



Fuente: Imagen de Tho-Ge en Pixabay

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

*Acompañar el sufrimiento psíquico.
En busca del tiempo perdido.*

POSICIONAMIENTOS [pág. 3]

La Constitución no es un catálogo del Pryca.

COLABORACIONES [pág. 5]

*Nadando entre dos aguas:
una experiencia de supervisión.*
Edgar Hernández León

*¿Hemos cambiado la actuación en violencia
de género en la red de salud mental?
A propósito de una encuesta sobre conocimientos
y actitudes en profesionales.*

Cristina Polo Usaola, Elena Panadero Utrilla,
Montserrat Mera García y Leticia Camarillo Gutiérrez

Volver al cuerpo (La Revolución Delirante).
Irene Newey

HEMOS LEÍDO... [pág. 21]

"Otras lecturas- Literatura y clínica" de Carlos Rey.
José María Álvarez

*"Relación terapéutica y fármaco psiquiátrico.
Psicofarmacología psicodinámica"*
de José Miguel Ribé.
José Camilo Vázquez Caubet

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 53 invierno año 2026

BOLETÍN
DE LA **ASOCIACIÓN**
MADRILEÑA
DE **SALUD MENTAL**

JUNTA DIRECTIVA 2025-2028
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTA

Eugenia Caretti Giangaspro

VICEPRESIDENCIA

Iván Díez Fernández
Lourdes Méndez Mena

TESORERÍA

José Camilo Vázquez Caubet

SECRETARÍA

Clara Benedicto Subirá

VOCALÍA DE PUBLICACIONES

Carmen Colodrón Palomino
Laura Rosa Cerezo

VOCALÍA

Álvaro Cerame del Campo
Alejandro Olalla Borrás
Ana Gordaliza Fernández
Adrián González Suárez

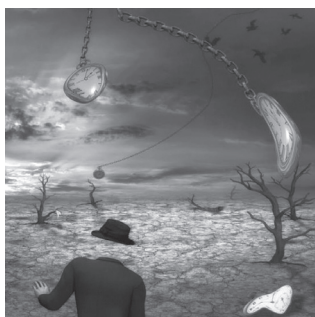
COMITÉ EDITORIAL

Alejandro Callizo Silvestre
Paloma Coucheiro Limeres
Anthyma Franco Soler
Sandra Gómez González
Carolina Peláez Laguno
David Robles Melgosa
Marta Carmona Osorio

Puedes enviar tus propuestas para su publicación en nuestro boletín a la dirección de correo electrónico de la AMSM: aen.amsm@gmail.com

Se puede acceder en formato electrónico a todos los contenidos del presente boletín en:
<https://amsm.es/category/boletines/boletines-completos/>

Editorial



Fuente: Imagen de Susann Mielke en Pixabay

“Bien sabemos, cuando hemos tenido la oportunidad de tratar el desasosiego, la angustia y la tristeza durante largo tiempo —y más aún, cuando las hemos sufrido—, lo limitadas que resultan estas medidas. s. Atender estos dolores implica saber de cuidado, de escucha y del sujeto.”

“La consulta se va pareciendo cada vez más a una escena repetida donde alguien llega con su dolor y, antes de que despliegue su relato, ya hay una presión por cerrarlo, por codificarlo, por convertirlo en un “caso” que pueda circular rápido por los carriles previstos.”

ACOMPañAR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO. EN BUSCA DEL TIEMPO PERDIDO

Acompañar el sufrimiento psíquico, tratar los dolores del alma, ha sido siempre una tarea compleja. Desde fuera sorprende esta extraña vocación, desde dentro nos preguntamos qué nos mantiene interesados en esta dura tarea. Esta artesanía, que se empeñan hoy en vestir de ciencia natural, amasa lo más esencialmente humano: los afectos, sentimientos, pensamientos, en su cara doliente. Poco podemos hacer con los modelos predominantes actuales que se proponen para el abordaje de los problemas psíquicos, en los que la herramienta fundamental es corregir un desbalance de neurotransmisores y un pack de psicoterapias centradas en la adaptación social, en el que usuarios, clientes o consumidores van a proveerse de un servicio para la mejora de su salud. Bien sabemos, cuando hemos tenido la oportunidad de tratar el desasosiego, la angustia y la tristeza durante largo tiempo —y más aún, cuando las hemos sufrido—, lo limitadas que resultan estas medidas. Atender estos dolores implica saber de cuidado, de escucha y del sujeto. En este sentido, los Centros de Salud Mental (CSMs) fueron acertadamente diseñados para atender los problemas mentales de las personas en toda su complejidad, teniendo en cuenta su esencia subjetiva y su enraizamiento social. Su articulación con la red de recursos comunitarios, la cercanía de los hogares y un equipo interdisciplinar permanente, al igual que la Atención Primaria, permitirían integrar las diversas aristas del sufrimiento humano. Ayudar a pensar, analizar y poder responder a los malestares devenidos de circunstancias difíciles, coordinar y facilitar recursos para mejorar condiciones de vida precarias, así como acompañar la fragilidad y la confusión de algunas existencias más vulnerables, necesita de un espacio y un tiempo para tejer un vínculo, para formar una red de apoyo. Necesita de un tiempo para el sujeto y su historia, un tiempo de escucha y relación. Y esto —nuestra herramienta terapéutica fundamental— es lo que nos están robando de forma progresiva en pos de la eficiencia y de la productividad. Nos han cambiado la escucha por la medición, la terapéutica por la resolución, la palabra por el neurotransmisor. En este momento nuestros CSMs apuntan a convertirse en salas de despiece, donde las personas que sufren de algún problema psíquico serán desmontadas en sus distintos componentes en busca de la avería. Se pesarán y tallarán sus autoestimas, apegos, energías, tolerancias a la frustración..., para ver por dónde encarar la reparación. Homúnculos mecánicos, muñecas rotas, bamboleadas entre terapias y drogas, a los que se promete una vida sin dolor, una pobreza que no entristece, una ciencia que todo lo cura. ¿Es eso lo que queremos para nuestro sistema de salud público? ¿Tener un tiempo para interrogar el síntoma es solo un derecho de ricos?

En la última década estamos asistiendo a un deterioro muy significativo de la atención en salud mental. Un deterioro que tiene que ver, sobre todo, con la dificultad creciente para sostener el enfoque comunitario y el trabajo en red, que son absolutamente indispensables para tener el tiempo de escuchar, tratar y acompañar (**Estudio sobre el estado de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid**). Y esto no sucede porque los profesionales no queramos o no sepamos hacerlo, sino porque hay una concepción mentirosa y reducida de los problemas mentales, un cuestionamiento profundo del modelo comunitario y un enfoque progresivamente hospitalocéntrico y prestacional en la gestión de la salud mental pública. Este descuido de los CSMs está causando un grave perjuicio a los pacientes y un

insoponible malestar a los profesionales que los atendemos, que nos encontramos como cirujanos con cuchillos de plástico. Desatender las necesidades propias de estos dispositivos no es un mero detalle organizativo, sino que modifica radicalmente el modo mismo de tratar. El enfoque comunitario no es una preferencia ideológica, ni un estilo de trabajo alternativo, ni un adorno humanista para quien tenga tiempo de practicarlo. Es una herramienta clínica. Una manera de sostener la complejidad del sufrimiento sin convertirla en ruido, sin reducirla a un diagnóstico, sin la sola anestesia de la medicación.

En la práctica diaria ese deterioro se traduce en un cambio silencioso y constante de prioridades donde lo urgente desplaza a lo importante y la demanda de ser atendido, a la posibilidad de ser tratado. La consulta se va pareciendo cada vez más a una escena repetida donde alguien llega con su dolor y, antes de que despliegue su relato, ya hay una presión por cerrarlo,

por codificarlo, por convertirlo en un “caso” que pueda circular rápido por los carriles previstos. La sobrecarga se vuelve entonces una forma de violencia invisible hecha de interrupciones, de tiempos cortos, de agendas saturadas, de momentos imposibles para coordinar. El trabajo en red se convierte en un lujo impracticable. Las reuniones de equipo se hacen cada vez más difíciles. Pensar juntos, sostener una estrategia común, colaborar entre dispositivos se convierte en un “extra” que se hace como se puede, cuando se puede, y muchas veces a costa del tiempo personal de quienes aún se empeñan en sostenerlo. En estas condiciones, el modelo comunitario se vuelve una palabra hueca que enmascara un empobrecimiento clínico que ya apenas sostiene la continuidad, encadenando contactos dispersos en los que no hay tiempo más que para administrar prestaciones y derivar a dispositivos terciarios que crecen absurdamente para contener los efectos de la red quebrada.

Junta directiva de la AMSM



Fuente: Imagen de Andrew Nawroski en Pixabay

posicionamientos

LA CONSTITUCIÓN NO ES UN CATÁLOGO DEL PRYCA



Fuente: Imagen de Alberto Bigoni en unsplash

El modelo de gestión de la Comunidad actualmente lleva a muchas entidades a entrar en el juego de las inversiones, con todos los riesgos que ello conlleva.”

“... el coste económico lo pagan las personas trabajadoras con la merma de sus condiciones laborales y de su poder adquisitivo... y por otro lado las personas que precisan de los servicios de esos recursos de una manera apropiada y eficaz.”

Lo primero que queremos, y debemos, **expresar con esta nota es el total apoyo a las compañeras que trabajan, o trabajaban (dada la renuncia a su puesto de trabajo de más de 50 personas) en la red de rehabilitación para una de las entidades que gran número de recursos de la misma gestiona.** Porque sí, como ya hemos comentado anteriormente, la red de rehabilitación, o de atención social a la Salud Mental, es igual de importante, si no más, por el sostén que han de proporcionar dentro de un modelo comunitario de atención. Es por ello que queremos mostrar nuestra solidaridad con todas esas personas, con todas ellas. Con las que justificadamente y debido a las bajadas temerarias de su salario han renunciado al puesto, así como con las que a pesar de ello se mantienen en el mismo, y sobre todo, con las personas que precisan del trabajo de esas profesionales en sus respectivos recursos.

Ya hace tiempo venimos advirtiendo de la situación alarmante en la que se encuentra la red de rehabilitación de la Comunidad de Madrid y, tristemente, ahora podemos constatar que esas advertencias se están haciendo realidad. Lo advertimos cuando publicamos “Riesgos de que un fondo de inversión gestione un servicio público, o de por qué una víbora no es un hámster”, ¹y lo volvimos a hacer en “El “Monopoly” de la rehabilitación: jugando a deslegitimar la red de rehabilitación en la Comunidad de Madrid”². El modelo de gestión de la Comunidad actualmente lleva a muchas entidades a entrar en el juego de las inversiones, con todos los riesgos que ello conlleva. **Y esta dinámica siempre deriva en lo mismo, en la vulneración de derechos de las personas.** De muchas personas, muchas de ellas trabajadoras y, muchas otras más, usuarias de los servicios de esta red, o lo que es lo mismo, personas ya vulneradas previamente. Y cuando se atenta contra los derechos de las personas, se atenta contra su dignidad.

Y no se trata aquí de señalar a la entidad en cuestión, porque de esa manera estaríamos cayendo en la acusación fácil, en la trampa de la engañifa disuasoria. El problema va mucho más allá y esconde un trasfondo algo más complejo y más perverso. **No se trata, o al menos de manera exclusiva, de un problema de la entidad que gestiona, sino del modelo de gestión aplicado a esta red, la gestión indirecta.** El concurso, o la subasta podríamos decir ya a estas alturas, de la gestión de los recursos por parte de entidades privadas, fundaciones, etc. No es muy difícil llegar a la conclusión de que en un sistema capitalista, más servicios por un mismo precio, implica necesariamente una menor calidad de los mismos.

