” subgrupo 1 [Orador 1]

“Y las personas atendidas me cuestan menos. A mí la verdad es que no me generan mucho cansancio. Yo pensaba, a ver, algunas cosas sí, pero me generan más cansancio al día de hoy organización interna y metodología a la hora de redactar informes. (...) No es tanto el trato a la persona, al usuario, sino más bien redactar informes por falta de técnica” subgrupo 1 [Orador 1]

Varias de las participantes narran una sucesión de **pérdidas** o renuncias cotidianas, un empeoramiento progresivo, de forma que se suma la carencia de unas buenas condiciones de trabajo con las consecuencias de la prisa, el cansancio o el aislamiento profesional, mermando la capacidad de pensar en cómo mejorar y, en ocasiones, produciendo una cierta resignación:

“A mí me da mucha rabia que lo poco que teníamos se perdió, porque estaba en riesgo por todos lados. Eso que hemos hablado mucho antes, ¿no? Lo de ir perdiendo...” subgrupo 2 [Orador 4]

“Lo que hay algunas veces es la sensación de que, claro, en esa vorágine, en esa historia, el profesional tiene muy complicado pararse a pensar en qué es lo que necesita” Plenario 2 [Orador 5]

También se expresan **impotencia y frustración**, relacionadas con la situación laboral y las limitaciones que supone, pero sobre todo con las historias que las personas relatan en consulta y la incapacidad de ayudar como se desearía. En algunos casos, ser depositario del dolor ajeno de forma constante sin capacidad para responder de forma apropiada puede devenir en trauma vicario, una de las fuentes de desgaste profesional más comunes a las profesiones psi y que ejerce su efecto nocivo en un porcentaje no pequeño de profesionales:

“Y cuando llego a casa, dependiendo de la cantidad de abusos sexuales que haya oído, si tú escuchas a la gente, la gente te cuenta, si no escuchas no te cuenta... pues te vas con ganas de vomitar. Y a veces no como, me tumbo en la cama, me levanto, me tomo más cervezas de las que debería.” subgrupo 3 [Orador 9]

“¿Qué pasa? Que también, cuando te pones a bucear mucho y a escuchar historias, aparecen unos sufrimientos terribles y aparece también una frustración muy grande de no poder, muchas veces, hacer nada, ¿no? Es decir, estamos ahí de espectadores del sufrimiento, con la velocidad que llevamos, una impotencia terapéutica... que hace que al final, si estás viendo sufrir a uno y al otro y a otro, la sensación de no poder hacer mucho, de no poder hacer nada, estar como el psiquiatra bombero, pues te lo hace pasar fatal.” subgrupo 3 [Orador 7]

Esta impotencia, de forma sostenida, lleva a discursos derrotistas en los que sólo se plantea un cambio posible en el exterior de la institución, o incluso hacia el abandono.

“Está todo como muy bloqueado, yo tengo esa vivencia, me frustra, debería yo ser capaz de cambiar esto, y me cuesta.” subgrupo 2 [Orador 6]

“Yo en mi CSM no voy a poder cambiar nada, voy a hacer un proyecto fuera de mi CSM.”
Plenario 2 [Orador 2]

Esta impotencia para poder ayudar a las personas y por ser “espectadores del sufrimiento” genera en algunas profesionales sentimientos de **miedo**, especialmente de empeoramiento y conductas suicidas. Otras profesionales cuentan, en cambio, una cierta *anestesia*, o distancia emocional, que es defensiva.

“Yo a veces me estoy quedando dormido, y se me viene un paciente que de repente ha dejado de estar en la consulta, y se ha caído en un segundo plano, falló una cita, no lo llamé al momento, no ha estado ahí, y de repente se me viene su cara cuando se me están cerrando los ojos, se me abren como bolas y se me quedan mirando al techo y digo’ mañana voy a intentar ver este tío, cómo está’...” subgrupo 3 [Orador 8]

Todas estas condiciones adversas, la dificultad de abordar el sufrimiento que se trae a consulta, junto con el impacto emocional y el burnout resultante en algunos casos, se ponen en contraposición a la preparación, la vocación y al disfrute relacionado con la tarea clínica, generando una **ambivalencia** constante difícil de navegar. Desde esta ambivalencia, que cuestiona la identidad profesional, se relatan sentimientos de incertidumbre, soledad o deriva:

“Yo lo que pienso es, para qué he elegido esto, qué ganas tengo de irme... ¿por qué no me voy? ¿por qué no me dedico a la privada y estoy en la pública?” subgrupo 3 [Orador 9]

“(...) Llego, me meto en mi cubículo, no salgo hasta que me voy. Y es un poco frustrante y feo, pero también está la otra cara de disfrutar y meternos en nuestra cueva a hacer lo que sabemos hacer. (...) Esto de que yo vengo aquí con mis armas, mi farma, con mi conocimiento, lo que puedo, mis habilidades de psicoterapia, y me encuentro con problemas que me trascienden por todos lados, que son demasiado grandes, que angustian, que tengo que dar una respuesta además ya, en estos 45 minutos o lo que tengamos. Y es muy difícil, mucha carga. Y sentirte muy solo como si fuieras tú el depositario de todo.” Plenario 1 [Orador 4]

Desde una posición laboral de ser testigos del sufrimiento con unos recursos cada vez más mermados, se generan situaciones en las que el profesional se ve obligado a tomar decisiones de priorización de recursos en soledad, en las que se pone en juego el sentido de la **justicia**, y donde en la práctica muchas veces se tiene que elegir entre sobrecargarse citando a pacientes en huecos que no existen, o sostener el dolor moral de las listas de espera y no poder proporcionar una atención digna. El relato de estos dilemas repetidos se vive con culpa y malestar, conductas de evitación y cierto cansancio *sisifesco*.

