

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 21, número 1, 2024



Mujer y Salud Mental

Paz Arias García
(compiladora)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

Vol. 21, número 1, 2024



Mujer y **S**alud **M**ental

Paz Arias García
(compiladora)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Subdirector: José Filgueira Lois.

Secretario de redacción: Juan M. García-Haro.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, David González Pando, Ignacio López Fernández, Álvaro Magdaleno Flórez, Pedro Marina González, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Salud Mental

- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: “Las bailarinas”

(1937) de Marie Laurencin. Oleo sobre tela. Colección privada.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 21, número 1, 2024

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación:

Del ser enferma al enfermar por ser mujer

Paz Arias García 7

Una vez más, mujer y salud mental desde el feminismo

Carmen Sáez Buevaventura 9

Limitaciones del diagnóstico psiquiátrico:

Contribuciones para la superación de sus límites y para el abordaje del malestar en las mujeres

Susana Solís-Gómez 13

Los retos de la asistencia sanitaria a las mujeres víctimas de Violencia de Género

Yolanda Fontanil, Natalia Fernández-Álvarez y Esteban Ezama 32

Disforia de género en la adolescencia: ¿otro sesgo en la salud de las mujeres?

Marta González González y Sara Yebra Delgado 51

Víctimas de Agresiones Sexuales, intervención desde el Centro de Crisis del Principado de Asturias

Victoria Eugenia Nieves Iglesias y Noelia Fernández Briz 75

10 BÁSICOS 10: “Mujer y Salud Mental” 95

PUNTO CRÍTICO: “La salud mental a debate”

Víctor Aparicio Basauri (Compilador) 98

La salud mental en el mundo

Benedetto Saraceno 98

Dichas y desdichas en el devenir de la salud mental

José Luis Pedreira Massa 105

Un cambio de paradigma basado en el modelo de apoyos en salud mental

María Fuster 110

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 21, número 1, 2024

INFORMES

Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario (2023) 113

RESEÑAS

Una vía en las estrellas. El camino de Santiago de unas personas poco corrientes
(Concha Fernández Pol) 117

Baba Yagá puso un huevo (Dubravka Ugrešić) 119

De los Determinantes Sociales a la Salud Mental Colectiva (Ander Retolaza) 121

IN MEMORIAM

René González Uzcátegui (1926-2023) 123

Ramón García López (1941-2024) 125

Teresa Suárez Rodríguez (1947-2024) 127

Itzhack Levav (1939-2024) 130

NOTICIAS BREVES 132

REUNIONES CIENTÍFICAS 137

REVISTAS de la AEN-PSM 140

NORMAS DE PUBLICACIÓN 144

PRESENTACIÓN

Del ser enferma al enfermar por ser mujer

From being sick to being sick as a woman

Paz García Arias

Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Puerta La Villa. Gijón. Asturias

Recibido: 23/10/2024

Aceptado: 26/10/2024

PRESENTACIÓN

Se considera que los problemas de salud mental están determinados por una compleja interacción entre factores individuales (biológicos y psíquicos) y el contexto socio-cultural en el que se desarrollan.

Según datos de la OMS, las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión y trastornos de ansiedad en comparación con los hombres. Aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o sexual en algún momento de su vida, teniendo un gran impacto en su salud mental. Otros factores que generan graves problemáticas en su salud están relacionados con el ciclo vital de las mujeres (el embarazo, la maternidad, los roles de cuidadora a lo largo de las diferentes etapas de la vida, etc.) así como la presión social sobre la imagen corporal y su autoestima.

La lucha por la igualdad de las mujeres en nuestra sociedad actual, con la presión de trabajar fuera del hogar sin poder renunciar

a las tareas de los cuidados, produce un gran malestar contrastado en las consultas tanto en Atención Primaria como en Salud Mental.

Presentamos este nuevo Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria poniendo el foco en la salud mental de las mujeres, tratando de recuperar el debate sobre el género como estereotipo y mandato social y su influencia en el enfermar a más de la mitad de la población.

En este número se aborda un limitado número de factores que afectan a la salud de las mujeres y en los que, en su mayor parte, está presente la violencia: la violencia machista, la sexual y la socio-sanitaria entre otras muchas.

Carmen Sáez Buenaventura, psiquiatra de referencia en el abordaje de la salud mental de las mujeres con perspectiva feminista desde la década de los 70, nos recuerda la importancia de la formación específica de los profesionales y la deuda contraída con las mujeres mayores en una sociedad edadista, que cada vez desprecia más los valores y experiencias de nuestras antepasadas.

Un dato relevante cuando se analiza la salud mental de las mujeres es el exceso de medicalización de las mujeres frente a los varones, por ello, Susana Solís Gómez en su artículo critica el diagnóstico psiquiátrico como factor limitante y represor de la comprensión del malestar de las mujeres y propone alternativas que den sentido y significado a su subjetividad.

Yolanda Fontanil y cols, profesora de la Universidad de Oviedo, en su estudio sobre la violencia de género, examina las dificultades del sistema sanitario en la detección y abordaje de esta grave problemática, proponiendo importantes sugerencias de mejora.

En los últimos años han aumentado de manera exponencial las personas que han iniciado procesos de transición amparados por la *Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*, más conocida como Ley trans. En su artículo, Marta González González y Sara Yebra Delgado reflexionan sobre estos procesos en niñas y adolescentes y las dificultades de las/os profesionales de la salud en su abordaje, reivindicando la prudencia ante intervenciones irreversibles en una etapa decisiva en la vida de las personas.

En noviembre de 2020 entra en funcionamiento en el Principado de Asturias el Centro de Crisis, centro pionero a nivel nacional en la atención a mujeres y niñas víctimas de violencia sexual. Victoria Eugenia Nieves Iglesias y Noelia Fernández Briz en su artículo exponen el abordaje que se lleva a cabo con las víctimas y su entorno desde un enfoque integrador, planteando las consecuencias físicas, emocionales y psico-sociales en la vida de las mujeres y niñas.

Esperamos que en las instituciones sanitarias los/as profesionales incluyan en sus intervenciones una perspectiva que tengan en cuenta las experiencias y necesidades de las mujeres. Esto exige un esfuerzo en la formación obligatoria de las/os profesionales en cuestiones de género y la promoción de un entorno seguro que facilite la expresión del malestar sin necesidad de estigmatizar la vida de las mujeres y que acabe con la brecha de género en salud mental.

Agradecer a todas las autoras de los trabajos aquí presentados su colaboración desinteresada y en especial al director de la revista, Víctor Aparicio, por su compromiso y dedicación para que este número salga a la luz.

Paz Arias García

Correspondencia: pazcorreo@hotmail.com

Una vez más, mujer y salud mental desde el feminismo.

Once again, women and mental health from a feminism

Carmen Sáez Buenaventura¹

Psiquiatra. Ex Directora General de la Mujer de la Comunidad de Madrid. Madrid

Recibido:25/6/2024

Aceptado:26/9/2024

RESUMEN

Se presenta un breve recorrido histórico, desde la década de los ochenta, del abordaje del tema “salud mental y mujer” bajo una perspectiva feminista en España. Se presenta la importancia de los grupos de encuentro con mujeres como una forma de incidir en el abordaje salud mental. Se propone la prioridad de fomentar una formación no sexista de los profesionales de la salud. Asimismo, se recalca la importancia de hacer visible a las mujeres “mayores”.

Palabras clave: *Socialización genérica, salud mental, abordaje feminista, ancianidad, psicologización, psiquiatrización, medicalización.*

ABSTRACT

A brief historical overview is presented, since the 1980s, of the approach to the topic of “mental health and women” from a feminist perspective in Spain. The importance of meeting groups with women is presented as a way of influencing the approach to mental health. The priority of promoting non-sexist training for health professionals is proposed. Likewise, the importance of making “older” women visible is stressed.

Key words: *socialisation, mental health, feminist point, old age, psychologization, psychiatrization, medicalization.*

INTRODUCCIÓN

Hace unos meses, una voz conocida de dueño olvidado me telefoneó. Era Víctor Aparicio, compañero de la lucha antimanicomial de “los setenta”, de quien no había vuelto a saber en décadas, pero que al igual que otros colegas con quienes compartí

aquellos avatares, guardo un afecto especial por tantas vicisitudes afrontadas sobre el quehacer respecto a la Salud Mental y la Psiquiatría del momento. Me propuso escribir un artículo para la Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, que iba a dedicar un número respecto a la mujer, en cuyo aná-

¹ Exprofesora de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, Exresponsable del Hospital de Día del Hospital Gregorio Marañón, ExJefa del Distrito de Retiro de Madrid, Fue Vicepresidenta de la AEN-PSM (1983-86).

lisis y defensa por la igualdad yo estaba en pleno activismo por aquellas fechas. Desde entonces hasta hoy ambos asuntos, además de mis hijos, han significado la mayor y mejor parte de mi vida.

A la llamada de Víctor contesté afirmativamente y agradecida, siempre que no significase una tarea inmediata, pues carecía de tiempo disponible, absorbido por ultimar lo antes posible un libro en ciernes.

Desde que en 1979 edité *Mujer, Locura y Feminismo* (1) casi todo lo que he publicado ha sido en torno a estas dos cuestiones, y ahora se me invitaba desde la citada revista a decir algo sobre las mismas.

ESPAÑA: LOS COMIENZOS DEL FEMINISMO EN SALUD MENTAL

En aquellos setenteros días, el feminismo resultaba algo novedoso y no muy inteligible o aceptable por muchos y muchas, pero hoy me satisface apreciar que van abundando cada vez más autoras y autores interesadas por ello y lo vivo como una especie de recogida gratificante, tras la siembra de muchos años, gracias a tantas compañeras con quienes he trabajado con mucho esfuerzo, ahínco, entusiasmo y malos ratos también, de manera que el proyecto del citado próximo número de la revista me satisfizo mucho.

En la celebración de las I Jornadas Estatales sobre Mujer y Salud Mental, en mayo de 1985, que organicé con el apoyo del Instituto de la Mujer y a las que acudió un número ingente de participantes de todo el país, se desarrollaron múltiples maneras de acercamiento e incluso tratamiento de afecciones mentales en nuestro colectivo².

En cuanto a los grupos de encuentro que inicié hace ya tantos años con mujeres urbanas, amas de casa de clase media, afectadas de síndromes depresivos graves o muy graves e incluso con intentos de suicidio fallidos, derivadas a Psiquiatría con gran frecuencia desde otros servicios del hospital donde yo trabajaba, eran diagnosticadas generalmente de histéricas, cuando no de simuladoras, reticentes a cuantos tratamientos habían sido sometidas sin éxito³.

Dichos grupos comenzaron a extenderse poco a poco, pues durante años estuve visitando distintos centros de salud y hospitales que los fueron implantando. De ello tuve información “in vivo” al hacerme cargo de la Jefatura del Distrito de Retiro de Madrid en los noventa, donde una de las psicólogas trabajaba con ellos con igual orientación y resultados.

Asimismo creo que aún hoy tendría cierta vigencia en la práctica habitual lo analizado y plasmado tanto en el Plan para la Igualdad

2 A mayor abundamiento, incluso la Ley General de Sanidad de 1986 se pronuncia por la igualdad de trato y derechos de los enfermos mentales, pero se olvidó de ellas, las pacientes.

3 Para más información, *¿La Liberación era esto? Mujeres, vidas y crisis*, Temas de Hoy, 1993.

de las Mujeres 1989-1991 de la Unión Europea, así como en el Plan de Igualdad de las Mujeres de la Comunidad de Madrid que, años después, sacamos a la luz desde la Dirección General de la Mujer de la Comunidad, tras hacerme cargo de la misma.

¿COMO AVANZAR?

El mantra de base consistía y continua consistiendo en la formación no sexista del personal y profesionales a cargo de mujeres afectadas en su salud mental: su escucha, su consideración como sujetos biopsicosociales y no solamente como posibilitadoras de procrear, idóneas en la crianza de nuevos seres y piedra angular de las familias.

En cuanto a nuestro colectivo, no debemos dejar de insistir machaconamente en estar siempre atentas para no medicalizar, psiquiatrizar o psicologizar cualquier trastorno de los muchos que pueden producirse según la familia o país donde se nace, la educación que se recibe o no, el género socializador, la legislación vigente, la ocupación o trabajo que se realiza o del que se carece, la edad que se transita y hasta el ideario político que pueda defender, si lo tiene.

En este sentido, considero que tenemos una deuda contraída con las mujeres mayores, viejas o ancianas, como prefiramos llamarlas, y ahora que yo me encuentro también en esta etapa, no es posible obviarlas. Hay que actuar desde el feminismo (no olvidemos nunca que lo personal es político).

Antes de la pandemia del covid redacté y presenté en los servicios sociales de mi distrito en Madrid, un proyecto para la reali-

zación de grupos de encuentro de este colectivo etario de la zona. El citado proyecto no tuvo acogida. La contestación fue carecer de espacio disponible donde llevar a cabo los citados encuentros, cuando era evidente la existencia de despachos vacíos de manera habitual. En resumen, no interesábamos; el edadismo sexista se imponía claramente.

Esta última etapa de la vida es algo que no fue tenido en cuenta e imaginado por las jóvenes y maduras activistas que fuimos.

Aún con una salud más o menos bien conservada incluso, para nosotras suele ser una incógnita hasta encontrarnos en ella. Hemos transitado por todas las precedentes y las conocemos con mayor o menor profundidad, pero ésta, con sus vicisitudes, significa un cambio considerable para el que carecemos de rutinas y/o costumbres, ya acuñadas, que nos resuelvan circunstancias difíciles y preocupantes. Quienes mejor las comprenden y pueden manejarla son las coetáneas en iguales o similares circunstancias. Es un hecho evidente que cuando se reúnen o nos reunimos varias mujeres de edad, sentimos en carne propia lo que cada una de las demás informa o explica abierta y libremente, sin censuras ni cortapisas familiares y entonces rara es la vez que no hay alguna con sentido del humor capaz de detectar la parte cómica que conlleva alguna de las “tragedias, dificultades, fracasos o imponderables” referidos de lo cotidiano, provocando la risa y distensión del resto del grupo, que se sienten relajadas y desahogadas, comprendidas mucho mejor que en la mayor parte de los centros para mayores habituales, que se asemejan más bien a guarderías infantiles ramplonas por su escaso interés en cuanto a

cometidos, contenidos y tiempo malgastado y escasamente enfocado hacia el tiempo que le quede a cada cual. También en el grupo siempre hay quien ha podido iniciar una rutina reparadora para algunas dificultades que las demás incorporan en su haber, mejorándolo.

Sabemos que nuestra sanidad actual es infinitamente mejorable y también lo es el feminismo para todas y todos. Por eso hay que seguir trabajando a fondo y sin descanso para abrir sus puertas generosamente a las/los olvidados. Recordemos que las penas compartidas saben a menos y las alegrías compartidas lo son más.

Así, creo que no hay que admitir ciegamente que después de ser madres más o menos entusiastas, tengamos que ser abuelas oficiales volviendo a maternar, porque los años se nos han echado encima. Intentemos vivir una vejez lo más saludable posible y luego ya veremos cada una lo que debemos hacer con el tiempo que nos quede.

A tenor de estas reflexiones no quiero olvidar referirme al libro de Anna Freixas, *Yo, vieja* (2), así como al de María Huertas, *Nueve Hombres* (3), a la par del trabajo de Servando Caro Lorenzo sobre *Mujer y Vejez* en el municipio de Gijón, con el hermoso prólogo de Dolores Medio, sugerentes e interesantes al respecto.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Y para finalizar, como podéis ver, yo sigo refiriéndome a lo mismo una y otra vez. En esta ocasión, el sujeto protagonista es la mujer mayor, vieja o senil, como queramos, a la que le debemos tanto. No admitamos la frase secular de “eso es cosa de los años” de la jerga médica, cuando algo nuevo y preocupante nos acontece, e investiguemos feministamente.

Me despido con el deseo de leer muy pronto vuestras aportaciones al nuevo número de “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”, agradeciándoos la lectura, la invitación y deseándoos salud y felicidad.

Referencias bibliográficas

1. Sáez Buenaventura C, editor. *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo; 1979.
2. Freixas A. *Yo vieja*. Apuntes de supervivencia para seres libres. Madrid: Capitán Swing; 2021.
3. Huertas Zarco M. *Nueve hombres*. Madrid: Temporal Casa Editora; 2021.

Limitaciones del diagnóstico psiquiátrico: Contribuciones para la superación de sus límites y para el abordaje del malestar en las mujeres¹

Limitations of psychiatric diagnosis: Contributions to overcoming its limits and addressing women's discomfort

Susana Solis-Gomez

Doctoranda en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género. Universidad de Granada, España

*Becaria Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Subdirección de Capital Humano, Chile. Beca de estudios de Doctorado en el Extranjero convocatoria 2020. Folio 72210536
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3008-4028>*

Recibido:18/6/2024

Aceptado:10/9/2024

RESUMEN

El artículo presenta un conjunto de contribuciones críticas al diagnóstico psiquiátrico, refiriendo que, en el caso de las mujeres, emergen una serie de elementos específicos a considerar. En términos generales, el diagnóstico funciona limitando la comprensión e interpretación de las experiencias subjetivas en términos más amplios, lo que favorece el ocultamiento de factores políticos, sociales y económicos, ligados a la estructura patriarcal, que favorecen el surgimiento del malestar. Al nombrar sus experiencias a través de una categoría diagnóstica, se limita a las mujeres la posibilidad de desplegar su propia creatividad para dar sentido y atribuir significados a las situaciones de sufrimiento que experimentan. Finalmente, se indica que el diagnóstico usualmente va ligado a un estigma social que conlleva impactos específicos para estas últimas.

ABSTRACT

The article presents a set of critical contributions to the psychiatric diagnosis. In particular, in the case of women, a series of specific elements emerge to be analyzed. In general, it is pointed out that the attribution of the diagnosis usually works by limiting the understanding and interpretation of women's subjective experiences in broader terms. This phenomenon favors the concealment of political, social and economic factors linked to the patriarchal structure, which creates discomfort for women. Moreover, it is argued that women by naming their experiences through a diagnostic category limited the possibility of displaying their own creativity to make sense of the discomfort and attribute alternative meanings to the situations that cause them suffering. Finally, it is pointed out that a diagnosis is usually linked to the attribution of a stigma that takes on specific nuances and impacts determined by gender.

1 Agradecimientos a Ana Távora Rivero, Celia García Díaz, María Belén Tapia De La Fuente y Verónica Slaviero por leer y contribuir con sus sugerencias a la mejora de este manuscrito.

Ante este panorama y a modo de propuesta, se apuntan tres iniciativas amparadas en la idea de que una práctica feminista en el ámbito de la salud mental debe considerar: La elaboración y recuperación del sentido y significado del malestar dentro de un contexto social y político más amplio; La transformación de las propias narrativas y relatos, mediante nuevos enfoques como la Terapia Feminista Antiopresiva y propiciar el trabajo en colectivos en primera persona y en grupos de apoyo mutuo.

Palabras clave: Salud Mental; Psiquiatría; Diagnóstico Psiquiátrico; Mujeres; Género.

Due to this panorama and as a proposal, three initiatives are outlined, based on the idea that a feminist practice in the field of mental health should consider: The development and reattribution of the sense and meaning of the discomfort within the broader social and political context; The transformation of the narratives and stories themselves, though new approaches such as Feminist Anti-oppressive Therapy and fostering work in first-person collectives and mutual support groups.

Key words: Mental health; Psychiatry; Psychiatric diagnosis; Women; Gender.

1. INTRODUCCIÓN

El estudio del modelo psiquiátrico en relación con las mujeres ha sido abordado ampliamente por diferentes autoras (1–10). A modo de síntesis, estas contribuciones han apuntado a generar una crítica hacia el rol domesticador y regulador que la psiquiatría ha ejercido con relación a estas durante diferentes épocas históricas. Pueden destacarse, como ejemplo, el auge de las categorías diagnósticas de neurastenia e histeria durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, las que contribuyeron a disciplinar el género, al mismo tiempo que favorecieron la patologización de aspectos biológicos inherentes a los cuerpos femeninos, tales como el período menstrual. También pueden señalarse las estrategias diferenciales utilizadas dentro del espacio manicomial, las que tenían como propósito reafirmar y corregir a las internas para que se adecuaran a los roles de género imperantes (11).

De igual forma, los estudios han revelado que existiría una interpretación patriarcal acerca del comportamiento y carácter de

las mujeres. Así, según Chesler (2) tendría lugar un doble estándar según el cual la cordura femenina se mide en relación con la adecuación de sus comportamientos a las normas establecidas para su género, aunque estos sean poco deseados socialmente. Ello puede reflejarse en la formulación de ciertas categorías diagnósticas dentro de las sucesivas versiones de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, en adelante DSM. En estos, ciertos diagnósticos se han caracterizado por se han caracterizado por estar entretejidos por concepciones estereotipadas en cuanto al género (12,13), estando acompañados, en algunos casos, de una etiología que se presenta como primordialmente biológica (10).

De este modo, si se revisan categorías diagnósticas tales como el de *trastorno de personalidad dependiente* o el *trastorno de la personalidad histriónica* (12), puede verse que sus elaboraciones están basadas en una serie de características asociadas al modelo de género femenino tradicional. Además, cobran relevancia diagnósticos como el

trastorno disfórico pre menstrual, trastorno orgásmico femenino y el trastorno de interés/excitación sexual, que se han vinculado a un problema de tipo hormonal y, en el caso del último y de manera más reciente, neuroquímico (14,15).

Por otra parte, la atribución del diagnóstico a las experiencias de malestar de las mujeres, siguiendo a Cabruja i Ubach (16,17), colaboraría con un proceso de descontextualización de la situación de las consultantes, borrando las condiciones que están en la base de la producción de sus malestares. Ello fue denunciado hace varias décadas por autoras como Carmen Sáez Buenaventura (1) quien indicaba que la psiquiatrización de estas problemáticas, así como la aplicación de tratamientos que erradicaban los “síntomas” que las mujeres experimentaban, borraban su huella y, por tanto, negaban la existencia de los efectos de las opresiones estructurales en sus vidas.

En este sentido, cobra valor el concepto de psicocentrismo acuñado por Rimke (18,19), el cual hace alusión a la existencia de una hegemonía psi que promueve una mirada simplista en torno a las afecciones y/o angustia que las personas experimentan, codificándolas en clave patológica. Sobre ello, Ussher (20) se plantea si lo que se está llevando adelante no es sino una medicalización de la miseria y opresión de las mujeres, denunciando una estructura que violenta y provoca un sufrimiento específico según género y otros determinantes, circunstancias en donde emerge la denominada “enfermedad mental”. Al respecto, Rimke (18) plantea que la aproximación a las experiencias de las

mujeres se da desde una mirada presentista que obvia la configuración histórica, biográfica y contextual que atraviesa sus vidas y que da lugar al malestar que estas refieren.

De igual forma, se reconoce que el diagnóstico puede funcionar entregando alivio y certeza a las personas acerca de las situaciones que les acontecen (21), a la vez que también se ha visto asociado a la aparición del estigma social. Este último ha sido definido como un atributo ligado a la desacreditación de quienes no cumplen con las expectativas sociales, lo que lleva a desconsiderarles en su condición de humanidad (22), teniendo consecuencias importantes para la persona involucrada, las que pueden afectarle de manera individual como a nivel social. En el caso de las mujeres, el estigma se entrecruza con el componente de género, dando lugar a situaciones específicas relacionadas con cambios en la autopercepción y también en sus relaciones sociales.

En base a lo anterior, se vuelve fundamental aproximarse al diagnóstico desde una perspectiva que contribuya a un análisis crítico de la complejidad contextual y situada sobre los malestares, colocando al género como elemento central del análisis. En línea con lo expuesto, el objetivo del artículo es desarrollar una crítica feminista a las categorías diagnósticas y ofrecer posibles alternativas que favorecerían la superación, al menos parcial, de los límites que estas conllevan.

Primeramente, se plantea una breve aproximación histórica a los hitos que han configurado el modelo psiquiátrico hegemónico actual, haciendo énfasis en los sucesos que han producido el diagnóstico psiquiátrico

en su uso contemporáneo. Cabe señalar que cuando se alude a la idea de modelo psiquiátrico hegemónico, se hace referencia a la psiquiatría biológica, que decanta en una comprensión de los malestares como producto de cambios bioquímicos y que, en base a ello, utiliza primordialmente intervenciones de tipo farmacológico (3,23).

En una segunda parte se describen las críticas que han surgido desde las miradas feministas en torno al diagnóstico psiquiátrico, desarrollando las contribuciones que estas brindan para comprender sus limitaciones en cuanto a la aproximación al malestar que expresan las mujeres. Finalmente, en un tercer apartado, se delinean tres iniciativas que favorecerían la superación de las problemáticas que supone el diagnóstico psiquiátrico, permitiendo un acercamiento feminista a la atención del malestar.

2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL DESARROLLO DEL MODELO PSIQUIÁTRICO HEGEMÓNICO Y LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Son variados los hitos que han ido dando forma al modelo psiquiátrico actual (24). Sobre ello, conocido es el “Gran Encierro” en el Hôpital Général de París, referido por Foucault (25), suceso que marca la primera ocasión en que la aproximación a la *locura* se hizo desde una perspectiva moral y ética, condenándose y enclaustrando a los considerados *locos* (26). En este período, la razón se erige por excelencia como el sentido que debe gobernar el ámbito social. Luego, en el siglo XVIII, se desarrolla el tratamiento moral, consistente en un conjunto de téc-

nicas cuyo objeto era la corrección de los comportamientos del *loco* por medio de la vigilancia y la coerción (3,24), sucediéndose una serie de hechos que desembocan en la posterior tecnificación de la medicina alienista.

En torno al diagnóstico psiquiátrico, un antecedente importante lo configura el desarrollo de la corriente anatomoclínica en el siglo XVIII, que consistía en la exploración del interior de los cuerpos con el propósito de establecer relaciones entre los síntomas observados y el estado de los órganos (27). Esta disciplina marca la antesala de teorías como la frenología, surgida durante el siglo XIX, pseudociencia que promulgaba la idea de que la mente se encontraba en el cerebro, y que, las cualidades de la personalidad dependían del tamaño y la forma craneal, sugiriendo que la locura debía estar relacionada con una causa física y/o biológica (24,28). Esta idea sirvió para dar sustento a teorías de corte patriarcal y colonial al asumir una supuesta inferioridad de las mujeres y de las poblaciones no occidentales debido a su tamaño cerebral (24,28).

En línea con los supuestos de la corriente anatomoclínica, Griesinger refirió en 1845 la necesidad de que todo trastorno mental debía ser entendido como un trastorno cerebral y que la atención, por tanto, debía focalizarse en la indagación empírica y científica (23,24,28). Sus aportes alimentaron lo que se conoció como revolución somatista y dieron fruto a una larga tradición médica centrada en el estudio del cerebro. Así, los cadáveres de los considerados alienados se intervinieron para indagar el origen orgánico

de la locura, aunque sin poder determinarlo (29,30). Este conjunto de hechos históricos instaló la idea de que los malestares tenían una causa orgánica.

No obstante, uno de los hitos más trascendentales se produce cuando, en 1883, Emil Kraepelin formula la primera edición de su Manual de psiquiatría clínica, sentando las bases de la nosología psiquiátrica (24,29,30). Kraepelin, de orientación positivista y preocupado por darle cientificidad a la disciplina, puso la atención en la observación de los síntomas, su duración y pronóstico, asumiendo la existencia de una etiología biológica que podría llegar a comprobarse (24,29,30).

Aun cuando su contribución fue trascendental, sus desarrollos quedaron desplazados de la formulación del DSM I y DSM II, toda vez que estos presentaban una fuerte influencia del psicoanálisis e incorporaban elementos sociales (28,29,31). Sin embargo, la crisis de validación en que cayó la práctica psiquiátrica a mediados del siglo XX precipitó un cambio en el panorama.

Aunque las razones de esta crisis son variadas, entre ellas cabe mencionar el impacto negativo que tuvieron las técnicas de intervención utilizadas durante la primera mitad del siglo XX². Estas, en vez de proporcionar un efecto terapéutico, provocaban más daño y deterioro (3). Además debe citarse el auge de la antipsiquiatría, movimiento de profesionales que cuestionaba fuertemente las bases epistémicas de la disciplina y las

prácticas del sistema manicomial (32–34), el movimiento por los Derechos Civiles y Políticos y la Revuelta de Stonewall. Bajo este panorama, el activismo social de la época manifestó su rechazo a la consideración de la homosexualidad como trastorno mental (35), lo que alimentó el cuestionamiento de la validez y objetividad de las categorías diagnósticas.

Estas situaciones obligaron a que la elaboración del DSM III en 1980 se llevara adelante bajo la premisa de no ser cuestionado por su falta de rigor científico. Para conseguirlo, se recuperaron los postulados de Kraepelin en cuanto a la observación del síntoma y su duración, dejando a un lado la biografía de la persona y el significado del malestar (24,30).

Nuevamente, aunque no se contaba con una etiología biológica definida, la hipótesis biológica fue asumida tácitamente a la espera de poder un día confirmarse con los avances científicos (36) lo que abrió la puerta a estudios que todavía buscan determinar la causalidad biológica del sufrimiento psíquico (23,24). Así, a partir del DSM III se instala un enfoque *neokraepeliniano*, cuestión que ha hecho primar un afán clasificatorio, descriptivo y al nivel biológico de los malestares (37), a la par de un aumento desmesurado de los diagnósticos (38).

Al respecto, resulta importante destacar las críticas que se han hecho a los criterios de fiabilidad y validez del diagnóstico psiquiátrico. En su acepción, la fiabilidad interjue-

2 Shocks insulínicos, cardiazólicos, lobotomías y electroshock, entre otras.

ces da cuenta de la capacidad de alcanzar el mismo diagnóstico por parte de diferentes profesionales, por lo que en una fiabilidad alta se espera que se den determinadas concordancias entre estos (39).

La validez, por otro lado, se divide en validez discriminante, de constructo y predictiva (40). La primera se refiere a la posibilidad de diferenciar un diagnóstico de otro y de discriminar los diagnósticos de la “normalidad” (40), la segunda alude al grado en que existe evidencia de que las personas a las que se les atribuye un diagnóstico difieren en términos biológicos de quienes no experimentan el malestar psíquico, mientras que la validez predictiva se entiende como la proyección que se puede hacer de un determinado diagnóstico en cuanto a su curso y pronóstico (23).

Tanto la fiabilidad como la validez fallan en el diagnóstico psiquiátrico. Respecto de la fiabilidad, Thomas (23) menciona que existe una larga historia que muestra la incapacidad de lograr acuerdos entre psiquiatras, lo que se suma a que el proceso de diagnóstico muchas veces esté cruzado por elementos sociales que influyen en el juicio del evaluador y que, en consecuencia, dan lugar a diferencias en la interpretación del malestar que presentan las personas.

En el caso de la validez discriminante, los diagnósticos psiquiátricos son incapaces de determinar de forma inequívoca la existencia o inexistencia de un determinado malestar psíquico, además de no poder definir si se trata de un tipo de malestar u otro (40).

Sobre la validez de constructo, hasta el momento no existen pruebas científicas concluyentes que den seguridad de las causas bioquímicas que expliquen el origen de los malestares psíquicos (41–43). La validez predictiva también es insatisfactoria. Sobre ello, Thomas (23), tomando por caso la esquizofrenia, señala que las experiencias parecen ser diversas y depender de factores sociales, familiares y laborales, estando sujetas a gran variación, por lo que no se corresponden con un curso único y definido.

Aparte de estos desarrollos, es reseñable que la crítica hacia el diagnóstico psiquiátrico tiene una larga historia. David Ingleby (44), precursor de la corriente de Psiquiatría Crítica, indicó en la década del 80 que el diagnóstico debe entenderse como un producto que emerge de un contexto en particular que patologiza “anormalidades” que resultan problemáticas para su correcto funcionamiento. Al igual que Foucault (25), asume que las nociones de *normalidad* y *anormalidad* tienen un eminente carácter político, correspondiéndose con aspectos históricos y socioculturales específicos. Es decir, que los diagnósticos no pueden comprenderse como categorías naturales, fijas o rígidas.

Aún así, la atribución del diagnóstico se asocia a la cosificación de la experiencia de las personas, ya que se suele utilizar como una categoría que es capaz de abarcar su complejidad emocional, cognitiva y subjetiva (45). Este proceder implica que los malestares, diversos y encarnados en un contexto y experiencia vital única, son transformados

en objetos uniformes. En estrecha relación con lo anterior se encuentra la emergencia del estigma, que, como se ha indicado, consiste en la desacreditación y deshumanización de la persona diagnosticada (22).

El estigma produce rechazo social y discriminación negativa, cuestiones que provienen en mayor parte del personal de salud, red familiar y espacios laborales y académicos (46), provocando daños en la autoestima hasta el suicidio (45). Por otro lado, también surge el auto estigma, el que consiste en una auto etiqueta que puede darse incluso habiendo ausencia de sucesos discriminatorios. El diagnóstico pasa a ser parte inherente de la identidad de la persona, afectando su propia subjetividad y su proceso de recuperación.

El diagnóstico psiquiátrico, concebido como un producto objetivo y muchas veces vinculado a la existencia de un hipotético desequilibrio bioquímico, discurso predominante en la psiquiatría hegemónica actual, se vuelve problemático dado que posiciona la experiencia de malestar como algo fuera del propio control y/o manejo, al desconsiderar la relación que existe entre los malestares subjetivos y la compleja estructura política, social y económica en donde las personas construyen su vivencia.

Este proceder bloquea otras posibilidades de interpretar y abordar el malestar. Además, al asumir la categoría diagnóstica como un producto objetivo, este absorbe la experiencia e identidad de las personas, generando daños en su autopercepción y cambios en la

percepción que los demás grupos sociales tienen de estas.

3. APORTES CRÍTICOS FEMINISTAS EN TORNO AL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Los aportes feministas han permitido una aproximación crítica a diversos aspectos de la práctica psiquiátrica. En cuanto al diagnóstico, dentro de este campo se han analizado determinadas categorías que han resultado problemáticas para el caso de las mujeres dado que han servido como instrumentos para patologizar sus comportamientos y/o características biológicas. Por otra parte, se han realizado análisis que dan cuenta de que ciertas categorías repercuten en que se totalicen sus experiencias de sufrimiento y malestar bajo códigos diagnósticos, dejando a un lado comprender la complejidad de su origen.

Diagnósticos que han sido bastante revisados son los de neurastenia, clorosis e histeria. La neurastenia era asociada a mujeres que practicaban la masturbación, tenían insomnio, vértigo u otros síntomas bajo la creencia de que sufrían un “agotamiento cerebral”, siendo un diagnóstico más frecuente en mujeres que no habían contraído matrimonio (12,47).

En cuanto a la clorosis, los síntomas consistían en cansancio, insomnio, sofocos, ausencia y/o aumento importante de la menstruación, combinándose con pasiones sexuales “ocultas” o “perversas”, entre otros (47). De esta forma, el diagnóstico sirvió, en algunos casos, para patologizar la sexualidad y los

procesos biológicos experimentados por las mujeres. Igualmente, en determinados períodos históricos se atribuyó en mayor medida a mujeres jóvenes que desempeñaban jornadas laborales de larga duración en espacios físicos húmedos, fríos y con escasos períodos de descanso, de modo que lo que el diagnóstico apresaba eran síntomas que reflejaban las precarias condiciones laborales a las que se veían expuestas mujeres de clases populares (47).

La tercera categoría mencionada, la histeria, ha sido una de las más abordadas dentro de la literatura crítica. Proveniente de la palabra *hystera*, en alusión al útero, un referente histórico sobre su aparición como patología se encuentra en Grecia, en donde aparece como una enfermedad exclusivamente femenina consistente en un *útero errante* (3) que comenzaba a recorrer el cuerpo y chocar con los diferentes órganos, provocando la *locura*. El diagnóstico se recuperó siglos después y fue utilizado para codificar en clave de enfermedad comportamientos y características que se distanciaban y/o acercaban al modelo de feminidad esperado en ciertas épocas. Así, en el siglo XIX las histéricas eran mujeres difíciles, tachadas de narcisistas o egocéntricas o que vivían una sexualidad alterada al salirse del margen permitido por las normas sociales imperantes (5,12). No obstante, también eran llamadas histéricas aquellas mujeres consideradas débiles, frágiles, dependientes y/o pasivas (10).