Tampoco es difícil comprobar que ese aumento de servicios por el mismo precio tiene un coste. Un coste que siempre pagan las mismas personas. Por un lado el coste económico lo pagan las personas trabajadoras con la merma de sus condiciones laborales y de su poder adquisitivo (el cual se está viendo fuertemente afectado desde la crisis de 2008), y por otro lado las personas que precisan de los servicios de esos recursos de una manera apropiada y eficaz. Pero no pretendemos

1) <https://amsm.es/2018/09/19/riesgos-de-que-un-fondo-de-inversion-gestione-un-servicio-publico-o-de-por-que-una-vibora-no-es-un-hamster/>

2) <https://amsm.es/2025/01/18/el-monopoly-de-la-rehabilitacion-jugando-a-deslegitimar-la-red-de-rehabilitacion-en-la-comunidad-de-madrid/>

ahondar en este problema, puesto que para ello se puede acudir a los comunicados señalados anteriormente.

Uno de los aspectos que nos preocupa profundamente, y al que queremos referirnos con ese trasfondo complejo, es el de la defensa del modelo de atención comunitario que caracteriza a esta red. Porque como se podrá imaginar, en un modelo de gestión capitalista en el que “el cliente siempre tiene la razón”, cabe hacerse la pregunta de si está preparado para defender y sostener los valores y los principios que dieron origen a la red de rehabilitación. Dicho en otras palabras, nos genera serias dudas que unas entidades que van a sacar provecho o tajada en el sentido más monetario posible, vayan a priorizar llegado el momento los derechos y la dignidad de las personas que conforman ese entramado de recursos, ya sea desde el lado profesional, o desde la posición de usuario o usuaria. Bueno, en realidad no nos caben dudas. Lo que está sucediendo con esta entidad es prueba de que todas estas cuestiones quedan en segundo plano cuando llegan tiempos de vacas flacas. Una defensa del modelo que se tambalea aún más cuando vemos que esta precarización lo que genera, y la movilidad de personal viene a confirmar, es que la red se nutre de muchas y muchos profesionales con poca experiencia, y seguramente, con gran desconocimiento de esos valores que mencionábamos. Y no pretendemos, ni mucho menos, cuestionar la profesionalidad de esas personas, sino que esta cuestión nos vuelve a remitir a si las entidades gestoras se preocuparán de transmitir ese modelo y esos valores con la firmeza que consideramos pertinente.

Pero, como decíamos, no solo hay un trasfondo complejo, sino también perverso. Perverso desde el punto de vista de la responsabilidad, tanto del sistema en sí como de la administración que lo gestiona. **Porque un sistema y una administración que no velan ni se aseguran del buen funcionamiento de estos recursos, son un sistema y una administración irresponsables.** Queremos recordar que toda esta red de recursos nace de varios derechos constitucionales, como puedan ser la Ley General Sanitaria, o los artículos que promueven

la creación y existencia de prestaciones sociales para garantizar la igualdad y la calidad de vida, o una vida digna, entre otros. Dicho con otras palabras, o de manera resumida, esta red es una necesidad y una vía hacia la calidad de vida de las personas que hacen uso de ella, y por lo tanto, un derecho constitucional. Y un derecho, no puede ser un producto de supermercado. La Constitución, no puede convertirse en un catálogo de productos ad hoc para las grandes economías y fondos de inversión.

Es por ello que, para favorecer el buscar la consecución de los objetivos que promovieron la creación de esta red, y en los que seguimos creyendo de manera firme, **consideramos que la gestión de estos recursos debería ser completamente pública.** Pero ya que esto no es así, y tampoco hay visos de que vaya a serlo, al menos desde los órganos competentes de la Comunidad de Madrid deberían establecerse unos procedimientos mínimos para garantizar que esa gestión se produce de manera correcta, ya que si no, lo que se está produciendo es un grave menoscabo de los derechos, tanto de las personas empleadas en estos recursos, como de las personas que precisan de ellos para poder acercarse a una vida con unas condiciones mínimamente dignas.

Tristemente, y lejos de atisbarse indicios de cambio respecto a estos graves acontecimientos, **nos encontramos con un doloroso silencio por parte de las instituciones públicas y sus (nuestros) representantes.** Ojalá esta situación cambie en breves. Aunque solo sea por limpiar la mala imagen que arroja este silencio institucional.

No podemos despedir esta nota sin mostrar de nuevo nuestro apoyo y solidaridad a todas las personas que de manera directa o indirecta se están viendo afectadas, y nuestra más profunda repulsa, tanto a lo que está sucediendo, como a las causas que lo están motivando. Fuerza y ánimo, compañeras y compañeros.

Junta directiva de la AMSM

colaboraciones

NADANDO ENTRE DOS AGUAS: UNA EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN

Edgar Hernández León

Psicólogo del centro de rehabilitación laboral "San Blas"

Publicado en el blog de Fundación Manantial:

<https://www.fundacionmanantial.org/nadando-entre-dos-aguas-una-experiencia-de-supervision/>



Fuente: Foto de engin akyurt en Unsplash

Ante todo quiero agradecer la propuesta de Cristina Díez, directora del centro de rehabilitación laboral San Blas, quien me sugirió amablemente compartir mi experiencia en torno a la supervisión. Anticipo, son reflexiones que me surgen al aproximarme a un aspecto básico de nuestra tarea. Es una visión personal que me resulta de guía. Dejo de lado cualquier intento de generalidad, entiendo que a cada cual le corresponde construir su propia representación. También renuncio a la valorada originalidad. Parto de una frase adjudicada al rey Salomón: no hay nada nuevo bajo el sol.

A lo largo de más de 18 años he tenido la oportunidad de supervisar en distintas modalidades: directa-indirecta, individual-grupal, dentro-fuera de entidades. He pasado por tres escuelas distintas.

Me resulta sorprendente la repercusión que ha tenido en mi práctica unas cuantas experiencias de supervisión. Lejos de ser recuerdos fijos en el tiempo, son huellas vivas, ricas y que dotan de sentido mi hacer cotidiano.

¿QUÉ ME RESULTA NECESARIO PARA QUE LA SUPERVISIÓN GENERE REPERCUSIÓN?

*"Ante el caos originario creamos
ficciones cohesionadas, es decir,
aparece nuestra fantasía de control."*

Respondo desde el lugar desde dónde puedo responder. El más evidente, un supervisado que intenta encontrar respuestas en otros colegas con mayor bagaje. Nombra mi sesgo me voy a apoyar en dos tipos de lenguaje: narrativo y figurado. Antes, durante y después, sobre todo después de supervisar nos manejamos en dos aguas de naturaleza distinta e inseparables.

¿QUÉ TIENE QUE VER LA NARRATIVA Y LO FIGURADO CON LA SUPERVISIÓN? MUCHO, ME EXPLICO.

En un plano que podemos llamar de la narrativa, nos encontramos en una lógica de la direccionalidad y de la intencionalidad. Con más o menos aciertos intentamos responder a requerimientos concretos, algunos de los requerimientos son externos y muchos otros autoimpuestos. Damos cuenta de nuestro trabajo y solemos seguir un orden cronológico del antes y el después.

*"Mantenemos la percepción de
repetición, predictibilidad y monotonía,
corriendo uno de los riesgos más
perjudiciales: acercarnos a la locura
desde la distancia de la locura."*

Un ejemplo de ese registro lo encontramos al preguntarnos en soledad o compañía: ¿Qué supervisamos: personas en atención, grupos, intervenciones familiares, el equipo, situaciones concretas? ¿Para qué supervisar: mantenemos visiones encontradas dentro del equipo, la lectura que hemos construido no nos resulta de ayuda, es momento de una salida, mejor un cambio ó sencillamente no tenemos idea? ¿Dónde ponemos el énfasis: en lo comunitario, lo social o lo clínico? ¿Quién elabora y presenta el material?

La respuesta que damos a las anteriores preguntas generalmente se traduce en historias con una trama definida, desarrolladas por una serie de personajes concretos con unos retos particulares.

Vamos nos inventamos la antítesis de la confusión, la extrañeza, la perplejidad, y la energía desmesurada propia de algunas de las personas que intentamos acompañar día a día.

Ante el caos originario creamos ficciones cohesionadas, es decir, aparece nuestra fantasía de control. Se nos abre una posible vía de entendimiento al énfasis en la clasificación y tipificación (Rísquez, 2007) propia de los protocolos, los manuales psiquiátricos de referencia, nuestros recursos y programas ¿Nuestros recursos son el anverso del sufrimiento psíquico continuado, paralizante y en oportunidades desorganizante?

UNA BREVE PUNTUALIZACIÓN SOBRE LO PARADÓJICO DE LAS FICCIONES.

Si nos creemos en demasía nuestras invenciones corremos el riesgo de quedarnos encerrados en una suerte de castillo de cristal a modo de princesas y príncipes encantados, en términos psicológicos. Mantenemos la percepción de repetición, predictibilidad y monotonía, corriendo uno de los riesgos más perjudiciales: acercarnos a la locura desde la distancia de la locura.

Una vez bautizado el riesgo, me centraré en lo relevante de la ficción: suele activar el motor del psiquismo, es decir, la curiosidad. **La curiosidad es la ventana de entrada al lenguaje figurado** y, por suerte, es la puerta de salida del castillo de cristal.

En este sentido, nadamos en otras aguas desconocidas. Con su atemporalidad propia. Donde la lentitud, la pausa y la gestación son angulares. Me refiero al territorio de los sueños, del humor, de los actos fallidos y de los síntomas. Cierta sector del psicoanálisis lo denomina proceso primario. O dicho de otra manera, un lugar y tiempo donde lo imposible puede devenir en posible.

¿CÓMO OCURRE ESA TRANSFORMACIÓN?

Al compartir la ficción iniciamos un baile. En esa danza aparecen progresivamente imágenes similares al texto supervisado. Imágenes aportadas por todos los presentes. En ocasiones nombradas, muchas otras permanecen en la intimidad. Algunas son tomadas de la práctica profesional, otras de las artes, del deporte, de movimientos sociales, y la gran mayoría de nuestra vida cotidiana.



Fuente: Foto de Fabrício Lira en Pexels

El paralelismo entre lo supervisado y lo cotidiano despierta en todos nosotros una serie de reacciones emocionales cercanas a la vivencia de la persona, grupo, familia, equipo o institución en cuestión.

Aquí nos aparece una situación conocida por muchos. Si supervisamos 5, 8 o 20 compañeros, da igual el número, y todos transmitimos el mismo mensaje verbal al mismo interlocutor, generalmente el interlocutor se muestra receptivo con uno, y tirando de optimismo, con dos profesionales ¡Pero bueno, si todos enviamos el mismo mensaje! ¿Qué ocurre? Unos lo llaman alianza terapéutica (Gabbard, 2002), otros conexión emocional (Riera, 2011), también se ha estudiado la respuesta sensible (Marrone, 2009), por ahí se nombra una tal identificación (Bleichmar, 2002). En definitiva todas hacen referencia a un potente recurso de intervención.

VOLVIENDO A LA PREGUNTA INICIAL: ¿QUÉ ME RESULTA NECESARIO PARA QUE LA SUPERVISIÓN GENERE REPERCUSIÓN?

López Modéjar (2022) en su libro *Invulnerables e invertebrados* detalla, entre otras cuestiones, la fantasía de invulnerabilidad propia del hombre contemporáneo. Nos puede resultar acertada la tesis de la autora y su conexión con la época que nos toca vivir. Menos claro nos resulta percibirnos atravesados y participando del triunfalismo inmediato, omnipotente y profundamente negador de nuestra fragilidad.