“A lo largo del día pienso mucho en la temida libreta. En mi centro de salud mental, cuando los pacientes no han venido a la consulta, nos lo apuntan las administrativas en una libreta, porque nosotros tenemos la suerte, o mala suerte, según cómo se mire, de organizar nuestra agenda. Entonces eres tú quien tienes que buscarle hueco a los pacientes que han faltado y priorizar un poco los huecos que tienes para ayer.

Siempre tienes ahí una tarea de selección, de la que es difícil no caer en la arbitrariedad de los pacientes, aunque tengas en cuenta también la gravedad. Eso me lleva a acabar teniendo en la agenda a lo largo del día un par de pacientes más de los que debería tener, porque tengo un alta de la planta de hospitalización, un paciente que ha estado en urgencia la semana anterior, algo que no podía esperar más tiempo y que está ahí...

Intento evitar mirar la libreta todo lo que puedo, pero si lo evito varios días, se ha acumulado, y es un poco la tarea de sí sí, o no. Por mucho que haya puesto la libreta al día, siempre cuando la has puesto al día, se te llena el día siguiente.” subgrupo 3 [Orador 8]

En esta línea, también se relata la **transgresión de principios éticos**, es decir, el no poder cumplir o incluso incumplir las normas y valores que consideramos que guían un buen trabajo y nuestras obligaciones profesionales. Por ejemplo, se citan la obligación de trabajar en un modelo rígido y ajeno, evitar preguntar por temas complejos para mantener un cierto control, o la forma en que se proporciona información sobre tratamientos. Verse una y otra vez en estas zonas grises genera sufrimiento y amargura, pero también se percibe una cierta autojustificación por la situación de sobrecarga y presión, no exenta de culpa.

“Me gustaría en el futuro ese ensamblaje (...) sin tanta presión institucional (...) volver a pensar un poco la atención, un poco de nuevas, ¿sabes? Sin toda la cosa tan del modelo biomédico, aplastándote...” subgrupo 3 [Orador 7]

“si tú escuchas a la gente, la gente te cuenta, si no escuchas no te cuenta” subgrupo 3 [Orador 9]

“(...) hacer un poquito de terrorismo suave con el tema del fármaco, o sea cuando vienen (...) que tienen ya una indicación del profesor de medicar a un niño, entonces esta cosa de poner sobre la mesa todos los horrores del tratamiento, exagerar o para compensar esa presión terrible que siento con que me obliguen a medicar desde lo social, desde lo institucional. (...) sembrar un poco de miedo en el tema del fármaco para contrarrestar esta cosa que no viene del paciente propiamente, viene de lo social, de la institución donde están estás presionando (...) , ¿por qué me pongo a contarle a una mamá lo que un fármaco pueda hacer? en realidad lo que estás haciendo es balancear un poco para poder salir de esa presión (...) pero es un poco trámoso, hay algo un poco sucio, o yo lo siento así” Plenario 1 [Orador 7]

SENTIDO: ayudar y la alegría de lo común.

Cuando aparecen elementos agradables o significativos en los discursos, sobre todo tienen que ver con la **capacidad de ayudar**. Estos momentos en los que se percibe que se marca una diferencia en la vida de las personas atendidas son los que sostienen el ánimo de muchas de las profesionales, y se habla de ellos como espacios de alivio y de paz que ayudan a compensar las dificultades, a menudo lo mejor o lo único salvable del día.

“el darle un sentido a tu vida a través de ayudar a otras personas también, este deseo.”

Plenario 2 [Orador 2]

“Casi el mejor rato, como decías tú... Por el rato que estás en la consulta: va bien, fluye, y sientes que algo aportas, algo ayudas.” Plenario 2 [Orador 6]

En estos espacios de ayuda es en los que a menudo se construye la **identidad profesional**, identificándolos varias personas como la tarea más propia y para la que fundamentalmente se han formado, la finalidad última de su labor profesional. Más allá de esta identidad individual hay varias referencias más implícitas a un tipo de identidad que no nace de la categoría profesional sino del horizonte compartido y de la forma de pensar conjuntamente la práctica, configurando juntas una ética profesional:

“En realidad, vaya un poco mejor o vaya un poco peor el paciente, es claramente la tarea que está más definida, la que se parece más a lo que yo me formé o lo que yo pensaba que iba a ser mi trabajo.” subgrupo 2 [Orador 4]

“Ver a los pacientes o poder desempeñar la tarea para la que en general todos, la mayoría de los que estamos aquí, nos hemos formado. Y lo que está más claro es el rol que tenemos: poder aportar algo, sentir que hacemos algo. (...) Aunque esta sensación de que como Sísifo estamos achicando el mar con un cubo de agua... Pero bueno, es un espacio, la consulta, de cierto alivio” Plenario 1 [Orador 5]

“Hemos creado un espacio, un foro de profesionales, para reflexionar fuera del espacio de trabajo (...) Y es algo que ha sido también un movimiento muy transversal a todos los niveles. Porque estamos todos los estamentos que tenemos que ver con la salud mental, estamos gente veterana, gente que acaba de terminar la residencia, un poco todo al mismo tiempo. Y a mí me ha insuflado esto también un poco de fuerza y de energía.” subgrupo 1 [Orador 2]

Aunque no es lo más frecuente, también aparecen algunas alusiones explícitas al **disfrute** en la jornada laboral, que tienen que ver con la relación con los otros, generalmente las personas a las que se atiende, y con el establecimiento de relaciones más significativas y personales.