Si bien es cierto que las categorías de neurastenia y clorosis quedaron en desuso hace algunas décadas, Jane Ussher (12) realiza

un ejercicio interesante al aproximarse a la histeria, haciendo una relación entre su construcción como diagnóstico y las diferentes transformaciones que ha tenido el modelo de género predominante. Así, refiere que esta categoría se incorporó en la segunda versión del DSM bajo el nombre de *trastorno histérico de la personalidad*, siendo integrado en el tercer volumen como *trastorno histriónico de la personalidad*, refiriendo una sintomatología similar, donde figuran cuestiones como la preocupación por el atractivo físico, demandar aprobación y el ejercer control en relación con el sexo opuesto.

Actualmente, puede verse que el *trastorno de la personalidad histriónica*, descrito en el DSM-5, conserva gran parte de estos criterios diagnósticos (12). Tanto en este caso como en el de la categoría de *trastorno de personalidad dependiente*, caracterizado por cuestiones como la dificultad en la toma de decisiones o para iniciar proyectos y la necesidad de cuidado y apoyo, se reúnen una serie de cualidades promovidas por el modelo hegemónico de género (13). En este modelo las mujeres son socializadas de manera formal e informal en base a estereotipos estéticos y comportamentales que les llevan a preocuparse por la auto imagen, llamar la atención de otro y/o a relacionarse en base a patrones de dependencia afectiva, los que, como se ha visto, se abordan como síntomas en ambos casos.

Ussher (12) también advierte sobre otra categoría diagnóstica, la de *trastorno de la personalidad borderline*. Al respecto, comenta que su formulación se vincula con las modificaciones que sufrió el modelo de

género imperante hasta la segunda mitad del siglo XX, período en que se incorporaron al diagnóstico características asociadas tradicionalmente al género femenino en conjunción con otras más actuales, como la ira, la irritabilidad, la conducción imprudente y la impulsividad sexual, aún presentes en su descripción. Así, para la autora, el *trastorno límite* puede representar una sanción al modelo contemporáneo de género.

Las críticas feministas han tratado de hacer visibles aquellos elementos que el diagnóstico psiquiátrico oculta, desplaza y/o deja en un segundo plano cuando se trata de los malestares que aquejan a las mujeres. Además, hace énfasis en la consideración de una estructura capitalista-patriarcal que afecta su cotidianeidad y sus vidas en general. Estas tesis han sido desarrolladas especialmente sobre los trastornos emocionales, es decir, *los trastornos depresivos y de ansiedad*.

A este respecto son de relevancia los aportes del psicoanálisis feminista. Emilce Dio Bleichmar y Nora Levinton (48,49) indican que la socialización de género repercute en que las mujeres propendan a expresar un comportamiento mayormente pasivo, obediente, con foco en las relaciones y el cuidado hacia otras personas, con sentimientos de temor al abandono o a la pérdida. Como ha desarrollado Mabel Burín (50), es la adhesión a las normas de género la que provoca malestar.

Entre las características de esta adhesión, Burín et al. (50) señalan la identificación del ser sujeto mujer con el ser madre, lo que repercute en la construcción de una subje-

tividad caracterizada por la atención y el cuidado hacia otros, lo que trae aparejada la necesidad de coartar la expresión de hostilidad y la producción de un rol cuya realización satisfactoria no es posible.

Esta serie de determinantes conlleva la autopostergación y el desplazamiento de los propios deseos y necesidades, dando lugar a la aparición de malestares. En este sentido, la propia satisfacción se deja supeditada al ámbito de los vínculos donde la preocupación central se vuelca al poder sentirse “querida” y, en caso de que se intenten transgredir los mandatos de género imperantes, la culpa empapa la subjetividad femenina, favoreciendo nuevamente la aparición de malestares (48,49).

Dio Bleichmar (48) anunció hace décadas que las mujeres se deprimen el doble que los varones debido a que se encuentran mucho más expuestas a vulnerabilidades estructurales. El ejercer múltiples roles, tener sobrecarga de tareas en el hogar, dedicarse a la crianza y/o a los cuidados, experimentar discriminación por razones de género, sufrir violencia en las relaciones de pareja y la precarización económica, entre otras situaciones, se vuelven cuestiones que determinan la aparición del sufrimiento (20). Ello también es aplicable a la categoría de *Depresión Post Parto*, donde ejercer una crianza muchas veces en soledad, lejos del entorno laboral y de redes de apoyo son factores que dan pie a que las mujeres sean diagnosticadas (51).

Desde otra perspectiva, Dana Jack (52) alude a que la incorporación de las normas

de género tradicionales hace que las mujeres repriman la rabia u otras emociones “no femeninas”, autoexigiéndose el desempeño de los roles que se les asignan. Esto repercute en un comportamiento que autosilencia emociones consideradas no apropiadas, lo que se vincula a la aparición del sufrimiento subjetivo. Lo anterior se conjuga con lo que Rimke (18) denomina doble vínculo de género, donde las emociones que se naturalizan en los varones se condenan y/o sancionan cuando son expresadas por mujeres.

Desde este campo de estudios, también se ha abordado la categoría de *trastorno de estrés postraumático*, cuyos criterios diagnósticos tienen que ver con la exposición a un suceso traumático (en forma real o de amenaza) relacionado con la muerte, la violencia sexual y/o a lesiones graves. Al respecto, es importante recuperar la reflexión crítica que formuló Burstow (3,53), según la cual la categoría se asignaba mayormente a mujeres y niñas, dado que son quienes se encuentran mayormente expuestas a vivir episodios de violencia sexual o de otro tipo de acuerdo a la Organización de Naciones Unidas en 2022 (54). Así, los síntomas que se describen para su diagnóstico, entre los que se cuentan la anulación de recuerdos, la hipervigilancia, estados de negatividad constante o episodios disociativos, pueden entenderse como reacciones esperables ante eventos de estas características.

En cuanto a aquellos sufrimientos y/o males- tares denominados *trastornos mentales gra- ves* como la *esquizofrenia* y otras experien- cias de *psicosis*, Seeman (55) indica que, si bien no hay diferencias significativas entre

el número de hombres y mujeres diagnos- ticados, su diagnóstico también es mayor en personas que han sido víctimas de abuso sexual, han recibido malos tratos emocio- nales en la infancia, y/o han vivido en un contexto de adversidad, caracterizado por negligencias graves.

En cuanto al daño que causa el diagnóstico psiquiátrico al autoconcepto y su relación con la aparición de situaciones de discrimi- nación, los estudios que contemplan el cruce entre género y estigma son escasos. No obstante, ciertas investigaciones han arrojado que diagnósticos como el de *depre- sión*, hacen que las mujeres construyan ideas acerca de sí mismas como más infantiles y/o más maternales (56).

Otras investigaciones han hecho visible que el convivir con diagnósticos como el de *esquizofrenia* y *psicosis* hace que el personal de salud desacredite los relatos expresados por las mujeres, tales como aquellos que tie- nen que ver con haber vivenciado episodios de violencia sexual (57), los que en algunas oportunidades terminan interpretándose como síntomas del malestar.

En su conjunto, los aspectos sociales, políti- cos y económicos en los cuales las mujeres se desenvuelven y se socializan como tales, afectan particularmente la vivencia de su cotidianidad y sus diferentes proce- sos vitales, propiciando que se presenten determinados malestares que luego son traducidos en clave de sintomatología y patología psiquiátrica, puerta de entrada a la prescripción farmacológica. Ello limita los espacios en donde se posibilite, por un lado, la ubicación de sus sufrimientos como un

producto de lógicas de orden estructural, y, por otro, la transformación de sus vivencias de sufrimiento al margen de la medicalización y del estigma.

4. OTRAS POSIBILIDADES EN TORNO AL ABORDAJE Y SIGNIFICACIÓN DEL MALESTAR SUBJETIVO EN MUJERES

Los antecedentes desarrollados llaman a un análisis crítico acerca del rol del diagnóstico en relación con los malestares y sufrimientos que expresan las mujeres en el contexto occidental, cuestión que ha venido siendo desarrollada desde hace varias décadas por autoras y activistas feministas y en primera persona (1,2,58,59). Ello exige, más aún en el momento actual de expansión del reduccionismo neurocientífico (60), el viraje hacia perspectivas que cuestionen los discursos basados de forma exclusiva en la comprensión del malestar en términos neuroquímicos u hormonales y que permitan generar prácticas que se basen en la horizontalidad y la consideración y validación de la vivencia y conocimiento de las experiencias de las mujeres. A partir de ahí, se exponen tres contribuciones, que, en diferentes dimensiones, orientan la superación de las problemáticas expuestas.

4.1. La elaboración y recuperación del sentido y significado del malestar dentro del contexto social y político más amplio

Se trataría de adoptar una perspectiva capaz de comprender y situar los malestares como emergentes dentro de un entretejido político, social y económico que produce sufrimiento

por razones de género, clase y otros determinantes (61,62), superando las limitaciones del diagnóstico psiquiátrico. En torno a ello, una iniciativa relevante la conforma el Modelo PAS (Poder, Amenaza, Significado) (63), una formulación conceptual alternativa a la clasificación psiquiátrica.

Dentro de sus premisas, este modelo asume que las personas se desenvuelven en entornos caracterizados por el poder, que puede actuar tanto negativa como positivamente. Cuando el poder se desarrolla de forma negativa, genera amenazas en la vida de las personas, que son mediadas según los significados que estas les atribuyen. De esta forma, el Modelo PAS interpreta los malestares como respuestas esperables y comprensibles a una serie de circunstancias amenazantes que se dan en un contexto determinado. Por tanto, en vez de hablar de estas respuestas como expresiones de patología, las comprende como estrategias de supervivencia, cuya función es la de hacer frente a la amenaza percibida.

En esta línea, resultaría importante acercarse a las categorías de *trastornos depresivos* y *de ansiedad* desde una perspectiva capaz de comprender las relaciones de poder que dan forma a las circunstancias de vida de las mujeres, asumiendo que estas expresiones de sufrimiento tienen que ver más con respuestas a la vivencia cotidiana de opresiones que con síntomas de una patología (20).

Destacable es también el aporte de Burstow (53) en cuanto al diagnóstico de *estrés post-traumático*. Esta autora desarrolló una crítica importante al hecho de que los estados y/o comportamientos de las mujeres que han vivido experiencias traumáticas sean codi-

ficadas como expresiones desadaptativas. Al contrario, Burstow (3,53) indica que el evitar o anular recuerdos del evento traumático, el estar hipervigilante o el expresar un estado de negatividad constante, deberían entenderse como un conjunto de estrategias que las mujeres llevan adelante para poder convivir con la situación experimentada y evitar un daño mayor, lo que incluso podría interpretarse como una forma de agencia.

Ello es coherente con el relato en primera persona de Susanna Minguel (64), quien afirma que la amnesia, otro de los síntomas característicos, tiene un sentido protector ante recuerdos que pueden dañar o *desmoronar*, en sus palabras, la vida de las mujeres. Por esto, pueden entenderse como una estrategia que permite a muchas niñas y niños continuar la relación con sus agresores cuando escapar no es una opción posible (65). De forma similar, podría afirmarse que la disociación funciona como una manera de autoprotección y/o resiliencia (53) ante situaciones límite, permitiendo que las personas puedan continuar conviviendo con situaciones que les resultan críticas.

Ejemplos similares pueden puntualizarse en cuanto a los *trastornos mentales graves* o bien, sufrimientos de mayor complejidad. Sobre estos, específicamente en torno a la *esquizofrenia y psicosis*, o bien creencias/experiencias inusuales, término acuñado por Knight (66), se han formulado aportaciones importantes desde la experiencia en primera persona. Una de ellas es la que señala Runciman (67) en cuanto a la escucha de voces. Según la autora, esta vivencia, lejos de codificarse como irracional o incoherente,

puede entenderse como una estrategia de supervivencia de tipo metafórico que surge como producto de una situación traumática.

En concordancia con lo anterior, diferentes autores y autoras han destacado la importancia de adoptar un enfoque de trabajo que permita desarrollar un vínculo con las voces, desentrañando el sentido que estas tienen en la biografía de las personas (68). Desde este punto de vista, se anima a generar conexiones entre las voces, sus características y las situaciones de abuso y/o violencias experimentadas, las cuales, al igual que otras experiencias inusuales, responden a un orden estructural (66).

En síntesis, deberían desplegarse diferentes estrategias para favorecer la comprensión e interpretación de los malestares dentro de un marco contextual más amplio, permitiendo que las mujeres puedan integrar y reconocer sus experiencias, así como desarrollar ejercicios de re interpretación de las mismas. Esto favorecería tener mayor control sobre ellas al tiempo de poder alejarse de aquellas miradas que reducen y patologizan sus situaciones.

4.2. La transformación de las propias narrativas y relatos: Los aportes de la Terapia Feminista Antiopresiva

Como ha desarrollado Fricker (69) quienes reciben atención psiquiátrica generalmente son descalificados como hablantes válidos, desechándose sus saberes y conocimientos, cuestión que la autora acuña como *injusticia epistémica*. Una de las maneras en que se expresa esta injusticia es la injusticia epistémica de tipo hermenéutico, que consiste en privar a las personas de los recursos

necesarios para comprender e interpretar sus vivencias en base a marcos de sentido diferentes al del modelo biomédico.

En base a lo anterior, una propuesta enriquecedora tiene que ver con trabajar con las narrativas de las mujeres que demandan atención. Una narrativa se define como un ejercicio de organización de la experiencia que permite ordenar los acontecimientos de la vida en secuencias temporales, lo que aporta a dar coherencia a su relación consigo mismas y con el contexto del que forman parte (70). En este sentido, las narrativas de las mujeres resultan fundamentales al abordar sus malestares, dado que en ellas se abre el espacio para la creación de sentido y significado.

Resultan relevantes a este respecto las contribuciones de la Terapia Feminista Antiopresiva (71,72). Este enfoque trabaja en torno a las narrativas que las personas, y en particular las mujeres, construyen acerca de sus propias experiencias, mostrando que estas se encuentran entretejidas por relatos dominantes formulados a partir de relaciones de poder. Con esta consideración sociopolítica, se busca desentrañar estas narrativas y trabajarlas en tanto productos de relaciones de significado.

Sobre ello, Brown (72) refiere la importancia de considerar que las mujeres construyen sus experiencias en base a patrones socioculturales, por lo que no deben asumirse miradas esencialistas sobre sus comportamientos o la manera en que estas experimentan el género. Así, comenta que no basta con reconocer y validar la experiencia de las mujeres por sí misma, sino que es necesario un acom-

pañamiento que favorezca el cuestionar los elementos sociales, políticos e históricos involucrados. Desde ahí, menciona que una Terapia Feminista Antiopresiva tiene como objetivo hacer visible los discursos y/o relatos dominantes que se encuentran en las narrativas de las mujeres y que generalmente funcionan oprimiéndoles, lo que puede lograrse construyendo nuevas narrativas o *contranarrativas*, más útiles.

Siguiendo a la autora (72), estos desarrollos cuestionan aquellas ideas esencialistas que las mujeres mantienen en torno a sus malestares. Así, este enfoque apuesta por trabajar con las mujeres la exploración de otras maneras de autoperibirse y de acercarse a sus propias vivencias. En términos prácticos, supone la construcción de narrativas que cuestionen la idea del sufrimiento/malestar como algo patológico, externo e imposible de manejar, lo que termina empapando sus propias identidades. Al contrario, lo que pretende es favorecer el reconocimiento del problema dentro de la historia de vida y del contexto en el que surge, es decir, integralmente.

Brown (72) agrega que mediante los relatos se pueden hacer visibles las agencias y resistencias que las mujeres han llevado adelante, destacando su capacidad de respuesta y movilización de recursos, ofreciendo alternativas a las narrativas dominantes que les construyen como víctimas pasivas (73). La Terapia Feminista Antiopresiva tiene como fin construir narrativas complejas en donde las mujeres puedan reconocerse tanto víctimas como agentes, visibilizando las diferentes maneras en que se han relacionado con el poder, cuestión necesaria ante los discursos

dentro del ámbito médico, que consideran a los usuarios y usuarias como receptores de servicios.

Este enfoque, lleva a que las mujeres desplieguen su creatividad en la construcción de historias nuevas, de *historias preferidas* que puedan dar cuenta de los múltiples roles y acciones que han ejercido en sus vidas, permitiendo que se acerquen a sí mismas reconociendo tanto sus vulnerabilidades como fortalezas (72) y los contextos más amplios en que estas han cobrado vida.

4.3. Propiciar el trabajo en colectivos en primera persona y en Grupos de Apoyo Mutuo

Un tercer aporte es el que proviene de los Colectivos en Primera Persona, particularmente de los Grupos de Apoyo Mutuo. Sobre los primeros, un antecedente importante lo representa Clifford Bells y el Movimiento por la Higiene Mental en Estados Unidos (EE.UU). a inicios del siglo XX (74). Posteriormente las iniciativas se fueron multiplicando en EE.UU. y Canadá³. En España las experiencias pueden ubicarse a lo largo de la década del 2000 con Radio Nikosia, Radio Prometea, Activament y Xarxa Gam per a persones psiquiatriçades, según Erro (75).

Aunque estas iniciativas son diversas, coinciden en ser espacios donde se promueve la horizontalidad, el reconocimiento mutuo y la validez de los discursos de los y las

participantes. De esta forma, se orientan por el diálogo y por la reflexión crítica, a partir de los cuales emergen saberes profanos o herejes (76) que constituyen una nueva aproximación hacia el malestar subjetivo, enfatizando en su sentido y significado.

En cuanto a los Grupos de Apoyo Mutuo, siguiendo a Guzmán (77), sus precedentes pueden encontrarse en los grupos de autoconciencia feminista, de autoayuda y la psicoterapia grupal feminista. Tanto los Colectivos en Primera Persona como los Grupos de Apoyo Mutuo, pueden referirse como espacios en donde se comparten ideas, experiencias, emociones y perspectivas propias. Estos, según Guzmán (77), tienen que ver no solo con “la identificación de estructuras políticas de opresión y resistencia” (77) sino con el encuentro de las vivencias en torno a la experiencia subjetiva a partir de la reciprocidad, la centralidad en los cuidados, la despatologización de la experiencia y el reconocimiento de saberes y conocimientos propios.

En este sentido, la organización en primera persona permitiría tejer conjuntamente redes de cuidado desde las cuales poder elaborar estrategias y resistencias, superando los marcos individualistas en torno a los males y las limitaciones que supone la atención institucional. De esta manera, pueden facilitar que las vivencias subjetivas sean comprendidas de manera creativa y desde

3 Entre ellas se pueden mencionar *We Are Not Alone* (WANA), *Insane Liberation Front* (1970), *Mental Patients Liberation Project* (1971), *Mental Patients Political Action Committee*, *la Network Against Psychiatric Assault* (1974) y el *Icarus Project* (20003) más recientemente transformado en el *Fireweed Collective* (74).

ángulos diversos, lejos del reduccionismo psiquiátrico (76).

Para el caso de las mujeres, estos grupos pueden favorecer el intercambio entre pares, la reflexión compartida y la conexión de estas con los determinantes estructurales que se encuentran en su raíz. Además, se vuelven fundamentales en cuanto repercuten en la despatologización de las identidades de quienes les conforman, desplazando así las ideas y nociones estigmatizantes presentes en la atención psiquiátrica habitual.

CONCLUSIONES

Los enfoques contenidos en este trabajo pueden contribuir a que la vivencia del malestar pueda sobrellevarse de una manera más situada y controlada por las mujeres, permitiendo reflexionar acerca de sus propias

experiencias en conexión con una estructura más amplia. Ello les llevaría a movilizar sus propios recursos desde la creatividad, considerando la vivencia del malestar como un espacio transformativo y liberador, y no como una experiencia que necesite ser categorizada y medicalizada desde un paradigma externo reduccionista.

Ante el contexto psicocentrista y medicalizador, surge la necesidad de continuar trabajando desde lógicas basadas en la justicia epistémica teniendo como horizonte nuevos desarrollos teóricos y prácticos que propendan a que los malestares subjetivos sean acompañados desde un sentido feminista, comprometido con la superación de situaciones de opresión y la transformación de la vida de las mujeres.

Referencias bibliográficas

1. Sáez Buenaventura C. Mujer, Locura y Feminismo. En: Sáez Buenaventura C, editor. *Mujer, Locura y Feminismo*. Madrid: Dédalo ediciones; 1979. p. 9–46.
2. Chesler P. *Mujeres y locura*. Madrid: Continta Me Tienes; 2019.
3. Burstow B. *Psychiatry and the Bussiness of Madness: An Ethical and Epistemological Accounting*. Nueva York: Springer; 2015.
4. Ussher J. The Role of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Subjectification of Women. *Journal of Medical Humanities*. 2003; 24: 131-146.
5. Arreola B. ¿Locura o disidencia? Las mujeres locas del Manicomio General de la Castañeda (1886-1920). Berlín: Editorial Académica Española; 2011.
6. Somavilla Ruiz MJ, Jiménez Lucena I. Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica. *FRENIA*. 2003;3(1):7–29.
7. Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla MJ. La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX. En: Barral M, Magallón C, Miguelo C, Sanchez M, editores. *Interacciones entre ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria Antrazyt; 1999. p. 185–206.

8. Caponi S. *Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría*. En: Miranda M, editor. *Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2019. p. 19–48.
9. Showalter E. *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. London: Virago Press; 1987.
10. Pérez Sedeño E, García Dauder D. *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. Madrid: La Catarata; 2019.
11. García-Díaz C. *Mujeres en el manicomio: espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909–1950)*. *Investigaciones Históricas, época moderna y contemporánea*. 2020(40):523–52.
12. Ussher J. *Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology*. *Fem Psychol*. 2013;23(1):63–9.
13. Kaplan M. *A woman's view of DSM III*. *American Psychologist*. 1983;38(7):786–92.
14. González García M. *La medicalización del sexo. El viagra femenino*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2015.
15. Papí Gálvez N, Cambroner Sanz B, Ruiz Cantero MT. *El género como >>nicho<<: el caso de la publicidad farmacéutica*. *Feminismo/s*. 2007;10:93–110.
16. Cabruja i Ubach T. *Lo«k»as, lo«k»uras o«k»upadas. Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento*. En: Biglia B, San Martín C, editores. *Estado de wonderbra Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Virus Editorial; 2007. p. 155–70.
17. Cabruja T. *Violencias de género de las disciplinas “psi” y crítica feminista: Indignad@s con las prácticas científicas que construyen la locura (aún) en el siglo XXI*. En: Rodríguez R, editor. *Contrapsicología De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*. Madrid: DADO Ediciones; 2016. p. 297–318.
18. Rimke H. *Sickening Institutions: A Feminist Sociological Analysis and Critique of Religion, Medicine, and Psychiatry*. En: Kilty J, Dej E, editores. *Cointaining Mads*. Springer International Publishing; 2018. p. 15–39.
19. Rimke H, Brock D. *The culture of therapy: Psychocentrism in everyday life*. En: Brock D, Raby R, Thomas M, editores. *Power and Everyday Practices*. 2da ed. Toronto: University of Toronto Press, Higher Education Division; 2011. p. 182–202.
20. Ussher J. *Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression*. *Fem Psychol*. 2010;20(1):9–35.
21. Pitt L, Kilbride M, Welford M, Nothard S, Morrison A. *Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study*. *Psychiatric Bulletin*. 2009;33:419–23.
22. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. 2da ed. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones; 2012.
23. Thomas P. *Psychiatry in Context. Experience, Meaning & Communities*. Hampshire: PCC Books; 2014.

24. Solís-Gómez S. Repensando el malestar de las mujeres y la atención psiquiátrica desde una mirada descolonial: Aportes a una práctica antirracista. *Feminismo/s*. 2023;42:441–68.
25. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Tomo I y II. 1era electrónica. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
26. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. *Revista Cuicuilco*. 2009;16(45):163–87.
27. de la Ravanal M, Aurenque Stephan D. Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos*. 2018(55):407–37.
28. Porter R. Breve historia de la locura. Madrid: Turner publicaciones; 2003.
29. Caponi S. Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2015.
30. Caponi S, Martínez-Hernández Á. Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti narrativos. *Revista Scientiae Studia*. 2013;11(3):467–89.
31. García Zabaleta O. La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*. 2019;34(3):441–60.
32. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 2009.
33. Laing R. El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1964.
34. Cooper D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Barcelona: Paidós Ibérica; 1985.
35. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral sciences*. 2015;5(4):565–75.
36. Moncrieff J. The Nature of Mental Disorder: Disease, Distress or Personal Tendency? *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2014;21(3):257–60.
37. Martínez-Hernández Á. Anatomía de una ilusión: El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: Perdigüero E, Comelles JM, editores. *Medicina y cultura Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 249–75.
38. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Barcelona: Editorial Planeta; 2014.
39. Martínez-Hernández Á. Síntomas y pequeños mundos. Un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas. 1a ed. Barcelona: Anthropos editorial; 2018.
40. González Pando D, Cernuda Martínez JA, Alonso Pérez F, Beltrán García P, Aparicio Basauri V. Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2018;38(133):145–66.
41. Moncrieff J. Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder; 2013.
42. Gotzsche P. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona: Los libros del lince; 2020.

43. Cipriano P. *El manicomio químico*. Madrid: Enclave de libros; 2017.
44. Ingleby D. Comprender las “enfermedades mentales”. En: Ingleby D, editor. *Psiquiatría crítica La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica; 1982. p. 23–86.
45. Ortiz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental*. 2a ed. Madrid: Enclave de libros; 2023.
46. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(2):176–81.
47. Bernabeu-Mestre J, Paula A, Santos C, Esplugues JX, María P, Galiana-Sánchez E. Categorías diagnósticas y género: Los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 2008;60(1):83–102.
48. Dio Bleichmar E. La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991;11(39):283–7.
49. Levinton Dorman N. *El superyó femenino: La moral en las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.
50. Burín M, Moncarz E, Velasquez S. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1990.
51. Ussher J. *La psicología del cuerpo femenino*. Madrid: Arias Montano Editores; 1991.
52. Jack D. *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge: Harvard University Press; 1991.
53. Burstow B. A critique of posttraumatic stress disorder and the DSM. *J Humanist Psychol*. 2005;45(4):429–45.
54. Organización de las Naciones Unidas. *Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Informe del Secretario General*. Nueva York, 2022.
55. Seeman M. La esquizofrenia en las mujeres, en comparación con el caso de los varones. En: Brown M, Charles M, editores. *Mujeres y psicosis, perspectivas multidisciplinares*. Barcelona: Herder; 2019.
56. Stoppard J, McMullen L. *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*. New York: New York University Press; 2003.
57. Mora Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención en salud mental. *Salud Mental*. 2014;37:303–12.
58. Millet K. *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral; 2019.
59. Chamberlin J. The ex-patients’ movement: Where we’ve been and where we’re going. *The Journal of Mind and Behavior*. 1990;11(3/4):323–36.
60. Ferreyra JA, Castorina JA. Aplicacionismo neurocientífico: problemas epistemológicos, clínicos y políticos en el campo de la salud mental. En: Ferreyra JA, Castorina JA, editores. *Neurocientismo o Salud Mental: Discusiones clínico críticas desde un enfoque de derechos*. Edición Digital. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2019.

61. Hill Collins P, Bilge S. Interseccionalidad. Madrid: Ediciones Morata; 2019.
62. Platero L. Introducción. La interseccionalidad como herramienta de estudio de la sexualidad. En: Platero L, editor. Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada Temas contemporáneos. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2012.
63. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society; 2018.
64. Minguell S. Palabras Dislocadas. 2da ed. Barcelona: Editorial Descontrol; 2020.
65. Freyd JJ. Abusos sexuales en la infancia. La lógica del olvido. 3era ed. Madrid: Editorial Morata; 2003.
66. Knight T. Más allá de las creencias: Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales. Granada: LoComún-Biblioteca Social Hnos. Quero; 2019.
67. Runciman O. Escuchadores de voces: Un cambio de paradigma para la esquizofrenia. Revista Española de Enfermería en Salud Mental. 2016;5:22–6.
68. Longden E, Corstens D, Escher S, Romme M. Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. Psychosis. 2011;4(3):224–34.
69. Fricker M. Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento. Barcelona: Herder; 2017.
70. White M, Epston D. Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Editorial Paidós; 1993.
71. Brown C. Speaking of Women's Depression and the Politics of Emotion. Journal of Women and Social Work. 2019;20(10):1–19.
72. Brown C. Feminist Therapy, Violence, Problem Drinking and Re-storying Women's Lives. Reconceptualizing Anti Oppressive Feminist Therapy. En: Baines D, editor. Doing Anti-Oppressive practice Building Transformative Politicized Social Work. Manitoba: Fernwood Publishing; 2007. p. 128–44.
73. Tseris E. A feminist critique of trauma therapy. En: Bruce MZC, editor. Routledge International Handbook of Critical Mental Health. New York: Routledge; 2018. p. 251–7.
74. Starkman M. The movement. En: LeFrancois B, Menzies R, Reaume G, editores. Mad Matters. Toronto: Canadian Scholars Press; 2013. p. 27–37.
75. Erro J. Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile. Barcelona: Virus Editorial; 2021.
76. Correa-Urquiza M. La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2018;38(134):567–85.
77. Guzmán Martínez G, Pujal i Llombart M, Mora Malo E, García Dauder D. Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. Salud Colect. 2021;17:1–15.

Los retos de la asistencia sanitaria a las mujeres víctimas de Violencia de Género¹

The challenges of health care for women victims of Gender Violence

Yolanda Fontanil

*Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica y Profesora Titular de la Universidad de Oviedo.
Universidad de Oviedo*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4493-3115>

Natalia Fernández-Álvarez

Doctora en Psicología y Psicóloga del Centro Asesor de la Mujer de Vegadeo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3028-3235>

Esteban Ezama

Doctor en Psicología, Psicólogo Clínico y Docente Supervisor de la FEATF

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8785-9587>

Recibido: 20/5/2024

Aceptado: 2/8/2024

RESUMEN

La Violencia de Género (VG) es un problema sociosanitario universal que afecta a la salud de las mujeres durante todo el ciclo vital. Los servicios de salud, en particular los de salud mental, son contextos clave para su detección y abordaje. El objetivo del presente trabajo es examinar las dificultades del sistema sanitario en el ejercicio de esa tarea y plantear sugerencias de mejora. Se reflexiona en torno a los resultados de dos investigaciones, una cualitativa y otra cuantitativa, en las cuales participaron mujeres residentes en el Principado de Asturias que habían sufrido maltrato y acudido a los servicios sanitarios. Se valoró el proceso de búsqueda de ayuda y las dificultades encontradas. Se concluye, por un lado, que los sistemas diagnósticos categoriales, que se centran en las reacciones y las quejas de las usuarias y ocultan las necesidades y adversidades que

ABSTRACT

Gender Based Violence (GBV) is a universal sociosanitary problem affecting women's health along their whole lifespan. The Health Care system, particularly mental health services, are key for spotting and addressing cases. The aim of this paper is to examine the obstacles of the Healthcare system when exercising that task and to suggest ideas for improvement. Reflections on the results from two studies, one qualitative and other quantitative, are made. The participants in both studies were women living in the Principality of Asturias who had suffered abuse and had sought out help from healthcare services. The help-seeking process and its obstacles were analyzed. It is concluded that categorical diagnostic systems focused on the reactions and complaints, hide the needs and adversities faced by the patients and are detrimental for many victims.

1 El presente trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación "Análisis retrospectivo de factores concurrentes en los feminicidios de pareja y su evolución en el tiempo para el diseño de mecanismos de prevención (PREVENFEM), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (REF: PID2022-142009OB-I00).

afrontan, resultan perjudiciales para muchas víctimas. Por otro lado, considerando una definición amplia de VG, el sistema de salud necesita una remodelación estructural y actitudinal que potencie la detección de casos y la asistencia integral, coordinada y segura que no olvide a los/as menores víctimas.

Palabras clave: “Violencia de Género”; “Violencia de Género en la Pareja”; “Sistema de Salud”; “Salud Mental”; “Atención Integral”

On the other hand, considering a wide definition of GBV, the Healthcare system needs a structural and attitudinal transformation to promote the detection of cases and comprehensive, coordinated, sa.

Key words: “Gender Violence”; “Intimate Partner Violence”; “Healthcare System”; “Mental Health”, “Comprehensive Care”

LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA SANITARIO

La Violencia de Género (VG) es una realidad que destruye la vida de muchas mujeres y deteriora la calidad de vida de muchas otras en todo el mundo. Se trata de un problema social y de salud universal presente a lo largo de todo su ciclo vital (1) y que constituye una de las principales causas de discapacidad y muerte (2,3). La relevancia cuantitativa de la VG es enormemente notable incluso cuando el término se utilice para referirse de modo específico y exclusivo a la Violencia de Género en la Pareja (VGP), la cual supone tan solo una de las múltiples violencias que las mujeres sufren por el hecho de pertenecer al género femenino.

A escala mundial, las estimaciones indican que una de cada tres mujeres ha sufrido en algún momento de su vida violencia física o sexual por parte de su pareja y/o violencia sexual por parte de terceros. Según la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea-FRA (4), el 43% de las mujeres europeas ha sufrido violencia psicológica, el 33% física, y el 22% física y sexual. Los datos relativos a víctimas mortales de este tipo de violencia también resultan alarmantes: un 38% de los asesinatos en el

mundo son de mujeres y están perpetrados por sus parejas masculinas. Según el último informe de la Organización de Naciones Unidas sobre la incidencia de homicidios, en torno a 30.000 mujeres son asesinadas anualmente por sus parejas o exparejas (5).

En el caso de España, las estadísticas oficiales refieren un total de 1205 mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas entre 2003 y 2022 (6). La última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada en 2019 arroja una prevalencia del 57,2%, lo que implica que un total de 11.688.411 mujeres mayores de 16 años, una de cada dos de las residentes en nuestro país, ha sufrido algún tipo de Violencia de Género a lo largo de su vida (7).

Los datos ponen de manifiesto por tanto la urgente necesidad de fortalecer la investigación en este campo para que, con base en la evidencia empírica, se planifiquen, desarrollen e implementen recursos múltiples en los diferentes niveles y contextos ecológicos y sociales. Solo así se podrá ayudar de modo eficaz a las mujeres, y solo así se podrán hacer esfuerzos útiles en la prevención de la Violencia de Género. Dentro de los recursos necesarios, una pieza clave e imprescindible es la asistencia sanitaria general y la aten-

ción a la salud mental en particular, temas que constituyen el foco de atención del presente artículo.

La literatura científica en el ámbito de la VGP ha encontrado, y continúa encontrando, que esta realidad ejerce un profundo deterioro en la salud de las mujeres que la sufren. Por ello, surge la necesidad de preguntarse por el modo en que los servicios sanitarios deberían responder ante este problema sanitario.

En diferentes países y localizaciones geográficas, los estudios internacionales reportan impactos de la violencia muy similares. A nivel de salud física, la Violencia de Género puede ocasionar lesiones o problemas como magulladuras, fracturas, heridas y quemaduras, y embarazos no deseados, pero también enfermedades como pueden ser las infecciones de transmisión sexual y del tracto urinario, hipertensión, trastornos genitourinarios no infecciosos, infecciones cutáneas, úlceras, trastornos gastrointestinales y dolor crónico, que son algunos de los problemas de salud física más investigados en este campo (8,9,10,11,12,13).

Para comprender el mecanismo por el cual la VGP puede llegar a producir tal diversidad de malestares físicos, es importante saber que el maltrato en la pareja no se limita a los actos o episodios puntuales en que estalla la violencia física, sexual o emocional, sino que es un patrón continuado de comportamientos y experiencias dentro de la relación que sumerge en pánico constante a las mujeres, cuya vida queda invadida por un control coercitivo que las somete a un estrés crónico. La violencia es ejercida por el miembro masculino de la pareja como

un modo de instaurar un dominio sobre el comportamiento de mujer, así, el miedo, la dependencia material y/o emocional, el aislamiento, y la privación de libertad y de otros derechos básicos del ser humano son empleados por el maltratador como estrategias para someter a la pareja. Con todo ello, un maltratador no solamente atenta contra la integridad física de la mujer, sino contra su libertad de pensamiento y de acción, su prestigio (autoimagen y autoestima) y su economía y patrimonio.

Teniendo en cuenta lo expuesto, resulta claro que la VGP es un comportamiento estratégico del maltratador, no una o varias acciones puntuales (1,14). La estrategia de dominación incluye en ocasiones el uso de la violencia física, pero se entretiene con otras tácticas dañinas de aislamiento, explotación sexual, explotación económica y regulación de multitud de actividades cotidianas, originando un contexto en que la mujer se siente aprisionada. Es habitual que los maltratadores pretendan, de forma más o menos explícita, regular milimétricamente la conducta de sus parejas, estableciendo el modo en que pueden manifestar sus emociones y opiniones, cómo deben vestir, peinarse, conducir, limpiar, comer, alimentar a sus hijos e hijas. Cuándo, dónde y cómo dormir, caminar, hablar, sentarse, ver la televisión, etc. Estos no son episodios puntuales, son una vida de maltrato. La violencia de pareja contra las mujeres tiene mucho más en común con un secuestro que con un asalto, es más un delito contra la libertad que un delito de agresión puntual, y precisamente esta diferencia es la que explica los efectos de esta forma de violencia en la salud de las mujeres (15,16).