La supervisión nos facilita dejar en suspenso ciertos ideales que nos construyen desde el nacimiento. Ideales relativos a la salud, el bienestar, la libertad, la felicidad, el género, lo colectivo, la justicia y la recuperación. Recordemos que los ideales son la matriz del duelo o la postergación de la pérdida (Errota, 2021). Al abrirse esa puerta nos topamos de manera frontal y sin velo con lo más humano posible. Una valiosa y rechazada escuela: el fracaso.

El reencontrarnos y apropiarnos de nuestras pérdidas y frustraciones, por nombrar algunos, en el amor, en las amistades, en los estudios, los trabajos, en los cambios de ciudad, en los proyectos políticos, y en la fe, suele tener dos efectos. Por una parte, nos despertamos de la anestesia producida por el exceso de colectivo, y, adicionalmente, sintonizamos con lo único e irrepetible presente en cada uno de nosotros.

La poesía suele dibujar imágenes que nos permiten contemplar realidades que a la consciencia no le resulta posible, mucho más al hablar del repudiado fracaso. Tomo un breve fragmento escrito por Rafael Cadenas, premio Cervantes 2022, donde nos retrata el fracaso de la siguiente manera:

“Me has hecho humilde, silencioso y rebelde.

Yo no te canto por lo que eres, sino por lo que no me has dejado ser. Por no darme otra vida. Por haberme ceñido.

Me has brindado solo desnudez.”



Fuente: Foto de KoolShooters en Pexels

Comparto, como muchos aseguran, que la proximidad emocional entre dos seres humanos con vivencias únicas e irrepetibles es el sustento de la comunicación. Desde luego nuestro trabajo es de cercanía afectiva, lo que sienta la base para una comunicación clara y sencilla.

A modo esquemático la supervisión al suspender temporalmente el peso de los imperativos categóricos nos facilita un giro del afuera hacia dentro. Es un momento de recogimiento. Una vuelta a nuestro cuerpo y nuestras heridas más básicas. Justo allí en nuestra singular materia prima nos renovamos e integramos el sentido de nuestro hacer ¡Legado recibido y lección aprendida!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bleichmar, S. (2002). Dolor país. Buenos Aires, Argentina: libros del zorzal.
- Cadenas, R. (2007). Obra entera poesía y prosa (1958-1995). Valencia, España: editorial pre-textos.
- Errota, J.M. Algunas reflexiones sobre la disforia de género. Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis. 2021; número 66.
- Gabbard, G.O. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos Aires, Argentina: editorial médica panamericana. Tercera edición.
- López Mondejar, L. (2022). Invulnerables e Invertebrados. Mutaciones antropológicas del sujeto contemporáneo. Barcelona, España: anagrama.
- Marrone, M. (2009). La teoría del apego: un enfoque actual. Madrid, España: editorial psimática. Segunda edición.
- Riera i Alibes, R. (2011). Conexión emocional: cómo se forma nuestra manera espontánea y no voluntaria de reaccionar emocionalmente. Barcelona, España: octaedro.
- Rísquez, F. (2007). De la piel para adentro. Caracas, Venezuela: editorial exlibris.

¿HEMOS CAMBIADO LA ACTUACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE SALUD MENTAL? A PROPÓSITO DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PROFESIONALES

Cristina Polo Usaola

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Hortaleza (Hospital Ramón y Cajal).

Elena Panadero Utrilla

Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental de Moratalaz (Hospital General Gregorio Marañón).

Montserrat Mera García

Trabajadora Social. Centro Salud Mental de El Escorial.

Leticia Camarillo Gutierrez

Psicóloga Clínica. Programa Atiende (Hospital General Gregorio Marañón).

RED DE REFERENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE CENTROS DE SALUD MENTAL.



Fuente: Foto de Pexels

“Gran parte de los problemas de salud mental están atravesados en su origen y evolución por circunstancias vinculadas a desigualdades y violencias hacia las mujeres.”

“Gran parte de los problemas de salud mental están atravesados en su origen y evolución por circunstancias vinculadas a desigualdades y violencias hacia las mujeres..”

Resumen: Presentamos en este trabajo una encuesta realizada en mayo de 2025 a profesionales de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid sobre sus conocimientos y actitudes en relación a la violencia de género (VG) y los recursos existentes para la atención a las víctimas. El cuestionario, en formato online, fue distribuido por las personas referentes de VG de los Centros de Salud Mental entre los y las profesionales de sus equipos. Al comparar los resultados de esta encuesta con otra similar realizada en 2017, observamos que en 2025 ha aumentado significativamente la proporción de profesionales que exploran habitualmente la VG en consulta. También ha incrementado la proporción de profesionales que han recibido formación específica y conocen protocolos de actuación vigentes. Finalizamos señalando el riesgo de que algunos retrocesos sociales actuales asociados a discursos antifeministas y negacionistas de la violencia de género puedan trasladarse a contextos profesionales.

LA RED DE REFERENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL

La red de referentes de VG de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se creó en 2016, a propuesta de la Comisión Técnica de Acciones en Salud contra la VG. Actualmente, salvo excepciones muy puntuales, existe al menos una persona referente en cada Centro de Salud Mental. En los últimos años se han incorporado también referentes de dos Hospitales de Día y del Hospital Rodríguez Lafora.

Al inicio se realizaron Jornadas de formación específica dirigidas a las personas que formaban parte de esta red. Desde entonces, se celebran encuentros trimestrales de formación y coordinación entre referentes, en los que se realizan detección de necesidades formativas, discusión de casos complejos, coordinación con redes específicas, visibilización de situaciones de discriminación en personas con problemas de salud mental en recursos específicos de VG, etc.

De manera global, el objetivo principal de esta red ha sido crear y consolidar una red de profesionales que refuerce la capacidad de formación, detección e intervención con perspectiva de género y en VG en los equipos y que construya un espacio de apoyo mutuo.

La puesta en marcha de este espacio responde, entre otras razones, a la observación tanto en la literatura como en la clínica, de que gran parte de los problemas de salud mental están atravesados en su origen y evolución por circunstancias vinculadas

a desigualdades y violencias hacia las mujeres. Entendemos la VG desde una perspectiva interseccional que incluye otros elementos de vulnerabilidad y opresión. En el caso de mujeres con problemas de salud mental, los estudios muestran que la relación es bidireccional: las mujeres que son víctimas de VG tienen consecuencias psicológicas secundarias a sufrirla; pero, a su vez, las mujeres que tienen trastornos mentales son más vulnerables a sufrir VG.

En nuestro medio, un trabajo realizado en 161 mujeres atendidas en un Centro de Salud Mental mostró que en el último año un 40% había sufrido violencia psicológica por parte de su pareja o expareja, un 20% referían violencia física y un 9,6 % violencia sexual (1). Entre las mujeres diagnosticadas de trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad grave) la probabilidad de sufrir este tipo de violencia aumenta notablemente. Un estudio en población española realizado en mujeres que habían recibido estos diagnósticos mostró una prevalencia de violencia a lo largo de la vida de un 79.6% y de un 30.3% en el último año (2)(3)

Entre las dificultades que tenemos los y las profesionales de Salud Mental para detectar y abordar las distintas formas de VG se han señalado carencias formativas, falta de tiempo en consultas, creencias erróneas (como considerar que explorar en consulta situaciones de violencia agrava la situación clínica de mujeres, especialmente en aquellas diagnosticadas de trastorno mental grave), sesgos ideológicos o experiencias personales relacionadas con la violencia, etc. A ello se suma el peso que tiene en nuestra disciplina abordar la VG como un proceso interpersonal, recurriendo al psiquismo diferencial y a la psicopatología e infravalorando las desigualdades de género y el contexto patriarcal (4)(5). Aunque esta estructura social patriarcal es el caldo de cultivo común en todas las situaciones, en las mujeres en las que los vínculos y las relaciones de apego han estado gravemente dañadas, la salida de la situación de violencia se complica y la relación terapéutica también.

ENCUESTA DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Con el objetivo de explorar el grado de sensibilización y formación en VG, así como el abordaje práctico en las consultas de Salud Mental, una de las acciones realizadas en estos años por parte de la red de referentes ha sido la elaboración de dos encuestas a profesionales de Salud Mental. La primera de ellas se realizó en 2017, un año después de la creación de la red. La



Fuente: Foto de cottonbro studio en Pexels

segunda en mayo de 2025. Las preguntas formuladas fueron muy similares.

La carta de presentación que se envió a profesionales en la encuesta de mayo del 2025 se muestra en el ANEXO 1.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA EN 2017:

La encuesta fue completada por 263 profesionales, un 71,3% mujeres. Cabe destacar que casi un 50% de las personas no habían realizado ninguna formación en VG. Este porcentaje era mayor en hombres, el 62,9% de hombres no había realizado ningún curso frente a un 43,8% de mujeres. En relación a profesiones, encontramos que un 57,8% de psiquiatras, un 52,4% de enfermeras/os y un 44,6% de psicólogas/os no habían hecho ningún curso. Eran las profesionales de Trabajo Social las que más formación habían realizado. En cuanto al uso de protocolos, un 45% de profesionales refirió que no los conocía ni los había usado.

En relación a la detección de violencia de género en consultas, solo un 38% de profesionales preguntaba habitualmente a las mujeres que atendía si sufría o había sufrido VG. Existía relación entre esta detección y haber realizado formación en violencia de género, coordinación con dispositivos y uso de protocolos.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA EN 2025:

La encuesta se confeccionó y distribuyó mediante Google Forms, incluye una muestra de 296 profesionales. Se emplearon análisis descriptivos y tablas cruzadas con prueba de chi-cuadrado para evaluar asociaciones. Para permitir un análisis estadístico fiable y adecuado, se procedió a la recodificación de

*“Algunos recursos contra la VG ex-
cluyen a mujeres con diagnóstico de
trastorno mental grave, especialmente
en dispositivos de acogida.”*

algunas variables categóricas originalmente con múltiples categorías. Esta decisión se tomó al observar que ciertas categorías presentaban frecuencias muy bajas, lo que dificultaba la aplicación de pruebas como el chi-cuadrado con garantías estadísticas. La recodificación fue realizada cuidadosamente considerando, además de la distribución de las frecuencias, la relevancia teórica y conceptual de las categorías para el fenómeno estudiado, con el fin de conservar la validez y sentido de los resultados obtenidos.

Se presentan en ANEXO 2 características descriptivas y en ANEXO 3 las tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado. Algunos resultados:

*“Un 23,1% de jóvenes varones creen
que la violencia de género “no existe
o es un invento ideológico.”*

- La variable categoría profesional muestra una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 28,3$; $p < 0,005$). El análisis de residuos corregidos indica que son los/as psicólogos/as clínicos los que preguntan significativamente más por VG ($z = 3,5$), mientras profesionales de enfermería, trabajo social y otras profesiones preguntan menos habitualmente.
- Haber realizado formación sobre violencia de género se asocia con una mayor probabilidad de preguntar habitualmente ($\chi^2 = 7,16$; $p = 0,007$).
- Conocer la existencia de una persona referente de VG en el servicio también influye positivamente ($\chi^2 = 11,7$; $p = 0,001$).
- Conocer los recursos específicos sobre VG muestra asociación significativa ($\chi^2 = 11,15$; $p = 0,001$).
- Conocer los protocolos de actuación específicos en VG se relaciona con el hábito de preguntar ($\chi^2 = 8,32$; $p = 0,004$).

Diferencias entre la encuesta realizada en 2017 y 2025

FECHA ENCUESTA	Haber hecho formación en VG	Preguntar sobre VG en consultas	Uso de protocolos
2017 N: 263	Si: 50,8% No: 49,2%	Habitualmente: 38%	Si: 21,8%
2025 N: 296	Si: 74,7% No: 24,3%	Habitualmente: 49%	Sí: 41.9%

*“Consideramos necesario mejorar la
identificación del perfil de profesiona-
les sin formación y explorar formas de
aumentar su motivación.”*

Comparando las dos encuestas observamos que en 2025 ha aumentado significativa-mente la proporción de profesionales de salud mental que preguntan habitualmente sobre VG en consultas. También aumenta la proporción que han hecho formación específica y utilizan protocolos.