“A mí una de las cosas que más me gusta como educador es poder hacer atenciones en salidas. (...) aparte he notado esa maravilla de que se consigue que la gente se abra mucho más en una salida que en un despacho. Actividades y salidas.” subgrupo 1 [Orador 1]

“A mí lo que me pasa es que yo disfruto muchísimo de la clínica y me lo paso pipa con las historias de los pacientes. Yo creo que he encontrado la manera de poder individualizar cada caso, de ver a cada sujeto distinto, y a pesar de que se dice que es un trabajo rutinario el del CSM, a mí me parece interesante la mayoría de las veces” subgrupo 3 [Orador 7]

El otro gran tema sobre el que se realizan comentarios positivos relativos al significado de lo profesional tiene que ver con lo que podríamos llamar la **alegría de lo común**: espacios o prácticas de encuentro, motivación, apoyo mutuo y ruptura del aislamiento, que ayudan a dar contrapeso a las dificultades y a salir del lugar física y metafóricamente privado que es el despacho individual. Van desde cosas cotidianas como “hacer piña” compartiendo actividades o espacios como cursos o reuniones, hasta iniciativas que se construyen en colectivo desde una participación más horizontal, basada en pensar y pelear juntas por objetivos comunes, superando las diferencias. Una de las participantes lo llama “práctica democrática”, y aunque no siempre ocurren en el trabajo, sino que a veces se sitúan fuera, son el elemento que más ayuda a proyectarse más allá de un presente duro y aplastante.

“Estaba intentando ver qué tenían en común los momentos que me han producido el recuerdo (...) Y decía que estaban muy en relación con otros, ¿no? Que esos momentos en los que yo recuerdo que se han creado cosas, que aportaban sentido... ¡Jolín, qué bien, estamos consiguiendo cosas! Era el estamos, ¿no? Y en esos momentos siempre he sido con otros” subgrupo 1 [Orador 1]

“Ha surgido un poco con el impulso de XXX, pero enseguida a partir de ahí ha salido una cosa como muy horizontal. Porque como al final es algo fuera del espacio de trabajo, ahí ya se diluye todo y es un foro muy democrático, ¿no? Esto que hablábamos también de cómo el trabajo puede restaurarnos una función democrática y a mí me ha hecho... ¡Jo, qué guay! Que estamos aquí juntándonos todos para pensar y para pelear por una forma concreta de hacer la psiquiatría. O la psicología.” subgrupo 1 [Orador 2]

DEFENSAS: no ser normópatas y pensar juntas.

Entendemos por defensas las estrategias que se llevan a cabo, consciente o inconscientemente, para disminuir el sufrimiento generado por las demandas del trabajo. Pueden ser individuales o colectivas.

Defensas individuales: supervivencia, pero también rigidez.

En el nivel más básico aparecen pequeñas acciones cotidianas para rascar espacios de descanso (como fumar), anestesiar el malestar (como beber alcohol) o introducir actividades agradables en el antes o el después del trabajo (como alargar una ducha o ir en bici al CSM). Estas acciones se justifican como respuestas al sufrimiento y proporcionan una mínima agencia.

“Alargo el tiempo de la ducha un poco para reequilibrarme mentalmente antes de salir para el centro de salud mental.” subgrupo 3 [Orador 8]

“O sea, el único descanso es, soy fumadora entre paciente y paciente. Me salgo a la calle, fumo un cigarrito.” subgrupo 1 [Orador 2]

Respecto al sufrimiento y la sensación de injusticia cotidiana en la organización de la consulta, muchas de las participantes reflexionan sobre la **tensión existente entre la normalización y la indignación**, y el coste de ambas. Christophe Dejours llama *normopatía* a la adhesión paulatina e irreflexiva (otra estrategia defensiva) a la norma institucional o social como forma de sobrevivir al miedo a la represalia laboral, ya sea en forma de hostilidad, exclusión o despido. Esta resignación e indiferencia resultantes se asocian a estar demasiado bien adaptado a una situación de injusticia, pero también se señala que las experiencias cotidianas de impotencia, rabia y dolor moral son difíciles de sobrellevar. Este tipo de discursos se centran sobre todo en el afrontamiento individual, y como camino de en medio se propone intentar una modulación emocional para evitar la inundación.

Además, respecto a la impotencia relacionada con la sobrecarga, pero también con la complejidad de los casos y la dificultad de abordaje individual de problemas sociales, varias participantes intentan ajustar las expectativas y ser más humildes con sus capacidades profesionales.

“Que no sea aceptación sumisa. En disociación. Pero no una disociación total en la que tú pierdas el valor, tiene que estar ahí. Yo quiero cambiar las cosas, pero si me indigno demasiado, esa emoción no me está ayudando. Si yo me indigno y me indigno, no me vale de nada. Creo que es constancia más que emoción pura y dura. O sea, que si yo disocio del todo, me adapto del todo. Pero si disocio lo justo para mantener una sensación de injusticia acorde, pues, yo voy a ser constante. (...) la adaptación no mueve el cerebro. Es una normópata. Pero sí, moderar esa indignación” Plenario 2 [Orador 1]

“”(... el problema es las expectativas que tenemos dentro de este sector. Cuando yo entro en el sector digo, esto lo voy a intentar, lo voy a petar. Porque voy a cambiar el mundo. Y luego dices, no, no puedo hacer esto. (...) Entonces, la reestructuración de las expectativas es muy importante. Y creo que, en este sector, más. Porque vas con un rollo que lo vas a cambiar todo y al final no cambias nada. Y como no rectifiques eso en tus valores o en tus creencias, pues, vamos jodidos.” Plenario 2 [Orador 9]

“Estoy en la fase de que al principio creía que podía hacer más cosas de las que realmente podía, y estoy ahora con la cura de humildad, ajustando los esfuerzos a lo que realmente puedo, y bajando el nivel de sobrecarga y de exigencia, y un poco entrando en este duelo por la potencia perdida de poder hacer todo.” subgrupo 3 [Orador 9]

También en el plano de lo individual, se reflexiona sobre los **pertrechos** que usamos para adquirir una seguridad simbólica y sentirnos preparadas para lo inesperado, e incluso como tótems profesionales, y cómo con los años la seguridad pasa del objeto externo a lo interno y se dejan de necesitar como antes, y entonces los pertrechos tienen que ver con otras necesidades más personales.