Ya se han expuesto algunos de los impactos sobre la salud física, pero la VGP ejerce a su vez una profunda alteración del bienestar psicológico y emocional de las mujeres. A corto plazo, es común encontrar emociones y sentimientos de miedo, vergüenza, tristeza, rabia, cólera, impotencia, tensión y angustia. A largo plazo, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, depresión, ideación suicida e intentos autolíticos, trastornos del sueño, dificultades en las relaciones interpersonales, y baja autoestima (1,4,7,17,18,19,20). En España, la Macroencuesta de 2019 también refleja que el 44,9% de las mujeres que han sufrido la violencia física o sexual por parte de alguna pareja valoran su salud como muy mala, y refieren problemas similares a los anteriormente mencionados, que suelen ir acompañados de ansiedad o angustia (7).

LA BÚSQUEDA DE APOYOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Las investigaciones actuales muestran que las mujeres, con mayor o menor éxito, son agentes activos en su proceso de búsqueda de ayuda para sobrevivir a la violencia y recuperarse de su impacto (1,21,22). La idea de que las mujeres víctimas de VGP no buscan ayuda o se comportan de modo pasivo ya no se sostiene, lo que sí cabe preguntarse es si en su proceso de búsqueda de apoyos encuentran respuestas adecuadas o si, por el contrario, las reacciones del contexto son revictimizadoras.

El proceso de búsqueda de ayuda suele comenzar a raíz de una crisis o de la intervención de una persona significativa en la vida de la mujer víctima. Por lo general, el

primer paso que dan las mujeres a la hora de buscar ayuda es acudir a su red social inmediata, en especial a la familia, siendo habitual que la petición de apoyo en sistemas formales como cuerpos policiales, servicios sociales y servicios sanitarios tenga lugar con posterioridad. La respuesta que las redes de apoyo informales y formales dan a las primeras demandas de las mujeres resulta determinante en el modo en que se desarrollará el proceso de búsqueda de ayuda, ya que cuando el entorno reacciona de forma negativa ante el desvelamiento del maltrato, la mujer puede sentirse revictimizada y perder la confianza, siendo más probable que el intento de salida quede frenado (1,3,4,14). Es fundamental sin embargo no olvidar que un buen apoyo a las mujeres no debe quedar limitado a la escucha y la contención emocional, sino que las ayudas tangibles e instrumentales resultan vitales y serán eficaces en tanto en cuanto se ajusten a las necesidades de cada mujer y de sus hijos e hijas, funcionando así los apoyos como una lanzadera provisional de empoderamiento (23,24).

Tal como recogen los informes e investigaciones, cuando los Estados disponen de una red sanitaria consistente, las mujeres que experimentan VGP hacen uso de una amplia gama de servicios (25,26). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en la Unión Europea (4) señala que el 26% de las mujeres que experimentan violencia física y sexual en la pareja, y el 34% de las que sufren violencia sexual, hacen uso de los servicios sanitarios, siendo las mujeres que sufren violencia física y psicológica durante más tiempo las que hacen mayor uso de los servicios sanitarios (27). En diversos países se

ha constatado que la frecuentación es especialmente alta en los servicios de urgencias hospitalarias, donde las mujeres que han sufrido violencia a manos de sus parejas consultan hasta tres veces más que la población general (12,28,29,30). Pero urgencias no es el único servicio al que estas mujeres acuden en busca de asistencia sanitaria, los estudios indican que el promedio de consultas en atención primaria y en atención especializada es significativamente mayor al del resto de la población (31,32,33).

A pesar de que el uso de servicios de salud por parte de las mujeres víctimas de VGP sea dos y hasta tres veces mayor que el uso hecho por las mujeres que no han sufrido maltrato, la mayoría de las víctimas no verbaliza su situación en el contexto sanitario y una proporción elevada de las mujeres que sí acuden a este sistema no reciben una atención verdaderamente ajustada a la demanda real (34,35,36). Estos hechos señalan la obligación de plantearse, en primer lugar, cómo llegar a todas las víctimas y, después, cómo detectar que los problemas de salud que las mujeres manifiestan y que a menudo tienen una causa aparentemente inespecífica, están relacionados con la violencia sufrida.

Las demandas de asistencia sanitaria de las mujeres víctimas de VG no solo están motivadas por lesiones y enfermedades sino por todo tipo de malestares persistentes derivados del maltrato y que les afectan tanto a ellas como a sus hijos e hijas. Cuando las mujeres buscan ayuda en el contexto sanitario lo hacen tanto por los sufrimientos ocasionados por lesiones y enfermedades como por las adversidades, carencias, fracasos y

conflictos personales e interpersonales que subyacen a los problemas psicológicos (37). Y es que, ya en el año 1946, la Organización Mundial de la Salud definió salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Resulta evidente que las necesidades reales de salud de las mujeres usuarias se ajustan a esta definición integral de salud, lo que resta por dilucidar es si el sistema sanitario aborda o no de forma integral esas necesidades.

LAS DIFICULTADES DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Existen multitud de motivos por los cuales las mujeres que han sufrido o sufren maltrato muestran reticencia a solicitar ayuda en los servicios sanitarios, decantándose antes por familia y amistades que por profesionales. Una causa clara es la falta de información acerca de los recursos y sobre la vía de acceso a ellos, si bien hay otras razones que también contribuyen a que las víctimas no consideren estos servicios como lugares adecuados para resolver sus problemas, por ejemplo, la vergüenza, la preocupación por la confidencialidad, el temor a ser culpabilizadas, la falta de confianza en el sistema e, incluso, el tipo y estructura organizativa del contexto de salud (e.g., el funcionamiento de la sanidad universal frente a los servicios de salud privados, honorarios) (40).

Resultan interesantes los resultados obtenidos en un estudio cualitativo en el cual se analizó el proceso de desvelamiento del

maltrato de las mujeres en tres tipos de servicios sanitarios diferentes (atención primaria, ginecología/obstetricia y urgencias), ya que subrayan el rol del contexto sanitario en la detección de casos de VGP. El mentado estudio refiere que el 59% de las participantes tomó la iniciativa e informó al menos a un profesional sanitario sobre la situación de violencia sufrida, mientras que en el 12% de los casos fue el profesional sanitario quien identificó la situación de violencia que permanecía oculta. Un 29% de los casos de maltrato fue inadvertido por los profesionales sanitarios y no desvelado por ellas mismas (41). Son muchos los factores que contribuyen a que las situaciones de maltrato no se detecten: las características de los locales donde se atiende a las usuarias que a veces dificultan la privacidad de la conversación, la presión asistencial y la escasez de tiempo para la asistencia, la presencia del agresor en las consultas, el desconocimiento por parte de los sanitarios de las estrategias y recursos disponibles para abordar la VG y la escasa formación en cuestiones psicosociales o en habilidades de comunicación y trabajo en equipo (12,29,42,43,44,45). Cada uno de estos factores obstaculizadores debe ser analizado en profundidad y abordado en las políticas de salud.

Las investigaciones que exploran la percepción de las mujeres sobre la experiencia de desvelamiento de la violencia en el ámbito sanitario indican que la vivencia es negativa cuando tiene lugar en un clima de desconexión emocional y comunicación inefectiva por parte del profesional. Cuando esto sucede, es muy probable que la mujer descarte el sistema de salud como fuente

de apoyo en el futuro. Para que la mujer sienta que su demanda de ayuda ha sido bien atendida, es importante que el profesional sea capaz de recibirla con sensibilidad y sin prejuicios, aplicando la escucha activa e informando y orientando acerca de otros recursos de ayuda útiles, sin presionarla en la toma de decisiones (1,46).

Es esencial que los sanitarios desarrollen habilidades de comunicación para transmitir empatía y atender no solo a las palabras de la mujer, sino también a lo que todo su lenguaje no verbal comunica. Atender a qué dice y cómo lo dice. Son precisamente estas actitudes y aptitudes las que permiten a los y las profesionales “ver” lo que subyace a los problemas orgánicos y funcionales que son el motivo de consulta explícito de la mujer y, de esta forma, indagar en la situación de maltrato sin causar más daño a la mujer. Es importante saber detectar la VGP. La bibliografía especializada señala las altas tasas de prescripción de fármacos analgésicos y psicofármacos cuando los profesionales no identifican una causa orgánica clara para el malestar de las mujeres y no son capaces de “ver” la violencia oculta. La prescripción inadecuada de fármacos es una mala praxis que puede resultar altamente perjudicial para las mujeres, debilitando su capacidad de reacción en potenciales situaciones de emergencia frente a una agresión de la pareja.

Si el/la profesional ya es conocedor de la violencia, en cada consulta con la mujer debe explorar el riesgo que esta y/o sus hijos/as corren, valorando la posibilidad de poner en marcha los dispositivos de protección y ayuda oportunos. Es necesario que informe

a la mujer, de forma clara y completa, acerca de las intervenciones que se vayan a realizar, tanto sanitarias como legales (incluyendo la emisión del parte judicial), así como de todos los recursos existentes y la vía de acceso a ellos. En todo ese proceso, es imprescindible la coordinación de los/as profesionales sanitarios con todos los otros recursos que integran la red de asistencia integral a las mujeres víctimas de VG.

De lo expuesto se deduce que los/as profesionales sanitarios no solamente deben contar con un conocimiento y habilidades que les permita arrojar luz sobre la situación de violencia y ser conscientes del impacto de esta en la salud de la mujer, sino que deberían disponer de protocolos y guías que les permitieran, posteriormente, conocer el procedimiento aplicable en cada caso. Si esto no es así, las actuaciones quedan frenadas en la fase de desvelamiento del maltrato. Quienes firmamos este trabajo hemos tenido oportunidad de formar a profesionales de los servicios de atención primaria de Asturias y, en ese contexto, el personal más sensibilizado tendía a mostrarse desilusionado, frustrado, triste o enfadado por la falta de recursos y procedimientos con los que afrontar la asistencia a mujeres maltratadas. Quiere esto decir que, para aumentar la eficacia de los protocolos y ajustar las intervenciones a la idiosincrasia de las mujeres, hay que partir de políticas de salud pública fuertes y sometidas a una re-evaluación constante basada, también, en la información, experiencia, sugerencias y opiniones de los/as profesionales que atienden a las mujeres (3,46,47,48,49).

LAS DIFICULTADES DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El informe de The Lancet Psychiatry Commission (46) apunta que los sistemas de atención en salud mental pueden marcar una diferencia crucial en el camino de la recuperación de las supervivientes de VGP y que, sin embargo, con demasiada frecuencia las supervivientes perciben que estos servicios les causan perjuicio y un nuevo trauma. Para transformar esta realidad y de cara a la elaboración de guías para el desarrollo de los programas de salud mental, se debería tener en cuenta la visión de las usuarias acerca de las actuaciones que redundan en una ayuda efectiva y de los obstáculos y fallos que detectan.

Partiendo precisamente de la importancia de implicar a las usuarias en la transformación y mejora de los servicios, las autoras de este trabajo han llevado a cabo diversas investigaciones que, combinadas con la revisión de los resultados obtenidos por otros estudios nacionales e internacionales, permiten plantear algunas sugerencias de interés en esta línea de acción.

En los siguientes apartados de este artículo, se mencionarán los resultados relativos a dos investigaciones del equipo que firma este trabajo. Se trata, por un lado, de un estudio cualitativo sobre la atención recibida por las mujeres maltratadas en los distintos niveles de los servicios de salud (atención primaria, especializada y de urgencias) realizado en el año 2021 a petición de la Consejería de

Salud del Principado de Asturias y, por otro, de una investigación cuantitativa sobre los apoyos formales necesarios para la superación de los procesos de VGP. Los *verbatim* que aparecen en este texto proceden de los testimonios verbalizados por las mujeres participantes en ambos proyectos.

Respecto a los aspectos metodológicos, el estudio cualitativo tuvo un carácter exploratorio y descriptivo. Las participantes (N= 15) fueron seleccionadas a través de muestreo intencional y el contacto se estableció a través de distintos programas y servicios de atención a víctimas de VG del Principado de Asturias. De este modo, se incluyeron mujeres adultas (M= 42,8 años y SD= 14,38) víctimas de VG, atendidas en los dispositivos de asistencia sanitaria pública del Principado de Asturias, que no presentasen enfermedades o graves problemas de comunicación que impidiesen la realización de la entrevista y que aceptasen la participación en el estudio tras haber sido informadas de los objetivos y desarrollo de este. Para la obtención de datos se diseñó una entrevista semiestructurada o focalizada. El contenido de las preguntas de la entrevista realizada a la muestra fue diseñado siguiendo los puntos clave del actual protocolo asturiano de atención sanitaria (38), así como los resultados procedentes de investigaciones nacionales e internacionales (30).

Las entrevistas, llevadas a cabo por psicólogas especialistas en violencia de género, se desarrollaron en momentos y lugares acordados previamente con cada participante y se realizaron de forma opcional en interacción directa o a través de medios telemáticos. En

todo caso, siempre se tuvieron en cuenta las medidas sanitarias derivadas de la COVID-19 (39). Cuando las entrevistas se realizaron de forma presencial, se acordó un lugar seguro (e.g., despacho de la Universidad, sedes de asociaciones o Centro Asesor de la Mujer-CAM, domicilio de la participante), dado que algunas de ellas aún estaban sufriendo maltrato. Los registros digitales de las entrevistas, que duraron entre 90 y 120 minutos, fueron transcritos inicialmente con la ayuda de la aplicación informática Live Transcribe. El proceso de construcción de categorías se realizó por parte de tres miembros del equipo con una experiencia de más de una década en análisis cualitativo y VG y el análisis temático se realizó utilizando el software MAXQDA® 2020.

En relación con el estudio cuantitativo, las participantes (N= 102) fueron mujeres derivadas por la red de casas de acogida, Centros Asesores de la Mujer y el programa de Atención Psicosocial a la Mujer del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Las entrevistas y evaluaciones fueron llevadas a cabo presencialmente, a través de videollamada o en llamada telefónica (atendiendo a las restricciones impuestas durante la pandemia de COVID-19) en una o dos sesiones con una duración media total de 3 horas. Las participantes fueron mujeres mayores de edad (M= 42.13 y SD= 11) que habían sufrido VG y estaban en proceso de salida de la relación, habiendo acudido en busca de ayuda a, al menos, una fuente de apoyo formal. La evaluación comprendió la administración de test psicométricos y de preguntas de respuesta abierta dirigidos a

explorar distintas variables implicadas en el proceso de recuperación psicosocial de las mujeres. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos se utilizó el programa SPSS versión 26.

Lo que detectan las mujeres

Tanto el estudio cuantitativo como el cualitativo muestran que las mujeres supervivientes de la violencia de género acuden a consultas de salud mental de forma mayoritaria. En el estudio cuantitativo se encontró que el 61.8% de las participantes habían acudido a un centro de salud mental público en algún momento del proceso de maltrato sufrido y que el 92.2% recibió atención psicológica pública o privada. En el estudio cualitativo con mujeres que estaban en distintos momentos de la relación de maltrato se observaron cifras similares, ya que el 73.33% de las participantes habían acudido a una consulta de salud mental (pública o privada) para recibir ayuda terapéutica por problemas relacionados con el maltrato que estaban sufriendo o habían sufrido. El 46% de las mujeres buscó ayuda en centros de salud mental públicos ordinarios, el 23% acudió a programas públicos específicos de atención psicosocial a la mujer, y el 31% asistió a consultas de salud mental privadas. Además, algunas de las mujeres participantes reportaron haber acudido a más de una fuente de apoyo psicológico. El acceso a la atención de salud mental tuvo lugar a través de tres itinerarios principales. El primero de ellos es a la derivación desde atención primaria a salud mental del área sanitaria correspondiente. En este caso, las mujeres habitualmente ya habían recibido prescrip-

ción de psicofármacos antes de acceder al servicio de salud mental. La segunda vía de acceso a los servicios de salud mental es la derivación desde otros servicios públicos dedicados a la atención a víctimas de VG. Por último, nos encontramos con un conjunto de mujeres que consideraban que la atención psicoterapéutica pública era insuficiente y, contando con suficientes recursos económicos, decidían acudir a consultas privadas.

“Me derivó a salud mental por el tema del tratamiento de ansiedad. Ella me ponía como medio urgente un tratamiento con ansiolíticos, pero para que fuese valorado y controlado por salud mental”

“Me dijo la abogada del Centro Asesor de la Mujer que tenía derecho a un psicólogo y acepté y eso.”

Una vez en las consultas, en los centros de salud mental ordinarios no siempre se detectaban las situaciones de VG. Si no se les hacían preguntas directas, algunas mujeres maltratadas no desvelaban la situación que motivaba su malestar. Unas veces por miedo, otras por vergüenza y otras porque inferían, por la ausencia de preguntas, que la información sobre el maltrato era irrelevante para ayudarlas. En los casos en que las mujeres expresaron que el desvelamiento del maltrato sí había tenido lugar, todas ellas manifestaron haber encontrado un nivel de intimidad y privacidad suficiente. Los/as profesionales generalmente habían reaccionado de manera adecuada, indagando sobre la situación, y, en la mayoría de los casos, logrando establecer el clima de confianza y empatía que se necesitaba, satisfaciendo la necesidad de las consultantes de ser escuchadas.

“Bueno, a ver, yo fui contando poco a poco, entonces te van ayudando a que hables, te van ayudando a... Te van entendiendo y sobre todo te van, no sé, dando confianza y... casi lo que más me sorprendió de todo, tanto en salud mental como cuando puse la denuncia,... casi lo que más me sorprendió fue que me creyeran. Porque yo tenía tantísimo miedo a que nadie me creyera, porque es una cosa tan difícil de demostrar. Que para mí casi lo más importante fue eso”

“Ella me dejó hablar y hablar y llorar... y me dijo que lo que quisiera contar que lo contase”

No cabe duda de que la expresión de sentimientos posibilita y favorece el abordaje del maltrato. Las participantes estimaban que acudir a consultas públicas o privadas de salud mental les había servido para comprender mejor la situación de maltrato y para obtener pautas con las que trazar su camino futuro.

“Ella me dijo que... al principio le dije que me había separado. Y ella empezó diciendo que no todas las separaciones han de ser malas. Ella fue la que me preguntó si había habido malos tratos. Yo dije que sí, que psicológicos. Me acuerdo de que me dijo que no era por diferenciar, que todos eran malos tratos, pero que me iba a costar mucho. Eso sí que tuvo razón, en lo de que me iba a costar mucho superarlos, que no me iba a engañar.”

Centrando el foco en los aspectos que flaquean de la asistencia en salud mental pública, además de la no detección sistemática del maltrato, son reseñables la brevedad de las consultas y el enorme lapso de tiempo discurrido entre unas y otras. Según las propias mujeres, gran parte de la inefi-

cacia de la ayuda psicoterapéutica se debe a este obstáculo.

“Sí, y la verdad que lo dejé porque las citas eran cada mucho tiempo, así que no me ayudaba realmente. Dan las consultas tan espaciadas, no creo que valgan de mucho”

“Era una mujer joven que estaba haciendo una sustitución porque tenían como muchísima lista de espera. Me habían hecho preferente y así y todo esperé casi tres meses”

“A ver, vas particular y te atienden mucho más tiempo. Te atienden, claro, una vez a la semana o cada pocos días, o así. Yo lo que echo en falta es que son consultas muy cortas, muy distanciadas. Y en estos casos se necesita más a menudo... A lo mejor así tendría que ser más tiempo y más seguido, porque habrá gente que lo puede pagar, pero otra gente no puede”

La calidad de la relación terapéutica, un tema central para la psicoterapia, fue considerada insuficiente por dos de cada diez participantes de la muestra, probablemente por la brevedad de las consultas. Dicho esto, también se debe insistir en que un tiempo de dedicación insuficiente lastra la sanidad pública y complica la posibilidad de un abordaje exitoso de los casos de VG.

Todo ello hace comprensible que en el discurso de las mujeres aparezca como conexión principal con los servicios de salud mental del sistema público la gestión de la pauta medicamentosa y que señalen a la atención psicológica privada y, dentro de salud mental pública, al Programa de Atención Psicosocial a la Mujer como los contextos donde sí obtuvieron soluciones efectivas.

“Jamás se me ha ofrecido una terapia psicológica desde el abordaje de la violencia de género... Y me daban la siguiente cita pues seis meses más tarde. Entonces lo único que te pautan es tranquilizantes. Y lo intenté tres veces a lo largo de mi vida. Acceder a sanidad pública, a salud mental. Y en las tres ocasiones me sentí muy defraudada por la falta de recursos, pero también por la falta de interés en mis patologías específicas, en mi especificidad como persona y también como mujer”

“De hecho fui y me dieron pauta psiquiátrica, es decir, psicofarmacología y en una ocasión..., en dos, pauta psicológica para verme a los seis meses en una ocasión y para no volver en otra. Es más, con un psicólogo discutí... porque su solución para que yo tuviera más autoestima era pues quíete más y la solución para que yo dejase de tener problemas con la comida, pues come menos”

“Estoy tomando Metformina, Atenolol y Alprazolam número 5 y Limovan. Después de que me rompió un brazo, estoy tomando hasta ahora porque no estoy recuperando bien y eso lo estoy tomando ahora. Y Paroxetina así de 20 tomaba de 10 y después de los nervios y eso me estoy tomando de 20 ahora”

Por último, cuando preguntamos a las mujeres acerca de los aspectos de la atención recibida que creían que necesitaban mejoras importantes, resaltaron especialmente los siguientes:

1. *Coordinación y colaboración* entre los/as profesionales de los distintos dispositivos que componen la red de atención integral a las mujeres víctimas de VG, para lograr que se sientan protegidas, seguras, y comprendidas.
2. *Conocimiento* por parte de los/as sanitarios de los recursos y ayudas disponibles para las mujeres, así como de las vías de derivación contempladas en los protocolos de atención.
3. *Ajuste* de los/as profesionales y del sistema al ritmo y forma en que las mujeres pueden afrontar su situación personal.
4. *Atención* a la necesidad de asistencia psicológica de las *hijas e hijos*.

Como puede apreciarse, desde la óptica de las mujeres supervivientes a la VG los problemas que aquejan al sistema de salud mental deben ser abordados en distintos niveles, comenzando por la necesaria transformación de la estructura de la atención a la salud mental. Sin duda, todos y todas las consultantes, sin excepción, verían mejorada su salud mental si el sistema de salud pública contara con más profesionales que pudieran dedicar más tiempo al análisis de las necesidades de los/as usuarios/as, así como de las adversidades que han sufrido y sufren, ayudándoles así a buscar soluciones adecuadas. Pero también urge modificar procedimientos de acción e, incluso, cambiar el modo en que los/as profesionales perciben y conceptualizan las demandas de las personas. Se trata de un cambio de actitud que permita que el contexto de salud mental pública se convierta en un lugar seguro donde sea posible desvelar la violencia y encontrar el respeto y el apoyo necesarios para superarla. En el informe Lancet citado anteriormente (46) se señala que las intervenciones terapéuticas y

la investigación diseñadas conjuntamente con las supervivientes tienen más probabilidades de satisfacer las necesidades de las personas que las diseñadas sin la participación de las supervivientes. Siendo así, el diálogo con las personas asistidas parece inevitable si se desea incrementar la eficacia de las intervenciones.

Cegarse con los sistemas diagnósticos. Nuestra visión

En opinión de quienes firman este trabajo, la asistencia a las víctimas de VG basada en el sistema diagnóstico psicopatológico canónico, actualmente la CIE-11 y el DSM 5, tiene muy malas consecuencias para muchas de las mujeres. Los diagnósticos que se centran en las reacciones y las quejas de las usuarias escamotean las necesidades y las adversidades que están afrontando. Este tipo de diagnóstico, que omite el atentado por inventariar los daños, resulta muy perjudicial para muchas víctimas.

En nuestra sociedad estamos muy lejos de asumir que los problemas de salud mental son el reflejo del esfuerzo que las personas realizan para intentar adaptarse a su situación vital, satisfacer sus necesidades, afrontar las adversidades y dar sentido a su vida. También de entender que el bienestar y la supervivencia de los seres humanos dependen de las aportaciones de otros seres humanos, que desde la cuna a la tumba dependemos de los demás. Y es que necesitamos radicalmente a otras personas no solo para satisfacer las necesidades más básicas para la supervivencia, como son el alimento, la protección y el refugio, sino también para ser capaces de pensar, actuar e interactuar

de un modo que nos permita sentirnos bien. Para poder sentirse bien, el ser humano necesita la disponibilidad, la atención, la comprensión, el reconocimiento, la asistencia, la aprobación, el aprecio y la lealtad de otros seres humanos. Sin esas aportaciones interpersonales, la sucesión de adversidades y oportunidades que constituyen la vida no pueden ser afrontadas y aprovechadas de manera sostenible y, entonces, surgen el malestar emocional y psicológico.

Las víctimas de violencia de género viven en situaciones que comprometen la satisfacción de sus necesidades y metas vitales, a menudo atrapadas en una situación de carencia o insuficiencia de recursos materiales, económicos e interpersonales, tratando de luchar contra la adversidad con unos conocimientos o habilidades personales que pueden resultar inefectivos si no se dispone de otros apoyos del entorno. Especialmente, en una circunstancia en que es la pareja, la persona “de confianza” de la mujer, la que está atentando contra su libertad, su reputación, su integridad física y/o su autoestima.

Las intervenciones psicoterapéuticas centradas en el diagnóstico basado en síntomas, es decir, en la detección de reacciones y malestares filtrados a través de los sistemas categoriales de referencia, obscurecen e ignoran las necesidades y metas de las mujeres, las adversidades a las que se enfrentan, las carencias y los conocimientos y estrategias de afrontamiento con que cuentan. Esta omisión puede facilitar la ocultación activa del maltrato por parte de los agresores y constituye una nefasta asistencia de salud mental que contribuye a revictimizar a las

mujeres. No es la depresión, la hostilidad, la ideación paranoide, la obsesión compulsiva o la desrealización lo que hay que abordar, sino el contexto vital que subyace, explica y origina esos indicadores de malestar. Recurriendo a la metáfora que Fernández-Liria le atribuye a Menninger, no es la agitación del pez lo fundamental, sino el anzuelo clavado en su boca y la tensión del sedal al que está sujeto (50). En la atención a las víctimas de la violencia de género se informa mucho sobre las contorsiones de la persona y poco o nada de los anzuelos y los sedales.

La violencia de género no sólo tiene el formato de amenazas, golpes, imposiciones, menosprecios y difamaciones, también la privación es un ingrediente esencial y, por ello, es urgente entender que a las mujeres les afecta no solo lo que ocurre sino lo que deja de ocurrir cuando se vive encerrada en el maltrato. Cuando la persona maltratada se queda sin confidentes, cuando se queda sin hombros en los que llorar, sin solidaridad y sin muestras de aprecio, pensar se vuelve muy difícil, planear casi imposible y regular las emociones una hazaña. Por parte de los/as profesionales de salud mental, no reflejar el efecto de todas esas carencias en el funcionamiento de una persona, no señalar las enormes dificultades que representan para cualquiera, contribuye a la desvalorización de las víctimas.

Los seres humanos no sólo necesitamos seguridad, también necesitamos comunicación, ayuda, aprecio y lealtad de otros seres humanos. Si en consulta no se reseñan las agresiones, las amenazas y las carencias a las que una persona ha estado siendo some-

tida, sus reacciones no serán comprensibles ni para su entorno ni casi para sí misma. Por tanto, es imprescindible que las y los profesionales ayuden a las víctimas a adquirir parte de aquello de lo que carecen cuando demandan la ayuda de salud mental. Se trata de proporcionarles algo tan básico como la solidaridad de otro ser humano, una conexión que sirva para que las mujeres se sientan seres humanos comprensibles y comprendidos, cuestión tan radical en la psicopatología.

No debe ignorarse tampoco que algunas víctimas de VG sufren carencias desde mucho antes de iniciarse la relación violenta y que, con frecuencia, sus dificultades para alejarse de los maltratadores y para detectar los peligros tienen relación con los maltratos y negligencias pasadas y presentes de otras personas significativas (1,51). Es por ello imprescindible que estas carencias sean exploradas con las mujeres en consulta, ayudándolas a detectar las adversidades que han experimentado a lo largo de todo su ciclo vital, especialmente maltratos emocionales, sexuales y físicos.

Trabajos especializados en el campo de la asistencia de salud mental a las mujeres víctimas de VG (52,53), han mostrado la utilidad de la terapia centrada en la consultante con contenidos muy variados. Se trata de intervenciones terapéuticas flexibles y respetuosas, ajustadas a la complejidad de cada caso y que pretenden facilitar la seguridad y autodeterminación de la persona, así como el acceso a recursos intra e interpersonales de utilidad para su recuperación. Un aspecto clave de estas intervenciones y especialmente subrayado en los trabajos

existentes al respecto, es la importancia de convertir la terapia en un lugar seguro para el desvelamiento de los traumas sufridos por la persona que consulta.

LA AMPLIACIÓN DE LA DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las autoras de este trabajo llevamos años resaltando el hecho empíricamente más que demostrado de que la violencia de género es un problema que no germina, se desarrolla y desaparece en la burbuja privada de la relación de pareja. El origen de la violencia de género es anterior al inicio de la relación y se inserta en ella desde contextos externos y macrosistémicos, con un germen profundamente enraizado en la cultura patriarcal que las sociedades mantienen. La violencia de género es un medio empleado para un fin, un instrumento que pretende perpetuar los roles de género tradicionalmente prescritos a hombres y mujeres. Estos roles de género dictan, condicionan y limitan las características y comportamientos que son o no aceptables para hombres y mujeres y, por tanto, reconocen para ellos y ellas diferentes derechos y obligaciones. Estas diferencias ayudan a entender la dificultad de muchas supervivientes para romper la relación de maltrato y alcanzar una vida libre, a salvo, y con la suficiente independencia para construir un nuevo proyecto vital.

Para que las mujeres puedan completar con éxito su proceso de superación y recuperación de la violencia, es fundamental que estén respaldadas por una red de apoyo no profesional (familiares, amistades, compañeros/as de trabajo y/o estudios, vecinos/as

y demás personas de su entorno cercano), así como por unos servicios policiales, judiciales, sociales, sanitarios y educativos que incluyan el apoyo de salud mental. Este respaldo no debe estar motivado exclusivamente por la peculiaridad de las mujeres como personas individuales que han sufrido violencia, sino que debe estar motivado por el hecho de ser personas desprovistas de los apoyos y recursos a los que todo ser humano tiene derecho para evitar que el malestar le desborde (21, 30,54,55). Si el origen de la violencia de género es social, entonces su erradicación también pasa por la inclusión de todos los agentes sociales.

La *Ley Orgánica 1/2004*, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (56), define la VG como “manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres ejercida por quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. La VG abarca, por tanto, todo acto de violencia física, psicológica y sexual, así como las amenazas, coacciones o la privación arbitraria de libertad”. Esta definición, que sin duda supuso un cambio fundamental en el abordaje y tratamiento de la VG en nuestro país, ha resultado, sin embargo, insuficiente.

En el año 2011, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (también conocido como Convenio de Estambul), ratificado por España en 2014, incorporó otras formas de

violencia (social, cultural e institucional) y otras manifestaciones (física, psicológica, sexual o económica), con independencia de la relación con el agresor. En el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, aprobado en nuestro país en el año 2017 (57), se expone que la VG abarca cualquier acto de discriminación, subordinación y/o sometimiento de las mujeres en diferentes ámbitos de sus vidas, incluyendo todos los ataques materiales y simbólicos que menoscaban la libertad, dignidad, seguridad e integridad física y/o moral de las mujeres. Con esta ampliación de la definición, el reto para los servicios de salud mental de diagnosticar problemas además de diagnosticar malestares se hace cada vez más patente.

En la asistencia de salud mental a mujeres víctimas de violencia de género nunca bastó con explorar el maltrato en la relación de pareja, pero si la nueva concepción de la violencia de género empieza a implantarse y extenderse, una enorme diversidad de formas de maltrato presentes a lo largo de todos los contextos y ciclo vital de las mujeres tendrá que adquirir visibilidad. Ahora es el momento de preguntarse qué papel jugaremos en todo ello como psicopatólogos/as y psicoterapeutas y qué posicionamiento adoptará el sistema de salud mental frente a este reto.

Referencias bibliográficas

1. Fontanil Y, Alcedo MA, Fernández-Álvarez N, Ezama E, Fernández R. Salidas seguras para mujeres víctimas de violencia de género en la pareja. Oviedo: KRK Ediciones; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
4. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres: Una encuesta a escala de la UE. Encuesta, metodología, muestra y trabajo de campo. Ginebra: Oficina de publicaciones de la Unión Europea; 2014.
5. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio Mundial sobre el Homicidio 2019. Viena: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2019.
6. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Portal Estadístico. Madrid: Secretaría de Igualdad y contra la Violencia de Género, 2023 (consulta 7 de junio).

7. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de la Violencia contra la Mujer. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad; 2020.
8. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;8:e019995.
9. Chandan JS, Subramanian A, Chandan JK, Gokhale, K, Vitoc A, Taylor J, et al. The risk of COVID-19 in survivors of domestic violence and abuse. *BMC Med*. 2021;19:246-252.
10. Coll-Vinent B, Martí G, Calderón S, Martínez B, Céspedes F, Fuenzalida C. La violencia de pareja en las pacientes que consultan por dolor torácico en urgencias. *Semergen*. 2019;45:23-29.
11. Makaroun LK, Brignone E, Rosland A, Dichter ME. Association of health conditions and health service utilization with intimate partner violence identified via routine screening among middle-aged and older women. *JAMA Netw Open*. 2020;3(4):e203138.
12. O'Doherty DC, Chitty KM, Saddiqui S, Bennett MR, Lagopoulos J. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging measurement of structural volumes in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2015.30;232:1-33.
13. Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: a systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*. 2022;23:1157-1172.
14. Fontes, L., Fontanil, Y. De la violencia doméstica al control coercitivo en el contexto latinoamericano y español. En: Fontanil, Y. et al, editores. Análisis interdisciplinar de la violencia de género. Oviedo: KRK Ediciones, 2013. p.47-54.
15. Stark E. Rethinking Coercive Control. *Violence Against Women*. 2009;15:1509-1525.
16. Fontes L. *Invisible chains: overcoming coercive control in your intimate relationship*. Guildford: Taylor & Francis Group; 2015.
17. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*. 2013;10:e1001439.
18. Oram S, Abas M, Bick D, Boyle A, French R, Jakobowitz S, et al. Trafficking and health: a survey of male and female survivors in England. *Am J Public Health*. 2016;106:1073-1078.
19. Potter L, Morris R, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence, *Int J Epidemiol*. 2021;50:652-662
20. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2014;28:102-108
21. Fernández-Álvarez N, Fontanil Y, Alcedo A. Resilience and associated factors in women survivors of intimate partner violence: a systematic review. *Anal. Psicol*. 2022; 38:177-190.
22. Lelaurain S, Graziani P, Lo Monaco G. Intimate partner violence and help-seeking. A systematic review and social psychological tracks for future research. *Euro. Psychol*. 2017; 22:263-281.

23. Heron RL, Leisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2021;29:612-630.
24. Nolet AM, Morselli C, Cousineau MM. The social network of victims of domestic violence: a network-based intervention model to improve relational autonomy. *Violence Against Women*. 2021;27:1630-1654.
25. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women study team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008; 371:1165-72.
26. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g2913.
27. Montero I, Ruiz-Pérez I, Martín-Baena D, Talavera M. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*. 2011;21:400-406.
28. Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *J Clin Nurs*. 2017;21-22:3271-3285.
29. Stapleton SJ, Bradford JY, Horigan A, Barnason S, Foley A, Johnson M et al. Clinical practice guideline: intimate partner violence. *J Emerg Nurs*. 2019;45: 191.e1-191.e29.
30. Fontanil Y, Alcedo MA, Solís P, Alonso Y, Fernández-Álvarez N, Fernández-Briz N. Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias. *Investigaciones Feministas*. 2022;13:223-233.
31. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res*. 2009;44:1052-1067.
32. Daoud N, Kraun L, Sergienko R, Batat N, Shoham-Vardi I, Davidovitch N et al. Patterns of healthcare services utilization associated with intimate partner violence (IPV): Effects of IPV screening and receiving information on support services in a cohort of perinatal women. *PLoS One*. 2020;31:e0228088.
33. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72:855-66.
34. Cho H, Kwon I, Shamrova D, Seon J. Factors for formal help-seeking among female survivors of intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2021;36:143-152.
35. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39:341-52.
36. Sanz-Barbero B, Baron N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019; 14:e0221049.
37. Ezama E. Adversidades, carencias y malas explicaciones. Camino de la maladaptación en el desarrollo infantil. Avilés: V Jornadas de la Sociedad de Psicología Clínica de Asturias; 2022.