LIMITACIONES

El muestreo no probabilístico y la naturaleza transversal limitan la generalización y la causalidad. Además, la autodeclaración puede sesgar las respuestas. No se pudo realizar un análisis multivariado mediante regresión logística debido a la conside-rable pérdida de casos en diversas variables, lo que redujo la muestra disponible para análisis robustos. Esta limitación restringe la capacidad de obtener conclusiones sólidas a partir de modelos multivariados en este estudio.



Fuente: Foto de Daniel Oliver de Pexels

DISCUSIÓN

Los resultados de las encuestas realizadas muestran un progreso significativo en sensibilización y abordaje de la VG en salud mental. Así, la proporción de profesionales que exploran de forma habitual la existencia de violencia casi se ha duplicado desde 2017. La asociación entre formación, conocimiento de recursos y protocolos y mayor detección, refuerza la utilidad de la formación específica y la necesidad de consolidar circuitos institucionales. No obstante, debido a la complejidad que supone el abordaje de estos tipos de violencia, la exploración y detección no deja de ser solo el primer paso.

Comparando con otros estudios observamos datos muy heterogéneos que reflejan las diferencias en la formación y en la práctica habitual. Por ejemplo, una investigación realizada en una muestra de 265 profesionales de Atención Primaria mostró que un 67,2% exploraba habitualmente la violencia en la pareja, este comportamiento se asociaba a tener 21 o más horas de formación (6). Los datos contrastan con otro estudio realizado en 2021 en una muestra de 124 profesionales sanitarios, en este caso solo habían realizado formación en VG un 12%; aunque un 56% había identificado algún caso en su práctica, referían que la exploración rutinaria fue excepcional. (7). Un punto intermedio se aporta en otro estudio realizado en 159 en tutores/as y MIR de Medicina de Familia donde el 60% habían recibido formación en VG pero solo el 18% exploraba de forma sistemática en consulta la VG. Estas diferencias son coherentes con lo señalado por un informe reciente del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido que denuncia la inconsistencia de la formación en VG y su impacto directo en la salud mental. Así, ese informe advierte que hasta un 26% de las mujeres atendidas en servicios de salud mental que se habían suicidado presentaban antecedentes de violencia de pareja (9).

En relación a nuestro contexto, un informe reciente sobre la atención a mujeres con trastorno mental grave y VG recogía valoraciones de profesionales de la red de referentes y mujeres atendidas en Centros de Salud Mental. Destacamos algunas opiniones y reflexiones de este informe: (4)

- Los últimos años muestran avances en formación y abordaje de la VG en las mujeres atendidas en el sistema de salud mental, pero estos progresos se perciben como parcelados y no generalizados en gran parte de profesionales.
- La falta de transversalidad implica que los avances en la atención se estén produciendo de manera fragmentada y sin los necesarios mecanismos de coordinación y diálogo entre los diferentes recursos.
- Algunos recursos contra la VG excluyen a mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave, especialmente en dispositivos de acogida. (3)(4)
- Entre las fortalezas señaladas por la red de referentes se resaltan la visibilización del tema en los recursos de Salud Mental, el sentido de pertenencia y aumento en la comunicación entre las personas que forman parte de la red y la calidad de la formación recibida. Entre las debilidades se muestra la presión asistencial que dificulta la tarea y las dificultades para motivar a profesionales que no realizan ninguna formación al respecto. También se señala como reto la necesidad de crear redes de coordinación con otros recursos y grupos de trabajo.

En este tema y de cara a pensar en la manera en la podemos abordar desde nuestro campo la formación, detección e intervención en VG, nos parece imprescindible introducir el aumento de los discursos negacionistas de la violencia de género y la crítica a las narrativas feministas. Por ejemplo, el Barómetro Juventud y Género del Centro Reina Sofía (2023) que incluye a 1.500 jóvenes, señala que un 23,1% de jóvenes varones creen que la violencia de género “no existe o es un invento ideológico”. En este trabajo también se señala que un 44% de jóvenes creen que los hombres están desprotegidos ante denuncias falsas y un 37% que se ha perdido la presunción de inocencia para los hombres. Es reseñable que por primera vez en las diversas encuestas realizadas por esta entidad, el porcentaje de mujeres que se consideran feministas se ha reducido, pasando del 67,1% en 2021 al 57,4% en 2023. En el citado informe se señala la influencia de un nuevo ecosistema comunicativo digital.

El análisis de estas tendencias es tremendamente complejo y excede con creces al objetivo de este artículo. Remitimos a

personas interesadas a revisar la obra de Almudena Hernando (11). En su último libro, ella señala el cambio de ontología que se produce con la aparición de internet e insiste en la importancia de que las jóvenes generaciones no pierdan la capacidad de construir identidad relacional y que dejen de asociarla a la feminidad. La historiadora considera necesario *“mantener el valor analítico y crítico del concepto de género porque si queda reducida a una categoría meramente descriptiva definida desde la percepción subjetiva se disolverá y neutralizará la capacidad de analizar críticamente para poder resistir y transformar la desigualdad e injusticia social inherente al orden patriarcal”* (11, p. 170-171). Desde otra línea, Beatriz Gimeno (12) señala que la toma de conciencia feminista en las mujeres ha producido con frecuencia un sentimiento de agravio y de relegación de los hombres a un lugar más conflictivo y cuestionado. *“El itinerario que lleva a los hombres a asumir las emociones marcadas por el género, a desarmar la masculinidad, puede implicar beneficios a largo plazo pero en un nivel inmediato supone una pérdida de privilegios, la desarticulación de una identidad férreamente armada que les produce un sentimiento de vulnerabilidad...”* (12, p. 174). La autora añade que además del avance feminista, las transformaciones sociales y económicas han contribuido a despojar a los hombres de algunos de los rasgos que ellos consideraban esenciales y ha hecho que las subjetividades masculinas estén en crisis.

Algunos de estos cambios se evidencian en la creciente polarización en el debate político y público de cuestiones relacionadas con el feminismo. Observamos la ruptura del consenso social en torno a muchos de estos temas que incluyen la negación de desigualdades de género, y esto se traduce en profesionales y en personas que consultan. ¿Es posible construir puentes en esas narrativas?

ALGUNAS SUGERENCIAS Y PROPUESTAS:

1- ¿Formación obligatoria?

Consideramos necesario mejorar la identificación del perfil de profesionales sin formación y explorar formas de aumentar su motivación. Los datos muestran que hay una gran brecha entre personas altamente sensibilizadas y comprometidas por un lado y profesionales sin ninguna formación en VG. Nos surge entonces la siguiente pregunta: ¿Sería útil una formación obligatoria? Un informe de 2025 del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (9) recomienda financiar formación obligatoria y estandarizada para el personal sanitario e incluir asesores específicos en VG en Salud Mental. Creemos que esta obligatoriedad garantizaría mínimos comunes, pero también podría aumentar las resistencias y el desinterés en algunas

personas críticas y/o negacionistas de la VG, especialmente en estos momentos en los que están avanzando los discursos negacionistas. En este sentido pensamos en la necesidad de que la formación se acompañe siempre de metodologías participativas y espacios que posibiliten la reflexión crítica.

2- Coordinación y trabajo en red.

Para superar la situación de fragmentación actual, las y los profesionales que participaron en el informe ya mencionado (9) señalaron como prioritario institucionalizar circuitos de coordinación entre recursos de salud mental, de la red de atención a víctimas de violencia de género y otros dispositivos sociales, evitando que esta coordinación dependa exclusivamente del esfuerzo y la implicación voluntarista de algunas personas.

3- La necesidad de un marco feminista de intervención

Consideramos que cualquier intervención sanitaria debe incluir un enfoque feminista interseccional. En Salud Mental implica el cuestionamiento del marco conceptual en el que se sustenta nuestro trabajo (diagnósticos, hipótesis, tipos de intervención propuestas, recursos utilizados, etc) En el caso de mujeres víctimas de VG obviar esta perspectiva supone un riesgo importante de victimización.

4- Espacios de encuentro y supervisión.

El trabajo con mujeres víctimas de VG genera un impacto significativo en los y las profesionales. Por ello, es fundamental generar espacios de encuentro interprofesionales donde compartir dificultades, dudas y emociones derivadas del trabajo con este tipo de violencia. Consideramos igualmente necesarios los espacios de supervisión externa, tanto individual como grupal, que proporcionen referencias, ayuden a la identifica-



Fuente: Foto de cottonbro studio de Pexels

ción de las propias revictimizaciones y refuercen la confianza necesaria frente al trabajo con acontecimientos traumáticos. Concretamente este aspecto de supervisión a día de hoy representa una dificultad añadida pues los programas de formación reglada para los profesionales sanitarios no contemplan el concepto de supervisión como una actividad formativa.

Para finalizar volvemos a resaltar el alto riesgo de que algunos retrocesos sociales actuales asociados a discursos antifeministas y negacionistas de la violencia de género puedan trasladarse a contextos profesionales, provocando actitudes de negación, minimización o victimización secundaria en las mujeres que atendemos y debilitando los avances logrados. Por ello, consideramos que es imprescindible que cualquier formación en VG se acompañe siempre de espacios de reflexión crítica que integren la dimensión social, estructural e ideológica de la violencia y afiancen el compromiso con la igualdad

Agradecimientos: Agradecemos a todas las personas que han participado en la realización de la encuesta y a las referentes de VG de Salud Mental por el compromiso mostrado durante estos años.

REFERENCIAS

- (1) Polo Usaola C. Visibilización de la violencia de género en las consultas sanitarias: un proyecto de atención primaria y salud mental. Convocatoria 2015 Buenas Prácticas Sistema sanitario de salud. Madrid, 2015. Disponible en: https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/violenciaDeGenero/comisionConsejoInterterritorial/buenasPracticas/docs/BBPP_VG_Madrid_3.pdf
- (2) González Cases J. Violencia en la Pareja hacia Mujeres con Trastorno Mental Grave, Tesis Doctoral: Universidad de Alcalá, 2010
- (3) González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., & Fernández Liria, A. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: A prevalence study in Spain. *Community Mental Health Journal*, 2014; 50(7), 841-847.
- (4) FEDEAFES. Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Informe de Resultados de la Investigación 2015 y 2016, Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2027
- (5) La atención a violencias de género en mujeres con trastorno mental grave en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Unidad Técnica de Promoción de la Salud. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2023 Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/ViolenciaGenero/Informe%20att%20VG%20mujeres%20con%20trastorno%20mental%20grave.pdf>
- (6) Rodríguez-Blanesa M. G., Vives Cases C. y col. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2017;31(5):410-415
- (7) Diéguez Méndez R., Rodríguez Calvo M.S. Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación Médica* 2021; 22: 414-419
- (8) Portela Romero M., Cinza-Sanjurjo P y col. Conocimiento y experiencia en violencia de género de las tutoras/es médicas/os y residentes de medicina de familia de Galicia. *Semergen* 2020; 46 (8): 538-544
- (9) The Guardian (2025, 22 de junio) Domestic abuse is a public health emergency, experts say after a critical NHS report. Disponible en <https://www.theguardian.com/society/2025/jun/22/domestic-abuse-public-health-emergency-experts-critical-nhs-report>
- (10) Sanmartín, A., Gómez, A., Kuric, S. y Rodríguez, E. Barómetro Juventud y Género 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.
- (11) Hernando A. La corriente de la historia (y la contradicción de lo que somos) Madrid: Traficantes de Sueños, 2022
- (12) Gimeno B. Alegato contra la prostitución. Razón y emoción. Madrid: Catarata, 2025