“Los médicos tenemos que ir pertrechados, toda la vida he llevado cosas y me impactaba la gente que no llevaba nada y (...) como que era negativo, ¿no? Con los años te das cuenta que en el momento actual hay días que tienes que llevar cosas y días que no tienes que llevar nada, porque yo ya no voy con una cosa simbólica, no necesito esa seguridad de llevar un montón de cosas para ser quien soy. Entonces lo llevo en función de la necesidad, y muchas veces no tengo que llevar nada y me siento más ligero así. Y cuando llevo algo, lo llevo porque voy a utilizar las cosas pero no voy pertrechado por si acaso. No lo necesito y antes lo necesitaba y me daba mucha seguridad.” Plenario 1 [Orador 6]

“Me acordaba de residente cuando llevaba la bata llena... los bolsillos. Te quitabas la bata (...) ¿cuánto pesaba? No darte cuenta hasta que no te la quitas. Del alivio primero, y de lo que pesa al ir a colgarla, que llevas el manual de farmacología, un montón de bolis... Y luego ya después con los años ya nada, y casi estaba pensando (...) ¿qué llevo para mí? el agua, algo para comer (...) pero pienso más en cómo voy a estar yo, qué me hace falta a mí, como persona, que en realidad somos el instrumento de trabajo, o sea que tiene sentido y hay que cuidarlo. Y también me preguntaba si tendría que ver también con la tecnología, que ya no hace falta llevar tanto porque ya lo tienes todo en el móvil” Plenario 1 [Orador 4]

Ante la visión en túnel que puede producir el día a día laboral, se pone en valor el **tomar perspectiva**. Por un lado, levantar la mirada del agobio y tomar distancia para reflexionar sobre la práctica, lo que muchas veces sólo se consigue en el afuera, ya que desde dentro hay una cierta sensación de inmutabilidad de las condiciones de trabajo, y se traslucen en los discursos un taponamiento de la capacidad de imaginar soluciones. Pero también la perspectiva que proporciona conectar con las historias personales y la subjetividad de las

personas atendidas, para romper con la rutina y preservar el sentido del trabajo, aunque a mayor contacto se puede generar mayor identificación con la complejidad y menor capacidad de mantener esa *neutralidad* emocional.

“Creo que a lo mejor también es necesario aprender un poco de esto, tomar un poco de perspectiva, salir del marco en el que uno se ha inscrito en sus prácticas laborales para poder pensar.” Plenario 2 [Orador 5]

“Yo creo que si miramos el tiempo hacia adelante, el tiempo es más largo, el tiempo de hoy es siempre corto, pero si lo mira uno con el día a día... (...) todo el mundo estamos en el despacho liados con mil cosas, pero en nuestro equipo hay dos auxiliares administrativos, tres auxiliares de clínica que están también en la misión, con la gente por ahí fuera que no está en un despacho, hay una cosa común y es que todos pasamos por ahí mucho para: “dale esta cita a este que no he podido yo en el ordenador y porque fíjate que este, lo que ha pasado es esto otro...”, (...) Y es curioso cómo utilizamos al auxiliar administrativo a contarle nuestras cosas del despacho, porque necesitamos salir... esos tiempos están, pero son defensivos. Si los juntamos, no sé.” subgrupo 1 [Orador 1]

“Yo llevo veinte años en el CSM, en el mismo sitio, en la misma consulta... y a pesar de lo rutinario que parece, a mi no se me hace tan rutinario porque me meto ahí a bucear en el tema de la subjetividad, y consigo un poco que cada historia sea distinta. Es un trabajo que me resulta muy grato en ese sentido. También es verdad que cuanto más te metes en ese registro, más frustración encuentras... ya no es tan fácil hacer las cosas rápido y de forma irreflexiva” Plenario 1 [Orador 7]

Dentro de las defensas en torno a las condiciones de trabajo, hay diversos **intentos de recuperar un cierto control en la gestión del tiempo, la agenda y las tareas**. La autonomía de gestión de la agenda, que por lo que se debate en el grupo es muy heterogénea dependiendo del centro en el que se trabaje, es limitada; por eso, ante la ausencia de alternativa para poder absorber los imprevistos y urgencias, realizar coordinaciones o priorizar pacientes más graves, se recurre a forzar citas, hacer horas extra, dar altas a pacientes menos graves o buscar soluciones creativas de flexibilización. Esta creatividad en ocasiones supone un cuestionamiento de la interiorización de las normas institucionales, e incluso buscar grietas al borde de la norma. Otra práctica común, como ya se ha comentado, es asumir la jerarquía de tareas y la primacía de lo asistencial, renunciando a espacios de coordinación y de descanso, o buscando atajos para acelerar el peso de la burocracia.