38. Gobierno del Principado de Asturias. Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en el Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana e Instituto Asturiano de la Mujer; 2015.
39. Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit.* 2021;35:298-301.
40. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385:1567-1579.
41. Liebschutz J, Battaglia T, Finley E, Averbuch T. Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2008;8:229.
42. Bakon S, Taylor A, Meyer S, Scott M. The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1. An integrative review. *Emerg Nurse.* 2019;27:19-25.
43. Bakon S, Taylor A, Meyer S, Scott M. The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 2. Strategies to address knowledge deficits and negative attitudes. *Emerg Nurse.* 2020;28:18-23.
44. Heron RL, Eisma M, Browne K. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the UK health service. *J Fam Violence.* 2021;29:612-630.
45. Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs.* 2017;(23-24):4013-4027.
46. Oram S, Fisher HL, Minnis H, Seedat S, Walby S, Hegarty K et al. The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *Lancet Psychiatry.* 2022;9:487-524.
47. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2014;46:188-194.
48. Rodríguez-Blanes G, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit.* 2017;31:410-415.
49. Zijlstra E, LoFoWong S, Hutschemaekers G, Lagro-Janssen A. Improving care for victims: a study protocol of the evaluation of a centre for sexual and family violence. *BMJ Open.* 2016. 12;6:e011545.
50. Fernández-Liria A. Buscando un nuevo paradigma para la salud mental. *Ctxt.* 2022;289.
51. Fontanil Y, Alcedo MA. Protocolo contra la violencia sexual del Principado de Asturias. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Instituto Asturiano de la Mujer; 2018.
52. Sorrentino AE, Iverson KM, Tjepker A, True G, Cusak M, Newell M, et al. Mental health care in the context of intimate partner violence: Survivor perspectives. *Psychol. Serv.* 2021;18:512-522.
53. Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S. Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. *PLoS ONE.* 2022;17:e0264845

54. López-Ramírez E, Ariza-Sosa GR. Superación de la violencia de pareja: revisión. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*. 2017;26:85-102.
55. Roca-Cortés N, Porrúa-García C, Yepes-Baldó M, Martínez-Artola M, Codina-Mata N, Fernández-Cuadrado A, et al. Recuperación de las mujeres en situación de violencia machista de pareja, descripción e instrumentación. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Universitat de Barcelona y Fundación Salud y Comunidad; 2015.
56. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Gobierno de España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Madrid: Jefatura del Estado; 2004.
57. Gobierno de España. Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Congreso+Senado. Madrid: Gobierno de España; 2019.

Yolanda Fontanil

Correspondencia: fontanil@uniovi.es

Natalia Fernández-Álvarez

Correspondencia: fernandezanatalia@uniovi.es

Esteban Ezama

Correspondencia: esteban.ezama.coto@gmail.com

Disforia de género en la adolescencia: ¿otro sesgo en la salud de las mujeres?

Gender dysphoria in adolescence: another bias in women's health?

Marta González González

Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada, Gijón. Asturias. SESPA

Sara Yebra Delgado

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada, Gijón. Asturias. SESPA

Recibido: 10/2/2024

Aceptado: 12/9/2024

RESUMEN

En marzo de 2023 se aprobó en España la Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, más conocida como Ley trans. Esta ley ha sido una de las actuaciones políticas más mediáticas y polarizadas de los últimos años. Uno de los motivos principales es el descontento creciente de los profesionales de la salud. El aumento de personas declaradas con «disforia de género» a raíz del planteamiento de estas leyes con una afectación más importante en el sexo femenino y la adolescencia; la expulsión paulatina de la figura de los profesionales de salud mental o la irreversibilidad de los tratamientos ofrecidos, son algunos de los puntos clave que nos obligan a actuar con prudencia como profesionales sanitarios/os y reflexionar sobre los riesgos latentes en este nuevo modelo aplicando la perspectiva de género.

Palabras clave: *Identidad de género, Salud mental, Roles de género, Adolescencia.*

ABSTRACT

In March 2023, the law for the real and effective equality of trans people and for the guarantee of the rights of LGTBI people, better known as the trans Law, was approved in Spain. This law has been one of the most media and polarized political actions in recent years. One of the main reasons is the growing discontent of health professionals. The increase in people declared to have «gender dysphoria» as a result of the introduction of these laws with a more significant impact on the female sex and adolescence; the gradual expulsion of the figure of mental health professionals or the irreversibility of treatments offered, are some of the key points that force us to act with caution as health professionals and reflect on the latent risks in this new model applying the gender perspective.

Key words: *Gender identity, Mental health, Gender roles, Adolescence.*

Disforia de género en la adolescencia: ¿otro sesgo en la salud de las mujeres?¹

*La enfermedad nunca es neutra.
El tratamiento nunca está libre de ideología.
La mortalidad nunca está exenta de política.
Anne Boyer. Desmorir.*

En marzo de 2023 se aprobó en España la *Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*, más conocida como Ley trans (1). Esta ley ha sido una de las actuaciones políticas más mediáticas y polarizadas de los últimos años, por varios motivos, uno de los más reseñables es el descontento creciente de los profesionales de la salud. El aumento en la demanda de los adolescentes, principalmente del sexo femenino, y la expulsión paulatina de la figura de los profesionales de salud mental de los equipos hacen que sea necesario revisar con prudencia cómo puede afectar esta situación a la salud de niñas y adolescentes.

1. NOVEDADES PRINCIPALES EN MATERIA DE SALUD CON LA LEY TRANS

La Ley trans vino a derogar la *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* (2). Esta ley del 2007, como su propio nombre indica, ya permitía la rectificación de la mención relativa al sexo en el registro. Los cambios más controvertidos que plantea la nueva ley son los relativos a las personas trans. Aparecen en este sentido tres cambios sustanciales y a la vez controvertidos en relación a las personas denominadas trans:

1. Se elimina la mayoría de edad como requisito para el cambio registral del sexo. Además, en caso de desacuerdo entre menores y sus progenitores, se interpondrá una representación legal externa (Artículo 43).

Artículo 43 Legitimación. 1. Toda persona de nacionalidad española mayor de dieciséis años podrá solicitar por sí misma ante el Registro Civil la rectificación de la mención registral relativa al sexo. 2. Las personas menores de dieciséis años y mayores de catorce podrán presentar la solicitud por sí mismas, asistidas en el procedimiento por sus representantes legales. En el supuesto

¹ La redacción de este trabajo se ha realizado utilizando el masculino plural y singular como un valor integrador, como recoge la Real Academia Española de la Lengua. Rogamos a los lectores que esta decisión no sea reconocida como un signo con connotación sexista, sino como una estrategia de economía lingüística y de amenidad en la exposición de ideas por parte de las autoras.

de desacuerdo de las personas progenitoras o representantes legales, entre sí o con la persona menor de edad, se procederá al nombramiento de un defensor judicial de conformidad con lo previsto en los artículos 235 y 236 del Código Civil. (...) 4. Las personas menores de catorce años y mayores de doce podrán solicitar la autorización judicial para la modificación de la mención registral del sexo en los términos del capítulo I bis del título II de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.

2. Se elimina la necesidad de acreditación mediante informe médico o psicológico de la condición de disforia estable y ausencia de otra patología psiquiátrica intercurrente para hacer el cambio registral que exigía la Ley de 2007 (Artículo 44. Punto 3).
3. Y, por último, elimina la necesidad de la condición de estabilidad para realizar dicho cambio, establecida en dos años de tratamiento en la ley previa (Artículo 44. Punto 3).

Artículo 44. (...) Punto 3. El ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico relativo a la disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento, ni a la previa modificación de la apariencia o función corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole.

Estas tres modificaciones son las que hacen que esta ley afecte por primera vez a la salud en la adolescencia y que se produzca un cambio en el modelo de atención. Aunque la ley general se haya aprobado recientemente, ya desde 2014 existen leyes autonómicas que van en la misma línea. Por tanto, el modelo propuesto lleva varios años funcionando en gran parte de España, lo que nos permite empezar a conocer algunas de sus implicaciones en la práctica.

En el sistema público, la inclusión de la prestación sanitaria a las personas no conformes con su sexo comenzó en 1999 en Andalucía, con la creación de la primera Unidad multidisciplinar de atención integral a la transexualidad o Unidad de Identidad de Género (UIG) (3). Estas UIG debían reunir unos estándares asumidos por la mayoría de los equipos especializados a nivel mundial: ser multidisciplinarios con profesionales de diversos ámbitos (principalmente de la Salud Mental, Endocrinología, Ginecología y Cirugía); trabajar de forma consensuada y realizar una evaluación continua de sus procesos y resultados que permitan garantizar una atención integral y de calidad a los usuarios. Tras la aprobación de estas leyes autonómicas, el modelo de atención ha ido cambiando con la aparición de nuevas clínicas que han desplazado a las UIG de forma paulatina. De hecho, en algunas comunidades autónomas las UIG están dejando de ser los equipos de referencia (por ejemplo, Andalucía o Cataluña). Los nuevos protocolos se basan en tres puntos: autodeterminación, despatologización y descentralización.

- **Autodeterminación:** se cuestiona el modelo clínico basado en la historia, diagnóstico y tratamiento y se sustenta sobre la simple declaración de la persona. Este término está estrechamente relacionado con el concepto de «despatologización».
- **«Despatologización»:** la nueva Ley trans propone diversos enfoques que cataloga de «despatologizadores». En el ámbito de la salud, el término se focaliza fundamentalmente en evidenciar la *innecesaria* evaluación médica y psicológica, hasta ahora muy presente, para iniciar un proceso de transición.

El debate centrado en la «despatologización» ha ganado importancia en la última década gracias al transactivismo (4). La autodeterminación de la identidad de género y la terapia afirmativa son medidas que se impulsan desde dentro de este movimiento. Defienden la desclasificación de la transexualidad como patología en los manuales de enfermedades mentales, a la vez que reivindican la autonomía de decidir por sí mismos el acceso a los tratamientos médicos o quirúrgicos para realizar la transición que consideren. Bajo esta premisa, se presuponen «patologizadoras» aquellas intervenciones que aporten una respuesta a la demanda expuesta por los pacientes distinta de la afirmación, esto es, la aplicación de la psicología o la psiquiatría. En cambio, no ocurre lo mismo cuando se realiza una terapia farmacológica o quirúrgica a partir de un «autodiagnóstico», como pretende la terapia afirmativa. Esta imposición, en definitiva, de la ideología sobre los fundamen-

tos científicos supone un detrimento en la calidad asistencial recibida por las niñas y adolescentes con disforia de género.

La aplicación de esta nueva Ley trans se traduce en importantes consecuencias prácticas: se basa en un modelo de asistencia que evita el abordaje psicoterapéutico de la disforia de género porque parte del supuesto de que no es una patología; perpetúa la idea de que los expertos en salud mental imponen un modelo que medicaliza y «patologiza» a las personas trans e insiste en la autodeterminación como única vía de abordaje posible. Así, el papel de los clínicos (cuando es solicitado) queda relegado al apoyo y acompañamiento de las decisiones que tomen sin la realización de evaluaciones o exploraciones previas. No obstante, la psicología y la psiquiatría pueden ofrecer un papel más destacado, poniendo sus conocimientos a disposición de usuarios y familias, y otorgando apoyo y respuestas a lo largo de un proceso tan complejo.

En la *Guía española para la atención a personas con Disforia de Identidad de Género de 2012* (5) se recogen las diez funciones del profesional en Salud Mental, entre las se podrían destacar, por ejemplo, «su aportación en la ayuda en la adaptación familiar y de pareja durante los cambios», «mejorar la seguridad terapéutica» y «asegurar la correcta información sobre los pasos a seguir». Como vemos, se trata de una atención que trasciende al paciente y se elabora también en torno a su contexto. Esta atención se presupone doblemente importante si tenemos en cuenta que hablamos de un periodo crítico del desarrollo como es la

adolescencia. Ese mismo periodo es el que hace de vital importancia la identificación de comorbilidades, así como la realización de un exhaustivo diagnóstico diferencial. Con ello no se niegan las convicciones de los pacientes, sino que se le ofrece la

posibilidad de una mejor atención, pues tal y como refleja la siguiente tabla (véase tabla 1) sobre los diagnósticos diferenciales en disforia de género, es importante una exploración psicopatológica adecuada.

Tabla 1.
Diagnósticos diferenciales en disforia de género.

Diagnósticos diferenciales en disforia de género (754 casos, años 2000-2011, UIG de Andalucía).	Total N= 54	% 7
Trastornos de personalidad	13	24
Trastorno psicótico	12	22
Travestismo	8	15
Homosexualidad egodistónica	7	13
Trastorno mental no especificado	4	7.5
Trastorno bipolar	3	5.5
Abuso de sustancias	2	3.7

Dentro del protocolo de actuación y abordaje de las personas trans, el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN) recomienda, previo al inicio de la terapia hormonal, *investigar en el interrogatorio la posibilidad de que estos pacientes presenten un cuadro de transexualismo secundario en el curso de una hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosomopatía, agenesia testicular o hipogonadismo de cualquier tipo que pudiera haber condicionado su DIG (6)*. Y recuerdan que: *dentro de estos equipos multidisciplinares son los especialistas en salud mental (psicólogos o*

psiquiatras) los encargados de confirmar el diagnóstico inicial y de llevar a cabo la tarea psicoterapéutica en el seguimiento.

A raíz de estos datos y de la aprobación de la nueva ley, rescatamos la propuesta de debate solicitada por estos expertos que conforman las Unidades de Identidad de Género (7) que consideran *que se están legislando aspectos sanitarios en base más a la presión de las asociaciones, posicionamientos ideológicos o intereses políticos, que a las recomendaciones de la literatura científica o a los conocimientos que pueden aportar los expertos sanitarios que trabajan en el tema, y que, a posteriori, son los que deben dar respuesta y asumir la responsabilidad de la atención.*

En conclusión, el papel de los profesionales de salud mental es clave y no radica en afirmar y asentir a lo que los pacientes expongan, sino en aplicar estándares de atención que evalúen y ayuden a determinar si se beneficiarían de la transición o si, en su defecto, continuar con el proceso conduciría a situaciones iatrogénicas.

- **Descentralización:** en lugar de fortalecer las unidades de referencia que ya había anteriormente se propone la atención en cercanía por puntos descentralizados menos especializados. A pesar de la ventaja evidente de la accesibilidad, este sistema tiene inconvenientes graves: se disgregan las cohortes centralizadas

impidiendo el seguimiento longitudinal de los casos (y su necesaria evaluación), no se tiene en cuenta la necesidad de la multidisciplinariedad en abordajes más complejos (como la infancia y adolescencia) y la propia dispersión de la demanda impide que los profesionales adquieran experiencia acumulada. De hecho, el GIDSEEN denuncia una incongruencia entre las demandas reales que reciben de las personas con disforia de género que están siendo tratadas en las UIG y las nuevas demandas que aparecen desde el asociacionismo y que han propiciado este cambio de modelo de atención. Véase tabla 2.

Tabla 2.

Demandas más frecuentes de las personas transgénero al Sistema Sanitario Español.

Demandas de las personas transgénero usuarias de las UIG	Demandas de personas transgénero que provienen del activismo y asociaciones
Solicitud de recursos sanitarios y disminución de listas de espera quirúrgicas.	Solicitud de despatologización y autodeterminación de género y de tratamiento.
Solicitud de atención por profesionales sanitarios con experiencia (equipos especializados de referencia).	Solicitud de descentralización, y por lo tanto asistencia en proximidad en Atención Primaria o especialista de área.
Evaluación inicial, asesoramiento y acompañamiento psicológico.	Autodeterminación de género y de tratamiento.
Identificación mayoritariamente binaria (hombre-mujer) y en consecuencia tratamientos de afirmación de género masculinizantes o feminizantes.	Críticas al modelo binario y desmedicalización.
Deseo de invisibilización e inclusión social.	Deseo de visibilidad y empoderamiento trans.

2. REVISIÓN DE CONCEPTOS: SEXO, GÉNERO Y DISFORIA

En el apartado de disposiciones generales (Artículo 3. Definiciones) la Ley trans hace una aclaración terminológica en cuanto a la definición de persona trans, identidad sexual y expresión de género:

- i) *Identidad sexual: Vivencia interna e individual del sexo tal y como cada persona la siente y autodefine, pudiendo o no corresponder con el sexo asignado al nacer.*
- j) *Expresión de género: Manifestación que cada persona hace de su identidad sexual.*
- k) *Persona trans: Persona cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer.*

Estas definiciones, sin embargo, no resultan esclarecedoras, por lo que para intentar aclarar esta terminología se revisarán por separado brevemente los conceptos de sexo y género.

2.1. Sobre el concepto de sexo

Sexo (biología): carácter de los seres orgánicos por el cual pueden ser machos o hembras.

Diccionario de uso del español. María Moliner.

Lo primero que llama la atención en las definiciones ya citadas que propone la Ley trans es el matiz «sexo asignado», pues esta descripción no es rigurosamente cierta desde el punto de vista científico. El sexo en los mamíferos no se «asigna» al nacer sino que viene determinado por la biología y se «observa» al nacer; es binario e inmutable.

El establecimiento del sexo en mamíferos es un proceso biológico complejo que requiere de tres etapas secuenciales: el establecimiento del sexo cromosómico (como consecuencia de la fecundación: XX, XY), el sexo gonadal (diferenciación ovárica o testicular) y el sexo fenotípico (diferenciación del tracto y los genitales externos en función de si hay presencia o no de hormonas masculinas) (8). Esta diferenciación sexual continúa después del nacimiento con el eje hipotálamo-hipófisis-gónada hasta la pubertad, donde se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva.

Como en cualquier proceso biológico, pueden existir alteraciones de esta diferenciación sexual, pero son enfermedades raras con una frecuencia baja, inferior a 1/2.000 recién nacidos (< 0.05%) (9). Estas enfermedades raras además engloban multitud de síndromes de distinta complejidad y sólo algunos recién nacidos tendrán realmente una ambigüedad o discordancia entre la diferenciación genital, la gonadal y el sexo genético. Este estado de discordancia se denomina «estados intersexuales» y nunca suponen un tercer sexo, sino un mosaico de características biológicas macho/hembra. Es en el abordaje de algunos de estos tan poco frecuentes «estados intersexuales» donde sí puede ser necesario que, de forma conjunta, progenitores y especialistas «asignen» un sexo al recién nacido. Esta decisión no se deja al azar, requiere un manejo multidisciplinar, es compleja y se basa en múltiples parámetros (como son la necesidad posterior de tratamiento médico, la fer-

tilidad potencial o los estudios psicológicos previos de personas adultas con los mismos síndromes). Se podría pensar que la Ley trans se refiere a este pequeño porcentaje de personas con anomalías de la diferenciación sexual cuando hace mención al «sexo asignado al nacer», sin embargo, esto no es así, ya que cuando quiere referirse a este grupo concreto lo hace en epígrafes aparte bajo la denominación de «personas intersexuales».

2.2. Sobre el concepto de género

Yo parto del presupuesto de que hombres y mujeres son biológicamente distintos, pero que los valores y las implicaciones basados en esta diferencia son consecuencia de la cultura.

Gerda Lerner. La creación del patriarcado

Algo más problemático es el concepto de género, pues no tiene un significado unívoco. Según la Ley trans, el género es una manifestación de una vivencia interna, es decir, una identidad, equiparando la autodeterminación de sexo y la autodeterminación de género, como si fueran sinónimos. Sin embargo, esta concepción de género no es la utilizada de forma habitual en el lenguaje común ni tampoco en nuestro ámbito sanitario.

El concepto de género fue desarrollado por las ciencias sociales y la filosofía, sobre todo por el feminismo, como una herramienta de análisis para designar la situación social de desigualdad entre hombres y mujeres. A lo largo de la historia, todas las sociedades se han construido sobre las diferencias biológicas entre ambos sexos, convirtiendo esa

diferencia biológica en una posterior normatividad diferente y ocasionando una forma de discriminación cultural, social y política que subordina a las mujeres. Los estereotipos o roles de género, es decir, lo considerado femenino y masculino por la sociedad, no son características naturales inherentes al sexo, sino que son construcciones culturales impuestas (10). La importancia del género como herramienta es su capacidad para distinguir precisamente lo que es biológico (el sexo, inmutable) de lo que es social (el género, impuesto y, por tanto, modificable) (11). Esta conceptualización del sistema sexo-género es esencial para comprender cómo se producen y se mantienen las desigualdades entre hombres y mujeres, incluyendo las que afectan a la salud. La aplicación de esta visión de las relaciones humanas, llamada «perspectiva de género», es la que ha permitido a las mujeres liberarse poco a poco de la biología como destino y avanzar hacia una sociedad más igualitaria. Sin embargo, la Ley trans utiliza una definición prácticamente opuesta: habla del género como una identidad innata del individuo. Esta es una definición de género que procede también del ámbito de la filosofía y que ha recibido influencias de distintas corrientes, como la teoría queer, el postestructuralismo, el neoliberalismo o el constructivismo lingüístico, alejándose de la pretensión emancipatoria que originalmente parecía compartir con la corriente anterior. La definición que aparece en la Ley trans es muy parecida a la definición presentada en los Principios de Yogyakarta: *identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profunda-*

mente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (12). Los Principios de Yogyakarta son una especie de adaptación de los derechos humanos universales al colectivo LGTBI (lo cual ya supone cierta controversia terminológica), en los cuales se basó la proposición de ley presentada en 2018 por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea (germen de la actual Ley trans) (13).

Estos Principios de Yogyakarta surgen a raíz de una reunión que tuvo lugar en la ciudad de Yogyakarta (Indonesia) en el año 2006. En ella participaron tan solo dieciséis personas, un grupo que se formó *ad hoc* con un perfil muy heterogéneo. Al año siguiente, se difundió el texto firmado por veintinueve personas, que fue ampliado posteriormente en 2017. Este documento ha sido muy criticado por su intento de convertirse en un tratado referente en materia de derechos LGTBI, pues los miembros del grupo no fueron elegidos en representación de ningún gobierno, así como tampoco ningún Estado lo ha debatido ni firmado, y carece de carácter jurídico, es decir, no es vinculante (14), por lo que no parece un documento lo suficientemente sólido como para servir de referencia para una reforma legislativa del calado de la actual Ley trans.

En definitiva, podríamos concluir que el concepto género no tiene un significado único y la ley se decanta por una definición que difiere del uso habitual del término que hacemos en el ámbito de la salud. Este sustrato teórico de la ley puede resultar ambiguo o incluso entrar en conflicto con otros protocolos basados en el sistema *sexo-género* que son de aplicación en el ámbito sociosanitario, como por ejemplo, *la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (15).

2.3. Sobre las personas trans y el diagnóstico de la disforia de género.

De forma paralela al proceso de determinación del sexo biológico que termina de desarrollarse en la adolescencia, el ser humano va construyendo su identidad. De hecho, se podría decir que la construcción de la identidad es el hito más importante de la adolescencia: todo adolescente tras los cambios experimentados en la pubertad necesita saber *quién es ahora*. Y ese desarrollo sólo puede entenderse dentro del contexto social e histórico al cual pertenecemos, es decir, está condicionado por los valores de la sociedad actual, en la que los roles de género todavía dominan el imaginario colectivo. En nuestro entorno, la adolescencia está marcada por una lucha por la independencia paterna/materna, con una preocupación excesiva por el aspecto corporal y la creación de una marca propia a la vez que una necesidad imperiosa de integrarse y ser aceptado por el grupo (16). Es un periodo de cambio drástico donde coexisten en el propio individuo funcionamientos infantiles (17) con otros

más adultos. Estas características hacen que la adolescencia sea un momento de máxima vulnerabilidad en lo relativo a la identidad y la construcción del *yo* social. Con todo ello, los adolescentes presentan un mayor potencial de desarrollar trastornos en múltiples áreas de la esfera de la salud mental que en otras etapas de la vida (18).

Algunas personas pueden experimentar a lo largo del proceso de construcción de su identidad una discrepancia entre su sexo biológico y la percepción que estas personas tienen de sí mismas. En ocasiones, esta discordancia asocia un rechazo por la anatomía y/o un deseo de adquirir los caracteres sexuales del sexo opuesto tan intenso que puede generar un malestar emocional clínicamente significativo y un franco deterioro de la funcionalidad del individuo. Este fenómeno está recogido desde 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que en su última versión, DSM-5, lo denomina «Disforia de identidad de género» para evitar el estigma de ser incluido en la categoría de trastorno.

La prevalencia en los adultos varones oscila del 0,005 al 0,014%, y en las mujeres entre el 0,002 y el 0,003% (19), aunque estas cifras podrían estar subestimadas, según refiere el manual. Si se analizan los criterios diagnósticos del DSM (véase tablas 3 y 4) se puede observar que existen dos tipos de ítems claramente diferenciados: los referentes a lo biológico o corporal (deseo por caracteres sexuales del otro sexo, deseo de ser del otro sexo, disgusto por la anatomía propia...) y los referentes a lo cultural o al comportamiento (marcada preferencia por juguetes habitualmente usados por el sexo

opuesto, en chicos evitación de juegos bruscos, en chicas rechazo a vestirse con ropa típicamente femenina...). Llama la atención que los ítems de comportamiento hagan referencia al rechazo a aquello que culturalmente sería lo aceptable para niños y niñas, es decir, al rechazo a los estereotipos. De hecho, el propio DSM-5 declara que muchos de los criterios centrales se apoyan en diferencias de comportamiento de sexo *bien documentadas entre los chicos y las chicas con un desarrollo típico*. Sin embargo, si consideramos que esta normatividad diferencial para niños y niñas es cultural y no innata y nuestra sociedad se encamina desde hace años a intentar revertirla mediante la aplicación de políticas de igualdad, se complica la posibilidad del uso desprejuiciado de estos criterios como apoyo a un diagnóstico psiquiátrico. A pesar de esta controversia, el DSM incluye la necesidad de que el cuadro se mantenga en el tiempo y que produzca una afectación de la funcionalidad del individuo para establecer el diagnóstico de disforia de género. Así, el DSM acota el grupo de personas que precisarán una intervención minimizando el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento. Este riesgo no es nada despreciable, si tenemos en cuenta que entre el 80-95% de los niños prepuberales que dicen sentirse disconformes con su sexo biológico dejan de experimentar esta disforia de género a partir de la pubertad. Los riesgos de iatrogenia aumentan aún más con la definición propuesta en la nueva Ley trans que prescinde no sólo de una evaluación por profesionales sino de la temporalidad y la funcionalidad, pues se basa únicamente en la autodeterminación.

Tabla 3.

Criterios diagnósticos disforia de género en niños (DSM-5).

Criterios diagnósticos disforia de género en niños
<p>A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas. 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo. 4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto. 5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto. 6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos. 7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual. 8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.
<p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

Tabla 4.

Criterios diagnósticos disforia de género en adolescentes y adultos (DSM-5).

Criterios diagnósticos disforia de género en adolescentes y adultos
<p>A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos). 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos). 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto. 4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). 6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
<p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

El término trans se convierte por tanto en un «concepto paraguas» que puede acoger bajo su denominación perfiles muy heterogéneos. Si bien en algunos casos de disforia de género podrá ser necesaria una intervención sanitaria multidisciplinar, en otras situaciones podríamos estar ofreciendo soluciones médico-quirúrgicas a *malestares* que quizá pudieran disminuir si como sociedad se

avanzara en materia de igualdad, permitiendo el libre desarrollo de la personalidad, la sexualidad y la identidad. De hecho, este fenómeno medicalizador no existe de forma aislada. En las últimas décadas ha habido en nuestro contexto un incremento de demandas por *malestares* en nuestras consultas para los cuales ya se está defendiendo la necesidad de una «indicación de no-tratamiento» (20).

3. ¿POR QUÉ NOS PREOCUPA LA SALUD DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES?

3.1. La disforia de género de Inicio Rápido o Acelerado: ¿otra epidemia para las mujeres?

Si estamos locas, sostiene, será porque nos han enloquecido.

Aixa de la Cruz. Las herederas.

Los cambios en el modelo de atención a la disforia de género han ido acompañados (¿precedidos o sucedidos?) de un aumento en la demanda y también de un cambio en el perfil de las personas que acuden a las unidades de género.

La UIG de Málaga ha puesto de manifiesto su preocupación por un cambio en el perfil de las personas que acuden para ser atendidas en los últimos años (21). Según sus datos, los menores de edad que solicitaron atención en la UIG pasaron de ser un 10.5% en los años iniciales (1999-2010) a representar el 26% del total en el último periodo analizado (2015-2020). Además, constatan una inversión de la ratio hombre/mujer de manera notable en ese grupo de menores de 18 años: inicialmente había cuatro veces más niños que niñas solicitantes (ratio hombre/mujer 1999-2010 4,6/1) y durante el último periodo está empezando a ser superior la demanda de las niñas (ratio hombre/mujer 2015-2020 0.86/1). El tipo de demanda con la que acuden a las unidades también se ha visto sustancial-

mente modificado, pues llama la atención en las mujeres un comienzo de disforia tardío sin síntomas previos en la infancia, un contacto intenso con redes sociales como fuente de información y una transición social ya realizada antes de pedir ayuda profesional, es decir, cuando el cambio de nombre y la vivencia social de la nueva identidad ya se ha establecido. Este fenómeno está aumentando a nivel global, con datos similares a los que se apuntan en nuestro país, lo que ha llevado a algunos autores a calificarlo como una *epidemia* (22). De hecho, esta *epidemia* podría tratarse de una nueva presentación clínica aún poco estudiada descrita como «Disforia de género de inicio súbito o acelerado» (*Rapid Onset Gender Disforia*).

Esta hipótesis de una nueva presentación clínica fue propuesta por primera vez en 2018 por Lisa Littman, profesora en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Brown (23). Littman publicó los resultados de su estudio descriptivo a partir de los datos de encuestas en línea contestadas por progenitores que habían declarado que sus hijos e hijas tenían una disforia de inicio rápido, con resultados similares a los encontrados en la UIG de Málaga. Littman describió que la mayoría eran niñas (82,8%) con un inicio tardío del malestar (inicio en torno a los 15 años de media), un acusado aumento de uso de redes sociales (reportado por un 86,7% de los familiares), más miembros trans en su círculo de amistad y con dos datos que merecen ser señalados: más de la mitad (62,5%) había sido diagnosticada previamente de algún trastorno de la esfera de salud mental y un 41% había manifestado una orientación sexual no heterosexual.

Este estudio fue criticado en su momento por la metodología, pero ella misma afirmaba en sus conclusiones que, como todo estudio descriptivo, servía para generar futuras hipótesis y abrir líneas de investigación.

Podríamos decir que estamos ante el desarrollo de un nuevo perfil: la demanda creciente de atención por disforia de menores de edad, en su mayoría niñas, que presentan este malestar de forma súbita y asociada a un fenómeno de viralización que se genera a través de las redes sociales así lo evidencia.

Por tanto, parece imperiosa la necesidad de ampliar los estudios en esta línea, ya que estamos asistiendo de forma simultánea al incremento de casos de disforia de género en adolescentes a nivel mundial así como al descontento por parte de los profesionales (24).

3.2. ¿Cuáles son los riesgos en salud a los que se exponen niñas y adolescentes?

El proceso de transición que propone la terapia afirmativa se puede esquematizar en cuatro fases: la transición social, que, habitualmente, comienza con el cambio de nombre; el bloqueo de la pubertad, para lo que se emplean fármacos análogos de la hormona liberadora de gonadotropina; el tratamiento hormonal cruzado, para el que se emplea testosterona o estrógenos en función de los caracteres sexuales secundarios que se quieran desarrollar; y el tratamiento quirúrgico, con el cual se pretende adquirir las características físicas similares al otro sexo.

3.2.1. Sobre el tratamiento farmacológico

Según la *Guía para la atención de las personas trans en el ámbito sociosanitario del Ministerio de Sanidad de 2021* (25), las menores podrán acceder al tratamiento hormonal de la siguiente manera:

- En una primera fase: cuando alcancen el estadio II de Tanner, es decir, con la aparición del botón mamario, podrán ser tratadas con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (conocidos comúnmente como bloqueadores de la pubertad).
- En una segunda fase: a partir de los 16 años, podrán iniciar el tratamiento hormonal cruzado. Esto es, en el caso de las mujeres, la terapia hormonal con testosterona para propiciar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del sexo opuesto.

a) Agonistas de GNRH o bloqueadores de la pubertad

En la pubertad, periodo comprendido entre la infancia y la edad adulta, tiene lugar la maduración física, cognitiva y sexual. Comienza entre los 8 y los 13 años en las niñas sanas. Durante este periodo, el hipotálamo produce una hormona conocida como GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), que, al unirse a los receptores de GnRH presentes en la hipófisis, produce FSH (hormona folículo estimulante) y LH (hormona luteinizante), con las que envía-

señal a las gónadas para que liberen las hormonas sexuales, en el caso de las mujeres, los estrógenos.

Estas hormonas sexuales van a contribuir en múltiples funciones, entre las que destacamos: la maduración sexual, el desarrollo cerebral, el crecimiento de la adolescencia y la acumulación de densidad ósea a lo largo de toda la vida.

¿Cómo actúan los análogos de la GnRH? Se unen a los receptores de GnRH y generan una sobrecarga hormonal que, por un mecanismo de control fisiológico, inhibe la señal en las gónadas y paraliza la producción de hormonas sexuales. Estos fármacos se usan para retrasar (o bloquear), por tanto, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la siguiente fase de la transición (26).

Su prescripción en niños y niñas está desaconsejada, tal y como figura en las fichas técnicas, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes pediátricos. Especifican que en población de 0 a 18 años, así como en mujeres, se trata de medicación contraindicada. Dado que no es la población diana y su indicación farmacológica no es esta, las consecuencias exactas de su empleo son desconocidas y su uso en esta población se considera experimental. Son fármacos dirigidos, según su ficha técnica, al tratamiento del cáncer de próstata (en casos seleccionados se pueden pautar en el tratamiento de la endometriosis y en la pubertad precoz durante un tiempo

limitado). Esta administración de medicación para una patología para la que no ha sido aprobada es lo que se conoce como el empleo de medicación *off label*. Esto no implica exactamente que su administración esté prohibida, pero indica que el laboratorio farmacéutico no tiene permiso para comercializarlo para tal fin porque su seguridad y eficacia no está demostrada. Por todo ello, su prescripción debería tener una base científica sólida y el consentimiento informado explícito del paciente, para lo cual el médico debería informar, de manera más rigurosa si cabe, sobre el riesgo-beneficio del empleo del medicamento.

En lo que respecta a los efectos adversos de estos fármacos, una limitación es que el grueso de la investigación sobre los agonistas de la GnRH está realizada sobre hombres adultos tratados por padecer cáncer de próstata, ya que esta es la indicación principal (27).

No obstante, teniendo en cuenta la actuación a nivel sistémico de las hormonas sexuales (sistema nervioso, el sistema cardiovascular y el óseo), se puede prever que sus efectos interferirán en cascada en múltiples áreas del organismo. El efecto principal es inducir artificialmente el hipogonadismo central hipogonadotrópico (HCH), enfermedad que en adolescentes se manifiesta por ausencia de crecimiento, falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la ausencia de maduración sexual.

b) Tratamiento hormonal cruzado

El tratamiento hormonal cruzado se emplea para inducir las características físicas del otro sexo. En el caso de las adolescentes supone la administración de preparados de testosterona para detener la menstruación (el empleo de los andrógenos y su capacidad para inhibir la secreción de gonadotropinas permite que se puedan dejar de usar los bloqueadores de la pubertad) e inducir la virilización, es decir, la producción del vello corporal y morfotipo de patrón masculino,

hipertrofia del órgano eréctil y aumento de la masa muscular (28). Este tratamiento se seguirá administrando incluso tras la realización de intervenciones quirúrgicas, puesto que evita la pérdida de masa ósea (su suspensión tras la gonadectomía es un factor de riesgo para la aparición de osteoporosis) y efectos no deseados como los sofocos.

En las tablas 5 y 6 reunimos los cambios esperados y los efectos adversos relacionados con la terapia hormonal cruzada.

Tabla 5.
Cambios esperados con la terapia hormonal cruzada.