ANEXO 1: CARTA ENVIADA A PROFESIONALES

Estimado/a profesional de salud mental,

Con el objetivo de mejorar la formación en relación a la violencia de género, estamos realizando una pequeña encuesta anónima. Agradecemos tu colaboración respondiendo a las siguientes cuestiones:

- 1. Edad:**
- 2. Sexo:**
- 3. Profesión:** *Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, MIR, PIR, EIR*
- 4. Lugar de trabajo:** *Centro de salud mental, Hospital, Hospital de Día, Otros*
- 5. ¿Has realizado alguna formación relacionada con la violencia de género a lo largo de tu vida profesional?**
No, ninguna
Sí, un curso
Sí, más de un curso
- 6. En caso de haber respondido sí, ¿podrías señalar cuántos en los tres últimos años?**
- 7. Si trabajas en un CSM ¿conoces la existencia de la persona referente de violencia de género en tu servicio?**
- 8. En general, ¿preguntas a las mujeres y adolescentes que acuden a tu consulta si sufren o han sufrido algún tipo de violencia de género?**
Sí, habitualmente
Solo en casos excepcionales
Nunca o casi nunca
No contesta
- 9. ¿Conoces los recursos específicos de violencia de género?**
- 10. ¿Has contactado en alguna ocasión con los recursos específicos de violencia de género?**
- 11. En caso de haber contestado sí, ¿puedes especificar qué recurso fue?**
- 12. ¿Conoces y/o has usado en alguna ocasión protocolos específicos de actuación en VG?**
– No conozco ni he usado protocolos
– Conozco los protocolos, pero no los he usado
– Sí, los conozco y los he usado
- 13. Realiza sugerencias sobre cursos de formación que te gustaría plantear para años siguientes**

ANEXO 2: CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

Variable	Categoría	N	% sobre total	Edad Media (años)
Sexo	Mujer	236	79.7%	42.7
	Hombre	59	19.9%	41.4
	Otra	1	0.3%	39
Categoría profesional	Psicólogo clínico	77	26.1%	43.3
	Psiquiatra	111	37.6%	44.3
	Enfermería	45	15.3%	38.3
	Trabajo social	30	10.2%	50.4
	Terapeuta ocupacional	5	1.7%	43.8
	PIR	12	4.1%	28.3
	MIR	10	3.4%	31.6
	EIR	3	1.0%	26.5
	Otros	2	0.7%	46.5
Lugar de trabajo	Centro de salud mental (CSM)	217	74.3%	43.1
	Hospital de día	17	5.8%	41.8
	Hospital	50	17.1%	43.6
	Otros	8	2.7%	27.6
Formación en VG	Sí	220	75.8%	43.7
	No	70	24.2%	39.3
Nº cursos en 3 años	0 cursos	43	14,48%	44,4
	Entre 1 y 3	139	46,80%	42,1
	4 cursos o más	30	10,10%	46,7
	NS/NC	85	28,62%	40,5
Conocimiento persona referente de VG	Sí	197	80,7%	43,3
	No	47	19,3%	39,6
Conocimiento recursos específicos VG	Sí	229	81,2%	43,3
	No	53	18,8%	38,5
Contacto con recursos específicos VG	Sí	161	55,9%	44,1
	No	127	44,1%	40,4
Conocimiento protocolos actuación VG	Sí	122	44,7%	45,7
	No	151	55,3%	40,0
Uso protocolos actuación VG	Sí	35	12,6%	42,7
	No	243	87,4%	42,5

Edad media total: 42.46 años (DT=10.89). No hubo diferencias significativas de edad entre sexos ($p>0.44$).^[1]

ANEXO 3: TABLAS DE CONTINGENCIA Y PRUEBA CHI-CUADRADO

Variable	Categoría	Nunca + casi nunca n (%)	Sí, habitualmente n (%)	χ^2 (gl)	p-valor
Sexo	Mujer	116 (50.0%)	116 (50.0%)	0.8 (2)	0.386
	Hombre	23 (43.4%)	30 (56.6%)		
Categoría profesional	Psic. clínico	24 (31.6%)	52 (68.4%)	28.3 (8)	<0.005
	Psiquiatra	46 (42.2%)	63 (57.8%)		
	Enfermería	27 (65.9%)	14 (34.1%)		
	Trabajo social	19 (65.5%)	10 (34.5%)		
	Otros	23 (76.7%)	7 (23.3%)		
Lugar de trabajo	CSM	99 (46.0%)	116 (54.0%)	6.97 (6)	0.073
	Otro	39 (56.5%)	30 (43.5%)		
Formación en VG	Sí	95 (44.0%)	121 (56.0%)	7.16 (2)	0.007
	No	42 (62.7%)	25 (37.3%)		
Conocimiento persona referente de VG	Sí	84 (42.9%)	112 (57.1%)	11.7 (2)	0.001
	No	32 (71.1%)	13 (28.9%)		
Conocimiento recursos específicos VG	Sí	98 (43.6%)	127 (56.4%)	11.15 (2)	0.001
	No	36 (69.2%)	16 (30.8%)		
Contacto con recursos específicos VG	Sí	70 (44.3%)	88 (55.7%)	3.09 (2)	0.079
	No	68 (54.8%)	56 (45.2%)		
Conocimiento protocolos actuación VG	Sí	46 (38.7%)	73 (61.3%)	8.32 (2)	0.004
	No	84 (56.4%)	65 (43.6%)		
Uso protocolos actuación VG	Sí	13 (37.1%)	22 (62.9%)	2.81 (2)	0.094
	No	125 (52.3%)	114 (47.7%)		

Notas: En negrita χ^2 y p significativos ($p < 0.05$).[1]

VOLVER AL CUERPO (LA REVOLUCIÓN DELIRANTE)

Irene Newey

Enfermera referente de promoción de salud en el ámbito educativo
del Centro Municipal de Salud comunitaria de Puente de Vallecas.

Publicado en primeravocal.org el 9 de enero de 2026



Fuente: Imagen de Gerd Altmann en Pixabay

“Las normas van de los objetos a los horarios, de las visitas a los contactos con el exterior o de las lecturas permitidas al encierro, y de ahí, a que atar pueda ser renombrado como “inmovilización terapéutica”.”

“Me quitaron los cordones de forma autoritaria, invalidando que yo no entendía por qué. Me revolví y me fui descalza, luego viví una especie de redención ante la figura de autoridad, le das las gracias y sonríes...y después me sentí fatal, ¿por qué he hecho eso?”

Las personas dedicadas al cuidado de manera profesional, en el ámbito sanitario en general y de la salud mental en particular, necesitamos volver al cuerpo.

En las **últimas jornadas de la Revolución Delirante** decidimos hacer un experimento. Las asistentes que aceptaban participar tenían que obedecer las instrucciones de las quince personas que representaban el rol de “cuidadoras” que estaban distribuidas por la sala, y portaban tarjetas donde se leía: *Estoy aquí para ayudarte*. En todo momento las participantes podían decidir dejar de participar.

Hubo gente que fue acompañada al baño, a quien le quitaron el tabaco y para fumar habían de solicitarlo, a quien le retiraron los cordones, el cuaderno, el móvil, a quien le quitaron la botella de agua de metal, el boli, una cadenita, el cinturón, etc. A quien le separaron de su grupo de amigos. Algunas personas se quedaron sin café, y a cambio podían tomar descafeinado de sobre con galletas María o un pequeño brick de zumo. Aquellas personas cuyos objetos les fueron retirados, no sabían cuándo los recuperarían, pero si decidían dejar de participar, los recuperaban de inmediato. Todas las personas participantes mantenían pleno control de la situación, y se dejaban llevar por la propuesta en la medida en que eligieron participar.

Al cierre de las jornadas dedicamos dos horas a hablar de lo sucedido durante el día y medio que duró la dinámica. Comenzamos haciendo una ronda para que quien quisiera pudiera compartir su vivencia y reflexiones a partir de ella.

PASAR POR EL CUERPO

Las palabras que más se repitieron en esa ronda fueron: tensión, miedo, incertidumbre, ansiedad, vulnerable, angustiada, paranoia, expuesta, indefensa y culpable. Salieron también otras, como infantilizada, confusa, desorientada, obediente, rabia, fantasías de exposición y ridículo, paternalismo, nervios y expectación.

Según se iban desgranando las palabras de las decenas de personas que participaron, se fue construyendo un relato coral de la experiencia que permitía entrever aquello que la burocracia y los protocolos invisibilizan: no es cuidado si es control, y si es control es violencia.

Las prácticas profesionales en los servicios de psiquiatría de nuestro país se caracterizan por reproducir este tipo de dinámicas de manera cotidiana. Son dinámicas normales, la mayoría integradas en las normas de funcionamiento de las plantas, en los protocolos, los horarios, las necesidades de los equipos de profesionales, el diseño de los espacios y el número de cerrojos que tienen.



Fuente: Imagen de Mystic Art Design en Pixabay

Nadie siente que ninguna de estas dinámicas sea especialmente grave ni violenta porque están asimiladas al cuidado: no se comprende el daño que le puede suponer a una persona que le quiten su reloj y esté desorientada en el tiempo porque no se ve al sujeto al que se le retira el reloj, sino el protocolo de funcionamiento de la planta donde se establece como norma el retirarlo. No se entienden las implicaciones de retirarle a alguien su cuaderno personal si no se pone en valor el pensamiento de ese otro que vuelca ahí sus anotaciones. No se cuestiona el impedir que la gente ingresada se relacione y hable entre sí, porque se considera que el otro es un otro roto en riesgo constante que no sabe elegir, que desconoce lo que le conviene, y el saber profesional hegemónico sostiene que lo que le conviene es una relación que a él no le provoque la más mínima perturbación.

Y así sucede una y otra vez con multitud de prácticas, buscando la construcción de un control ficticio, de una fantasía de omnipotencia que permita una supuesta gestión absoluta del riesgo. El objetivo alcanzado ya no tiene que ver con la persona que debe de ser cuidada, sino con perpetuar un determinado modo de funcionar.

Las normas van de los objetos a los horarios, de las visitas a los contactos con el exterior o de las lecturas permitidas al encierro, y de ahí, a que atar pueda ser renombrado como “inmovilización terapéutica”.

Lxs profesionales que nos hemos formado durante años y años para cuidar, tarea que requiere por encima de todo de ver y escuchar a un otro diferente, con necesidades comunes y singulares, con una subjetividad propia, terminamos por negar al otro a través de los protocolos que ordenan nuestra labor, que cada día está más estructurada, más organizada competencialmente, más alejada de las personas de carne y hueso que tene-

mos delante y que son sustituidas por números de habitación a quienes se les aplican determinadas normas dependiendo de cómo actúen o, incluso, según qué profesional esté de guardia o cómo haya tenido el día. Los protocolos, que a priori debieran servir para garantizar unos mínimos comunes de calidad del cuidado, están sirviendo hoy para delegar el pensamiento y la responsabilidad. Se han convertido en un arma de doble filo. Lejos de servir como referencia para luego adaptar el cuidado a las necesidades singulares de las personas, se constituyen en un parapeto de máximos donde el saber y la práctica profesional se pierden en aras de “aplicar el protocolo”; creándose así un bucle donde la perspectiva de un acompañamiento “centrado en la persona” queda vaciado de cualquier sentido o potencia. Los protocolos debieran ser instrumentos vivos, cuestionados y reformulados constantemente, adaptados a las necesidades cambiantes de las personas, y no herramientas al servicio del control institucional.