“Recuerdo una psiquiatra... que siempre decía que ella tenía días DSL, un día de la salud laboral, que era un día que no se citaba pacientes. (...) Luego al final se termina llenando. Pero hay algo como de guardar ese... (...) A ver, al final, no queda nunca vacío, ¿sabes? Pero el hecho de, a ver, me pongo mala, cambio el día y tengo el día ese para llenarlo, al final se va a llenar la agenda. De alguna manera o de otra. Pero quedan ahí

como unos comodines que no están ocupados, que como la agenda la manejamos, supuestamente..." Plenario 2 [Orador 7]

"Tú dices que te llevas trabajo a casa. Yo no me llevo trabajo a casa. Pero bueno, yo los días que tengo de mañana, como los miércoles o los viernes, pues yo hay veces que me ido a las seis." subgrupo 1 [Orador 3]

"Ahora estoy intentando organizarme diferente para... O sea, forzando altas. Para tener tiempo en la jornada laboral. Para hacer informes y tal. Porque si no voy a petar." subgrupo 1 [Orador 3]

Todo este aparato defensivo construido para poder sobrellevar las dificultades del trabajo puede cumplir el cometido de disminuir el sufrimiento o la fricción con las circunstancias que lo causan, pero no es gratuito: una de las participantes señala la paradoja de que los sistemas de autoprotección desarrollados, **como una armadura, aportan defensa pero también rigidez**. Así, se corre el riesgo de aislarnos de los demás, ya que siempre nos estamos defendiendo de un otro que no está en línea con lo que queremos o podemos o sabemos hacer, y se homogeneiza y estereotipa: la atención primaria que deriva demasiado, la sociedad que demanda cosas que no pensamos que tenga que demandar, los compañeros que no están alineados con lo que necesitamos. Por tanto, si la dificultad se cronifica, puede costarnos más adaptarnos a realidades cambiantes, pensar en soluciones alternativas o novedosas, o trascender lo individual hacia lo colectivo.

"Cuando empiezas a trabajar hay miles de situaciones que uno no puede simbolizar fácilmente. Pero (...) lo que me está empezando a pasar a mí, es que siento que tengo ya tal aparato defensivo que siento disminuido el margen de maniobra. Tengo el hábito tan puesto, tan puesto, que a veces salirte de... Que uno consigue hacerse una armadura o una forma de hacer, que de cara a maniobrar ¿qué puedo hacer con la consulta? ¿Cómo me organizo esto? ¿De qué manera puedo gestionar la agenda? ¿Puedo recibir a la gente de otra manera?... y eso también es una pena y una dificultad" Plenario 1 [Orador 8]

Defensas colectivas: correr riesgos con otros

Hay un camino que va del entender a las otras personas con las que se comparte CSM como compañeros en una situación similar y con los que nos podemos relacionar desde lo individual, a una verdadera relación de equipo con objetivos compartidos e inteligencia colectiva. En el primer término, muchas de las participantes expresan lo positivo y necesario del **encuentro en espacios cotidianos**, y que ayudan a sentirse menos sola, "sacar fuera" el malestar del día a día, y poder tener espacios distendidos:

“Hay algo que rescatar de ahí, de lo que son las experiencias colectivas, de estar con otros. Te llevas bien con la gente, te apuntas a un curso con no sé quién, estás haciendo piña y siempre es una forma mucho más... Vas a necesitar menos refugiarte en tu despacho cuando se puede construir algo así, que otra cosa, ¿no?” subgrupo 1 [Orador 2]

Sin embargo, una persona expresa bien cómo a menudo pueden coexistir un buen ambiente de reconocerse y compartir el malestar, y una imposibilidad de imaginarse modificando las condiciones materiales que generan ese mismo malestar, y que parecen mucho más grandes que la capacidad de las y los profesionales. Es decir, un encuentro desde las individualidades, pero no una construcción de colectividad:

“Te ayuda mucho compartir las realidades y estas cosas... Pero sigues viendo el futuro ciertamente desdibujado. Aunque te gustaría verlo de otra manera, pero (...) cuando lo ves de otra manera y crees que puedes llegar, tienes un aprendizaje bastante durillo de que eso cuesta tanto en la institución que imagínate siempre haciéndolo fuera.”

Plenario 2 [Orador 2]

Otras personas plantean **soluciones creativas** que afectan a la organización de la tarea como la transformación de consultas individuales en grupales, actividades no clínicas que trabajen la salud mental de forma más amplia o incluso la creación de espacios compartidos, aunque casi siempre se plantean en el plano de lo imaginario, poco aterrizados y a menudo sólo se permiten proyectándose hacia un afuera menos rígido y asfixiante.

“Y también pensaba en otros proyectos de poder como el CSM darle una vuelta, incluso de hacer cosas por la tarde cosas artísticas que creo que al final no hace falta estar en un recurso de rehabilitación para poder hacer eso, ¿no?” subgrupo 1 [Orador 3]

“Tener un proyecto piloto, que yo por lo menos me lo imaginaba fuera de la institución, o sea, quisiera no imaginarlo fuera de la institución pública, pero digo, ¿cómo narices se puede hacer dentro, con todas las demandas, los requerimientos institucionales, el poder juntarse en un grupo de gente, a compartir, a pensar, a proyectar en conjunto algo, pero sin estar tan atenazados o tan apresados por el modelo impuesto en este momento?” plenario 2 [Orador 7]

Sin embargo, se relatan algunas experiencias de cambio real, como una iniciativa de **coordinación en un microequipo**, en los márgenes de lo pautado o lo permitido, que aunque surge de la soledad empuja a encontrarse con otras profesionales y a hacer pactos que mejoran tanto la propia experiencia de trabajo como la atención a los pacientes:

“A raíz de ir al congreso de la AEN de hace poco, (...) me di cuenta de que estaba muy sola y que debería... (...) que no había espacios de coordinación para hablar de pacientes y al final es mucha carga, ¿no? Y una pérdida de mucha información, muy valiosa, Teniendo en cuenta que tenemos poco tiempo, vemos un 0,2% de la gente, y

tenemos que ayudarles. Entonces, pues nada, a la vuelta lo pensé y hablé con la trabajadora social y con la enfermera, que son con las que más hablo del CSM, y hemos guardado dos huecos al mes, las tres. O sea, el esfuerzo que implica con la agenda y tal, pero como una cosa sagrada.” Plenario 2 [Orador 3]

Por último, se valora la construcción colectiva de espacios que nacen del apoyo mutuo, un **horizonte compartido** y de una energía de cambio, y que son valiosos tanto como medio para mejorar como un fin en sí mismos. Estos espacios son generadores de ilusión y ayudan a neutralizar el miedo a fallar. También se sugiere que es importante para lograr este nivel de colaboración el superar la otredad entre colectivos profesionales, bajar las defensas corporativas y llegar a construir una identidad compartida, donde el poder y la responsabilidad se reparten horizontalmente.