Efectos deseados de la terapia hormonal cruzada.
Mejoría malestar psicológico.
Incremento de la libido.
Atrofia mamaria parcial.
Aumento masa muscular.
Amenorrea secundaria.
Hipertrofia órgano eréctil (3-4cm).
Distribución androide de la grasa.
Modificación tono voz.

Tabla 6.
Efectos adversos relacionados con la terapia hormonal cruzada.

Efectos adversos de la terapia hormonal cruzada.
Conductas agresivas.
Psicosis.

Incremento de la libido anómalo.
Acné facial.
Alopecia androgénica.
Poliquistosis ovárica.
Hiperplasia endometrial.
SAOS.
Poliglobulia.
Cáncer de ovario (descrito, infrecuente).

Una revisión del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* (30) realizada en octubre de 2020 concluyó que no se encontró evidencia sobre la rentabilidad en el empleo de estas hormonas para niñas y adolescentes, *así como que cualquier beneficio potencial de las hormonas debe sopesarse frente al perfil de seguridad a largo plazo, en gran parte desconocido, puesto que la gran limitación para saber su seguridad es la falta de estudios comparativos confiables.*

Es probable, además, que no se notifiquen las complicaciones (graves) de la terapia hormonal, puesto que el tratamiento inicial se realiza en unidades especializadas y las complicaciones se observan a largo plazo en la práctica clínica general.

El gran consenso en la bibliografía concluye que se necesitan más estudios con un seguimiento a largo plazo para determinar el efecto de estos tratamientos sobre las niñas y adolescentes con disforia de género.

3.2.2. Sobre el tratamiento quirúrgico

La Ley trans actual no aporta información sobre las intervenciones quirúrgicas; éstas aparecen reguladas en las leyes autonómicas, como por ejemplo la *Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transsexuales de Andalucía*, que recoge: *La fase de reasignación quirúrgica será prestada para personas mayores de edad dentro del marco del proceso asistencial establecido.*

Las cirugías más frecuentemente realizadas en mujeres por disforia de género se resumen en la tabla 7.

Todas ellas guardan la característica de irreversibilidad y su posible asociación con complicaciones postquirúrgicas. Se trata, en última instancia, de una cirugía que se lleva a cabo sobre un órgano sano y normofuncionante relacionado íntimamente con la sexualidad y la capacidad reproductiva.

Tabla 7.

Cirugías más frecuentemente realizadas en mujeres por disforia de género.

Intervenciones (mamarias y genitales).
Mastectomía subcutánea, creación de mama y areola de pezón masculino.
Histerectomía + salpingooforectomía.
Alargamiento de la uretra (posible combinación con metoidioplastia o faloplastia).
Vaginectomía.
Escrotoplastia.
Implantación de prótesis de erección y/o testicular.
Glotoplastia.
Liposucción.
Implantes pectorales.

3.3. Detransiciones: el caso de Keira Bell

Hasta ahora, no podemos determinar (o anticipar) mediante ningún factor para quiénes la transición (en cualquiera de sus fases) sería la opción más adecuada: ¿es mejor esperar, a sabiendas de que pueda o no aportar una solución al sufrimiento que presenta, o iniciar la transición tan pronto como lo solicite la adolescente, pese a que sus efectos puedan ser irreversibles? (31).

El aumento de «detransicionistas»² siembra la duda de si no estamos cayendo en abordajes iatrogénicos, dado que *durante décadas,*

los estudios de seguimiento de niños transgénero han demostrado que una mayoría sustancial finalmente dejó de identificarse como transgénero (32).

Un estudio retrospectivo realizado en el Reino Unido describe (con datos recopilados a lo largo de 12 meses) que un 6,9% de personas tratadas con terapia afirmativa detransicionaba posteriormente, aunque sobre estos datos, señalan: *una limitación de la investigación ha sido centrarse en los que completan la transición, a menudo definidos como aquellos que se someten a una cirugía reconstructiva genital. Se sabe*

2 Se entiende por «detransición» al cese o reversión del proceso de transición, tanto desde el punto de vista social, legal como médico-quirúrgico.

mucho menos, ya sea cuantitativa o cualitativamente, sobre quienes acceden a servicio de género y no acceden a todas las intervenciones que buscan. La transición podría ser más frecuente de lo que se informó anteriormente (33).

Para ilustrarlo tomaremos el caso de Keira Bell (34), que tuvo gran repercusión en Gran Bretaña, donde durante años ha existido un modelo de atención similar al que propone la nueva Ley trans. Keira acudió a la clínica Tavistock Gender Identity Development Service con 15 años. Tras tres entrevistas se le recetaron bloqueadores de la pubertad a los 16 años y, con 17, inició el tratamiento con testosterona. A los 20 años se sometió a una doble mastectomía. Tres años después, se arrepintió del proceso e interpuso un recurso judicial contra la clínica. El argumento expuesto fue que a los 16 años era demasiado joven para comprender las repercusiones de la administración de los bloqueadores hormonales y que no se debería permitir que un menor dé un consentimiento para este tipo de tratamiento. También, que la información que se le proporcionó sobre los tratamientos era engañosa. En diciembre de 2020 el Tribunal Supremo falló a su favor. Posteriormente, el Tribunal de Apelación anuló el veredicto alegando que la competencia para dar el consentimiento debía corresponder a los médicos y no a los tribunales. A raíz de la sentencia (emitida el 1 de diciembre de 2020), el Servicio Nacional de Reino Unido puso fin al inicio de tratamientos hormonales en nuevos casos de menores de 16 años, al

tiempo que recomendaba realizar una revisión exhaustiva de los tratamientos en curso (35). La clínica Tavistock, puesta en marcha en el año 2009 por el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido, cerró en 2023.

De manera simultánea, el Consejo de Finlandia por la Elección en la Sanidad recomendó dar prioridad a la terapia psicológica y su correspondiente apoyo en lugar de intervenciones médicas y quirúrgicas y cuestiona la realización de cirugías irreversibles por debajo de los 25 años, especialmente en jóvenes sin antecedentes de disforia de género en la infancia.

Un año después, el Hospital Karolinska de Suecia publicó nuevas directrices que prohibían el uso de agonistas de la GnRH y la terapia hormonal cruzada en menores de 16 años. El tratamiento hormonal sigue estando permitido en el intervalo de 16-18 años, en entornos de investigación aprobados por el comité de revisión ética de Suecia (ensayos de control aleatorizados).

Desde entonces, estos países (Reino Unido, Finlandia y Suecia) se focalizan en comprender la causa del aumento de niños y jóvenes con disforia de género (36).

A estas modificaciones se ha unido, en el último año (marzo de 2023), Noruega (37). Ha restringido las intervenciones quirúrgicas, el tratamiento hormonal y el uso de bloqueadores de pubertad con el argumento de que los conocimientos sobre este tipo de tratamientos, según las investigaciones existentes sobre ellos, son deficientes y sus efectos, a largo plazo, desconocidos.

En definitiva, hay un aumento de la concienciación internacional sobre la falta de la evidencia en cuanto a los beneficios y los posibles daños de las intervenciones médicas y tratamientos quirúrgicos irrever-

sibles en los menores con disforia de género, poniendo el foco de la atención en las opciones no invasivas destinadas a aliviar el malestar y fomentar el acompañamiento.

4. REFLEXIONES FINALES

Los seres humanos se hacen desde el diálogo y no desde el monólogo impositivo; que es preciso argumentar, y no solo sentir, para descubrir cooperativamente qué es lo más verdadero y lo más justo.

Adela Cortina

Se han propuesto diferentes explicaciones para esta oleada creciente de disforia de género en la adolescencia, atendiendo a todo aquello que podrían haber facilitado que las adolescentes y sus familias busquen la atención de profesionales. Algunos motivos positivos que se suelen esgrimir son: la mayor presencia en los medios de comunicación de temática relacionada con la disforia de género, la cantidad de información accesible en Internet, la reducción del estigma o la aprobación de distintas leyes que han querido estimular la consecución de derechos personales y sociales. Y seguramente todas estas explicaciones sean ciertas y están ayudando de forma positiva a mejorar la integración y atención de las personas que presentan algún tipo de malestar relacionado con su identidad. Sin embargo, sospechamos que son insuficientes y se nos plantean algu-

nas preguntas sobre las que todavía queda mucho por reflexionar:

- Las rutas y el cambio de paradigma que se propone con esta Ley, ¿se alinean con valores individuales o colectivos?
- ¿En qué lugar coloca a los profesionales de salud mental?
- ¿Qué papel juegan los roles o estereotipos sexuales? ¿Es casual que sean las niñas y adolescentes, es decir, las mujeres, las que estén más expuestas a sufrir este malestar y a la consecuente medicalización?
- ¿Las redes sociales podrían estar siendo utilizadas para propagar este tipo de ideología entre adolescentes? ¿Son los adolescentes especialmente vulnerables a la manipulación por este medio? ¿Y quién maneja el contenido de estas plataformas?

- ¿Tiene esta epidemia algún paralelismo con otras anteriores del ámbito de la salud mental, como, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria?
- ¿Se está actuando de forma prudente teniendo en cuenta la irreversibilidad de algunos de los tratamientos ofrecidos?
- ¿Se podría estar abriendo la puerta a un nuevo nicho de mercado con potenciales beneficios económicos? ¿Qué papel está jugando la industria farmacéutica?

Vivimos en una sociedad que está lejos de encarnar el ideal de respeto, tolerancia y apoyo a la diferencia necesarios para

desarrollar libremente nuestra identidad, personalidad y sexualidad. La disforia de género está aumentando entre las niñas y adolescentes y su abordaje presenta muchas zonas de incertidumbre por lo que resulta prioritario restablecer la participación de los profesionales de salud mental, una figura clave para pacientes y familias. Dejamos la puerta abierta a una reflexión más amplia sobre este fenómeno y reivindicamos la prudencia (38) como punto de partida para evitar la iatrogenia, la medicalización y las intervenciones irreversibles en una etapa tan vulnerable como es la adolescencia. *Primum non nocere*.

Referencias bibliográficas

1. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4/con>
2. Trujillo NL. Leyes trans autonómicas: así regulan ya varias CCAA la autodeterminación de género [Internet]. Newtral. 2020 [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.newtral.es/ley-trans-ccaa-autodeterminacion-genero/20201207/>
3. Gil EG, de Antonio IE, Almaraz MCA, Araque NA, Rodríguez MF, Murillo FH, et al. Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: historia y evolución. *Psicosomática y psiquiatría* [Internet]. 2019 [citado 30 de noviembre de 2023];(11):63-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483755>
4. Sánchez MM, Coll-Planas G. La patologización y propuestas de la transexualidad: reflexiones críticas. *Norte de Salud Mental* [Internet]. 2010 [citado 30 de noviembre de 2023];8(38):44-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830142>
5. Meyer W III, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, Coleman E, Diceglio D, Devor H, et al. The Harry Benjamin international gender dysphoria association's standards of care for gender identity disorders, sixth version. *J Psychol Human Sex* [Internet]. 2002 [citado 30 de noviembre de 2023];13(1):1-30. Disponible en: <https://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/WPATHsocv6.pdf>

6. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2023];59(6):367-82.
7. Gil EG, de Antonio IE, Rodríguez MF, Almaraz MCA, Murillo FH, Balaguer MG, et al. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: Demandas, controversias y reflexiones. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2023];(94):13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721376>
8. Díaz-Hernández V, Merchant-Larios H. Consideraciones generales en el establecimiento del sexo en mamíferos. *TIP* [Internet]. 2017 [citado 30 de noviembre de 2023];20(1):27-39. Disponible en: <http://tip.zaragoza.unam.mx/index.php/tip/article/view/117>
9. Audí L. Anomalías de la diferenciación sexual. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2011;9(1):15-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1696281811700038>
10. Rodríguez Magda RM. *La mujer molesta: Feminismos postgénero y transidentidad sexual*. 1ª. Madrid: Ménades; 2019.
11. García Calvete MM, Río Lozano M, Martín Barato AI. Cuadernos para la salud de las mujeres. [Internet]. *Easp.es*. [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2019/05/000_la-salud-de-las-mujeres_DIGITAL-1.pdf
12. *Yogyakartaprinciples.org – the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity* [Internet]. *Yogyakartaprinciples.org*. [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://yogyakartaprinciples.org/>
13. Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género. *Boletín Oficial de las Cortes Generales* [Internet]. 2 de marzo de 2018;(220-1). Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-220-1.PDF
14. Marsal C. Los principios de Yogyakarta: derechos humanos al servicio de la ideología de género. *Dikaion* [Internet]. 2011 [citado 30 de noviembre de 2023];20(1). Disponible en: <https://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1951>
15. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [Internet]. *Boe.es*. [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
16. Eddy Y. La identidad del adolescente: cómo se construye. *Adolescere*. 2014 mayo;2(II):[14-18].
17. Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2004 [citado 30 de noviembre de 2023];(90):57-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200005&script=sci_abstract
18. Esteva de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F, Fernández Rodríguez M, Vidal Hagemeyer Á, Moreno-Pérez O, et al. Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2015;62(8):380-3. Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E15/P1-E15-S590-A275.pdf>

19. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Washington, DC; London, England: American Psychiatric Association; 2014. [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
20. Moratalla BG. Indicación de no-tratamiento para personas con malestar. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria [Internet]. 2022 [citado 30 de noviembre de 2023];19(1):43-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8938096>
21. Rodríguez Magda RM. El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto. 1º. ed. Colección Foros y debate CEPC; 2021.
22. Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives A Semiannual Journal of Jungian Thought*. 2017;60(3): 345-366.
23. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 30 de noviembre de 2023];13(8):e0202330. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30114286/>
24. Block J. Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement. *BMJ* [Internet]. 2023 [citado 30 de noviembre de 2023];380:382. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36822640/>
25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía para la atención de las personas trans en el ámbito sociosanitario [Internet]. Felgtb; [citado 2023 nov 30]. Disponible en: https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2021/11/guia_at_personastrans_FELGTB21.pdf
26. Tinahones Madueño JF. Coord. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia. Proceso asistencial integrado [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dc5c6d_trans_infancia_adolescencia_29_06_2017.pdf
27. Brik T, Vrouenraets LJJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2020;49(7):2611-8. Disponible en: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf
28. Moreno-Pérez Ó, Esteva De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2023];59(6):367-82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guias-practica-clinica-valoracion-tratamiento-S157509221200054X>
29. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2008 [citado 30 de noviembre de 2023];93(1):19-25. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/93/1/19/2598014>
30. Gender Dysphoria. En: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
31. Pérez M, Errasti J. La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología queer. *Papeles del Psicólogo*.2022; 43(3): 185-199. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3001>

32. Becerra Fernández A. Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2023];67(9):559-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-disforia-genero-incongruencia-genero-transicion-detransicion-S2530016420301373>
33. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych Open* [Internet]. 2021 [citado 30 de noviembre de 2023];7(6):e184. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/access-to-care-and-frequency-of-detransition-among-a-cohort-discharged-by-a-uk-national-adult-gender-identity-clinic-retrospective-casenote-review/3F5AC1315A49813922AAD76D9E28F5CB>
34. Ekman KE. *On the meaning of sex: Thoughts about the new definition of woman*. North Melbourne, VIC, Australia: Spinifex Press; 2022.
35. How the Tavistock gender clinic ran out of control. *Times* (London, England: 1788) [Internet]. [citado 2023 nov 30]; Disponible en: <https://www.thetimes.co.uk/article/tavistock-gender-clinic-puberty-blockers-nhs-investigation-fh7pngj0v>
36. Helyar S, Jackson L, Patrick L, Hill A, Ion R. Gender Dysphoria in children and young people: The implications for clinical staff of the Bell V's Tavistock Judicial Review and Appeal Ruling. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 [citado 30 de noviembre de 2023];31(9-10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34888970/>
37. Wilder S. Norway decides 'gender affirming care' is 'not evidence based' [Internet]. *The Daily Caller*. 2023 [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dailycaller.com/2023/03/10/norway-health-care-system-transgender-gender-affirming-care-evidence-baed/>
38. Protecció als menors amb disconformitats-dissidències de sexe-gènere [Internet]. *Ètica a l'atenció primària: pensem-hi!* 2022 [citado 2023 nov 30]. Disponible en: <https://ecamfic.wordpress.com/2022/05/09/proteccio-als-menors-amb-disconformitats-dissidencies-de-sexe-genere/>

Marta González González

Correspondencia: 1991glezmarta@gmail.com

Sara Yebra Delgado

Correspondencia: sarayede@gmail.com

Víctimas de Agresiones Sexuales, intervención desde el Centro de Crisis del Principado de Asturias

Victims of Sexual Assaults, Crisis Center Principality of Asturias intervention

Victoria Eugenia Nieves Iglesias

Noelia Fernández Briz

Psicólogas

*Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales. Dirección General de Igualdad
Principado de Asturias*

Recibido: 16/6/2024

Aceptado: 16/9/2024

RESUMEN

El origen de los Centros de Crisis se remonta a los años 80 en Washington, DC (EEUU) promovidos por grupos de mujeres supervivientes de violencia sexual. En el Principado de Asturias, el Centro de Crisis para Víctimas de agresiones sexuales comienza a funcionar en 2020 de forma adelantada al desarrollo legislativo. La intervención es interdisciplinar sustentada en un enfoque feminista que contempla la violencia sexual en todas sus manifestaciones, desde una orientación victimocéntrica, destinada a la promoción y empoderamiento de las mujeres. Prioriza el respeto hacia la mujer y sus decisiones, y se adapta a sus demandas, necesidades y tiempos. En este artículo se desarrolla el funcionamiento de este servicio público interdisciplinar que bajo criterios de atención permanente (24 h los 365 días del año) y actuación urgente, provee atención, apoyo y acompañamiento psicológico y jurídico especializado en situaciones de crisis para mujeres víctimas de agresiones sexuales mayores de 12 años. Se explica el abordaje realizado desde el desvelamiento hasta su recuperación, para reducir la victimización secundaria con un apoyo psicológico especializado en trauma cuya finalidad es favorecer que la mujer pueda reparar su daño e integrar el hecho traumático en su historia de vida. También se expone la atención realizada con las personas con

ABSTRACT

The origin of Rape Crisis Centers dates to the 1980s in Washington, DC (USA), promoted by groups of women survivors of sexual violence. In the Principality of Asturias, the Rape Crisis Center for Victims of Sexual Assault began to operate in 2020, ahead of legislative development. The intervention is interdisciplinary, supported by a feminist approach that considers sexual violence in all its manifestations, from a victim-centric orientation, aimed at the promotion and empowerment of women. It prioritizes respect for women and their decisions, and it is adapted to their demands, needs and times. This article explains the operation of this interdisciplinary public service that, under criteria of permanent attention (24 hours a day, 365 days a year) and urgent action, provides cares, support and specialized psychological and legal accompaniment in situations of crisis for women over the age of 12 who are victims of sexual assault. The approach is explained from the unveiling to her recovery, to reduce secondary victimization with trauma specialized psychological support whose purpose is to help the woman to repair her damage and integrate the traumatic event into her life story. The care provided to the closest people to the victim is also explained, as well as the specifics of the attention to underage victims. It ends up with the approach to

el entorno más cercano a la víctima, así como las especificidades de la atención a las víctimas menores de edad. Se concluye con el planteamiento de las consecuencias, no solamente físicas o emocionales, sino también las consecuencias psicosociales que la violencia sexual supone para las mujeres.

Palabras clave: sistema patriarcal, discriminación contra las mujeres, perspectiva feminista, políticas de igualdad, violencia contra las mujeres, violencia sexual, prevención, victimización secundaria, victimología, centro de crisis, trauma, desvelamiento.

the consequences, not only physical or emotional, but also the psychosocial ones that sexual violence involves for women.

Key words: patriarchal system, discrimination against women, feminist perspective, equality policy, violence committed against women, sexual violence, prevention, secondary victimization, integrated attention, victimology, rape crisis center, trauma, unveiling.

El origen de los Centros de Crisis fue promovido por el movimiento asociativo de mujeres y se sitúa a mediados del siglo XX, durante la denominada Segunda Ola feminista. La agenda feminista puso de manifiesto que la violación es un acto político. No es un problema individual sino compartido por todas las mujeres, en cuyo inconsciente subyace el miedo a que atenten contra su libertad sexual por el mero hecho de ser mujer. El Feminismo nos mostró que la motivación primaria de la violencia sexual no es la obtención de placer sino un acto de poder; que se ve respaldado por la sociedad patriarcal, heteronormativa y que constituye uno de los modos más cruentos de someter y degradar a las mujeres.

Si bien la mayoría de los hombres no cometen una agresión sexual, son muchos los hombres que agreden vicariamente por la tendencia a identificarse con el agresor y trasladar parte o toda la responsabilidad de los actos del agresor a la víctima. Éstos se ven amparados por narrativas discursivas que perpetúan la “cultura de la violación”

(1) invisibilizando y normalizando los delitos sexuales y favoreciendo por ende su impunidad.

En los años 70, como respuesta de denuncia y visibilización del movimiento antiviolación, se formaron los primeros grupos de concienciación. Buscaban sensibilizar a la comunidad a través de conferencias, ofreciendo espacios seguros donde las mujeres podían reunirse y compartir sus experiencias de violencia sexual *speack-out* y organizando marchas protesta contra la violencia sexual con el lema *Take Back the Night (TBTN)* (2). Dicho nombre refleja la vindicación de un derecho esencial de seguridad de las mujeres, el derecho a caminar solas por las noches sin miedo a ser violadas o acosadas sexualmente.

En junio de 1972, inició su andadura el primer Centro de Crisis en Washington, DC (EEUU) y en 1976 en Londres (Reino Unido). Los primeros Centros de Crisis se pusieron en marcha por grupos de mujeres, muchas de las cuales eran supervivientes de

violencia sexual, en el mejor de los casos organizaciones sin financiación y que trabajaban sin un espacio físico propio para dar soporte a las víctimas (3). Desde los años 70 hemos vivido avances, paulatinamente iniciaron su actividad en otros países, obtuvieron financiación pública y algunos gobiernos asumieron su necesidad como servicio público dependiente de la administración. Sin embargo, aún hoy resulta necesario mayor compromiso por parte de los gobiernos que garantice la atención integral a todas las víctimas de violencia sexual.

Desde sus orígenes el movimiento feminista ha venido exigiendo una respuesta sociopolítica y legal a las distintas formas de violencias contra la mujer, que son el resultado de una arraigada discriminación estructural. Enmarcar la violencia sexual como una de las formas más graves de violación de los derechos humanos, ha significado exigir a los distintos estados la obligación de contribuir a su erradicación con reformas institucionales y medidas legislativas y administrativas (4). Gracias al impulso y la presión del movimiento feminista en nuestro país, el estado español ha desarrollado importantes avances sociales, políticas específicas y reformas legales. La aprobación de la Ley Orgánica 10/22 de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual (5), tiene como finalidad la adopción y puesta en práctica de políticas efectivas para hacer frente a todas las formas de violencia sexual. Esta ley, conocida coloquialmente como la Ley del “Sólo Sí es Sí”, procura el cumplimiento del Convenio del Consejo de

Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica o Convenio de Estambul (6) y otros estándares internacionales, introduce la perspectiva de género como modelo explicativo principal de los delitos contra la libertad sexual y pretende reparar la brecha existente en la protección integral frente a la violencia sexual y otras formas de violencia contra las mujeres. Así mismo, contribuye al cumplimiento del Pacto de Estado contra la Violencia de Género, ratificado por España en 2017 y que supuso un punto de inflexión en la actuación de los poderes públicos para la erradicación de la violencia de género en nuestro país (7).

El Gobierno del Principado de Asturias en cumplimiento de la Ley 2/2011 para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género, elabora un Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres cada legislatura. Su finalidad es orientar la intervención de la Administración del Principado de Asturias para que la Igualdad sea un valor ineludible en el conjunto de la política pública asturiana. Con el desarrollo del III Plan Estratégico de Igualdad del Gobierno del Principado de Asturias (2020-2023) (8) la Administración Pública puso en marcha el primer Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales, bajo la dirección de la Dirección General de Igualdad. El Centro de Crisis del Principado de Asturias es un centro pionero que entró en funcionamiento el 9 de noviembre de 2020 y comenzó a prestar servicio el 25 de noviembre del mismo año,

siendo Directora General de Igualdad Nuria Varela Menéndez. Su puesta en marcha antes de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 10/22 de Garantía Integral de la Libertad Sexual, lo ha convertido en un centro nacional de intercambio de información y de referencia a nivel internacional.

ACTUACIÓN DESDE EL CENTRO DE CRISIS PARA VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

El Centro de Crisis del Principado de Asturias no está concebido como un mero recurso asistencial sociosanitario o legal, contribuye a la prevención y erradicación de la violencia sexual. El modelo de intervención supone un cambio de paradigma (10). Recoge el espíritu original de los primeros centros de crisis que nacieron en los años 70, responde a las necesidades reales de las mujeres e impulsa un cambio social a través de iniciativas dirigidas a combatir las violencias sexuales, de ahí su destacado papel comunitario en el fomento de la igualdad de género. Es un referente en el Principado de Asturias para la población general y para diferentes profesionales que intervienen con víctimas, facilitando información y asesoramiento sobre los recursos y derechos que asisten a las víctimas y los procedimientos para ejercerlos.

La intervención interdisciplinar del Centro de Crisis se sustenta íntegramente en un enfoque feminista que contempla la violencia sexual en todas sus manifestaciones, como expresión de las diferentes discrimina-

ciones estructurales que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres. Se basa en un enfoque de Derechos Humanos al reconocer a la violencia sexual como una forma extrema de vulneración de los mismos. Así como de un enfoque victimocéntrico en su intervención, que está orientada a la promoción y empoderamiento de las mujeres. Situando en el epicentro las necesidades reales de las mujeres e identificándolas como titulares de derechos, con capacidades para ejercerlos, agentes activas y protagonistas de su proceso de recuperación y reparación. Todo ello supone que la intervención que se desarrolla con las mujeres en el Centro de Crisis prioriza el respeto hacia la mujer y sus decisiones, se adapta a sus demandas, necesidades y tiempos (11).

El Centro de Crisis del Principado de Asturias (12) es un servicio público interdisciplinar que bajo criterios de atención permanente (24h los 365 días del año) y actuación urgente, provee atención, apoyo y acompañamiento psicológico y jurídico especializado en situaciones de crisis para mujeres víctimas de agresiones sexuales mayores de 12 años, con independencia de su nacionalidad, o si se encuentran en situación irregular en España, así como a sus familiares y personas significativas del entorno de las víctimas. Para que una mujer víctima de agresión sexual reciba apoyo y acompañamiento del Centro de Crisis no es preciso que haya interpuesto denuncia previamente ni que esté en condición (psicológica, jurídica o natural) de hacerlo.

El personal del Centro de Crisis del Principado de Asturias es funcionariado

público, lo conforma un equipo de profesionales que cuenta en su trayectoria con cualificación y experiencia en atención directa a víctimas. Está compuesto por una coordinadora, 7 psicólogas y 7 abogadas, de las cuales dos de ellas atienden específicamente a menores de edad (mujeres de 12 a 17 años).

El equipo está altamente especializado, recibe formación continuada y específica en intervención psicológica desde el modelo de trauma y recuperación y formación jurídica basada en atención sin daño y reparación.

Para prevenir el trauma vicario en el equipo del Centro de Crisis, el desgaste psíquico que deviene del contacto cercano con las víctimas y la exposición continuada al relato de eventos traumáticos, se contemplan medidas de autocuidado a través de la supervisión profesional externa, las reuniones con la coordinadora, y los espacios de encuentro de las psicólogas.

El Centro de Crisis atiende a mujeres en situación de residencia (permanente o temporal) o tránsito en el Principado de Asturias y su ámbito de localización y actuación se adapta a la orografía y la dispersión poblacional del Principado de Asturias. El edificio está ubicado en el centro de la ciudad de Oviedo, capital de la comunidad autónoma, es patrimonio del Principado de Asturias. Además de la atención en la propia sede, el equipo de profesionales del Centro de Crisis se desplaza con inmediatez, si las circunstancias lo requieren, al lugar donde se encuentre la mujer víctima de agresión sexual. Además, facilita el traslado de la víctima (cuando la situación emocional, económica

o geográfica de la mujer lo demanda) tanto al propio centro como a otras instancias, a modo de ejemplo: al centro sanitario para recibir atención médica, a sede judicial para la práctica de diligencias, incluso al propio domicilio de la mujer. Todas las mujeres víctimas de violencia sexual que acuden al Centro de Crisis tienen las mismas oportunidades de obtener una respuesta de apoyo y acompañamiento, atendiendo su diversidad e interseccionalidad. Así mismo el Centro de Crisis del Principado de Asturias cuenta con un alojamiento temporal de emergencia para las víctimas que por circunstancias excepcionales no tienen otra alternativa habitacional.

En aras a facilitar el acceso de las víctimas de violencia sexual a una atención integral genuina, el Centro de Crisis precisa coordinarse con instituciones públicas y colaborar con otras entidades. A modo de ejemplo, las actuaciones coordinadas con Fuerzas y Cuerpos de seguridad del Estado (especialmente las unidades de atención especializadas en delitos contra la mujer de los cuerpos de Policía y Guardia Civil). Para el desarrollo conjunto de acciones específicas se diseñan protocolos como el Protocolo de Coordinación del Servicio de Salud del Principado de Asturias-SESPA con el Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales (13). Además, gracias a sendos convenios firmados entre la Dirección General de Igualdad y los Colegios Profesionales de la Abogacía de Oviedo (14) y Gijón, el Centro de Crisis pone a disposición de las víctimas que lo demandan, profesionales que han recibido formación específica para prestar asistencia

letrada en materia de violencia sexual y que trabajan en estrecha colaboración con las asesoras jurídicas del Centro de Crisis.

Las mujeres acceden al Centro de Crisis en la mayoría de los casos por propia iniciativa o derivadas principalmente por: los Centros Asesores de la Mujer (CAM), las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, centros sanitarios, centros educativos... Desde la Dirección General de Igualdad se desarrollan campañas de publicidad e información a través de distintos medios para visibilizar el servicio en la ciudadanía y se organiza o colabora a través de charlas, cursos y conferencias en la difusión del servicio a profesionales comunitarios de diversos ámbitos: sanidad, justicia, educación...

El número de teléfono a disposición de las mujeres para el acceso al Centro de Crisis es el 677 985 985, se atienden: llamadas, WhatsApp y mensajes de texto las 24 horas todos los días. Existe otra línea telefónica de uso exclusivo para profesionales, que utilizan para la derivación de las mujeres, coordinar actuaciones y otras consultas. Las mujeres víctimas de violencia sexual también son derivadas al Centro de Crisis tras ponerse en contacto con los números de teléfono: 112 (asistencia a la ciudadanía ante cualquier tipo de emergencia) o 016 (información de asesoramiento jurídico y de atención psicosocial inmediata a todas las formas de violencia contra las mujeres).

Desarrollamos nuestro trabajo en interdisciplina en equipos de psicóloga y abogada. La primera entrevista en el Centro de Crisis se

realiza en un espacio protector, seguro y acogedor, conjuntamente por ambas profesionales. La mujer puede acudir acompañada por una persona de su confianza que si lo desea permanece presente durante toda o parte de la entrevista. Se cuida la disposición espacial durante el desarrollo facilitando el contacto visual con la mujer, que no se sienta observada, y se sitúa entre psicóloga y abogada, lo que favorece la narrativa de la víctima. Este formato de entrevista previene la revictimización, ayuda a reducir daños, así como facilita la elaboración de la demanda psicológica y/o jurídica de la mujer y la recogida de información de la manera más fidedigna posible. Comienza dirigiendo la entrevista a la psicóloga. Se realiza la presentación del Centro, facilitando información y asesoramiento a la mujer, practicando la escucha activa y centrándose en sus necesidades y demandas. Se valora si es prioritario un desahogo emocional, antes que la obtención de información precisa y ordenada. La abogada toma notas sobre aquellos datos que sean relevantes en el ámbito judicial. La mujer puede necesitar o priorizar el apoyo psicológico o jurídico exclusiva e indistintamente, en cualquier caso, si descartara en un primer momento uno o ambos, siempre quedan a su posterior disposición. El equipo ofrece apoyo y acompañamiento a la mujer en el itinerario que ella decida en cada momento.

Se celebran reuniones conjuntas de la Coordinadora del Centro de Crisis con el equipo dando seguimiento periódico exhaustivo de cada una de las mujeres, se supervisan los casos manteniendo una evaluación permanente y participativa de la intervención.

Con la finalidad de estandarizar la atención a las mujeres que acuden al Centro de Crisis, las intervenciones del equipo se rigen por protocolos internos que unifican las distintas actuaciones de las profesionales psicólogas y abogadas. Al mismo tiempo para garantizar la atención integral de las víctimas se mantienen reuniones y/o contactos con las y los profesionales de recursos y servicios necesarios.

Desde el Centro de Crisis se ofrece una respuesta diligente a las mujeres víctimas de violencia sexual tanto en situación de crisis como en contexto de emergencia. La “*crisis*” no hace referencia al momento de la agresión. Se refiere a la crisis vivencial de la mujer, una situación que le genera profundo malestar psíquico, que puede relacionarse con una situación de violencia sexual ocurrida recientemente o que se produjo en el pasado. La agresión sexual supone una experiencia altamente traumática que menoscaba la integridad física y psíquica de la mujer agredida. La mujer piensa, siente, se comporta, reacciona como si la experiencia traumática estuviera muy presente. En todas y cada una de las actuaciones que se llevan a cabo en la intervención del Centro de Crisis del Principado de Asturias la finalidad es crear un entorno seguro a la víctima y ofrecerle apoyo y acompañamiento, así como prevenir la revictimización/ retraumatización de la víctima.

Más allá de la victimización primaria, que es el impacto psicológico que conlleva la agresión sexual para la mujer; la víctima está expuesta a la victimización secundaria que deriva de la relación posterior que establece

con el sistema jurídicopenal o asistencial. Si su actuación es deficiente, basada en mitos y preconceptos estereotipados que, en esencia, ponen el testimonio de la mujer en tela de juicio o la culpabilizan, contribuye a agravar el daño psíquico de la mujer y cronificar secuelas.

Muchas mujeres anticipan que no se les va a dar credibilidad antes de haber revelado por primera vez la agresión sexual, lo que les dificulta pedir ayuda y explica el retraso o el rechazo de algunas víctimas a denunciar. Pero al mismo tiempo hay víctimas que sufren presión para interponer denuncia, responsabilizándolas tanto de la agresión sufrida como de la impunidad de los agresores si ellas no acuden al sistema judicial.

Las víctimas o supervivientes que deciden contar su historia y dar el paso de denunciar se enfrentan a un camino repleto de obstáculos. Demasiado a menudo las mujeres se sienten devastadas por el trato que reciben. Cuando acuden solas al sistema jurídicopenal, una amplia mayoría de ellas asegura que si volvieran atrás y supieran lo que tenían que vivir, no denunciarían.

Una vez que lo desvelan muchas mujeres tienen la percepción de que las instituciones que deberían protegerlas no las comprenden, no las escuchan, les hacen perder el tiempo... que su palabra está en entredicho cuando relatan haber sufrido una agresión sexual, incluso en ocasiones, sienten que no son creídas y que se las trata como acusadas (provocadoras del acto delictivo) en lugar de víctimas. Lamentablemente la experiencia nos dice que no es una creencia distorsio-

nada, sino el reflejo de una cruda realidad; queda un largo recorrido para alcanzar el trato respetuoso y amigable que las víctimas precisan. Desde las instituciones no se tiene en cuenta que, ante el hecho traumático que supone una agresión sexual las mujeres se sienten conmocionadas, indefensas y tienen dificultades para procesar y expresar dicha experiencia. En mayor o menor medida se sigue cuestionando sus vidas y sus testimonios son cruentamente desacreditados; lejos de lo que ocurre con otros delitos como puede ser el robo, las víctimas de agresión sexual no son consideradas un testigo igualmente creíble. Finalmente, cuando en el mejor de los casos la respuesta de protección y justicia es adecuada, la dilación de los procesos judiciales y trámites administrativos hace que se sientan desprotegidas y retrasa su completa recuperación.

Por todo ello una respuesta inmediata y adecuada ante la primera toma de contacto de la mujer y la calidad y calidez de la acogida cuando pide apoyo al Centro de Crisis, son esenciales en su proceso de recuperación y en la reparación del daño. Desde el momento en el que una mujer establece contacto con el Centro de Crisis, “*No Está Sola*”, un equipo de profesionales especializadas le ofrece apoyo y acompañamiento emocional y físico.