El cuidado en momentos de fragilidad, donde debiera surgir un acercamiento aún más diligente en el acompañar, da miedo. Da miedo porque acompañar te expone a ti también a ser afectada por esa fragilidad —sin afectación no hay ni escucha ni acompañamiento posible—. Y la escucha real implica enfrentarse a lo desconocido, lo impredecible, lo extraño e incommensurable. Es imposible mantener todo el control de una situación cualquiera si realizas una escucha real —porque no puede estar todo decidido y dispuesto de antemano—. Cuidar requiere escuchar, poner atención, y esa atención es exponer un algo de nosotras mismas que se arriesga para poder inventar la respuesta que necesite esa persona en ese momento en concreto. Y esas respuestas no caben, por definición, en ningún protocolo.

La mayoría de gente que conoce cómo funcionan las plantas de psiquiatría no quiere pasar por un ingreso. Este hecho debería obligar a parar y reformular marcos y prácticas de los dispositivos en salud mental (ya que esta experiencia de trabajar en un lugar donde no se querría estar si lo necesitara unx o algunx de lxs seres queridxs más cercanxs, es habitual en muchos otros tipos de centros), y sin embargo se pasa de puntillas por él. Como si sencillamente no existiera.

Según avanzaron las jornadas de la Revolución Delirante, fue en aumento la sensación de angustia ante ser interpelados por las personas cuidadoras.

Quería esconderme todo el rato de la gente que nos estaba cuidando. No iba al baño, temía que me dijeran algo todo el tiempo.

A mí no me ha tocado, pero a mis compañeros sí y aún así me he sentido angustiada, intentando evitar el contacto visual para pasar desapercibida y he estado en tensión...

Incertidumbre, no sabía qué hacer... tensa al ver a las cuidadoras, pensando por favor que no me vean...

Mucha persecución, me decían "te veo muy nerviosa" y me dieron un puto mandala, ¿pero esto qué es? No quería encontrar-me a nadie.

Me cambiaron de sitio y me retiraron el agua, sentí mucha hostilidad, no daban ganas de pedir que me devolvieran mi botella... me generaba rechazo acercarme a pedirla, a ver si me iban a quitar algo más...

La sensación de que no somos lo que decimos, sino lo que hacemos. Me preguntaron qué iba a hacer en el baño y me sentí bastante invadida en mi intimidad, ¿hasta qué punto consideramos terapéutico restringir las libertades de los demás?, ¿en base a qué protocolo?

Yo me fui a comer sin cordones... Lo que más me molestó fue que nos separaran a mi grupo. Nos dijeron que nos retroalimentamos y que nos hacemos mal... ¿en qué momento puedes decirle eso a alguien?

Me han quitado el móvil, y al recuperarlo tuve paranoia de que lo hubieran estado mirando, si habían leído mis mensajes o revisado mis fotos y ni siquiera estoy en un mal momento... sentí que no tenía un interlocutor al que poder preguntarle, no sabía si había códigos implícitos que yo no estaba entendiendo.

Lo he vivido con mucha confusión, no sabía que se esperaba de mí, no sabía si podía resistirme, qué es lo que tenía que hacer...

PONER EL CUERPO

Me he sentido subjetivado por la dinámica. Me he sentido mal y culpable cuando se me ha señalado. Alguien me quitó el móvil, le pedí perdón, de forma automática e inmediata.

Me atravesó fuerte la violencia simbólica de los guantes... Sentí síntomas físicos, que me estaba costando controlar la sensación de que algo más grande va a pasar, me pasé todo el día pensando en cómo debía comportarme, no hacía más que cuestionarme cómo puede llegar a ocupar tanto espacio la hipervigilancia.

Me quitaron los cordones de forma autoritaria, invalidando que yo no entendía por qué. Me revolví y me fui descalza, luego viví una especie de redención ante la figura de autoridad, le das las gracias y sonríes...y después me sentí fatal, ¿por qué he hecho eso?

Las organizadoras de las jornadas venimos problematizando la violencia que ejercemos en las instituciones sanitarias y preguntándonos de qué forma se pueden cortocircuitar las inercias, los abusos de poder, desnormalizar lo normalizado para inventar otra cosa.



Fuente: Foto de Stas Knop en Pexels

Cuando nos planteamos hacer esta dinámica, este experimento, nos surgían inquietudes y fuertes dudas relacionadas con que se pudiera interpretar como cierta banalización de la violencia y las experiencias de coerción que ha vivido tanta gente en dispositivos de salud mental, o que quedara como un mero ejercicio moralista anecdótico asociado a un cierto buenismo. Nos preguntamos de qué forma lograr una discusión honesta acerca de la violencia, salirnos de los lugares comunes, las justificaciones. Intuíamos que era necesario **volver al cuerpo** de algún modo. Pero obviamente no al cuerpo en el sentido de quimera biologicista que todo lo explica y justifica, pese a que se carezca de ningún marcador biológico que permita un diagnóstico de "trastorno mental". Las discusiones políticas necesitan cuerpo, necesitan afectos —necesitan de un afectarse para poder pensar—. Y el modo en que se ha tecnificado (**protocolizado**) la violencia en nuestra práctica cotidiana es en sí una cuestión política.

Nos sorprendimos enormemente del impacto que generó en las personas participantes, hasta el punto de que echamos en falta el doble de tiempo para poder elaborar todo lo que fue saliendo a partir de las vivencias y reflexiones que trajeron. No



Fuente: Foto de Justus Menke en Pexels

hizo falta prácticamente dinamización: se planteó una ronda en la que pudiera hablar quien quisiera cuando le llegara el micro, y la reflexión colectiva fue tendiendo los puentes entre la experiencia vivida y la práctica propia.

Me quitaron el cargador, me sentí culpable por estar despiadada, me he visto súper obediente como profesional cuando trabajo con gente, desde dónde sigo las normas, me doy cuenta que obedezco bastante.

Estoy profundamente decepcionada conmigo misma, no dejaba de mirar a las cuidadoras y pensar: ¿y yo soy esa persona en la planta y me quedo tan pichi, sin plantearnos las cosas ni ser consciente de nuestros actos?

Partes de mucha rabia, me he sentido muy vulnerable... lo he sentido como un juego, pero consciente de lo macabro y perverso de que a una persona se la prive de libertad en un momento de tanta vulnerabilidad... tenían varias cosas más, me dediqué a esconder el móvil para que no me lo quitaran también, a intentar escaparme...

Yo soy enfermero, somos quienes hacemos esto... pensando en las normas que aplicamos en la planta... nos las inventamos sobre la marcha, es bastante absurdo... durante mucho rato no he estado entendiendo nada de lo que estaba pasando [en la dinámica], en cualquier momento me dan una pastilla...

me quitaron las gafas, a medida que fui entendiendo empecé a esconderme cosas, hubo un momento que me enfadé y le saqué el dedo a una de las cuidadoras y luego he tenido fantasías de castigo...

Me quitaron el móvil, la manzana, paracetamol... me sentí molesta, toda la mañana me la pasé mirando a L. pensando el apego que tiene la gente a sus objetos, el efecto de retirarlo a la gente y eso que aquí yo podía cambiarme la chapa, pero en otras condiciones...

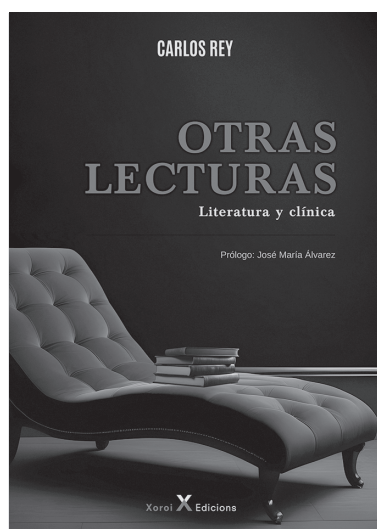
Se ha transmitido muy bien ese paternalismo: "Te veo agobiado, pinta un mandala". Me doy cuenta de lo que podemos hacer daño de esa forma... es provocador decir "lo hago por tu bien"... la cantidad de cosas que haces y eres tú el que has generado la violencia, y encima el agresor le dice a la víctima que si está agobiada... no tengo palabras, pero joder.

Durante la última década se ha puesto de moda hablar de humanizar la asistencia, un verbo que nadie sabe bien qué significa, porque está vacío de significado. ¿Humanizar respecto a qué?, ¿cómo sabemos si nuestra práctica está humanizada?, ¿quién humaniza a quién? Como este concepto, proliferan decenas y decenas más: buen trato, escucha activa, participación, empatía... palabras que cuando se nombran buscan simular que se están moviendo prácticas y perspectivas, cuando lo cierto es que contribuyen en muchas ocasiones a que todo siga exactamente igual. Necesitamos espacios donde poder dejarnos afectar por la realidad, y además poder pensarla en común. No es posible acompañar y escuchar con honestidad sin espacios propios que arrojen las prácticas profesionales y permitan procesarlas y darles sentido.

Volver al cuerpo implica una escucha atenta al impacto de nuestra práctica profesional en otras personas, cómo les atraviesa nuestro quehacer cotidiano. Implica poner nuestro cuerpo en juego: afectarnos por las relaciones que establecemos al cuidar. Esa afectación va más allá de declarar empatía, compasión o voluntad de ponerse en el lugar del otro. Dejarse afectar es ceder espacio al otro para que sea, y tratar de acompañar desde ahí.

hem(●)s leído...

José María Álvarez



OTRAS LECTURAS. LITERATURA Y CLÍNICA

Carlos Rey
Xoroi Edicions, 2024

Otras lecturas. Literatura y clínica es una amplia colección de escritos sobre muchos libros y algunas películas. El caso es que estos textos tienen algo llamativo, una enjundia que salta a la vista de inmediato. A eso contribuye el hecho de que quien los escribe es un psicólogo clínico, un psicoanalista que mira la realidad desde la óptica del drama humano y escruta las desventuras que forman parte esencial de cualquiera de nosotros. Pero eso no es suficiente para perfilar el atractivo de esta publicación. De hecho, como los virus, los libros *psi* proliferan por doquier y se publican sin pudor de los editores, ni rubor de los autores. Ese no es el caso de *Otras lecturas. Literatura y clínica*. Al contrario, estamos hablando de una obra lograda, de una contribución que honra a su autor y agradecen los lectores. Y todo ello, además de la mencionada posición clínica del autor, gracias a su calidad literaria, ingenio crítico y visión sistemática. Esos son los tres pilares que convierten los comentarios y reflexiones de Carlos Rey en un libro generoso y sugestivo. Porque no es nada sencillo hablar de destacados libros y películas relevantes y ser capaz de trasladar al lector algún rescaldo de esa valía sin que por el camino se extinga la gracia, sin que, como mínimo, alguna brizna de la pasión que a Carlos Rey se le despertó nos llegue a nosotros sin perderse en el trasiego.

Lector, escritor y clínico —póngase estos términos en el orden que se prefiera— son tres características que aúna, desde hace décadas, el autor de esta obra. Ahora bien, que esas tres particularidades se den juntas es algo infrecuente. Y mucho más insólito es que se den en la actualidad, tan fragmentada en especialidades. El autor se ocupa, analiza y tuerca sobre cómo las cosas de siempre se manifiestan en el ahora y aquí. Y no es nada remilgado a la hora de manifestar su opinión ni mantenerse firme en su posición, a menudo comprometida e incómoda. Sin embargo, eso sí, lo hace con la pausa de quien ha pasado infinidad de horas leyendo, escribiendo y escuchando. Y eso se nota en las páginas de esta obra, donde el *tempo* acompaña la reflexión y facilita el entendimiento de asuntos sobre los que merece la pena detenerse y atreverse a pensar. Cuesta imaginar que se pueda escribir con esa cadencia y no ser un lector de largo recorrido. Eso se nota, cuando Carlos Rey comenta un libro, en la presentación que propone, en la síntesis que aporta, en las citas que transcribe, en la trabazón que teje con sus comentarios y en los flecos que extrae del mundo de la cultura y la clínica, con los que ilumina sus observaciones. Todos podemos garabatear y encadenar algunas palabras, pero escribir no es algo al alcance de todo el mundo. Eso ya salta a la vista, como decía Gabriel García Márquez, en el primer párrafo de un texto. El lector lo podrá comprobar en cada uno de los casi setenta artículos que componen esta obra. Y también podrá comprobar que no está al alcance de todo el mundo decir algo interesante, como sucede en esta obra, aunque se escriba mucho y se lea más.