“Hablamos de momentos de cambio, momentos de creación de espacios compartidos con todos los compañeros, abarcando un poco todos los profesionales que puedan trabajar en los entornos de trabajo. También de tener un fin, que ese encuentro sirva tanto para poder compartir experiencias como para que haya un cambio y poder arriesgarse y correr riesgos, que también hablaban de poder asumir la responsabilidad de una cosa gratificante, y también hablaban de cómo se cambia con el paso del tiempo, cuando uno lleva ya más tiempo, cómo se mueve uno, cómo puede seguir sintiendo esa fuerza, pero ya desde otro sitio” Plenario 2 [Orador 1]

“(...) si te consideran incompetente, te consideren que tú puedas fracasar, que lo intentes y no salga, entonces eso te bloquea, ¿no? Y eso a mí me pasa totalmente... Cuando no me ha pasado ha sido cuando he corrido riesgos con otros.” subgrupo 1 [Orador 1]

“Hace poco una compañera montó un proyecto allí en un centro municipal, donde incluso en el malestar tan grande que teníamos muchas, pues se ha juntado gente de diversas disciplinas y demás, y se ha construido un grupo de trabajo muy majo” Plenario 2 [Orador 7]

C. CONCLUSIONES:

Este estudio pone de manifiesto muchas dificultades asociadas al trabajo profesional actual en los CSM de la Comunidad de Madrid, así como la repercusión en la salud mental de quienes trabajan en ellos.

Respecto a las condiciones de trabajo, el **tiempo** se define como la variable fundamental, como **instrumento necesario** para que ocurra el encuentro terapéutico. Las prisas, la tensión entre la proporción de la demanda asistencial y el tiempo disponible, y la

necesidad de priorizar sin una capacidad real de gestión de la agenda y los recursos, generan un malestar importante e incluso conflictos éticos. Por otro lado, en relación con ese tiempo hay una sobrecarga asistencial que tiene que ver con un aumento de la demanda pero también con un desajuste con la capacidad de respuesta a esta demanda: casos complejos, sufrimientos relacionados con determinantes sociales que no están al alcance de la clínica, cosas ante las que no se puede responder únicamente desde una consulta.

El tiempo también se presenta como condición necesaria para **acomodar la diversidad de tareas**. Según los relatos de las personas participantes, existe una jerarquización implícita y explícita de tareas, deviniendo en una primacía de lo asistencial y una pérdida de autonomía: la consulta individual es lo central de la jornada, a menudo lo único, y el mandato institucional sentido es preservarla y maximizar su eficiencia a cualquier precio, incluyendo el coste en calidad asistencial, desaparición de otros espacios (como los de reunión y coordinación, la reflexión e incluso el descanso reglamentario) y el estrés y *burnout* profesional. Este mandato se interioriza, reproduciendo dinámicas fordistas que no satisfacen ni a profesionales ni a pacientes, generando cansancio físico y moral, y una sucesión de pérdidas y renuncias que van empequeñeciendo la labor profesional. La falta de tiempo y la desaparición de los espacios comunes van generando un **aislamiento progresivo** que dificulta el trabajo efectivo en red, pero también el disponer de espacios informales de bienestar y alivio, de reflexión colectiva y de construcción de alternativas. Esto produce una circularidad perniciosa: cuanto peor se está menos espacio hay para los espacios que reconfortan, sostienen y generan cambio, y cuanto menor sostén peor se está. Este **sufrimiento asociado al puesto de trabajo** excede los límites del horario laboral: hay culpa, malestar, dificultad para descansar y desconectar.

Por todo ello, las participantes afirman sentir una **impotencia** de no poder modificar las condiciones en las que el trabajo se desarrolla (referencias a Sísifo, a vaciar el mar con un cubo), que acaba deviniendo en una especie de **indefensión aprendida**: el adentro de la institución es muchas veces demasiado grande, demasiado asfixiante, se tapona la capacidad de imaginar soluciones en ese adentro y si se imaginan se suelen proyectar a un afuera, con otras normas y menos rigidez.

Para enfrentar el sufrimiento derivado de esta soledad e impotencia se generan **defensas individuales** que, por imitación y reificación, acaban convertidas en defensas colectivas,

configurando con el tiempo culturas de trabajo y asistenciales deshumanizadas que encajan con las descripciones clínicas tanto de profesionales como de equipos quemados (*burnout*) (Dejours, 2009b). Por otro lado, estas defensas -como una armadura- protegen en cierta medida, pero a menudo contribuyen a la desconexión emocional, a la alterización de compañeros y pacientes, y a una cierta rigidez, reduciendo la capacidad de encontrarse y tomar perspectiva. Esta **perspectiva** proviene de parar, pero sobre todo de estar con otros: contactar con la pequeña escala de la subjetividad y las historias de las personas a nivel individual, pero también poder generar espacios, dentro o fuera, donde se compartan los problemas del día a día y se pueda pensar.