El acompañamiento es un tipo de intervención esencial tanto para prevenir la victimización secundaria como para atenuar los efectos de la misma. Las psicólogas del Centro de Crisis además de ofrecer apoyo psicológico especializado en trauma cuya

finalidad es favorecer que la mujer pueda reparar su daño e integrar el hecho traumático en su historia de vida, también realizan funciones de acompañamiento a las víctimas. Uno de los más habituales se da, en el caso de las agresiones sexuales recientes, a los servicios de salud. El acompañamiento de la psicóloga en este tipo de actuaciones resulta de gran valor. La psicóloga del Centro de Crisis prioriza la atención de la salud de la mujer, transmite a la víctima la necesidad de acudir en primer lugar al centro hospitalario correspondiente para que se realice el Protocolo Sanitario en caso de Agresiones Sexuales y le explica en qué consiste. Le advierte de la importancia del aporte de prueba en el caso de que valore formular denuncia, e informa de las recomendaciones para preservar la evidencia física hasta que pueda ser recogida, así como los procedimientos estándar para ello. De este modo le recomienda evitar: el cambio de ropa, orinar, defecar, fumar, beber, comer, cepillarse el cabello o los dientes, asearse... Le anuncia que las prendas de vestir podrían ser utilizadas como prueba, si la víctima no se ha cambiado de ropa desde el momento de la agresión, o si no la ha lavado, le advierte que le pueden solicitar entregue las prendas (se le sugiere que acuda con ropa de cambio). Para facilitar la actuación coordinada se actúa conforme al Protocolo de coordinación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) con el Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales (13). Una vez en el hospital, la psicóloga del Centro de Crisis adelanta a la mujer paulatina y brevemente

en qué consiste la atención sanitaria inmediata que va a recibir; colabora y apoya la intervención sanitaria de forma que con lenguaje sencillo explica en cada fase qué se va a hacer, sus tiempos, la necesidad y el sentido de la intervención. Con su intervención la psicóloga le transfiere a la mujer confianza en las distintas profesionales sanitarias y su actuación. A la par trasmite tranquilidad en los periodos de espera ante la práctica de las pruebas necesarias y la valoración del tratamiento más adecuado. Igualmente, con su actuación, favorece las medidas que garantizan una atención de calidad, tales como que sea atendida en condiciones de privacidad, seguridad y confidencialidad y que sea sienta cuidada con un comportamiento profesional, discreto y empático.

La psicóloga del Centro de Crisis prepara a la mujer para afrontar los momentos especialmente más difíciles. Si bien la exploración ginecológica resulta incómoda en mayor o menor grado para la mayoría de las mujeres, hay que tener en cuenta que la víctima acude desde la vulnerabilidad que supone haber sufrido una agresión sexual. Así como que la exploración por parte de ginecología y medicina forense se da en un contexto en que la mujer se puede sentir avergonzada y aún más vulnerable (examen objetivo por parte de profesionales neutrales, con instrumental frío en el sentido más amplio de la palabra, en busca de signos físicos que corroboren sus manifestaciones). En este sentido, la intervención de la psicóloga del Centro de Crisis más allá de mostrarle a la mujer las técnicas al uso para reducir la ansiedad en este tipo de exploraciones como

son: el manejo de la respiración, la relajación muscular, y distracción participativa del pensamiento a través de conversación, recuento y visualización..., facilita que se instaure un clima de calma. La mujer necesita un ambiente lo más acogedor posible para sentirse segura. En la medida en que sea más amigable y respetuoso le será más fácil para ella enfrentarse a la exploración; si percibe que una parte de su cuerpo es observada separada de su persona se siente débil y como mecanismo adaptativo “desconecta su mente” y abandona su cuerpo. Si tenemos en cuenta que es frecuente que las víctimas de agresión sexual pongan en práctica la disociación como conducta adaptativa durante la agresión sexual, es entendible su temor e incluso el sufrimiento psíquico al afrontar la exploración ginecológica tras la agresión sexual. La psicóloga con su actitud afectiva aclara las dudas y alivia los temores de la mujer sobre el examen ginecológico y está presente durante el desarrollo de la exploración si la mujer lo desea. Con este proceder, no solo se favorece que la experiencia sea menos desagradable, sino que a medio plazo incide positivamente en el autocuidado de la salud de la mujer.

En la entrevista clínica se da otro de los momentos más complicados. La víctima se encuentra en un estado psicológico que le dificulta contar lo sucedido y durante la entrevista se ve expuesta a preguntas incómodas (fecha de su última relación sexual; tiempo transcurrido desde la agresión; preguntas específicas sobre los actos cometidos durante la agresión; si conoce si el agresor usó preservativo y si éste eyaculó...). El

acompañamiento psicológico facilita la narrativa y al mismo tiempo la psicóloga del Centro de Crisis puede ser de gran ayuda colaborando para recabar algunos datos delicados que resulten de más difícil respuesta para la víctima.

El acompañamiento de las víctimas al Instituto de Medicina Legal es otro de los más habituales. Muchas mujeres que afrontan solas la exploración experimentan una especie de crisis pre-valoración forense. Anticipan que deben contar nuevamente la experiencia traumática y esto supone evocar recuerdos dolorosos y un alto grado de perturbación emocional. Frecuentemente acuden a la entrevista con miedo, preocupadas y cuestionándose si se acordarán de todo, serán capaces de explicarse, las creerán, ... Igualmente en numerosas ocasiones las mujeres soportan una crisis tras la misma, salen de la entrevista con la sensación, de que sus creencias, sus miedos, se han confirmado y anticipan que el proceso judicial no saldrá adelante por su culpa... porque no “han pasado” el examen.

Por contra, cuando la exploración forense se da en un clima de seguridad para la mujer y con la colaboración de la psicóloga del Centro de Crisis puede resultar reparadora del daño en cierta medida. Hay que tener en cuenta que la mujer sabe que la entrevista forense se da en un contexto de valoración y que a muchas de las víctimas les cuesta establecer relaciones de confianza. El acompañamiento por parte de una psicóloga a la que la víctima conoce por haber establecido su relación con ella en un espacio de seguridad

y cuidados como es el Centro de Crisis, hace que la mujer se sienta más cómoda. Se favorece un clima en el que la víctima afronta la entrevista más serena y está en condiciones de ofrecer un testimonio de mejor calidad en la exploración forense. La mujer se expresa y responde con confianza ante el profesional de la psicología o la medicina que realiza la exploración, lo que facilita en la práctica forense la recogida de la información necesaria para dar respuesta al objeto de pericia. Cuando finaliza la exploración transmiten a la psicóloga del Centro de Crisis que están aliviadas y se van con la sensación de que han podido contar qué les paso y cómo se sienten. La experiencia nos dice que aquellas mujeres que han sido acompañadas por la psicóloga del Centro de Crisis a las valoraciones forenses están más satisfechas con el trato recibido por las profesionales de la psicología y la medicina que realizan las entrevistas.

Las mujeres que deciden emprender medidas legales pueden optar por ser representadas por profesionales de la abogacía que provee el convenio suscrito entre la Dirección General de Igualdad del Principado de Asturias y los colegios profesionales, o hacerlo de forma privada. Las asesoras jurídicas del equipo del Centro de Crisis no ejercen la acusación particular. Su labor es informar y resolver las dudas que se les planteen a las víctimas con atención continuada (durante las 24 horas) y a través de un lenguaje sencillo. Orientan tanto sobre aquellas cuestiones legales que atañen a delitos contra la libertad sexual, como del transcurrir del proceso jurídico en curso que las atañe.

También realizan funciones de acompañamiento a la mujer, por ejemplo: a dependencias policiales para formular denuncia, reconocimientos fotográficos... igualmente que, a instancias judiciales para la práctica de diligencias como la ratificación de denuncia, cotejo de móvil, ... incluso, por deseo expreso de la mujer, están a su lado en el momento de la declaración en Sala durante el acto del juicio oral. Las asesoras jurídicas del equipo del Centro de Crisis preservan en todo momento que las víctimas reciban un trato respetuoso y conforme a ley.

ATENCIÓN A VÍCTIMAS ADULTAS

De las mujeres atendidas en el Centro de Crisis desde la puesta en funcionamiento en noviembre de 2020 hasta junio de 2024, el 77% son mayores de edad. El 63% han sufrido una agresión hace menos de un año. La mayor parte son de nacionalidad española, residentes en el Principado de Asturias y tienen menos de 30 años.

El impacto de la agresión con el que nos encontramos en las mujeres atendidas en el Centro de Crisis se relaciona esencialmente con consecuencias físicas, emocionales, cognitivas, conductuales, sociales y afectivosexuales. No obstante no todas ellas se ven afectadas de la misma manera, ni con la misma magnitud. Lo más habitual es que presenten una amalgama de síntomas que no siempre se ajustan a cuadros psicopatológicos totalmente definidos tal y como recogen los dos sistemas clasificatorios referentes en salud mental: DSM 5-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y la CIE 11 (Clasificación internacional de

enfermedades); cuando se cumplen los criterios diagnósticos predominan los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y los trastornos depresivos.

El grado de afectación de cada mujer depende de la confluencia de variables de índole diversa que configuran factores de vulnerabilidad y riesgo y conforman factores de protección. Entre estas variables cabe destacar las relacionadas con las características propias de la mujer como son: historia biográfica, otros acontecimientos traumáticos vividos en ella, su estilo de personalidad... Las relacionadas con la experiencia de violencia sexual en sí misma, entre las que se encuentran el tipo y frecuencia de la agresión, el escenario donde ocurre (número de victimarios, circunstancias en las que se encontraba la víctima cuando ocurrió...). Las variables que tienen que ver con las características del agresor y el modus operandi del mismo. Así como aquellas referidas a la eclosión en las que hay que contemplar: el tiempo de demora, las circunstancias en que se dio y la respuesta ante la misma tanto por parte de personas de especial significado para la víctima como por parte de profesionales intervinientes del ámbito sanitario, policial y jurídico...

ATENCIÓN A FAMILIARES Y PERSONAS DE ESPECIAL SIGNIFICADO PARA VÍCTIMAS ADULTAS

Los familiares y entorno cercano desempeñan un papel fundamental en la recuperación de la víctima, una reacción inadecuada por su parte repercute negativamente en la

víctima y agrava su sintomatología. Los objetivos del apoyo psicológico del Centro de Crisis al entorno familiar y personas significativas están orientados a mejorar su capacidad de afrontamiento, garantizar el soporte que puedan prestarle a la víctima en su proceso de recuperación, así como superar las consecuencias psicológicas (habitualmente sintomatología ansioso-depresiva) y sociales con las que la experiencia traumática de agresión sexual a la víctima ha afectado a su vida. La mayoría de las familiares atendidas son mujeres (75%), el mayor porcentaje corresponde a madres de las víctimas (54%). Es habitual que el desvelamiento de la violencia sexual de sus hijas evoque experiencias pasadas de violencia sexual en las madres que también las vivieron en primera persona y cuando esto ocurre no es infrecuente que su primera revelación se dé en el Centro de Crisis.

ATENCIÓN A MENORES DE EDAD

La violencia sexual a menores de edad también constituye un grave problema de salud pública con unas tasas de prevalencia que oscilan entre un 7% y un 36% en las mujeres, y entre un 3% y un 29% en los varones. La mayor parte de los estudios informan de una prevalencia media mucho más elevada para las mujeres, en torno a un 19,2%, que, para los varones, 7,4% aproximadamente (15).

En el presente artículo se ha usado una definición amplia de violencia sexual, incluyendo todas las conductas sexuales que tienen como víctima a una persona menor de 18 años. Se ha optado por el término ‘violencia sexual’ en lugar de ‘abuso sexual’ dado que,

desde el 6 de octubre de 2022, fecha en la que entró en vigor la Ley Orgánica 10/2022 (5), no existe este delito en el Código Penal español. Sin embargo, el término abuso sexual ha sido extensamente utilizado en la literatura científica y por ello es fácil seguir encontrándolo cuando se refiere a violencia sexual en la infancia.

El Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales atiende desde su creación a niñas y adolescentes de 12 a 17 años en sintonía con los datos de prevalencia e incidencia provenientes de distintas fuentes y países que señalan el aumento de riesgo de sufrir violencia sexual durante esta etapa del ciclo vital, con diferencias entre géneros altamente significativas. Entre los 15 y los 17 años es el momento que la incidencia es más elevada (15), dato que coincide con las menores atendidas en el Centro de Crisis. El 64% de las menores de edad tienen entre 15 y 17 años (16).

En septiembre de 2022, a la vista del creciente número de casos atendidos de mujeres en el arco de 12 a 17 años, se decide ampliar el equipo del Centro de Crisis con la contratación de un equipo especializado en menores de edad compuesto por una psicóloga y una abogada. El Centro de Crisis ha atendido desde su creación hasta junio de 2024 a 139 menores de edad (16).

La atención a menores de edad en el Centro de Crisis es victimocéntrica, individualizada para cada caso concreto y atendiendo a sus circunstancias evolutivas, sociales y familiares. El interés superior de la menor de edad está en el centro de la intervención.

Se realiza una primera entrevista conjunta (psicóloga y abogada) de valoración del caso, durante el primer tramo de la misma suelen estar una o dos personas adultas de referencia para la menor de edad, generalmente su madre, padre o tutor/a legal, donde se realiza el planteamiento del caso y se gestiona y recoge la firma del consentimiento informado, para las adolescentes menores de 16 años. Posteriormente, se continúa la entrevista a solas con la menor de edad, decidiendo ella si así lo desea que la entrevista sea a solas con la psicóloga.

A continuación, describiremos algunos de los desafíos a los que se enfrentan las adolescentes cuando sufren una agresión sexual y el apoyo que reciben desde el Centro de Crisis.

Desvelamiento

En la adolescencia es habitual que el primer desvelamiento se realice a una amistad, o profesora o profesor de confianza. Tal y como se ha descrito en la atención a mujeres adultas, desde el Centro de Crisis se realiza una intervención inmediata desde que se contacta solicitando ayuda. Una de las preocupaciones más habituales para las adolescentes, cuando la agresión sexual es reciente, es cómo comunicárselo a la familia, se preocupan porque sus progenitores se enfaden, sientan vergüenza o culpa. La psicóloga trabaja para ayudar en la comunicación a la familia de los hechos sucedidos y favorecer un reencuentro protector, disminuyendo el posible desbordamiento emocional.

LA ATENCIÓN A LA FAMILIA DE LAS VÍCTIMAS MENORES DE EDAD

En esta primera entrevista se ofrece apoyo psicológico a las personas significativas de para la víctima que así lo deseen. Así, la familia recibe información y asesoramiento sobre pautas y actitudes a evitar y/o fomentar para reaccionar y hablar con sus hijas.

Las personas allegadas pueden recibir apoyo psicológico para hacer frente a posibles situaciones traumáticas. La respuesta de una familia al desvelamiento de una agresión sexual tendrá un impacto duradero en la relación con su hija (15), así lo recogen investigaciones recientes, la necesidad de atender a las personas cuidadoras, puesto que el apoyo recibido por las víctimas de su entorno más cercano tiene gran influencia en las consecuencias y desarrollo del caso (17). Cuando la agresión sexual es en el entorno familiar, se tiene especial cuidado en el apoyo a la madre, que es otra víctima y también necesitará ayuda profesional desde el primer momento del desvelamiento para asumir el hecho y tomar las medidas oportunas. Las familias reciben asistencia especializada tanto para obtener el apoyo emocional que necesitan como para saber de qué forma pueden apoyar a su hija (15).

Desde el Centro de Crisis se han realizado labores de apoyo psicológico a 274 familiares, de los cuales la mayoría son mujeres, mayoritariamente madres.

Exploración ginecológica

Cuando la agresión sexual es reciente y de acuerdo con la “*Guía de Pautas Básicas para la actuación sanitaria ante violencia sexual en el Principado de Asturias*” (18), tal y como se ha relatado en la atención a mujeres adultas, es necesario realizar una exploración ginecológica que es realizada por medicina forense si la agresión ha ocurrido en los últimos 10 días. Delimitar el equilibrio entre intimidad y acompañamiento (19) con las adolescentes es fundamental para evitar que este proceso sea revictimizante. Para muchas de las adolescentes esta será su primera exploración ginecológica, el acompañamiento de la psicóloga del Centro de Crisis, si es elección de la víctima y previamente consentido por los progenitores o tutores legales cuando tienen menos de 16 años, tiene un efecto tranquilizador por no tener que mostrarse y contestar a preguntas íntimas delante de personas adultas de la familia. También favorece que la psicóloga tiene formación especializada para utilizar técnicas de regulación emocional y de disminución de la ansiedad que esta situación le pueda provocar.

Apoyo en el proceso judicial

El contexto judicial que está diseñado para enjuiciar hechos delictivos, resulta hostil y desafiante para las personas adultas, cuánto más para las personas menores de edad. No es un espacio de cuidado para población vulnerable y se les exige a las niñas y los niños que desplieguen capacidades cognitivas, comunicativas y emocionales cuando todavía están en vías de desarrollo (20).

En España, se están introduciendo cambios para mejorar esta situación, como es la creación de Salas Gesell para tomar declaración de la menor en prueba preconstituida a cargo de un psicólogo o psicóloga. En algunas comunidades autónomas se está implantando el modelo Barnahus o casa de los niños y las niñas o en el caso de Canarias, la creación del primer juzgado de violencia contra la infancia.

En el Centro de Crisis se apoya y acompaña a la menor desde el primer paso que comienza con la interposición de denuncia hasta la finalización del proceso judicial. Se realiza un trabajo conjunto de la psicóloga y la abogada de psicoeducación del procedimiento jurídico con el objetivo de disminuir el malestar que produce un contexto totalmente desconocido para ellas. Se entrenan estrategias de regulación emocional; fomentar que las víctimas expresen sus sentimientos y preocupaciones acerca del juicio es un modo de facilitar la conciencia y gestión de estas emociones. También se trabaja la desensibilización al entorno judicial para disminuir los niveles de ansiedad anticipatoria que puedan deteriorar su recuerdo y competencias comunicativas. Se les enseña fotos del juzgado al que van a acudir, se realizan representaciones simuladas de la disposición del espacio y los profesionales implicados y cómo reconocerlos, y ya en el juzgado se realiza la visita a la Sala Gesell, a la sala de espera y a la sala de vistas antes del comienzo del juicio oral.

Asturias dispone de una Sala Gesell desde 2021, creada a cargo de los fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Desde el Centro de Crisis se trabaja para reducir la victimización secundaria en las jóvenes atendidas, se vela para que se implementen medidas como no permitir la entrada de público asistente, utilización de biombo o el uso de pantallas para evitar el contacto visual entre víctima y denunciado o la declaración del menor mediante circuito cerrado de televisión. También se realizan otras estrategias que buscan disminuir el malestar durante la comparecencia, como habilitar una sala de espera hasta que llegue el momento de entrar en sala, siempre acompañada por la profesional de confianza para ella del Centro de Crisis, incluso en el momento de su declaración. El vínculo con una persona de confianza juega un papel fundamental en el bienestar durante las situaciones de estrés. Esta figura de referencia acompaña a la persona menor de edad durante el proceso, atendiendo sus preocupaciones y ofreciendo soporte emocional.

De nuevo señalamos aquí la importancia de que las víctimas adolescentes de este tipo de delitos no tengan que relatar vivencias traumáticas delante de sus progenitores porque puede suponer para ellas un reto añadido, bien sea por tener que exponer aspectos de su intimidad o porque afloran sentimientos de vergüenza o culpa al saber que sus cuidadores las están escuchando. Las víctimas podrían priorizar cuidar el dolor que les produciría escuchar ese relato a su padre o su madre, frente a la calidad del testimonio desde el punto de vista judicial en el que se solicita un relato muy detallado que incluye aspectos muy íntimos.

Apoyo psicológico para el abordaje del trauma

Como se ha señalado anteriormente para las mujeres adultas, el apoyo psicológico que se brinda desde el Centro de Crisis es individualizado y centrado en el sufrimiento de la víctima. Existen diferentes factores que influyen en el daño que produce la violencia sexual, como indica la literatura científica, no existe un diagnóstico específico asociado a haber sufrido una agresión sexual (15, 21), cada víctima tiene una reacción diferente a la violencia sexual y también tiene unas circunstancias específicas que afectan a su recuperación.

El abordaje del trauma se realiza desde un enfoque bio-psico-social (21) con un modelo ecológico de intervención (22).

La edad es uno de los factores más importantes a tener en cuenta para en el apoyo psicológico, no es lo mismo (en el ámbito que ocupa al Centro de Crisis con las menores) la atención dirigida a una niña de 12 años que a una adolescente de 17 años, dado que su etapa de ciclo vital es diferente y las tareas a las que se tiene que enfrentar también.

La relación con el agresor es otro factor a tener en cuenta; según los datos del Centro de Crisis, el 88% de los victimarios son personas conocidas de la víctima, sólo el 12% de los agresores son desconocidos (16). Cuando el agresor es un desconocido la recuperación de la víctima suele ser más favorable, dependiendo de que se la escuche y de que no se cuestione su testimonio.

Cuando el agresor es el padre, un amigo, un adulto de referencia, la pareja o un familiar, la víctima tiene que hacer frente al sentimiento de traición y a la paradoja de que quien te tendría que cuidar te ha hecho daño. Si, además, el agresor formaba parte del sistema de apego de la niña los efectos son devastadores. En estos casos el trabajo de apoyo psicológico es muy delicado, es muy importante legitimar los sentimientos ambivalentes hacia el agresor para ir co-construyendo una narrativa que le permita resituar responsabilidades, siempre respetando sus ritmos, creando vínculos seguros.

Si se trata de un episodio único o continuado es otro de los factores que influyen en la adversidad del trauma. En los casos de violencia sexual infantil continuada y en el ámbito intrafamiliar nos encontramos con víctimas que han desarrollado estrategias de afrontamiento eficaces para sobrevivir a esa situación extrema, que se convierten posteriormente en disfuncionales (23). Así, síntomas como la hipervigilancia, la disociación, la somatización o la desregulación del afecto que fueron útiles inicialmente como estrategias de afrontamiento, ahora se convierten en estrategias que conllevan fracasos.

El tiempo que tarda la víctima en realizar el desvelamiento, durante cuánto tiempo ha permanecido en secreto, aumentando la sensación de indefensión, y la probabilidad de que sus tareas vitales se vean comprometidas. Puede haber comportamientos y sintomatología que estén asociados a etiquetas diagnósticas (24) que enmascaran la vivencia de episodios traumáticos. El miedo a no ser creídas, sentirse culpables, a que

su situación familiar cambie, son elementos que contribuyen a que no pidan ayuda. En esta etapa las amistades y el profesorado se convierten en personas claves para que la víctima se decida a hablar.

El apoyo psicológico brindado desde el Centro de Crisis ofrece un abordaje comprensivo de la situación de la menor, cuál es su historia de vida, si hay una vulnerabilidad social, la etnicidad, religión, los valores culturales ...

Por tanto, el abordaje terapéutico del trauma, se trabaja partiendo inicialmente de una búsqueda de la conexión en la relación terapéutica, no hay que olvidar que el daño proviene del ámbito interpersonal, lo que modifica su interpretación de las relaciones como amenazantes y hostiles. Es necesario que perciba de nuevo que está en un contexto seguro, es desde y a través de las relaciones interpersonales como pueden repararse los daños (25, 26). A partir de ahí se trabaja en la regulación emocional para rebajar la sintomatología aguda. Hasta que no haya una percepción de seguridad, no se puede trabajar en la autoestima y empoderamiento de la menor, para que adquiera estrategias alternativas de afrontamiento que le proporcionen éxitos en sus tareas y que vaya modificando sus modelos internos de trabajo (27). Una de las nefastas consecuencias del trauma suele ser la sensación de vulnerabilidad, de indefensión y sensación de amenaza permanente que acompaña a la persona. Por ello, los autores expertos en trauma hablan de devolver a la víctima el poder perdido (25, 28, 29).

Durante el trabajo de apoyo psicológico la culpa aparece muchas veces tanto en las menores de edad como en las familias. Creen que podían haber hecho algo para evitarlo, sentirse culpables parte de la necesidad de pensar que tenían algún control sobre la situación. Es importante resituar la culpa y poner las responsabilidades en quien corresponda. Es una cuestión a trabajar tanto en las víctimas como en las familias.

Y en último lugar se elaboraría una narrativa que permita la reintegración resiliente en su historia de vida y la proyección hacia el futuro, siendo más que la experiencia de violencia sexual vivida.

Consecuencias psicosociales

Todo este trabajo está mediado también por el entorno en el que está la muchacha. Las consecuencias psicosociales son otro factor importante a tener en cuenta en el trabajo de recuperación.

Es necesario evaluar el apoyo familiar del que dispone. Cuando la violencia sexual es intrafamiliar, en no pocas ocasiones la víctima termina aislada y relegada del entorno familiar, suponiendo a veces la pérdida de la red de apoyo para la adolescente y para la madre que apoya a su hija, lo que produce una escalera de dificultades añadidas (económicas, de conciliación de la vida familiar, pérdida de figuras de apoyo social y emocional, ...). También es necesario señalar que otras veces la pérdida de apoyo es total y esto supone que la menor de edad termina trasladada a un servicio de acogimiento residencial para personas menores de

edad, perdiendo la víctima toda su forma de vida conocida hasta la fecha. Esto implica que estas chicas tienen que afrontar muchas más dificultades que la del propio trauma de haber sufrido una agresión sexual.

Por su edad, de los 12 a los 17 años, la mayoría de las víctimas menores de edad atendidas en el Centro de Crisis están participando en el sistema educativo. En algunos casos, tanto víctima como victimario estudian en el mismo centro educativo y aunque desde el sistema educativo existen protocolos para el abordaje de estas situaciones, nos encontramos con situaciones similares a las que viven las mujeres víctimas de violencia de género, y es que se pide a las víctimas que sacrifiquen su libertad de acción. Todo esto supone los denominados “costes de oportunidad”, o de elecciones perdidas, al perder las víctimas la capacidad de tomar las mejores decisiones para su vida como resultado del daño emocional o físico resultante de la violencia sexual sufrida (30). El aislamiento, o su polo opuesto, adoptar conductas de riesgo tanto en el consumo de sustancias como en las relaciones sexuales, forman parte de estrategias ineficaces para manejar el sufrimiento que conllevan a un fracaso escolar repercutiendo a su vez en su funcionamiento para la vida adulta. Es por ello necesario un abordaje en coordinación con los agentes sociales intervinientes en la vida de la menor de edad.

Cuando la violencia sexual sufrida es por parte de un igual, la menor de edad se tiene que enfrentar frecuentemente a la estigmatización de ser “víctima” que además se produce tanto por varones como por mujeres.

Esta estigmatización va desde la pena y la condescendencia hasta la culpabilización (“algo tuvo que hacer”, “ya sabíamos que era rara, “siempre tuvo problemas”). Esto les dificulta poner la mirada en el presente y hacia el futuro para que encuentren una identidad propia que vaya más allá de la imagen de la violencia sexual sufrida.

En último lugar, se ha demostrado que la violencia sexual suma a sus consecuencias sociales un mayor riesgo de nuevas victimizaciones sexuales (18), por lo que la prevención de la violencia sexual y la transformación social son objetivos también de la intervención del Centro de Crisis.

Referencias bibliográficas

1. Alario, M. La reproducción de la violencia sexual en las sociedades formalmente igualitarias, un análisis filosófico de la cultura de la violación actual a través de los discursos y el imaginario de la pornografía [Tesis doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; 2020. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/la-reproduccion-de-la-violencia-sexual-en-las-sociedades-formalmente-igualitarias-un-analisis-filosofico-de-la-cultura-de-la-violacion-actual-a-traves-de-los-discursos-y-el-imaginario-de-la-pornograf/>
2. Take Back The Night Foundation [Internet]. [Consultado 21 marzo 2024] Disponible en: <https://takebackthenight.org/>
3. Sordo T, Tardón B. Estudio sobre recursos de prevención de la violencia sexual y atención a las víctimas en el entorno europeo e internacional. Dirección General de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Ayuntamiento de Madrid. 2018. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Calidad/Observatorio_Ciudad/06_S_Percepcion/SPCEstudiosSectoriales/ACohesionSocialyServiciosSociales/ficheros/Informe_2018_047_ASN.pdf
4. Tardón B. La violencia sexual: desarrollos feministas, mitos y respuestas normativas globales. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. Repositorio Institucional UAM; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680682>
5. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE núm. 215, de 07/09/2022. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
6. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Council of Europe Treaty Series – N.º. 210. 2011. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680462543>
7. Informe de Evaluación del Pacto de Estado contra la Violencia de Género. Años 2018-2022. Actuaciones desde la Administración General del Estado. Ministerio de Igualdad. 2023. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/InformeEvaluacion.htm>
8. III Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Principado de Asturias 2020-2023. Gobierno del Principado de Asturias. 2020. Disponible en: <https://iam.asturias.es/documents/269132/370594/2021+06+20+Plan+Estrategico+de+Igualdad.pdf/f69154ae-b991-7b79-5278-d8d5f9e79abf>

9. Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad por el que se fijan los criterios de distribución entre las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla de los créditos destinados al desarrollo del Plan «España te protege (III)-Creación de servicios de atención integral 24 horas a víctimas de violencia sexual. BOE núm. 170, de 17 de julio de 2021. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-11957
10. Nogueira R., Nuria Varela y la nueva fórmula contra la violencia sexual para acabar con la “impunidad absoluta”. El Español [Internet]. 7 de enero 2022. Disponible en: https://www.elespanol.com/enclave-ods/referentes/20220107/nuria-varela-formula-violencia-sexual-impunidad-absoluta/640186149_0.html
11. Tardón Recio B, Mateos Casado C, Pérez Viejo, JM. Atención sin daño, acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres: hacia un modelo de respuesta crítico holístico. *Methadodos. Revista De Ciencias Sociales*. 2022; 10(1): 11-26. Disponible en: <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.535>
12. Proyecto Marco Centro de Crisis del Principado de Asturias. Dirección General de Igualdad del Principado de Asturias. 2020. Disponible en: <https://iam.asturias.es/violencia-de-genero/centro-de-crisis-para-victimas-de-agresiones-sexuales>
13. Protocolo de Coordinación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) con el centro de crisis para víctimas de agresiones sexuales. 2023. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/39276/ANEXO+XVII+SESPA.pdf/f9bd62c0-416f-839c-e695-37b1980c546d?t=1665142111124>
14. Convenio de Colaboración entre la Administración del Principado de Asturias y el Colegio de la abogacía de Oviedo para la prestación de servicio de defensa jurídica a mujeres víctimas de agresiones sexuales atendidas en el Centro de Crisis del Principado de Asturias. Ilustre Colegios de Abogados de Oviedo. 2022. Disponible en: <https://www.icaoviedo.es/Noticias/?codNoticia=4242>
15. Fontanil Y, Alcedo MA. Protocolo contra la violencia sexual del Principado de Asturias.: Gobierno del Principado de Asturias, Instituto Asturiano de la Mujer; 2018. Disponible en: <https://iam.asturias.es/documents/269132/273392/PROTOCOLO-CONTRA-LA-VIOLENCIA-SEXUAL-PRINCIPADO-DE-ASTURIAS-2018.pdf/6cd8e4e5-ffbb-589b-7b6f-437d71331300>
16. Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales. MEMORIA 25/11/2020 - 31/10/23. Dirección General de Igualdad. Consejería de Presidencia, Reto demográfico, Igualdad y Turismo, Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales; 2023.
17. Pereda N. Entrenamiento y formación en el modelo Barnahus: estado del arte. Comisión Europea, Proyecto STEPS; 2021. Disponible en: <https://www.ub.edu/grevia/entrenamiento-y-formacion-en-el-modelo-barnahus-estado-del-arte/>
18. Guía de Pautas Básicas para la actuación sanitaria ante violencia sexual en el Principado de Asturias. Consejería de Salud, Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/39276/Gu%C3%ADa+de+Pautas+B%C3%A1sicas+Comunes+para+la+actuaci%C3%B3n+sanitaria+ante+la+violencia+sexual+en+el+Principado+Asturias.pdf/c127a941-28c7-25cd-86a2-227668a76373?t=1690444400536>
19. Fontanil Y, Alcedo MÁ, Solís García P, Alonso Y, Fernández-Álvarez N, Fernández-Briz N. Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias. *Investigaciones Feministas*. 2022; 13(1):223-233. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/infe.78280>

20. Andreu L, Pereda N. Revisión Sistemática de los Programas de Preparación al Juicio para Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2023 33(1): 115-123. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/apj2022a16>
21. Read J, Fink P, Rudegear T, Felitti V, Whitfield C. Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. 35. 10.3371/CSRP.2.3.5. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2008; 2(3): 235-254. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229424262_Child_Maltreatment_and_Psychosis_A_Return_to_a_Genuinely_Integrated_Bio-Psycho-Social_Model
22. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
23. Ezama E, Fontanil Y, Alonso Y. Strategies and Dysfunctions: Proposal for a Systemic Psychopathology. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*. 2017; 28(3): 371-387. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325158281_Strategies_and_Dysfunctions_Proposal_for_a_Systemic_Psychopathology
24. Real-López M, Peraire M, Ramos-Vidal C, Llorca G, Julián M, Pereda N. Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2023; 40(1): 13-30. Disponible en: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a3>
25. Martínez C. La reparación del trauma en la infancia desde el modelo de la traumaterapia infanto-juvenil de Barudy y Dantagnan y su trascendencia en el ámbito de la educación. Utilidades y aplicaciones desde la función docente. *Journal of Neuroeducation*. 2023; 4(1): 52-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/joned.v4i1.42390>
26. Alonso Y, Ezama E, Fontanil Y. No es cómo te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos. Barcelona: Herder; 2021.
27. Bowlby J. El vínculo. Barcelona: Paidós; 1969.
28. Barudy J. El dolor invisible en la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós; 1998.
29. Van der Kolk B. El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. 2nd. Barcelona: Eleftheria; 2017.
30. Pereda N. El coste social de la violencia contra la infancia y la adolescencia. *Papeles del psicólogo*. 2023; 44(3): 145-151. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3021>
31. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, violence, & abuse*. 2019; 20(1): 67-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>

Victoria Eugenia Nieves Iglesias
Correspondencia: victoriaeugenia.nievesiglesias@asturias.org

Noelia Fernández Briz
Correspondencia: noelia.fernandezbriz@asturias.org

10 BÁSICOS 10

Los 10 textos básicos de este monográfico sobre “Mujer y Salud Mental” han sido seleccionados por los autores de los artículos.

Sáez Buenaventura C, editor. Mujer, locura y feminismo. Madrid: Dédalo ediciones; 1979.

Es un texto clásico y pionero en España donde la psiquiatra Carmen Sáez recoge textos de diversas autoras sobre este tema. Se considera el primer texto en la psiquiatría española desde una perspectiva feminista.

Fontanil Y, Alcedo MA, Fernández-Álvarez N, Ezama E, Fernández R. Salidas seguras para mujeres víctimas de violencia de género en la pareja. Oviedo: KRK Ediciones; 2020.

En este libro se encuentran datos procedentes de investigaciones sobre el proceso de ruptura con el maltrato que realizan las mujeres supervivientes de la violencia de género en la pareja junto a testimonios de las mismas. Todo ello puede ayudar a los y las profesionales a entender cómo podemos facilitar la recuperación física, psicológica y social de las mujeres y de sus hijos e hijas. Se analizan los apoyos necesarios para salir de la violencia y su papel en la construcción de una nueva vida libre de violencia. Nadie sale solo. Las personas que trabajamos en la recuperación de los traumas vividos tenemos que estar ahí.

Ruiz-Repullo C. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un acercamiento a la violencia sexual en la juventud. Baleares: Co-lecció Estudis de Violència de Gènere (Universitat de les Illes Balears):9; 2021.

Se trata de un texto cuyo objetivo es, desde una perspectiva feminista, conceptualizar, visibilizar y analizar las violencias sexuales hacia las mujeres en la juventud. Plantea este análisis colocando el foco en los espacios en los que ocurre y en el marco de la pareja como forma de control coercitivo. Dedicamos también un espacio para el examen de la influencia en la violencia sexual de la pornificación de la sociedad. La identificación de todas las violencias sexuales como tales es el requisito mínimo para intervenir con las mujeres.

Stoppard J, McMullen L. Situating Sadness: Women and Depression in Social Context . New York: New York University Press; 2023.

El texto plantea la necesidad de considerar los aspectos estructurales y contextuales que permean la vida de las mujeres que han recibido el diagnóstico de depresión. Así, se visibiliza que los roles de género impuestos, las dinámicas relacionales y/o vinculares, el ejercer labores de cuidado, la exposición a violencias de género, entre otras cuestiones, son o han sido parte de las trayectorias vitales de las entrevistadas y han decantado en la emergencia de sus malestares. A lo largo de sus capítulos también se abordan diferentes temáticas, entre ellas, la manera en que esta categoría influye en el autoconcepto y autopercepción de las mujeres, el impacto que ha tenido en sus experiencias la prescripción de fármacos antidepresivos, el manejo y gestión de la ira en las mujeres y su relación con la depresión así como la experiencia de las mujeres a quienes se les ha atribuido la categoría de depresión post parto.