Si hay algún denominador común en tan extenso repertorio de reflexiones y comentarios, ese sería la crítica al pensamiento único que domina el terruño *psi*. Ahora

“Si hay algún denominador común en tan extenso repertorio de reflexiones y comentarios, ese sería la crítica al pensamiento único que domina el terruño psi.”

bien, no se trata de una de esas críticas audaces pero sin sustancia, de las que, al cabo de unos días, uno no recuerda ni de qué trataba. No, nada de eso. Al contrario, Carlos Rey se aplica en sus observaciones y argumentos, y los hila con suavidad, testarudo e infatigable. A través de sus comentarios de novelas, ensayos y películas consigue dar forma a un *corpus* argumental que en sí mismo constituye una alternativa bien fundamentada al discurso hegemónico. Porque él —como muchos de quienes tomamos partido por *Otra* clínica— está convencido de que el lenguaje científico, en materia del alma, tiene sus limitaciones. De hecho, una de las citas que encabeza esta publicación es de Hermann Broch, cuando dice: «El acceso al alma del individuo siempre fue la literatura» (p. 9). Y unas cuantas páginas más adelante, se ratifica con parecido énfasis: «En el caso de que el pensamiento, la subjetividad y el inconsciente sean declarados oficialmente pura ficción, recurriremos a la literatura y allí nos encontraremos» (p. 159).

“Rey da a entender que a las ideas, como a las liebres, hay que dejarlas correr y admirarlas por su desenvoltura, vigor y lozanía.”

Literatura y clínica, como indica el subtítulo de esta obra, constituyen dos cordones que se entrecruzan con vistas a iluminar la enrevesada condición humana y favorecer la formación de una psicopatología cuyo centro está ocupado por el sujeto, una psicopatología —escribe el autor— que «vuelva a ser clínica» (p. 418). A partir de esa articulación se enfocan algunos de los debates habituales de la clínica actual: la artificiosidad de las clasificaciones psiquiátricas, la inconsistencia de los DSM, el forzamiento de la ciencia biológica en su traslación al ámbito de la subjetividad, el abuso y mal uso de los psicofármacos, la improcedencia del TAI (tratamiento ambulatorio involuntario), etc.

“Ideas de potentes clínicos que nos refieren que otra práctica psi es posible. De manera artesanal han construido una red de profesionales comprometidos que lleva por nombre: La Otra psiquiatría.”

Cuanto acabo de comentar se sintetiza en varios artículos que llevan por título «Ideas li(e)bres», los cuales recogen la filosofía del autor y proyectan una clínica con fundamento. Citando a José Bergamín, Rey da a entender que a las ideas, como a las liebres, hay que dejarlas correr y admirarlas por su desenvoltura, vigor y lozanía. Como a las liebres, a las ideas tampoco conviene atosigarlas y perseguirlas demasiado, para no agotarlas. Se trata, escribe el autor, de «reflexiones libres de polvo y paja porque son fruto de la experiencia profesional, y no de las intenciones, por buenas que sean. Y liebres porque van mucho más lejos que el discurso oficial; discurso que pretende ser dominante y enlentecer nuestro pensamiento y acción» (p. 229). A mi modo de ver, la metáfora de la liebre libre y la independencia del pensamiento aglutinan este conjunto de escritos, traten de libros, películas, piezas teatrales o asuntos propios de la profesión. Esas palabras son la carta de presentación del autor y el sello de calidad de la obra.

Escrito entre 2004 y 2023, el material que compila esta obra es suficientemente amplio como para que, dependiendo del momento en que lo leamos, hallemos más apetecible tal o cual contenido. Con motivo de escribir este prólogo y releer los textos, en esta ocasión he disfrutado especialmente de algunos comentarios clínicos sobre autores que han tenido a bien relatar su malestar. En este sentido, son maravillosas las observaciones sobre Siri Hustvedt, la histeria y el DSM; desgarradoras y verdaderas las que dedica a William Styron, y luminosas por igual las que diseccionan a Unica Zürn y Gérard de Nerval.

Ante la dificultad actual de publicar historiales clínicos, por motivos de secreto profesional, con frecuencia recurrimos a lo que narradores y dramaturgos escriben so-

bre ciertos personajes, porque ellos, como enfatizó Freud, son «profundos conocedores del alma humana»; en eso, Shakespeare y Dostoievski se llevan la palma. También echamos mano de lo que algunos creadores escriben sobre sí mismos y su propio *pathos*, y que nuestro autor titula como *El relato literario de los pacientes*. (Guillermo Rosales, Giuseppe Berto, Marie Cardinal, Fritz Zorn, Gérard de Nerval, Unica Zürn, Janet Frame, Charlotte Perkins Gilman, etc.) Y nos admiramos de su agudeza para perfilar las claves de sus dramas, tormentos, repeticiones y huidas. Uno de los muchos mencionados en esta obra es Fritz Zorn quien, al final de *Bajo el signo de Marte*, señala que su relato puede ser de alguna utilidad en el plano teórico. Sin duda lo es, en mi opinión, y mucho más que algunas descripciones sobre la angustia y la depresión que leemos en los libros especializados. Al hilo de estas consideraciones, Carlos Rey, en sus pródigos comentarios, añade que Zorn muestra en esa obra «la importancia que tiene la función de la angustia vital, la discriminación de sus tipos, y sobre todo, su manejo terapéutico en la conducción de la cura» (p. 97).

Si saco a colación esta referencia, es para ilustrar, tomándola como ejemplo, el tipo de análisis habitual desarrollado en *Otras lecturas. Literatura y clínica*. Como se puede apreciar, se trata de una obra en la que convergen esas tres facetas difíciles de reunir: el lector, el escritor y el clínico. Carlos Rey encarna como pocos ese singular híbrido, capaz de beber directamente de la fuente de las letras (Flaubert decía que la verdadera experiencia literaria es responder a la pregunta por cómo vivimos), plasmarlo negro sobre blanco y aportar una sugerente luz interpretativa, y además combinar esa dimensión artística con la clínica. «Seguramente necesitamos del arte porque no hay ciencia de lo particular, de la subjetividad, es decir, de la particular subjetividad con la que se vive y sufre la vulnerabilidad y precariedad que anidan en nuestra condición humana. Necesitamos del arte y de la ciencia porque nuestro quehacer clínico es arte y oficio» (p. 321), escribe Carlos Rey con vistas a destacar la articulación de esa trenza formada por esas dos tiras, aparentemente heterogéneas, pero necesarias y hasta armónicas.

Los últimos textos de esta obra se ocupan de la Otra *psi*. En realidad, Carlos Rey es uno de los promotores más activos de este singular movimiento. Hace ya tres lustros, cuando la Otra era apenas una corriente de opinión desconocida y local, por

alguna extraña razón él se percató de esa tendencia emergente y comenzó a reseñar nuestros libros, de tal manera que sus comentarios contribuyeron a darlos a conocer entre la gente del gremio. Más allá del Ebro —como escribió en 2008— está el Pisuerga y sus alienistas: «Ideas de potentes clínicos que nos refieren que otra práctica *psi* es posible. De manera artesanal han construido una red de profesionales comprometidos que lleva por nombre: La Otra psiquiatría» (p. 253).

Aunque no han pasado ni veinte años, desde entonces ese movimiento ha adquirido una briosa animación y se ha extendido más allá del Atlántico. Como digo, uno de los artífices de ese despliegue es Carlos Rey. Su contribución a la Otra se ha concretado en reseñar y promocionar algunas de las publicaciones más importantes. Lo ha hecho de forma espontánea y desprendida, mucho antes de que nos conociéramos personalmente. Varias de sus reseñas se pueden leer en la última sección de *Otras lecturas. Literatura y clínica*. En todas asoma la elegancia y el temple del lector atento, el escritor primoroso y el clínico comprometido. Su contribución a este movimiento alternativo y discreto que es la Otra, es de todos conocida, por todos reconocida y agradecida. Y puesto que estas páginas glosan su libro y su trabajo, me gustaría destacar, de manera especial, el papel que ha desempeñado en el laborioso *Vocabulario de psicopatología* (Barcelona, Xoroi, 2023), un papel tan discreto como necesario. Pieza fundamental desde que surgió ese proyecto editorial, siempre entre bambalinas, él realizó la primera lectura de los originales, hizo las primeras correcciones y anotó numerosas observaciones y sugerencias. Además, como cinco años ininterrumpidos de trabajo dan para mucho, en las diversas conversaciones que mantuvimos sobre la obra, surgieron, de buenas a primeras, algunas propuestas que finalmente se materializaron. Una de ellas, sin duda muy original, es el doble índice de la obra, esto es, la doble lectura que de ella se puede hacer, bien al modo diccionario (alfabética) o al modo manual (temática).

Para quienes llevamos años dando forma a la Otra *psi*, la edición de *Otras lecturas. Literatura y clínica* nos alegra especialmente, tanto por el agradecimiento que sentimos hacia el autor como por la posibilidad de que otros lectores, de este y del otro lado del Atlántico, puedan disfrutar con sus escritos y aprender de las ideas li(e)bres que glosa en sus otras lecturas, las que necesitamos para ampliar la comprensión de la condición humana: la literatura.

J. Camilo Vázquez Caubet



EL REMEDIO Y LA PALABRA

Ideas tras la lectura del libro “RELACIÓN TERAPÉUTICA Y FÁRMACO PSIQUIÁTRICO. Psicofarmacología psicodinámica”, de José Miguel Ribé Buitrón.

Herder, 2025

Publicado originalmente el 11/07/2025 en www.anabasint.blogspot.com

1.

Han pasado unos 70 años desde que **la tecnología de los psicofármacos cambió para siempre la psiquiatría** o, si se prefiere, la hizo nacer en su estado actual.

Desde entonces **mucho se ha reflexionado acerca de su enorme impacto en nuestras vidas**. Algunos libros al respecto llegaron a alcanzar ciertas cotas de popularidad, cada uno con un mensaje o una mirada particular:

- La de hacernos cuestionarnos hasta qué punto estas sustancias cambian nuestra personalidad (“Escuchando al Prozac”)
- La que propone que la mejoría sintomática que proporcionan a corto plazo no debe hacernos abandonar el trabajo personal (“Más Platón y menos Prozac”)
- La que busca señalar las prácticas de promoción más que cuestionables de la industria farmacéutica (“Anatomía de una epidemia”)
- La que niega la idea simplista de que el fármaco sea un remedio específico para una enfermedad concreta (“Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos”)

Pero faltaba un libro en español que se pusiera, manos a la obra, a desentrañar una de las cuestiones clave cuando nos encontramos frente al psiquiatra o el médico de familia: **la relación que se construye en torno al remedio. Qué movimientos se producen alrededor de ese triángulo que inevitablemente conforman fármaco, médico y paciente. Por ejemplo:**

- *¿En función de qué se receta un fármaco y no otro?*
- *¿Por qué a menudo se prescribe cuando no se debería?*
- *¿Hasta qué punto influye la relación médico-paciente en que un fármaco nos ayude o nos perjudique?*
- *¿Cómo cambian las relaciones entre profesionales sanitarios en función de la aparición de ese tercer elemento que es el fármaco?*

El segundo libro de Tito Ribé (tras su muy recomendable manual de psicoterapia de grupo) ha venido a aportar luz a todas estas cuestiones con su habitual estilo exhaustivo y claro, sin irse por las ramas ni dejarse cuestiones relevantes en el tintero.