En este encuentro es donde se halla el sentido: lo que más se valora, por todas las participantes, son las relaciones. En el caso de la población atendida, por la importancia de ayudar y la relación que esto tiene con la satisfacción y la identidad profesional. En el caso de compañeras y compañeros, porque permite un encuentro que en su grado más superficial acoge las quejas y dudas del día a día y un espacio de respiro, pero también porque posibilita compartir el peso, el reconocimiento mutuo, superar la individualización de los problemas laborales y poder pensar juntas. Este encuentro implica riesgo, incertidumbre y una ruptura de la *normopatía*, pero también una posibilidad de cambio. El grado más alto de encuentro supone partir del malestar pero trascenderlo, poder construir horizontes comunes, proyectarse hacia el futuro más allá de un presente aplastante y luchar para que ese futuro se haga posible.

4. DISCUSIÓN.

Las principales ideas emergidas tanto del análisis cuantitativo como del cualitativo respecto a los factores que describen el estado actual de los CSM son:

- **La sobrecarga asistencial:** se atiende a una gran cantidad de personas, revelada tanto por el número de pacientes/día, el número de nuevos, y las consultas sobrevenidas o urgentes. Pero también hay una sobrecarga cualitativa, relacionada con la exigencia de atender una gran variedad de demandas, desde malestares de la vida cotidiana a trastornos mentales graves, incluyendo casos muy complejos, todos ellos atravesados por condiciones de vida o biografías que dependen fundamentalmente de factores externos a lo sanitario. Una participante dice: “da igual cuántos seamos, que si me pides algo que no puedo hacer no va a darse una respuesta apropiada”. Ante el desbordamiento cuantitativo y cualitativo de la demanda, el sistema en general responde con rigidez, permitiendo escasa agencia individual o de equipo en la generación de soluciones innovadoras o creativas para afrontar la sobrecarga, los imprevistos y las necesidades concretas, ajustándose a principios comunitarios y de equidad.
- **El tiempo insuficiente.** El tiempo y el vínculo son las principales tecnologías para las y los profesionales de salud mental, y el tiempo (puntual, pero también sostenido, materializado en la relación) es condición de posibilidad para crear y cuidar el vínculo. Sin esto, se tiende a realizar abordajes más individuales y patologizantes, buscando explicaciones simples y soluciones inmediatas: sobrediagnóstico, sobremedicación y expulsión del sistema. Además, esta falta de tiempo no es sufrida de igual manera por todas las personas, sino que quienes son más vulnerables y precisan más cuidados quedan más expuestos al abandono, reproduciéndose la ley de cuidados inversos. Por otro lado, la falta de tiempo genera prisa, falta de descanso, y pérdida (y renuncia) progresiva de espacios muy importantes pero menos valorados.
- **La primacía de la consulta individual y la jerarquización de tareas.** Ante esta sobrecarga, se prioriza “resolver” consultas individuales aunque sea a costa del vínculo y la perspectiva, así como de la pérdida de las tareas que complementan y sostienen la de la asistencia. De esta forma, se asumen dinámicas fordistas para problemas complejos relacionados con la subjetividad y las condiciones de vida

que no pueden ser resueltos de esta forma, generando impotencia y circuitos patologizadores. La primacía de la consulta individual traduce también un desplazamiento hacia lógicas gerencialistas y de mercado: se hace lo que se puede medir con datos duros y vender como productividad, pero aspectos más complejos o “blandos” como la calidad asistencial, los cuidados o los resultados en salud se dejan de lado.

- **La pérdida de los espacios colectivos y coordinaciones, y el alejamiento de lo comunitario.** La coordinación, como se decía, se ve como una tarea secundaria o subalterna a la consulta individual. Aun así, se mantiene más la coordinación entre recursos formales de la red, pero la coordinación interna interdisciplinar en los equipos de los CSM pierde terreno en favor de usos más instrumentales (se convoca reunión si se necesita) y verticales (comunicación de decisiones), dejando en algunos casos la coordinación al voluntarismo individual. La coordinación con otros recursos sanitarios (AP) y recursos comunitarios es invisible y apenas se da, no se contemplan estructuras ni tiempo en las agendas, y no se pone en valor salvo de una forma defensiva y vertical, bien para evitar derivaciones o bien para poder externalizar parte de la demanda. Sin embargo, esta resulta fundamental para poder sostener un modelo realmente comunitario, una relación horizontal y de conocimiento mutuo con los recursos, y fomentar una transformación hacia modelos menos patologizadores donde se puedan trabajar conjuntamente tanto la prevención como la construcción de entornos sanos y seguros que cuiden de la salud mental de las personas. El aislamiento profesional resultante de la pérdida de espacios colectivos reproduce las mismas dinámicas que la patologización de problemas psicosociales: individualización de la responsabilidad, invisibilización de las verdaderas causas (o causas de las causas), respuestas poco efectivas y potencialmente dañinas que perpetúan el problema, taponamiento de la capacidad de pensar, y desmantelamiento de las estructuras que podrían ayudar a solucionarlo. De esta forma, se genera una circularidad perniciosa: cuanto peor se está, menos espacio hay para los espacios que reconfortan, sostienen y generan cambio, y cuanto menor sostén peor se está.
- **Los vínculos como el elemento más protector y generador de sentido.** Las relaciones resultan ser lo más valorado; por un lado con las personas atendidas, conocer sus historias, desarrollar un encuentro intersubjetivo y poder

acompañarlas y ayudarlas; por otro lado con las/os compañeros, basado en compartir el peso del día a día, reconocerse mutuamente, poder pensar juntas y mantener una alegría de lo común.

En la situación actual, esto genera una ambivalencia constante: mientras que la tarea de consulta propiamente dicha se vive como algo deseable, la ausencia de límites cuantitativos y cualitativos que permitan proteger este espacio hace que también sea algo exigente y aplastante, y la exigencia de estandarizar y resolver rápidamente desdibuja lo que de único y subjetivo tiene cada encuentro, despojándolos de su sentido.