Valls Llobet, C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing; 2020.

Carmen Valls, médica especializada en endocrinología, referente fundamental en estudios de medicina con perspectiva feminista. En este texto se recoge el sesgo de género estudiado en diferentes especialidades. En lo que se refiere a la Salud Mental, describe los tratamientos y enfermedades asociadas con el culto al cuerpo y la exigencia de una perfección física imposible de alcanzar. Cuestiona asimismo la medicalización de los malestares de la vida de las mujeres.

Shrier A. Un daño irreversible: la locura transgénero que seduce a nuestras hijas. Barcelona: Deusto; 2021.

Periodista del Wall Street Journal, lleva a cabo una investigación sobre la disforia de género de inicio súbito (*rapid-onset gender dysphoria*, RODG, término acuñado por Lisa Littman) que afecta a cada vez más a niñas, adolescentes y jóvenes adultas en los EE.UU. y en el resto del mundo. En esta obra la periodista ha hablado con las chicas, con sus angustiados padres y los consejeros y médicos que llevan a cabo las transiciones de género, así como con las jóvenes que, al acercarse a la edad adulta, se arrepienten amargamente de haberse sometido a ese proceso en su adolescencia.

Millet K. Viaje al manicomio. Barcelona: Seix Barral; 2019.

Publicado originalmente en 1990, en estas memorias la artista, escritora y activista Millett relata su experiencia tras ser diagnosticada como “maniaco-depresiva” y su internamiento en una institución psiquiátrica por parte de su familia.

Evoca magistralmente la montaña rusa de sentimientos que supone el trastorno bipolar (euforia y desesperación; paranoia e impotencia; la angustia y la vergüenza de saberse incapaz) y construye un alegato a favor de los derechos civiles de los enfermos mentales en la sociedad y la familia.

Del Río L, González A. Cuando el cuerpo habla: un abordaje integrador del trastorno conversivo. Barcelona: Paidós; 2021.

En muchas ocasiones este tipo de pacientes no llegan a las consultas de Salud Mental, pivotando de servicio en servicio sin comprensión del origen de su problemática, de cómo se originan y desarrollan. Es esta una guía para profesionales desde un enfoque amplio e integrador sobre el trastorno conversivo, con un abordaje colaborativo con los pacientes.

Rippon G. El género y nuestros cerebros: La nueva neurociencia que rompe el mito del cerebro femenino. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2020.

Nos enfrentamos a diario a convicciones muy arraigadas de que nuestro género determina las aptitudes y las preferencias, desde los juguetes y los colores hasta los estudios y los salarios. Pero ¿qué significa todo esto para nuestras decisiones y nuestro comportamiento? ¿Y para nuestros cerebros? Basándose en su trabajo como catedrática de Neuroimagen Cognitiva, Gina Rippon desentraña los estereotipos que nos bombardean desde nuestros primeros días de vida y demuestra cómo esos mensajes moldean la idea que tenemos de nosotros mismos e incluso de nuestros cerebros, rompiendo el mito del cerebro femenino y masculino.

González de Chávez A. Mujer, cultura, identidad y salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1992; 12(41): 104-114.

El trabajo hace una pequeña revisión de las aportaciones de diversas disciplinas científicas (antropología, mitología, sociología...) en torno a la condición y representación cultural de las mujeres, enfocando a continuación la conformación de la subjetividad femenina desde una aproximación psicoanalítica. Son analizados algunos aspectos de la relación madre-hija, las vivencias de la maternidad y la sexualidad, además de determinados conflictos y rasgos específicos que enmarcan los problemas de salud mental de las mujeres.

PUNTO CRÍTICO

LA SALUD MENTAL A DEBATE

Víctor Aparicio Basauri (*Compilador*)

La salud mental en el mundo¹

Benedetto Saraceno

Psiquiatra. Ex-Director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud

Buenos días a todos. Antes de abordar el tema que me ha sido asignado, permítanme agradecer a la AEN con sincera gratitud y emoción y de manera muy especial homenajear a un fraterno amigo que desde siempre es un destacado y carismático miembro y expresidente de nuestra asociación, Víctor Aparicio Basauri. Digo “nuestra asociación” y mi emoción no es retórica, sino que se refiere a mi nombramiento como miembro de honor de la AEN tiempo atrás, 2004. Un recuerdo y un honor inolvidables. Aprovecho esta oportunidad para decirle a Víctor Aparicio y por primera vez en mi vida que grande es mi admiración por él: intelectual refinado (inolvidables los poemas que él sabe descubrir en la literatura mundial), psiquiatra culto e innovador, militante valiente y, sobre todo un hombre gentil que es mucho más que sólo ser un gentleman.

Después de estas consideraciones personales y locales, vamos a hablar ahora de salud mental en el mundo.

La salud mental en el mundo

El estado de la salud mental en el mundo, este es el título que me confiaron para mi presentación de hoy, se puede contar, y generalmente se cuenta, mostrando una serie de tablas que ilustran prevalencias, incidencias, distribuciones geográficas, brechas en los tratamientos, etcétera. Estas tablas nos dicen que, en todos los países, las condiciones de salud mental son de hecho altamente prevalentes: aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo vive con un trastorno mental. En 2019, aproximadamente 970 millones de personas en el mundo estaban viviendo con un trastorno

¹ Este trabajo se presentó en el Symposium Internacional de Salud Mental (“Pasado, presente y futuro de la atención a la salud mental”) celebrado en Oviedo el 26 y 27 de octubre de 2023. El simposium fue organizado por la Asociación Asturiana de Salud Mental.

mental, 82% de los cuales estaban en países de medio y bajo ingreso.

Los sistemas de salud mental en todo el mundo están marcados por importantes lagunas y desequilibrios en información e investigación, gobernanza, recursos y servicios. Otras condiciones de salud son a menudo priorizadas sobre la salud mental, y dentro del presupuesto de salud, salud mental está sistemáticamente sub-financiada. De media, los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental. Más del 70% del gasto en salud mental en personas de países de ingresos medios todavía va hacia los hospitales psiquiátricos. Alrededor de la mitad de la población mundial vive en países donde solo hay un psiquiatra para atender a 200 000 o más personas.

En todos los países, las brechas en la cobertura del servicio son agravadas por la variabilidad en la calidad de la atención. En muchos lugares, no existen servicios formales de salud mental. Incluso cuando están disponibles, a menudo son inaccesibles o inasequibles.

La cuestión de los recursos

Estimados amigos y colegas, podría seguir durante muchas horas enunciando datos y estadísticas, ofreciendo un panorama cada vez más detallado. Empecé a hacer este ejercicio hace casi treinta años y, aunque con algunas variaciones, los datos son siempre los mismos. Entonces, las conclusiones son siempre las mismas: la prevalencia es alta, los recursos son insuficientes, queremos más recursos. Punto. Siempre el mismo mantra.

Sin embargo, falta algo fundamental para que todo ese tipo de análisis no siga siendo hipocrítico, poco hipocrático y, quizás muy hipócrita. ¿Queremos más recursos, de acuerdo, pero para qué? Todos hemos respaldado con entusiasmo la idea de reducir la brecha entre los no tratados y los tratados y, por lo tanto, la necesidad urgente de ampliar la atención de la salud mental.

Sin embargo, creo que tenemos que construir el contenido de esta ampliación: ¿qué es lo que realmente queremos ampliar? Si no le ponemos un contenido claro a este proceso, seguramente obtendremos un consenso fácil y genérico sobre la ampliación y el cierre de la brecha, pero ese consenso puede ser demasiado fácil y genérico. Al ampliar la atención de la salud mental, estamos incrementando: i) los hospitales psiquiátricos anticuados (como parecen desear algunos psiquiatras); ii) la hospitalización compulsiva con diferentes reglas y derechos según el género del paciente (como les gustaría hacer a algunos psiquiatras en algunos países); iii) el electroshock “excepcionalmente permitido” (esta es la redacción hipócrita utilizada en muchas legislaciones y reglamentos que en realidad oculta la plena autorización de los psiquiatras para el uso sistemático del electroshock); iv) finalmente, ¿estamos aumentando la influencia inaceptable de la industria en las prácticas de prescripción psiquiátrica (y todos los congresos y conferencias internacionales relacionados)? Por supuesto, la respuesta sería: NO.

No queremos incrementar todo esto, pero debemos decirlo más claramente y a medida en que estamos haciendo un esfuerzo para

ampliar la atención debemos desarrollar sistemas de atención de salud mental y de prevención más integrales, más costo-efectivos, innovadores y basados en los derechos humanos. Necesitamos un enfoque más transdisciplinario y abrir diálogos y colaboraciones con los usuarios de los servicios, debemos analizar las legislaciones nacionales y su coherencia con los convenios internacionales sobre derechos humanos, debemos analizar los derechos sociales y económicos de las personas con trastornos mentales y discapacidad tal como lo recomiendan las cartas y convenciones de la ONU, Interamericana y europea.

En otras palabras, no podemos simplemente tratar de exportar paquetes de tratamiento incluso si son de buena calidad y están basados en la evidencia: esto ya no es suficiente. Cada vez estoy más preocupado por la tendencia creciente de los pensadores de la salud mental global a reducir la noción de “implementación” solamente a los tratamientos, como si fuera posible proporcionar tratamientos en un vacío en lugar de en un marco de servicio y políticas bien definidos. Debemos estar extremadamente vigilantes para evitar que la cooperación técnica internacional con los países (en su mayoría con países de bajos ingresos) se reduzca a la transferencia de paquetes de tratamiento. En otras palabras, el término “global” debe verse no solo como una extensión geográfica del número de países tratados como receptores pasivos de cooperación técnica en el área restringida de

los tratamientos psiquiátricos, sino como el apoyo global a la provisión local de políticas integrales de salud mental y cuidado.

Experiencias

Por tanto, hablar de salud mental en el mundo no es simplemente un ejercicio estadístico que nos permita hacer un llamado a los donantes públicos y privados, a los gobiernos y a la sociedad civil a “dar más” a la salud mental.

Necesitamos criterios de calidad, indicadores y sobre todo necesitamos construir un mapa que nos indique dónde se practican experiencias innovadoras, costo-efectivas y basadas en el respeto de los derechos humanos y dónde se practican experiencias tradicionales pero que aún merecen ser definidas como experiencias de salud mental y, por último, donde se practica una psiquiatría indecente y que necesite ser radicalmente transformada.

Si se quisiera dibujar una especie de mapa de las experiencias de reforma de la asistencia psiquiátrica en el mundo, se dibujaría un mapa geográfico caracterizado por al menos cinco categorías diferentes de experiencias, a las que corresponderían banderas de cinco colores diferentes, a veces apuntando a naciones enteras, a veces a ciudades o regiones individuales, pero a menudo también a áreas geográficas muy limitadas. Esta división en cinco categorías es obviamente personal y artificial, pero podría servir como un primer reconocimiento, aunque tosco, de lo que existe.

Comencemos por decidir colorear de rojo la bandera que identifica en Italia las experiencias de Trieste y algunas (pocas) realidades locales italianas de servicios de salud mental decididamente virtuosos. ¡Les pido perdón a todos los colegas por esta pequeña vanidad de poner la experiencia basagliana en la cima de la pirámide de las buenas prácticas!

Además, la bandera roja señalaría todas aquellas prácticas excelentes que quizás han recibido una influencia directa y significativa del pensamiento y la obra de la Psiquiatría Anti-Institucional. En este grupo encontraremos las experiencias históricas de Oviedo en Asturias (fue el primer hospital psiquiátrico español en cerrarse definitivamente), de Andalucía con el complejo y difundido sistema de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (y la excelencia del Servicio de Jerez de la Frontera), y la experiencia de Leganés. Aquí hay que recordar las fundamentales y decisivas visitas de Basaglia a España aún en plena dictadura franquista.

Aún en Europa, destaca la experiencia del sistema de salud mental de la ciudad de Lille en Francia con su notable red de alianzas con la sociedad civil.

En el área no europea, la vasta red de experiencias de la gran reforma de Brasil ciertamente debe ser recordada con una historia impresionante y en cierto modo única de participación directa de los usuarios en el proceso de reforma. Finalmente, cabe mencionar las experiencias argentinas en la pro-

vincia de Río Negro (y la llamada ley de desmanicomialización) y posteriormente en Rosario y otras provincias del país. Por último, hay que mencionar el cierre total del manicomio de Santo Domingo reemplazado por una riquísima red de servicios en la comunidad y con hogares substitutos.

Un segundo grupo de experiencias, que identificaremos con una bandera verde, son aquellas en las que conviven iniciativas locales específicas con la influencia de modelos europeos, determinando la configuración de una asistencia psiquiátrica anti institucional con sus propias características específicas. Este es el caso de la importante experiencia de desinstitucionalización en la ciudad de Birmingham (Reino Unido) donde la presencia de una gran población de inmigrantes caribeños e indo-paquistanés ha dado lugar a estrategias de intervención innovadoras y absolutamente específicas (recordemos la práctica de intervención en crisis hecha en la casa de los usuarios); nuevamente, cabe mencionar las experiencias innovadoras en Irlanda, en primer lugar las de Monaghan y Cavan Mental Health Services. La relación con el modelo de Trieste, caracterizada por un alto grado de igualdad de intercambio y por una especificidad significativa en el desarrollo de los servicios, también está presente en numerosas experiencias brasileñas, que comenzaron en Santos con una fuerte influencia del modelo italiano, pero que luego se desarrolló en todo el territorio paulatinamente en progresiva autonomía y especificidad local.

El tercer grupo, que caracterizaremos con una bandera amarilla, se refiere a aquellos países que han desarrollado políticas de salud mental innovadoras inspiradas en la necesidad de superar el manicomio y de construir redes de servicios de salud mental en la comunidad (a veces son políticas acompañadas también de sistemas legislativos específicos). Sin embargo, estas políticas innovadoras se han visto frenadas sistemáticamente por una poderosa resistencia del establecimiento psiquiátrico más conservador. Este es el caso de muchos países en los que ha intervenido la OMS, que ciertamente ha sido capaz de guiar a las autoridades sanitarias nacionales hacia un cambio de paradigma, que, sin embargo, con demasiada frecuencia, se ha limitado a definir políticas y legislaciones que todavía luchan por implementarse. La capacidad e innovación del “pensamiento de la OMS” puede influir en las políticas, pero tiene poco impacto en la transformación efectiva de las prácticas. En este sentido, pensemos en los países latinoamericanos influenciados por la Declaración de Caracas: Chile, dotado de una extraordinaria red de atención primaria de salud y servicios de salud mental en la comunidad capaz de acciones efectivas sobre la salud mental de la población pero donde siguen iguales las antiguas instituciones psiquiátricas; Perú, donde se vive una extraordinaria revolución cultural en el campo de la salud mental con un florecimiento de experiencias territoriales de salud mental pero, aún, con escasa incidencia en los procesos de desinstitucionalización. En otras áreas geográficas del mundo cabe men-

cionar Palestina, con una política de salud mental ciertamente vanguardista pero con malos servicios en Cisjordania y excelentes logros en la Franja de Gaza; Líbano, con un equipo de salud mental del Ministerio de Salud que ha adoptado uno de los documentos de política más innovadores de la región pero con una fuerte presencia frenada del sector hospitalario privado, sordo a cualquier cambio; Sri Lanka con una buena política de calidad y una realidad innovadora limitada a la costa este del país (Batticaloa) y cierto éxito en la humanización del hospital psiquiátrico de Angoda en Colombo.

El cuarto grupo, al que atribuiremos una bandera morada, está formado por experiencias de gran innovación y totalmente independientes de las influencias de los movimientos anti institucionales europeos. En este grupo, la parte del león se la lleva ciertamente la India, donde algunas realidades asistenciales son decididamente innovadoras, centradas tanto en la humanización radical de los lugares de acogida como en el fuerte arraigo en los territorios. Son siempre experiencias fuera del sistema público de salud, generalmente realizadas por organizaciones filantrópicas. Entre todas, y son numerosas, cabe mencionar las dos experiencias en Tamil Nadu, en Chennai: la de Banyan, una ONG que reúne a mujeres sin hogar y mujeres con problemas psiquiátricos y las acompaña en un intenso proceso de rehabilitación psicosocial y social y el de la Fundación para la Investigación de la Esquizofrenia (SCARF) que atiende gratuitamente a pacientes psicóticos graves.

Además de India, cabe mencionar finalmente las extraordinarias experiencias logradas en Los Ángeles en apoyo a las poblaciones más vulnerables y con una fuerte y a veces radical implicación de toda la comunidad; de manera similar, en Melbourne, Australia, ha habido experiencias de transición de instituciones psiquiátricas tradicionales a redes generalizadas de asistencia y atención en la comunidad.

Finalmente, el quinto grupo que señalaremos con bandera azul está integrado por las innumerables experiencias locales de asistencia psiquiátrica y promoción de la salud mental en la comunidad, bajo el lema de la solidaridad, la integración social, la inserción laboral, la vivienda y la promoción de los derechos. Se trata de experiencias a menudo inspiradas por un líder local o por un grupo de operadores sociales públicos o incluso privados que, en sinergia, construyen “micro excelencias” locales en territorios a veces muy pequeños. Los encontramos sobre todo en África (Sudáfrica, Costa de Marfil y Benín) pero también en Asia (Nepal y Japón). Sin embargo, son imposibles de conocer todos, de enumerar, catalogar y describir.

¿Y el resto del mundo? ¿Qué sucede en China, Rusia, el Sudeste Asiático o Estados Unidos o Europa del Este? Ciertamente no es posible en esta breve presentación analizar las diferencias importantes de tantos países diferentes. Lo cierto es que incluso allí donde se han prestado servicios psiquiátricos de calidad más que aceptable (pensemos en el norte de Europa, por ejemplo) ese cuestionamiento radical del modelo

biomédico y sus instituciones totales no ha ocurrido con la misma definitiva radicalidad que ha caracterizado las experiencias antiinstitucionales históricas. La experiencia italiana y las pocas que aquí se han mencionado brevemente siguen siendo brillantes ejemplos de innovación en una noche oscura que aún se caracteriza por los asilos.

En conclusión

Estoy convencido de que deberíamos pensar o repensar más profundamente la noción misma de Salud Mental Global (SMG). Para ello tengo un conjunto de preguntas sin respuesta que, en mi opinión, deberían ser tema de debate futuro.

- ¿Es la SMG realmente global o más bien occidental?
- ¿Está la SMG demasiado desequilibrada hacia un modelo biomédico?
- ¿Se preocupa la SMG lo suficiente por modificar los determinantes sociales de las enfermedades mentales?
- ¿Cuál es el impacto real (si lo hay) de la SMG en los países de bajos ingresos?
- ¿Cuáles son las consecuencias sobre los derechos humanos de las personas internadas en instituciones psiquiátricas del énfasis casi exclusivo de la SMG en los trastornos mentales comunes y en el primer nivel de atención? ¿Las personas con discapacidad mental grave que viven en instituciones corren nuevamente el riesgo de ser olvidadas?

La Junta Ejecutiva del Consorcio de Universidades para la Salud Global define la Salud Global como un “área de estudio, investigación y práctica que prioriza la mejora de la salud y el logro de la equidad en la salud para todas las personas en todo el mundo y enfatiza los problemas de salud transnacionales, los determinantes sociales, y las soluciones”. En otras palabras, “Salud Global” va más allá del paradigma médico e introduce las nociones y objetivos clave para mejorar la salud y lograr la equidad en la salud utilizando un enfoque integral de

desarrollo y salud pública. El enfoque de salud pública se centra en las poblaciones más que en los individuos, pone énfasis en la prevención y no solo en la atención y enfatiza el objetivo de la equidad y la justicia.

Pero si todo esto es cierto para la Salud Global, ¿no puede serlo también para la SMG? En otras palabras, ¿por qué la SMG debería reducirse solo a hacer que los tratamientos médicos psiquiátricos estén disponibles para más personas? ¿No estamos aceptando el reduccionismo en lugar de unirnos a las ambiciones de la salud global?

Dichas y desdichas en el devenir de la salud mental

José Luis Pedreira Massa

Psiquiatra y Psicoterapeuta Infancia y Adolescencia. Madrid

En los dos últimos años ha emergido un inusitado interés por la salud mental. No existe programa que se precie, sea profesional o de medio de difusión social, que se resista a la seducción, casi magnética, en torno a los temas de salud mental. Seamos cautelosos, todos hemos de limitarnos a tratar los temas en el contexto que enmarca la intervención concreta, como dirían los viejos marxistas limitarse al análisis concreto de la realidad concreta.

Todo lo relativo a lo mental en España estaba tratado con un gran oscurantismo y solo los próceres de la psiquiatría oficial o los grupos de profesionales rojos osaban abordar, con planteamientos distantes, temas relativos a la enfermedad mental y a sus consecuencias, tanto más si se trataba de temas relativos a los derechos humanos de las personas con problemas mentales y al estigma social de estas personas y de sus familias.

Tránsitos y dudas

Aparecen dos elementos de sumo interés: el sistema DSM en su tercera revisión y sucesivas hasta la 5ª TR actual y la actualización de nuevos tratamientos farmacológicos con menos efectos secundarios y con un coste económico muy superior.

En relación con el primer factor: los sistemas de clasificación sucesivos de la serie DSM han originado un mayor nivel de concordancia diagnóstica entre los profesionales, pero se ha perdido la comprensión psicopatológica de los procesos, con lo que se ha buscado, fundamentalmente, concordancias sintomáticas sin el hilvanado correspondiente de los mecanismos psicopatológicos en la comprensión de la estructura de esos procesos. Se da la peculiaridad que ha habido que crear un constructo teórico: la co-morbilidad; este constructo aporta un falso contenido científico. Existen trabajos de investigación que nos dicen que con los mismos síntomas se puede cumplir criterios en 2-3 categorías del DSM, este hecho hace crisis con el constructo científico de la serie DSM; poniendo en evidencia que con criterios de psiquiatría basada en datos el sistema DSM es un documento de consenso de profesionales, por lo tanto el nivel de evidencia es muy bajo: grupo C-D.

Los avances en la psicofarmacología han sido muy importantes y la presión de la industria farmacéutica sobre los profesionales ha sido muy relevante, hasta el nivel de ocupar un lugar preferente en la formación continuada de los profesionales, incidiendo de forma selectiva sobre los MIR

de psiquiatría. Al éxito de estos tratamientos ha contribuido que se consiguió disminuir un buen número de efectos secundarios de los neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos, aunque disminuir no significa eliminar.

El efecto inmediato de estos dos factores referidos ha tenido impacto en la disminución patente en la formación psicoterapéutica de los MIR de psiquiatría, por lo que se derivaba al campo de la psicología y, en segundo lugar, que España se sitúe a la cabeza del consumo de psicofármacos. Mientras el número de Psiquiatras y Psicólogos en el SNS es escaso de acuerdo a los programas que se pretenden desarrollar y a la cobertura profesional para esos programas. Con estos antecedentes, el corporativismo fue creciendo en los servicios de salud mental.

Emerge la reforma

En diciembre del año 1979 el Dr. David Nasio fue invitado a impartir una conferencia como actividad de la AEN en Madrid, tras la conferencia un grupo nos fuimos a comer, la foto es muy curiosa, podría considerarse como la base de los actores de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de salud mental: Pepe García, Víctor Aparicio, Carmen Sáez, Ana Sánchez, Manuel González de Chávez, Federico Menéndez, Carmen Fernández Rojero, Valentín Corcés y yo mismo. Fue una comida muy importante, allí ya se esbozaron, por parte de alguno de los asistentes, unas bases claras para el inicio de “la reforma”, que se consideraba como algo prioritario a implementar y desarrollar.

A partir del año 1985 aparece un nuevo factor; la denominada Reforma de la salud

mental. Se había iniciado en Asturias unos años antes y pretendía ser algo más que una reforma asistencialista. Buscaba dar una respuesta más holística y con una perspectiva innovadora, asumiendo su pertenencia al sistema sanitario, pero no solo con el sistema sanitario, aparece la comunidad con sus instituciones y con su organización, de tal suerte que lo comunitario cobra entidad propia porque la comunidad no es algo estático, sino que posee un componente dinámico que da, aporta y recibe informaciones diversas, que deben ser recogidas y comprendidas.

El principio fundamental consistía en superar los manicomios, para ello se establecieron unos principios claves: integración en la asistencia sanitaria general, organización de base comunitaria con los Centros de Salud Mental, ingresos hospitalarios en unidades en el seno de los hospitales generales con su correspondiente atención de las urgencias, establecer dispositivos intermedios como los Hospitales de Día y estructuras de atención a las personas que pudieran tener una evolución crónica (pisos protegidos, residencias, comunidades terapéuticas, centros laborales, creación de cooperativas laborales). Es evidente que quedaba mucho por hacer, pero esta transformación requería que se considerara una prioridad política y administrativa, con la correspondiente financiación y prioridad presupuestaria. Estos principios se asumieron en la Ley General de Sanidad en el año 1986, parecía que el éxito podría estar asumido.

Pero la realidad se impuso a dos niveles: el organizativo y el conceptual. En el plano organizativo la reforma avanzaba de forma

lenta, irregular y de forma heterogénea, tanto en el conjunto de las CCAA como en los desarrollos de cada una de ellas en particular.

En el aspecto conceptual aconteció algo alarmante: tras el impacto provocado por los nuevos contenidos del lenguaje, con términos atractivos como trabajo comunitario, atención integrada e integral, psicoterapias diversas... Pronto se empezó a deteriorar esta utilización y se comprobó que se utilizaban los términos, pero se les vaciaba de contenido, se empobrecieron las aportaciones nuevas y, en no pocas ocasiones, cualquier propuesta de innovación no era aceptada. Este devenir originó un cierto empobrecimiento en el discurso con repeticiones vacías o vaciadas. Es evidente que existieron excepciones, pero fueron excepciones puntuales.

Vías de salida

Un primer punto fundamental para evaluar la salida de este impasse es comprender y practicar lo que Allen Frances nos avisa: “cada vez que hay un aumento muy rápido en un diagnóstico concreto (p. ej., TEA, TDAH) significa que detrás hay una moda pasajera. Esto no significa que la gente esté más enferma. No hay más autistas que los que había hace 20 años. Está siendo diagnosticado cincuenta veces más frecuentemente porque los criterios cambiaron y se consiguen más servicios escolares con un diagnóstico de autismo o de hiperactividad. Las personas son iguales, pero los hábitos diagnósticos son muy cambiantes”.

Joanna Moncrieff nos señala que “el concepto de enfermedad mental tiene un rol estratégico en las sociedades modernas,

por lo tanto, permite a ciertas actividades contenciosas oscurecer su naturaleza política y desviar la atención de las caídas del sistema económico subyacente. Así, el análisis sugiere que la visión exclusivamente médica de los trastornos mentales está impulsada por imperativos políticos más que por la ciencia y revela la necesidad de un sistema que sea más transparente y democrático”.

Niall McLaren lanza un reto clave, “el modelo biomédico, que se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, prevalece en todos los sistemas de salud mental existentes. Como resultado, los determinantes sociales que impactan en la salud mental de las personas a menudo no se tienen en cuenta...”. Esto produce dos efectos: La psiquiatría actual infringe de manera rutinaria y sistemática prácticamente todas las leyes y tratados sobre derechos humanos sancionados internacionalmente, sin ninguna justificación científica; y, en segundo lugar, aparte de los psiquiatras, el mundo se está alejando de la idea de que, cuando se trata de personas con problemas mentales, las formas y estándares de tratamiento de hace cien años están bien. Este trabajo de McLaren está fundamentado en un informe de la WHO y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) de este mismo año y concluye que la psiquiatría institucional no cederá de buen grado, basta con mirar a los editores de revistas; ni siquiera quieren saber que existen la OMS o el OHCHR.

Existen vías de salida intermedias, potenciando aquellos aspectos que tuvieron menor

desarrollo, esos aspectos se han intentado solventar elaborando la estrategia de Salud Mental para el conjunto del SNS y que son orientaciones que luego deben implementar y desarrollar las líneas estratégicas las CCAA, dotándolas de financiación en el seno de sus presupuestos anuales.

En este sentido existen unas líneas estructurales fundamentales a desarrollar, mientras acontecen más cambios estructurales:

1. Financiación suficiente, con el fin del sostenimiento de lo existente y creación de programas nuevos y que son necesarios. Es importante este punto, solo el 5% del presupuesto sanitario se dedica a la SM, es evidente que es una financiación insuficiente y se precisa priorizar la SM en los presupuestos para tener una atención de SM moderna y de calidad.
2. Implementar y desarrollar la especialidad de Psiquiatría de Infancia y Adolescencia. Era una gran carencia que quedaba siempre pendiente. Integrar esta atención a la población infanto-juvenil es una prioridad para desarrollar contenidos de promoción y prevención de la SM y para la integración de la atención a las familias.
3. Fortalecer el trabajo comunitario. El trabajo comunitario es algo más que un enunciado, más o menos afortunado; es un estilo de trabajo que persigue integrar a los recursos comunitarios en y para el trabajo de los dispositivos asistenciales directos, además permite plantearse la participación comunitaria en el proceso y activa los programas preventivos, la integración de las personas con problemas de SM y el trabajo interinstitucional.
4. Estimular el desarrollo de los derechos humanos en las personas con problemas de SM incluyendo la disminución de las sujeciones mecánicas, potenciando actividades que combatan el estigma de los padecimientos mentales.
5. Actualizar los recursos humanos. Es importante huir de meras formulaciones de los recursos en base a las ratios de profesionales, sino que se precisa definir los programas asistenciales, las coberturas y los profesionales necesarios para la atención de calidad y, en base a ello, dotar de recursos profesionales precisos y necesarios.
6. Favorecer las psicoterapias. Se trata de rescatar la formación psicoterapéutica en los profesionales y que se transforme en una actividad clara y preferente en el desarrollo asistencial de la atención a las personas con problemas de salud mental.
7. La formación. Es preciso coordinar la formación en SM en los tres niveles formativos: pregrado, formación de postgrado y formación continuada. Potenciar y desarrollar las plazas de profesorado universitario en el seno de los servicios, por razones obvias de disminuir la tensión existente entre ambos niveles. Según la OMS y OHCHR se precisa una línea nueva de formación para establecer el cambio total que precisa la psiquiatría y

los psiquiatras, habrá resistencias sobre todo en el mundo de la academia, pero hay que iniciar los pasos porque el tiempo para este cambio de paradigma precisará de mucho tiempo.

8. La investigación debe potenciar las líneas prioritarias de investigación en SM y la correspondiente dotación presupuestaria para llevar a cabo esas líneas de investigación, tanto epidemiológica, como terapéutica (farmacológica y psicoterapéutica) y clínica (cuadros clínicos, psicopatología, genética, medios diagnósticos).

Conclusiones

Dicen que la SM está de moda, malo si es una moda, lo importante es defender que no hay salud sin SM a todos los niveles.

Se avanzó mucho en la década de los ochenta del siglo pasado, pero se hizo de forma irregular y heterogénea. En muchos casos se “vacío” de contenido los términos y quedaron solo palabras.

Hay vías de salida que deben ser implementadas de forma prioritaria y con urgencia y, sobre todo, dotar de recursos humanos y profesionales de forma suficiente.

Bibliografía recomendada

1. Carcedo Rocés L, Pedreira Massa JL, Martínez Olmos J. Tras la pandemia por covid-19: un nuevo trayecto para la política sanitaria. *Sistema*. 2020; 258 (junio).
2. Espino A. La atención a la salud mental en España. Toledo: Servicio Publicaciones Junta Comunidades de Castilla la Mancha; 2006.
3. Frances A. *Saving normal*. New York: William Morrow-Harper Collins Publishers; 2016.
4. McLaren N. The New WHO and UN Guidance: Psychiatry Must Entirely Change. *Mad in America: Science, Psychiatry and Social Justice*. November 18; 2023.
5. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del SNS*. Madrid: Servicio Publicaciones Ministerio de Sanidad; 2022.
6. Moncrieff J, Read J. Depression: why drugs and electricity are not the answer, *Psychological Medicine*. 2022; 52(8): 1401-1410. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291721005031>.
7. Pedreira Massa JL. *Salud Mental en la pandemia por la covid-19: Recorridos, tránsitos y encrucijadas*. Madrid: Morata; 2023.
8. WHO & OHCHR. *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. WHO/OHCHR; 2023.

Un cambio de paradigma basado en el modelo de apoyos en salud mental

María Fuster

Abogada especializada en salud mental. Presidenta de la AEN-PSM. Valencia

El 3 de septiembre de 2021 entró en vigor la Ley 8/2021 por la que se reformaba la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (1). Esta ley es el resultado de un largo proceso iniciado cuando el Ministerio de Justicia comenzó con los trámites necesarios para modificar nuestra normativa y adaptarla a la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad hecha en Nueva York en el año 2006 (en adelante CNUDDP). La Convención está vigente en nuestro país desde el año 2008, y supone un cambio radical de paradigma en los derechos de las personas con discapacidad (2), pasa a dar visibilidad a este grupo ciudadano dentro del sistema de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas, y pone en marcha una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer sus derechos.

Es necesario, para quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental, conocer esta normativa para poder aplicarla en nuestra práctica profesional. La discapacidad, tal y como la CNUDDP señala, incluye a aquellas que tengan *deficiencias físicas, mentales (hoy denominadas psicosociales), intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan*

impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Así, sin entrar en otras discusiones en relación a los múltiples procesos de valoración sobre la capacidad a los que se enfrentan las personas a las que acompañamos (que son de máximo interés y necesaria reflexión), es evidente que las personas con problemas de salud mental encuentran muy diversas barreras que dificultan su inserción social (no integración), siendo el estigma una de las más importantes.

Principales cambios

Uno de los cambios más relevantes tras la entrada en vigor de la Ley 8/2021 es la desaparición de la “incapacitación”. El sistema actual se basa en las llamadas medidas de apoyo, y parte de la premisa de que la persona con discapacidad es la protagonista de su propia vida, y por tanto, su voluntad, preferencias y deseos son los que determinan su proyecto vital. Como establece la ley en su preámbulo, se trata del cambio de un sistema en el que predominaba la sustitución y representación en la toma de las decisiones por un sistema basado en los apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica. La sustitución de la voluntad de la persona debe de ser excepcional, como bien establece la norma.

Se trata de un cambio profundo que entra en conflicto con las maneras de actuar arraigadas en nuestras estructuras y prácticas profesionales. Se elimina el criterio de actuación del *mejor interés o interés superior de la persona con discapacidad*, en un nuevo modelo de acompañamiento y asistencia que rehúye de las actuaciones basadas en el paternalismo, en las que el criterio profesional no puede quedar por encima del de la propia persona salvo en casos de grave riesgo. Algo que, en todo caso, ya recoge otra importante norma, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (3).

Las medidas de apoyo voluntarias son las prioritarias en este nuevo sistema. La persona con discapacidad, o cualquier persona en previsión de una posible discapacidad a lo largo de su vida, puede establecer las herramientas necesarias para poder poner en marcha determinados tipos de apoyo cuando los necesite. En este sentido, la ley regula de manera específica los poderes notariales con “cláusula de subsistencia” o de tipo preventivo, o la autocratela, pero no se trata de un *numerus clausus*, sino que cada persona puede crear la estructura y alcance de sus medidas voluntarias. En el caso de que la persona no las tenga o estas sean insuficientes entraría en marcha en su caso la medida de apoyo informal, la guarda de hecho, figura que, a mi parecer, tiene poco encaje en el ámbito de la salud mental. Las medidas de apoyo judiciales son la última opción, lo que debería suponer una desjudicialización de los apoyos a las personas con discapacidad.