2.

Desde fuera de la profesión médica podría uno preguntarse si este acto clínico tan cotidiano no se encuentra ya perfectamente trillado, dominado por parte de sus

agentes activos (nosotros, los prescriptores) y por tanto razonablemente libre de riesgos y equívocos.

La respuesta a esto no puede extrañarnos demasiado a poco que revisemos las cifras de consumo de psicofármacos o estemos dispuestos a escuchar las confidencias de tantos ciudadanos que se acercan a nuestras consultas.

No, la prescripción no es un asunto resuelto. Ni andamos tan informados como nos gusta aparentar en público ni ocurre que el acto de prescribir, recetar, medicar esté libre de conflictos internos e interpersonales.

Para empezar porque estos fármacos que recetamos los psiquiatras y los médicos de familia, los psicofármacos, pocas veces son vistos de manera neutral. Al igual que pueda pasar con la quimioterapia, los antirretrovirales, la insulina, la toxina botulínica o, más recientemente, el famoso Ozempic (semaglutida), los psicofármacos forman parte de esta familia de principios activos cargados de significados sociales, los cuales desbordan su composición bioquímica, nombre y envasado.

Pero más allá del simbolismo del propio fármaco, cada paciente carga con su propia historia de aprendizaje (lo que recuerda que le ayudó o dañó, lo que presenció o le contaron, lo que alivió o perjudicó a los suyos). Esta historia particular llena de matices irrepetibles cada encuentro en la consulta. Nos encontraremos, por tanto, un terreno repleto de significados a ambos lados de la mesa.

Esta profusión de atribuciones de sentido, inagotables en su variedad, ha de desbordar necesariamente cualquier pretensión de que nos encontramos ante un acto técnico objetivo. Por ello tomar un principio activo nunca es solamente ingerir una sustancia, al igual que prescribir no consiste únicamente en extender una receta. Allí donde exista un sujeto el acto clínico vendrá acompañado invariablemente de hechos y de valores. Serán aspectos manifiestos y latentes a tener bien en cuenta si es que buscamos ser de utilidad a alguien.

Curiosamente esta realidad no la desconocen tanto quienes acuden buscando ayuda (aunque esta intuición no la expresen normalmente con tecnicismos) como nosotros, sus potenciales benefactores. Obnubilados por las promesas de la tecnobiomedicina, a menudo formados únicamente en este paradigma, tendemos a dejar fuera de nuestra lectura de los encuentros clínicos la subjetividad. Como si lo psicoterapéutico se pusiera únicamente en juego en la consulta del psicólogo, a través de la palabra, en un ejercicio de disociación institucional donde unos “reparan” y otros “consuelan”.

Dicho de otra forma, si conseguimos mejorar nuestra sensibilidad a esta realidad intersubjetiva a la hora de medicar logremos ser mucho más eficaces en consulta, respetuosos y, sí, menos dañinos.

3.

Para ilustrarnos en este sentido el libro de Ribé comienza con una breve pero necesaria introducción histórica que resume cómo se ha ido configurando la práctica psiquiátrica hasta alcanzar su insatisfactorio estado actual. Como bien afirma el autor, no es raro que los profesionales se sientan meros expendedores de pastillas, sobrepasados por la carga de trabajo, al tiempo que los usuarios lamentan no ser comprendidos ni escuchados, otras veces incómodamente inmersos en el regateo del alivio. El repaso del devenir de esta especialidad nos habla de sus tribus, sus oposiciones dilemáticas (biologicistas y psicologicistas), sus condiciones materiales, sus promesas relucientes, sus desengaños y sus nuevas —esta vez sí que sí— propuestas psicodélicas para tanto trastorno “resistente al tratamiento”.

Propone el marco psicodinámico como una bisagra capaz de integrar las posturas centradas en las neurociencias y aquellas sustentadas por el psicoanálisis. Y lo hace no desde una teorización alejada de su objeto de estudio, sino desde su amplia experiencia directa como psiquiatra “de trincheras” en un Centro de Salud Mental barcelonés, donde ejerce como psicoterapeuta individual y grupal así como consultor de Equipos de Atención Primaria.

Este sólido bagaje clínico le permite explorar a fondo cuestiones tan relevantes como los mimbres que construyen una buena respuesta al medicamento pautado. Esto le lleva a reivindicar la importancia de la que tal vez sea la piedra de bóveda de todas las profesionales sanitarias (también la peor interpretada): el efecto placebo, el beneficio subjetivo y objetivo logrado por medio de una relación de confianza en quien expresa el compromiso de ayudar. La actitud positiva al prescribir, la capacidad para avivar una esperanza razonable e incluso la astucia a la hora de escoger el remedio por la sonoridad de su nombre serán elementos que convendrá articular con una alianza terapéutica firme, la cual habrá que entenderla como un trabajo relacional siempre necesario, no dándola por hecha al primer atisbo de cordialidad.

Especial importancia tiene el capítulo dedicado a la resistencia al tratamiento, es decir, a cuando los fármacos no tienen el efecto buscado. Se trata esta de una realidad que se ha ido haciendo cada vez más habitual y que no puede ser entendida

*“De la combinación entre paciente
reacio y profesional agobiado poco
bueno puede salir.”*

si se recurre únicamente a la bioquímica. La ambivalencia que todos portamos en mayor o menor grado al buscar ayuda, el temor a la dependencia, la necesidad de control, la desconfianza fraguada tras años de reveses y maltratos se traduce con frecuencia en que uno no acabe tomando lo que le recomiendan, o que lo haga de forma intermitente, o abandonándolo en corto plazo. Pero no sólo es cuestión de tomar o no tomar, sino que existe ese reverso dañino que es el efecto nocebo. De la combinación entre paciente reacio y profesional agobiado poco bueno puede salir. Esta es una de las fuentes de la iatrogenia, el daño producido por el remedio: molestias, efectos adversos o situaciones imprevisibles que nos habrán de animar a la prudencia prescriptora y a la exploración conjunta de fantasías, temores, significados y su origen en la historia de relación de la persona.

*“La impotencia que a menudo nos
embarga ante las circunstancias vita-
les de los pacientes, del contagio de
las expectativas desmesuradas, pero
también del desgaste profesional que
acaba en polimedicación.”*

El fármaco, por tanto, debería darnos mucho que hablar y no silenciar la conversación. Ribé, tirando de Winnicot, lo entiende como un verdadero objeto transicional. Un elemento material sobre el que proyectamos muchos de aquellos elementos psicológicos que no somos capaces de integrar en nuestra experiencia por medio de palabras que hablen de nosotros mismos. El fármaco actuaría como portador de mensajes y la prescripción se convertiría en un escenario que permite representar y analizar esta realidad esquiva. Tan solo necesitamos prestar atención e invitar a poner el foco en cómo se relaciona uno con eso que le ofrecen.

Por supuesto, no todo ocurre en la cabeza de los pacientes ni mucho menos. Es por ello que los últimos capítulos del manual los dedica a los motivos, a veces poco conscientes y casi nunca racionales, que llevan a los médicos a prescribir, no hacerlo o recetar sin un objetivo terapéutico. Nos habla de la impotencia que a menudo nos embarga ante las circunstancias vitales de los pacientes, del contagio de las expectativas desmesuradas, pero también del desgaste profesional que acaba en polimedicación.

*“Que prescriptores humanos tra-
bajemos de forma cada vez más
robotizada, mientras que algoritmos
informáticos ofrecen acompañamien-
to, comprensión y una apariencia de
“humanidad” infatigable.”*

Plantea así mismo la relación entre tratamiento farmacológico y psicoterapia, no sólo cuando los proporcionan diferentes profesionales en riesgo de rivalizar por la mejoría del paciente, o que tal vez se relacionen por medio de derivaciones más o menos amistosas. También encontraremos tela que cortar cuando sea el propio psiquiatra quien encarne ambos roles: el de prescriptor y el de psicoterapeuta. Este escenario aparentemente ideal no estará libre de retos específicos, como hablar de la medicación para no abordar asuntos más peliagudos, o hacernos sentir que no estamos siendo eficaces si es que tenemos que subir dosis en un momento determinado.

Siempre tiene el autor un pensamiento para los profesionales en formación, los residentes. Por lo general, los clínicos nos hemos visto obligados a aprender el oficio de la forma tradicional: pegándonos a alguien con más experiencia, observando, emulando, extrayendo conclusiones a partir del acierto y el error, construyendo una intuición imprescindible, pero también falible y vulnerable a los embates de lo emocional. Por medio de este libro trata de poner orden y traer claridad, explicitar toda esta sabiduría que en el mejor de los casos se transmite de forma implícita, pero que muy a menudo queda desaprovechada. La psicofarmacología psicodinámica podría llegar a ser una defensa de primer orden frente al desgaste profesional de los compañeros que empiezan su carrera, además de un contrapunto imprescindible que compense el actual predominio del enfoque biomédico.

4.

Quizás sea el epílogo, dedicado a pensar el posible impacto de la llegada de la Inteligencia Artificial generativa en la atención a la salud mental, el que mejor refleje la fina intuición de su autor. Psicofármacos y terapeutas virtuales (basados en LLM) no dejan de ser tecnologías con potencial para cambiar sustancialmente nuestra forma de relacionarnos con nosotros mismos y los demás. Aún mostrándose escéptico frente a la capacidad de la IA para reemplazar a los actuales terapeutas Ribé nos alerta de que la adopción irreflexiva de esta tecnología nos puede conducir a extrañas paradojas, como la de que prescriptores humanos trabajemos de forma cada vez más robotizada, mientras que algoritmos informáticos ofrecen acompañamiento, comprensión y una apariencia de “humanidad” infatigable.

Haríamos bien en darle una pensada a todo esto y preguntarnos qué estaremos depositando de nuestras fantasías y ambivalencias en estas nuevas realidades, y quién se estará beneficiando. Quizás nuestras 7 décadas de convivencia con los psicofármacos nos sirvan para anticiparnos en este sentido.

Es de celebrar, en definitiva, la publicación de este breve manual de psicofarmacología psicodinámica. Sus páginas serán de gran provecho tanto para las personas que nos vemos en situación de recetar como los compañeros del ámbito de la salud mental que quieran entender cómo trabajamos, qué resortes se activan en los pacientes más allá del alivio o el daño y de qué manera esta tecnología les influye, guste o no, en su labor.

Abrirnos a la comprensión dinámica de cómo nos relacionamos con estos remedios nos dará una visión más realista y menos prejuiciosa sobre uno de los puntales de la medicina moderna. Que el fármaco acalle y reprima no lo veremos ya como un efecto invariable unido a las propiedades de una molécula. Con la actitud y el conocimiento apropiados todo prescriptor puede inaugurar la posibilidad de conversar productivamente, hacia un cambio que no sea simple apaciguamiento social.

Hace falta valor para examinar con honestidad los resortes propios que comienzan a moverse cuando recetamos o nos recetan un fármaco, y pienso que este libro es un pequeño primer gran paso.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante





RRSS

Web

<https://amsm.es/>

Instagram

<https://instagram.com/amsm.aen>

Bluesky

<https://bsky.app/profile/amsm-aen.bsky.social>

Linkedin

<https://es.linkedin.com/company/asociaci%C3%B3n-madrile%C3%B1a-de-salud-mental-amsm>

X (Twitter)

<https://twitter.com/AMSaludMental>

Canal de YouTube

<https://youtube.com/@asociacionmadrilenadesalud8263>

¡Nuevo Facebook!

<https://www.facebook.com/amsm.aen>

Facebook anterior (archivo previo a 2022)

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100067649320031>

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com



enlaces RRSS