- **Los efectos sobre la vida personal.** Se dan en los testimonios y respuestas de muchas participantes factores muy relacionados con el malestar y el *burnout* profesional: la falta de control sobre las propias condiciones de trabajo, la impotencia, el empequeñecimiento en relación a la tarea (con referencias a Sísifo o a vaciar el mar con un cubo), incluso el trauma vicario. Este malestar, cuando es invisibilizado y no atendido, puede devenir en abandono o indefensión aprendida. Algunas de las participantes mantienen un compromiso “militante” con una forma de trabajar, pese a la hostilidad de las condiciones, y esto ejerce un cierto efecto protector.
- **La importancia de recuperar agencia y autonomía, y fomentar y sostener los espacios comunes.** La tarea es cambiante, y hay una ausencia generalizada de mecanismos institucionales y propios para poder repensarla y adaptar nuestro abordaje. Para ello, es fundamental proteger los espacios informales que permiten ventilar, descansar y fortalecer vínculos. Además, son muy importantes los espacios y actividades que permitan reflexionar sobre la propia práctica más allá del colectivo profesional, en común y horizontalmente, con objetivos compartidos.

En síntesis, se detecta un importante sufrimiento ligado al trabajo, que toma forma en el discurso de los y las profesionales principalmente como sobrecarga asistencial. A las dificultades emocionales y éticas inherentes a la tarea se le superponen la falta de tiempo para la asistencia clínica individual, así como unas condiciones que obstaculizan la coordinación con otros agentes de la red y de la comunidad.

Ante esta situación se van poniendo en marcha paulatina e inadvertidamente una serie de estrategias defensivas individuales como la sobreimplicación o la prolongación de la

jornada laboral, que favorecen el desbordamiento del encuadre y la invasión de la vida personal en forma de tareas para casa, sueños, pesadillas y abandono de hábitos de autocuidado y conexión social.

Algunas de las estrategias defensivas suponen asimismo el aislamiento con respecto de otros compañeros del equipo, el repliegue en la consulta y el abandono de las reuniones de equipo, perdiendo acceso a una posible fuente de apoyo social y reconocimiento, y fiando éste último a su llegada -mucho más imprevisible por estar ligada a resultados y no a procesos- a la relación con los usuarios.

Cuando las estrategias defensivas iniciales terminan por agotar las energías de los profesionales éstas pueden dar paso a un estilo relacional más defensivo, a veces favoreciendo la prescripción farmacológica como principal intervención o incentivando las derivaciones, con las consecuencias que esto puede tener en términos de agravamiento de la saturación del dispositivo y posible iatrogenia.

Parte de estas estrategias tienden a difundirse por imitación y tornarse estrategias de defensa colectivas. Con el paso del tiempo pueden llegar a conformar normas de funcionamiento no escritas, influyendo en la aparición de culturas asistenciales poco proclives al intercambio y el aprendizaje, en el mejor de los casos, deshumanizadas en los casos más preocupantes.

Invariablemente los profesionales reclaman la restitución de unas condiciones que le permitan trabajar acorde al modelo que internalizaron durante su proceso formativo, si bien este horizonte de regreso a un “entonces” más propicio puede obstaculizar la creación e implementación de intervenciones más adaptadas con la cambiante realidad asistencial y los medios actualmente disponibles. Son imprescindibles espacios y dinámicas que permitan elaborar las dificultades en torno a la tarea con el fin de imaginar prácticas asistenciales que se adapten de forma activa a la realidad.

5. BIBLIOGRAFÍA.

AEN (2000). *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos técnicos nº4*. AEN. En: <https://bit.ly/4pxQzHq>

AMSM (2016). *Informe sobre evolución de recursos de salud mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015*. Asociación Madrileña de Salud Mental. En: <https://bit.ly/3nKnifs>

AMSM (2021). *La paradoja preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario. La pandemia por COVID-19 y la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid. Análisis de situación y propuestas*. Asociación Madrileña de Salud Mental. En: <https://bit.ly/4iiaNlR>

Comisión Europea (2023). *Un enfoque integral de la salud mental*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Cuadrado Callejo, P. (2019). ¿Hacia dónde va la Red de Salud Mental? *Norte de Salud Mental*, 16(60), 42-47. En: <https://ome-aen.org/uploads/files/Norte-60.pdf>

Dejours, C. El desgaste mental en el trabajo. Modus Laborandi. Madrid, 2009.

Dejours C. Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Modus Laborandi. Madrid, 2009

Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Naciones Unidas.

Observatorio Madrileño de Salud (2012). *Una visión general: una sanidad pública en retroceso desde las transferencias*. Observatorio Madrileño de Salud. En: <https://bit.ly/4a4Shv9>

Observatorio Madrileño de Salud (2014). *3º Informe Observatorio Madrileño de Salud: La Sanidad Madrileña un año después del “Plan de Sostenibilidad”*. Observatorio Madrileño de Salud. En: <https://bit.ly/4ihgctA>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2022). *Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024*. Comunidad de Madrid.

OMS (2021). *Guía sobre servicios de salud mental comunitaria: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en derechos*. OMS.

Estudio sobre el estado de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

OMS Europa (2021). *Marco de Acción Europeo para la Salud Mental 2021-2025*.
Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa.

Tudor Hart, Julian. (1971) *The Inverse Care Law*. Lancet. i:405-12. En:
<https://bit.ly/3KhqwVM>

The "PERFEC" STEREOGRAPH. (Trade Mark.)

Patented April 14, 1903. Other Patents Pending.



8774 After the earthquake—frame houses tumbled from their foundations, San Francisco Disaster, U. S. A.

Copyright 1907 by H. C. White Co.