Dificultades en la aplicación de la Ley 8/2021

No obstante, tras más de dos años de puesta en marcha de la ley, ¿qué dificultades hemos encontrado para su aplicación? Son muchas las cuestiones que podemos evaluar, pero destaco las siguientes:

- El paradigma de apoyos basado en el respeto a la voluntad, preferencias y deseos de la persona entra en colisión con la aplicación de medidas coercitivas, como los internamientos involuntarios y los tratamientos ambulatorios involuntarios. Urge afrontar como sociedad, y específicamente los profesionales de la salud mental, el uso de herramientas y procesos judiciales que son contrarios a los derechos humanos y a la CNUDPD (4).
- Desde las premisas básicas de la ley, es nuestra responsabilidad ética reflexionar, acompañar e impulsar herramientas y medidas de apoyo que cumplan con el mandato de la CNUDPD. Nuestra estructura social y sanitaria ha de contar con medidas de apoyo a las personas con discapacidad basadas en el respeto a su dignidad inherente y a sus propias decisiones, proyectos y necesidades de apoyo. En el ámbito de la salud mental la planificación anticipada de decisiones es una interesante herramienta, cuyo auge va unido a la implantación de este nuevo paradigma basado en los apoyos.
- Sigue vigente un sistema social que dificulta a las personas la realización de proyectos de vida según sus preferencias y deseos. Además se les obliga reiteradamente a pasar por procesos de

evaluación de su capacidad para acceder a prestaciones nimias o a recursos de apoyo que están alejados de lo que necesitan y de los objetivos de inclusión en la comunidad. Los profesionales nos enfrentamos a una gran complejidad en nuestro acompañamiento, con dilemas éticos constantes, desarrollando nuestra labor en un sistema complejo en el que queremos trabajar desde la asistencia más allá de los diagnósticos y la necesidad de contar con ellos para poder acceder a recursos, que además en sí mismos son del todo insuficientes.

- La imposibilidad de generar proyectos de vida, la sobrecarga de los entornos, las dificultades en la convivencia intrafamiliar, la vulnerabilidad de las personas con discapacidad... son reiteradamente las razones por las que se inician muchos de los procedimientos judiciales de provisión de medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica. Sin embargo esta judicialización no da respuesta a estas dificultades, y encontramos en la práctica diaria muchas resoluciones judiciales que acuerdan medidas de apoyo judiciales para actividades de la vida diaria o actividades instrumentales (apoyos para comer, para desplazarse, para tomar la medicación, el autocui-

dato...). Las medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica deben ir destinadas a actuaciones que tengan cierta trascendencia jurídica porque de otra manera serán ineficaces. De hecho, para estos actos ya existen o deben de existir apoyos en el ámbito social (como por ejemplo a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) (5).

Conclusiones

A modo de última reflexión, afirmaré que es innegable el creciente interés de los profesionales de salud mental por estudiar y aplicar la normativa relativa a los derechos de las personas con discapacidad, sin embargo, considero que falta mucha formación que ahonde en este cambio de paradigma y que vaya más allá del conocimiento de las cuestiones técnicas.

Está en nuestra mano crear, apoyar e impulsar medidas de apoyo voluntarias que con su aplicación ayudarán a reducir la coerción, así como a generar vínculos terapéuticos éticos y respetuosos con los derechos humanos, adecuados al mandato de la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Referencias bibliográficas

1. BOE núm. 132, de 03/06/2021.
2. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008, páginas 20648 a 20659.
3. BOE núm. 274, de 15/11/2002.
4. Beviá Febrera B, Bono del Trigo A. Coord. Coerción y salud mental, Madrid: AEN (Cuaderno Técnico, N° 20); 2017.
5. BOE núm. 299, de 15/12/2006.

INFORMES

Declaración de Bucarest sobre el personal sanitario¹ **Reunión regional de alto nivel sobre el personal sanitario en Europa: es hora de actuar** **22 y 23 de marzo de 2023**

1. Nosotros, los participantes de la Reunión Regional de la Oficina Regional de la OMS para Europa sobre el personal sanitario en Bucarest, Rumania, reconocemos que los trabajadores sanitarios son la columna vertebral de cualquier sistema de salud.
2. Observamos que a pesar del número históricamente alto de trabajadores de la salud en toda la Región de Europa de la OMS, los sistemas de salud nacionales están experimentando dificultades para satisfacer la mayor demanda de servicios de salud como resultado del envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, los retrasos en los servicios debido a la pandemia de COVID-19, las crecientes expectativas de los usuarios de los servicios y las amenazas a la salud, asociados al cambio climático y las emergencias sanitarias.
3. Tenemos en cuenta el informe de la Oficina Regional de la OMS sobre el personal sanitario en Europa. Es hora de actuar e identificar los desafíos claves de la fuerza laboral a los que se enfrentan los sistemas nacionales de salud, incluida la escasez, la distribución desigual, los desajustes en la combinación de habilidades, las insuficiencias en el desarrollo de habilidades para satisfacer las necesidades cambiantes de la atención sanitaria y las nuevas tecnologías digitales y de otro tipo. La fuerza laboral también está envejeciendo y el mercado laboral está cambiando, con una movilidad y migración de trabajadores cada vez más complejas. A algunos países les resulta cada vez más difícil atraer y retener a los jóvenes en el ámbito sanitario.
4. Observamos que estos desafíos a largo plazo se han visto exacerbados por la pandemia de COVID-19, que también ha puesto de relieve la necesidad de proteger la salud física y mental y el bienestar de los trabajadores, muchos de los cuales continúan experimentando estrés, agotamiento, violencia e incluso algunos han abandonado sus trabajos.

¹ Declaración promovida por la Oficina Regional Europea de la OMS.

5. Reconocemos que los gobiernos son conscientes de estos desafíos y muchos ya están tomando medidas importantes para abordarlos. Reconocemos que es necesaria una atención continua y pedimos que se amplíen y fortalezcan aún más las medidas efectivas en colaboración con todas las partes interesadas. Hacemos un llamado a que se compartan experiencias entre los países en el diseño e implementación de soluciones.

6. De acuerdo con el informe regional, pedimos mejorar la oferta de los trabajadores sanitarios mediante:
 - Generando evidencia sobre las necesidades actuales y futuras de la fuerza laboral.
 - Apoyando a las instituciones de salud y educación para adaptar los planes de estudio, la selección de estudiantes y las estrategias de aprendizaje. Fortaleciendo su capacidad docente, para incluir la enseñanza de prácticas de atención innovadoras y adecuadas ambientalmente.
 - Desarrollando la capacidad para una regulación y acreditación efectivas del personal sanitario.
 - Fortaleciendo el desarrollo profesional continuo (DPC) adaptando los estándares y enfoques del DPC, fomentando el desarrollo del liderazgo y garantizando que haya oportunidades de aprendizaje permanente disponible para todo el personal sanitario.
 - Ampliando el uso apropiado de herramientas digitales para brindar servicios más efectivos, eficientes y accesibles.

7. Hacemos un llamado para mejorar la retención y contratación de trabajadores de la salud mediante:
 - Fomentando el uso de medidas de retención que hayan demostrado que funcionan en diferentes etapas de la trayectoria profesional y en diferentes lugares, incluidas aquellas que afectan a las condiciones de trabajo, la progresión profesional y la prestación de otros tipos de apoyo.
 - Gestionando de forma ética y eficaz las políticas de contratación internacional de conformidad con el Código Internacional de la OMS para la práctica de la contratación internacional de personal sanitario, incluido el monitoreo de la emigración.
 - Prestando especial atención para retener y atraer trabajadores sanitarios en las zonas rurales, remotas y otras zonas desatendidas.
 - Tolerancia cero ante la violencia contra los trabajadores sanitarios.

8. Nos comprometemos a optimizar el desempeño del personal sanitario mediante:

- Creando ambientes laborales y condiciones de empleo decentes, seguros y con el personal adecuado que motiven y apoyen a los trabajadores sanitarios, garanticen su salud y seguridad en el trabajo y protejan su salud y bienestar mental: los usuarios y los servicios se beneficiarán cuando los trabajadores reciban un mejor apoyo.
- Teniendo en cuenta las diferencias basadas en género y edad, en los riesgos y necesidades de los trabajadores, como el agotamiento, la violencia, la seguridad en el lugar de trabajo y el apoyo al cuidado de niños y familias.
- Garantizando que las capacidades de los trabajadores sanitarios se utilicen al máximo en la prestación de servicios sanitarios y asistenciales.

9. Exigimos una mejor planificación estratégica del personal sanitario mediante:

- Teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral sanitario promoviendo más medidas intergubernamentales e intersectoriales, incluido el trabajo con los ministerios de finanzas y educación para apoyar la oferta futura de trabajadores sanitarios y garantizar la participación de las partes interesadas en todos los procesos políticos.
- Fortaleciendo los sistemas de información sobre el personal sanitario, y garantizando que la investigación y los datos se utilicen para fundamentar la formulación de políticas.
- Reconociendo que las mujeres realizan la mayor parte del trabajo de cuidados y salud remunerado y no remunerado en la mayoría de los países y que es necesario tomar medidas específicas para eliminar las desigualdades de género, como las diferencias salariales entre hombres y mujeres, valorar el trabajo de cuidados no remunerado y promover el equilibrio de género en todas las decisiones y toma de posiciones y prestación de servicios.

10. Exigimos una inversión pública mayor y más inteligente en educación, desarrollo y protección de la fuerza laboral mediante:

- Asignando recursos suficientes para la educación y el empleo de un número adecuado de trabajadores sanitarios.
- Optimizando el uso de la inversión pública a través de políticas que promuevan el desempeño y la calidad de la atención, incluido el uso de soluciones ambientalmente racionales.

- Delineando una división eficiente de funciones y apoyar a los equipos multiprofesionales integrados de salud.
 - Mejorando las capacidades digitales del personal sanitario y asistencial.
 - Ideando acuerdos de trabajo más flexibles.
 - Mejorando las condiciones laborales y desarrollando otras políticas para atraer y retener a los trabajadores sanitarios.
11. Reconocemos que existen vínculos entre estas prioridades y que, para lograr un progreso significativo, es importante involucrar a todas las partes interesadas clave, incluidos los representantes del personal de salud, sus empleadores, los ministerios nacionales de finanzas y educación y las organizaciones internacionales sin fines de lucro, los fideicomisos y las fundaciones. Es con este espíritu de cooperación que presentamos esta declaración.

RESEÑAS

Una vía en las estrellas. El Camino de Santiago de unas personas poco corrientes

Concha Fernández Pol

Mandala Ediciones, 2023.

La reinserción es estado puro

El libro es el relato de una aventura que comenzó el 1 de febrero de 2001 en el que un grupo de 14 personas inicia el Camino Primitivo de Oviedo a Santiago de Compostela. Este grupo se había creado en el Centro de Salud Mental de Otero (Oviedo) por iniciativa de la psicóloga clínica, Concha Fernández Pol y la enfermera de salud mental, Marisa Noriega. Ambas de forma voluntaria habían organizado un grupo de montaña en el Centro de Salud Mental tras escuchar la demanda de un usuario, montañero de buen nivel en su día, sobre su deseo de realizar actividades de senderismo. Inicialmente comenzaron pequeñas salidas de senderismo que gradualmente fueron aumentando en esfuerzo y dificultad hasta que se planteó la idea de realizar el Camino de Santiago entre Oviedo y Santiago de Compostela, denominado “Primitivo” con 313 km (14 etapas). El grupo estaba formado por 12 varones con problemas de salud mental graves más las dos profesionales de salud mental.

Hay unas palabras en el título de este libro que me han recordado una aseveración de Francesc Tosquelles; *“debemos, y tenemos la necesidad, de aprender primero la lengua del otro, es decir, que nuestro único diccionario debe ser el paciente”*. Una de la personas que participaron en la aventura antes de comenzar el Camino de Santiago dijo *“somos unas personas poco corrientes”*. Sin duda la definición ayuda en el avance para desterrar el estigma que estas personas poco corrientes viven a menudo en su vida cotidiana. Concha escuchó estas palabras y no dudó en ponerlas en el título del libro.

Concha tras su jubilación quiso contar esta historia tan original y dinámica. Su relato va circulando por varios ejes. Hay uno central que transcurre por la descripción de las diferentes etapas del camino, pero con el añadido de las voces de los protagonistas, que van expresando sus deseos, los temores y las sorpresas que suceden en cada etapa. El ritmo de la descripción va creciendo en interés y su punto culminante llega cuando el objetivo tan ansiadamente deseado es alcanzado con la entrada en la Catedral de Santiago de Compostela. Dejo a los lectores del libro que disfruten de esa última escena. La realidad es que descubrimos como

las personas que realizan este camino van mejorando su comunicación y ellos mismos visualizan que el tener un objetivo alcanzable y compartido les estimula y evidencian que su calidad de vida mejora.

El relato nos trae otros aspectos que reflejan los conocimientos e intereses de la autora. Su conocimiento y cariño por el folklore lo desparrama a través del texto, pero incluso en una de las etapas juega un papel en la resolución de una crisis. No es un detalle de poca importancia el que la edición del libro tenga el apoyo de la fundación del cantautor castellano-leonés Joaquín Díaz. Tampoco va a pasar desapercibido el tono de respeto a los derechos humanos que atraviesa transversalmente el texto, campo al que Concha ha dedicado mucho tiempo en los últimos años como secretaria general de Amnistía Internacional en Asturias.

Un aspecto loable y valiente es como la autora también se desnuda ante los lectores y nos habla de sus temores, sus fantasías y sus deseos ante esta aventura. Alguna anécdota en este sentido nos hace surgir la sonrisa.

Las palabras del Premio Nobel de Literatura Wole Soyinka son muy adecuadas para cerrar esta reseña; *“Es pues en las relaciones humanas que la dignidad se descubre con todo su sentido”* porque *“se produce una interacción social”*.

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)

Baba Yagá puso un huevo

Dubravka Ugrešić

Ed. *Impedimenta*, 2020.

—Vaya manía de recomendar libros que no son técnicos —dijo Julia, elevando ligeramente el tono.

—El médico que solo sabe de medicina, ni medicina sabe —replicó Ana, con un zarandeo de coleta.

El Comité de Redacción del Neocórtex había designado a dos de sus mejores neuronas para que debatieran si el presente libro sería un buen alimento para el cerebro de los trabajadores de salud mental.

Julia no estaba dispuesta a permitir que un texto con ese título tan grotesco desentonara en los anaqueles sesudos dedicados a la ciencia mental.

—Le puede interesar a cualquiera. Sin embargo, para el fin que nos ocupa, es irrelevante un libro del que no se sabe a ciencia cierta si es auto ficción, o cuento, o estudio antropológico.

—La brava Dubravka habla de lo invisible —replicó Ana—. Cuenta cuentos cuyos protagonistas son mujeres mayores. En las consultas se atienden a cientos de ellas, pero pasan inadvertidas.

—Pero escribe desde un contexto eslavo, diferente del nuestro, no puedes extrapolar.

—El mito de la mujer mayor, fea y con poderes ocultos inunda los rincones culturales de la humanidad.

—Ahí tienes parte de razón —concedió Julia—, de niña para evitar que cruzara la vía del tren me metían miedo con la caseta de la bruja, en realidad una garita para guardar material, junto al guardagujas.

Ana había conseguido una pequeña victoria. Se animó a ir más lejos.

—Claro, y ahora los brujos de la clínica desdeñan a las brujas.

Medio arrepentida de la cesión, Julia retomó su argumentación a la contra.

—¿Brujas? Pero, vamos a ver, ¿es un texto realista, simbólico, fantástico, cuento, etnología, comentario de texto?

— Pues... todo a la vez. Es un tríptico. Y es lo más feminista que he leído en mucho tiempo. Además, disfruté con su lectura y me carcajeé unas cuantas veces.

—No me acabo de convencer. Un libro de otra cultura, folklórico, al mismo tiempo de varios géneros, que induce a la risa y donde prácticamente solo salen mujeres... pues no sé qué tiene que ver eso con la clínica.

—Pareces parte del cerebro reptiliano —apostilló Ana, girando inesperadamente.

—Eh, espera. ¿Y lo del huevo, a qué viene?

— Tendrás que leerlo para saberlo.

Andrés Cabero Álvarez

Psicólogo clínico

Asturias (España)

De los Determinantes Sociales a la Salud Mental Colectiva

Ander Retolaza

**Editorial Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios n.º 68
Madrid, 2024.**

La psiquiatría será social... o no será

El campo de la salud mental se encuentra atravesado por multitud de factores que, en sus diferentes niveles de intervención (política, asistencial, ética), dificultan y oscurecen las prácticas. La desorientación y la pérdida de referencias deviene síntoma tanto en el colectivo de profesionales como a nivel de gestión e implementación de recursos. Algunas de sus consecuencias y efectos más notables los sentimos a propósito de la escalada en la privatización de los sistemas de salud, el progresivo incremento de la demanda, la reducción de los equipos profesionales y el aumento del burn-out entre profesionales de atención directa, así como el borrado del acto profesional en detrimento de la clínica.

Ander Retolaza, psiquiatra e investigador con una dilatada experiencia en el campo, incide en el punto de intersección entre lo social y lo clínico, la importancia del contexto y de las relaciones, para arrojar algo de luz sobre algunas de las derivas (peligrosas) imperantes en el discurso científico y social de nuestra época. Este libro supone una aproximación, no solo preventiva en el sentido de que nos advierte sobre aquellos planteamientos que comprometen y limitan el abordaje de la salud mental, sino propositiva, ya que el autor plantea alternativas y propuestas concretas frente a problemáticas emergentes.

Ander Retolaza toma posición frente a las tesis reduccionistas que impregnan el panorama de la salud mental y para ello se apoya en un riguroso análisis que incluye referencias a la historia de la psiquiatría, la clínica y el pensamiento moderno, incorporando estudios científicos e investigaciones que subrayan las relaciones existentes entre lo social (origen, biografía, contexto, género, pobreza) y el sufrimiento psíquico.

Situar y nombrar la complejidad del fenómeno que nos ocupa, en los diferentes niveles de intervención política, comunitaria y epistemológica es un aporte fundamental para poder pensar otro tipo de abordajes posibles y apostar por una mirada anti-segregativa. La reivindicación de lo común y lo colectivo se convierte así en una brújula que nos orienta frente al avance de la segregación efecto de la injerencia de la razón económica como eje de las relaciones sociales. *“Las carencias en este orden de cosas amenazan el porvenir del modelo asistencial comunitario, tanto como el de las formulaciones teóricas que están*

detrás del mismo. Se produce así una fragilidad casi permanente de las nuevas instituciones asistenciales asociada a un insuficiente desarrollo y publicidad del modelo teórico basado en los principios de la psiquiatría social” (Retolaza, p.119). En consecuencia, resulta urgente sostener una posición tanto ética como política a partir de la cual poder avanzar hacia nuevas formas de hacer institución en un campo de experiencia que incluya una diversidad de propuestas con enfoque social y de derechos: Housing First, Diálogo abierto (Sheikkula), “soporte por pares”, prácticas colaborativas o el diagnóstico de comunidad, son algunas de las intervenciones destacadas y analizadas por el autor.

Para finalizar, creo necesario dar visibilidad a esta publicación y que circule por diferentes espacios, tanto de orden técnico como profesional, también académico y docente ya que expone de manera ejemplar, instructiva y pedagógica –y sin renunciar a una mirada crítica– cuestiones y debates fundamentales para nosotros: el papel de farmaindustria, los diagnósticos y la deriva del DSM, la diversificación asistencial y las propuestas de articulación mediante redes, etc.

Este excelente libro de Ander Retolaza “De los determinantes sociales a la salud mental colectiva” permite traer de nuevo, no olvidar sintomáticamente, las relaciones íntimas entre las disciplinas del campo de lo social y el malestar de la condición humana. La cuestión social es inherente a la práctica clínica o, dicho de otra manera, lo que motiva la creación de una institución es la necesidad de ofrecer una respuesta social a fenómenos clínicos tales como ciertos estados de la psicosis, algunos pasajes al acto, algunos estados de deterioro físico que pueden conducir al sujeto hacia la exclusión social absoluta o hasta la muerte. Es decir, la clínica exige de una respuesta y de una práctica social e institucional. Por otro lado, el viejo debate que diferencia lo social (contexto) y lo subjetivo (singular) se resuelve considerando que la constitución subjetiva implica necesariamente un Otro, el sujeto se constituye siempre en relación a un contexto (familia, orden simbólico, institución) y, en consecuencia, lo social y lo singular se encuentran articulados.

En palabras del autor: *“La apuesta es hacer de la salud mental una práctica social (no solo sanitaria) encaminada a la recuperación de la subjetividad, tanto individual como social. Hacer de la salud mental una empresa de profundización democrática mediante la recuperación de ciudadanos que también sean actores sociales” (Retolaza, p.156).*

Cosme Sánchez
Trabajador social
Bilbao (País Vasco)

IN MEMORIAM

RENÉ GONZÁLEZ UZCÁTEGUI (1926-2023)

Un pionero de la transformación de los servicios psiquiátricos en las Américas

El Dr. René González Uzcátegui nació en Venezuela y, después de su jubilación, vivió por más de tres décadas en Costa Rica. Le sobreviven su esposa, Ana Lía Salazar Ávila, varios hijos, nietos y bisnietos. Fue un baluarte de la transformación de los servicios psiquiátricos en las Américas. Ocupó el cargo de Asesor Regional en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), entre julio de 1964 y octubre de 1986. Desde el comienzo de su gestión, desplegó un intenso trabajo para disponer de un diagnóstico de la situación de salud mental en la Región e inició los primeros esfuerzos de la OPS, con la colaboración de un grupo de especialistas latinoamericanos, para la introducción de un nuevo modelo comunitario de servicios de salud mental. Cabe recordar que en esa época era perentorio fijar el posicionamiento de la salud mental como un área legítima de la salud pública y transformar los viejos hospitales-manicomios psiquiátricos que estaban desprestigiados por los pobres resultados terapéuticos y las violaciones de los derechos humanos.

En las décadas de los sesenta hasta los ochenta tuvo un papel clave en difundir y promover la idea de que era conveniente y necesario que los países emprendieran un cambio radical de la asistencia psiquiátrica mediante la reestructuración de los servicios y la implementación de un modelo de base comunitaria. Focalizó sus esfuerzos en el desarrollo de los recursos humanos de salud mental e impulsó varios proyectos locales para demostrar la viabilidad de la reforma. También implementó una política de becas a jóvenes profesionales del campo de la salud mental.

El Dr. González fue un pionero que abrió brechas para lograr cambios significativos en la red de servicios de salud mental en los países, así como reorientar y fortalecer el programa de cooperación técnica en salud mental de la OPS/OMS. Durante más de dos décadas, fueron aumentando las consultorías de la OPS a los países, especialmente sobre organización de los

servicios de salud mental, desinstitucionalización y otros temas prioritarios. Impulsó, particularmente, el enfoque psicosocial en la salud, publicando en 1983 el libro *Dimensiones sociales de la salud mental*. Fue editor y autor de numerosas publicaciones con el sello de OPS.

Tuvo un importante papel en el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, que tuvo como punto de partida la Conferencia de Caracas (Venezuela, noviembre de 1990). A pesar de estar retirado, el Dr. González siempre continuó colaborando con la Unidad Regional de Salud Mental de la OPS en Washington, DC, hasta muy avanzada edad.

Un hombre honesto, de principios, trabajador incansable, profesional de excelencia, y de una modestia increíble. Una gran pérdida para la salud mental de la Región de las Américas y el mundo.

Jorge Rodríguez, MD, PhD

Guatemala

RAMÓN GARCÍA LÓPEZ (1941-2024)

El psiquiatra humanista

El 8 de abril fallecía en Barcelona el psiquiatra Ramón García López. Había nacido en Fuente-Álamo (Albacete). Conocí personalmente a Ramón García en 1972. Yo provenía de otro ámbito de la psiquiatría perteneciente al mundo académico, tradicional, jerárquico y organicista, y estaba en desacuerdo con el trato y la situación que se proporcionaba al enfermo mental. Había leído diversos escritos de Ramón, que me habían impactado y que me mostraban que otro entendimiento y trato del enfermo mental era posible. Viajé a Barcelona, y al cabo de unos meses pude conseguir una plaza en el Instituto Mental de la Santa Cruz y San Pablo, en el Pabellón de Agudos de Mujeres que llevaba Ramón García. En esos momentos, los profesionales del hospital llevaban a cabo una fuerte lucha reivindicativa con la MIA (Administración del Hospital de San Pablo), en relación a una venta especulativa que se había realizado con terrenos pertenecientes al hospital.

Al comenzar mi tarea y, desde el principio, observé que el trato en la relación con el enfermo mental nada tenía que ver con lo que yo había conocido. Había un trato que dignificaba al enfermo mental, que defendía sus derechos como ciudadano y que humanizaba toda la dinámica relacional. Comprobé la desjerarquización; todos los profesionales, con sus diferentes responsabilidades, participaban activamente en las decisiones terapéuticas que se habían acordado. Se procuraba la apertura de esta filosofía asistencial al resto de la institución manicomial, rompiendo la tendencia frecuente a conformar grupos cerrados e incommunicados entre sí, con el convencimiento de que cualquier modelo que se aplicara al mundo de los enfermos mentales debería estar profundamente coordinado con lo comunitario y sus diferentes dispositivos sanitarios, psico-sociales, laborales o económicos.

Ramón García lideró en aquellos primeros años de la década de los 70 este movimiento que luego se fue extendiendo a otras instituciones psiquiátricas. Fue uno de los líderes más sólidos y clarividentes, que en aquellos momentos trataba de humanizar la situación del enfermo mental y que declaraba el fin de los hospitales psiquiátricos como un lugar de exclusión, cronificación y negación de los derechos del enfermo mental.

En Barcelona se empezó a conformar una agrupación de profesionales, la Coordinadora Psiquiátrica, que se fue extendiendo a otras provincias en la medida que se iban incorporando a la lucha por la transformación asistencial. Con la llegada de la democracia todos estos movimientos se fueron agrupando y dando forma a la Asociación Española de Neuropsiquiatría

(AEN), recuperando el espíritu de cambio de la Asociación que los psiquiatras republicanos habían creado en 1924. En esos años se abrieron fronteras y se mantuvo una fuerte relación con la Psiquiatría de Sector francesa, la Psiquiatría Comunitaria inglesa y la Psiquiatría Democrática italiana.

El año 1974 se inauguró el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), de inmensas proporciones, dentro de un plan mas general de atención de salud mental. En 1976 se incorpora Ramón García, siendo nombrado Jefe de Servicio por M. Gómez Beneyto, dando continuidad a su trabajo con la misma filosofía asistencial que había iniciado en el Instituto Mental de la Santa Cruz en Barcelona. En 1985, con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” y un año más tarde con la Ley General de Sanidad se da un vuelco a los planes de salud mental de aquellos años y todos los dispositivos psiquiátricos se incorporan al Sistema Sanitario General, abriendo Unidades de Hospitalización de Agudos en los Hospitales Generales. En consecuencia la actividad del Hospital de Bétera va cesando, dando lugar a su cierre a mediados de los años 80, permaneciendo tan solo un pabellón para pacientes psico-sociales y de larga duración. Ramón García se traslada a la comarca de Ribera Alta, en ese proceso de deshospitización, dirigiendo dos centros de salud mental, y en este ámbito comunitario desarrolla su filosofía asistencial implicando a todos los dispositivos vecinales, sanitarios y sociales de la comarca, para conseguir una atención integral y las condiciones más óptimas posibles para los enfermos mentales. En este medio continua su actividad hasta su jubilación a los 67 años.

Hay otra faceta importante en la personalidad de Ramón García que es su fuerte sentido de la amistad. Ha mantenido una relación estrecha con los amigos que había conocido en su andadura personal y laboral. Vivía por y para los amigos a los que les ofrecía generosamente su mundo particular. Siempre estará en la memoria afectiva de los que le hemos conocido su Finca de “Las Parideras”, en Fuente-Álamo (Albacete), donde había nacido y con la que mantenía un fuerte vínculo él y su familia. Allí hemos disfrutado momentos intensos en donde se vivía una entrega a la amistad, a la conversación, a la naturaleza y en definitiva a la vida. Siempre quedará su presencia en nosotros, con el convencimiento de que haberlo conocido nos ha transformado a todos y nos ha hecho más humanos.

*Alfredo García Valtuille
Psiquiatra
Palma de Mallorca (España)*

TERESA SUÁREZ (1947-2024)¹

En el fallecimiento de una psiquiatra sistémica que propiciaba el cambio en lo político, lo asistencial, lo ideológico

Teresa Suárez falleció el pasado 26 de abril.

Escribir aún bajo ese impacto, urgida por el impulso de hacer llegar noticia de su ausencia para algunos que formasteis parte de su universo de relación en algún tiempo/espacio, en alguna misión compartida, en alguna tarea, y para otros que con conocimiento de ello o sin él, vivís un contexto de la Salud Mental “tocado” por su hacer. Busco transmitirlos. Me resulta necesario y también difícil. Aún puedo verla como si fuéramos a hablar. Otra vez. ¿De clínica?, ¿de formación?, ¿de política?, ¿del mundo?, ¿de pensamiento?, ¿de su nuevo libro?, ¿de nuestras familias?, ¿de nosotras?, ¿qué tendrá en la cabeza ...? Me interfieren imágenes, palabras y silencios, contenidos que a todo eso pertenecen. Me interfieren para escribir su obituario. Y pienso: ¿escribo ahora para ella que ya no está, o para vosotros que lo leeréis? ¿O tal vez, de alguna manera, para mí?

Quiero alejarme de escribir hacia configuraciones mitológicas, de las que participan y atraviesan las organizaciones, los grupos humanos con historia, las familias, que tan bien conocemos los sistémicos, esos en cuya conformación de identidad en España la aportación de Teresa Suárez fue pionera y sostenida, clave. Sin hagiografía, pues establece una construcción dicotómica: la que se muestra, con realizaciones y calificativos supremos, y la que se oculta que remiten y hasta suscitan cuestiones de orden proceloso. En definitiva, textos falsarios.

Hasta cierto punto y de maneras muy distintas para cada uno, nos gobiernan los muertos. También en el ámbito de lo profesional cuando se trata de ejercicios que conforman nuestra identidad, tenemos nuestros muertos que nos determinan en tanto han favorecido (o favorecen aún) identificaciones, líneas estratégicas para andar caminos; “obligan” tomas de decisión hacia la cercanía y la distancia respecto de ellos. Así que las fronteras entre los muertos y los vivos resultan a veces difusas. Tanto es así, que sabiéndolo, algunos dedican esfuerzos a dejar construido un mito de sí mismos que pueda condicionar la vida de sus vivos (la cuestión sería a qué responde esa construcción, claro).

¹ Este obituario ha sido compartido en la WEB de la AEN-PSM.

Así que deseo hablaros de Teresa Suárez desde la búsqueda de verdad por cuanto ella, a lo largo de toda su trayectoria, en diferentes ámbitos, organizaciones, propósitos, y para muchos, ha jugado un papel, a veces decisivo, en la configuración de su identidad o de su contexto inmediato en múltiples aspectos o en el establecimiento de una posición propia en él, de responsabilidad o no, de compartir o no, de limitar (y en qué y cómo) o expandir (con difusión de limitaciones en un totum) esa segunda piel, que siendo profesional, en ocasiones conforma identidad, como le ocurría a ella.

Nació en Asturias y pasó su infancia y adolescencia en Valencia, donde estudió Medicina. Decidió hacer Psiquiatría y fue MIR en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, donde participó activamente en el primer conflicto psiquiátrico de España en 1971 en búsqueda de cambios, que supuso su despido junto a otros compañeros y su salida de España a Lausanne (Suiza) donde finalizó su formación en Psiquiatría, realizó su formación psicoanalítica y su descubrimiento y formación en la sistémica, que junto a Carmen Rojero introduce en España a su vuelta desarrollando programas de formación desde entonces de gran relevancia por su rigor.

Muy sucintamente diré que a lo largo de los años 80 es Jefe de Distrito de Salud Mental de Móstoles y posteriormente Coordinadora del Área 8, hasta ser nombrada Coordinadora Técnica del Programa para la Reforma de Salud Mental (1994-95) de la Comunidad de Madrid. Fue Coordinadora del Hospital de Día del Área 8. Su trayectoria la establece a caballo entre la asistencia pública, donde realiza importantes aportaciones de cambio, y la privada con la creación de AESFASHU y su Centro de Formación en Terapia Sistémica. Fue directora de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1986-1990), miembro de la Junta de FEAP (1999-2002), miembro fundador de la Association Européenne por la Recherche en Thérapie Systémique, Codirectora del Máster en Psicoterapia Relacional (AESFASHU-AGORA RELACIONAL), entre otras muchas aportaciones.

Creo poder decir que se ha sido una de las psiquiatras más reconocidas, que buscó y aportó su ejercicio hasta el final (acaba de publicar en Francia un libro de autoría compartida, que pronto verá la luz en España), configurando su hacer como una manera de vivir. Su fuerte personalidad y carácter definieron ejes de empeño en ello.

Su desaparición, ese hueco que ha dejado, tiene un modo de poder, provocador y favorecedor por y en el vacío surgido, que me parece que tal vez tiene energía o capacidad de atraer (o repeler) a quienes están en un alrededor que es algo más y distinto que el del inmediatismo del aquí y ahora, porque atraviesa y circula por diferentes tiempos y escenarios.

Enfrentó repliegues de riesgo: El proyecto hacia la Salud Mental comunitaria, cuestión esta que le importaba, no es una reliquia caduca ni el vestigio de un propósito extinguido. Al contrario: puede que ahora más que nunca se haga necesario repensar con rigor y entusiasmo sus avances y las consecuencias de su actual “frenada”. También la toxicación del lenguaje y el pensamiento clínicos –también el sistémico, que tanto cuidó–, cuando avanza la simplificación, la linealidad cosificadora, la descontextualización y cosificación de las praxis en Salud Mental, los derechos como palabras vacías. Avanzamos no por casualidad, sino por la iniciativa de un grupo de psiquiatras y psicólogos clínicos que con capacidad de liderazgo, retomando raíces de Lafora y Germain, dispuestos a generar un cambio sustantivo que comenzaba con terminar con la manicomialización como modelo asistencial trabajaron de diferentes maneras para aportar cambios en lo clínico-asistencial, en lo sociopolítico, en el pensamiento, en los derechos... para que el ciudadano se rigiera a sí mismo desde la razón democrática y los derechos. Conformando y participando de múltiples escenarios para ello, estuvo Teresa Suárez. Y en esos paisajes la formación, la coherencia en el hacer clínico era central. La iniciativa junto a Carmen Rojero, de formarse en el Modelo Sistémico y traerlo a nuestro país, creo poder decir que resultó de alta relevancia logrando una valoración y reconocimiento –que se mantiene hasta hoy– aportando de manera sustantiva, verdadera, esa que enfrenta y evita una suerte de tutela vitalicia sobre compañeros, colegas, alumnos, pacientes... que dificulta su emancipación convirtiéndolos en devotos.

Tal vez el fulgor de su trayectoria siga favoreciendo reacciones...

Begoña Olabarría
Psicóloga Clínica
Madrid (España)

ITZHAK LEVAV “TUNCHO” (1939 -2024)¹

Un referente de la salud mental latinoamericana

El 20 de mayo fallecía, en Israel, Tuncho Levav. La noticia se transmitió con rapidez entre los amigos: Benedetto Saraceno, Hugo Cohen, Mirta Roses, Daniel López Acuña,.. con mensajes apenados. Llevábamos dos años sabiendo que su salud había sufrido un retroceso. En las navidades de 2023, como siempre le felicité y en esta ocasión no respondió. Me preocupé y escribí a su esposa Miriam, que me comentó que no se encontraba bien, pero que agradecía las llamadas de los viejos amigos y quedamos en telefonarle para su cumpleaños el 11 de febrero. En febrero hablé con él por última vez y como siempre me respondió con una frase amable, con mucha tristeza me di cuenta que no me había conocido.

Ahora toca rememorar el valor de este hombre, lleno de empatía, de buen hacer, solidario e impulsor de todo lo que podía cambiar la situación de los derechos de las personas con problemas de salud mental. Con frecuencia hacía referencia a sus comienzos con Mauricio Goldenberg, al que denominaba como su maestro. Se sentía orgulloso de haber participado del proyecto que Mauricio Goldenberg había desarrollado en el servicio de psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro del partido de Lanus (Provincia de Buenos Aires) y donde Tuncho fue designado como responsable del primer departamento de psiquiatría social de Argentina (De Lellis)². Decía que lo que más caracterizaba a ese servicio era “el compromiso con la gente, con todos aquellos que debían enfrentar la pobreza y la enfermedad mental” (Levav)³. Cuando Argentina entró en la época de la dictadura comenzó la diáspora; Mauricio Goldenberg se refugió en Venezuela y Tuncho emigró a Israel.

La Declaración de Caracas (1990)

Con su incorporación como jefe de la Unidad de Salud Mental de la OPS/OMS en Washington va a ser el impulsor de la emblemática Declaración de Caracas, la cual se ha convertido en un punto de referencia para el desarrollo de la reestructuración de los servicios de salud mental de la Región de las Américas bajo el prisma de la salud mental comunitaria y del respeto a los DDHH de las personas con problemas de salud mental⁴. En la reunión de Caracas había

-
- 1 Su nombre inicial era Isaac L. Lubchansky hasta que con la dictadura en Argentina emigra a Israel en la década de los 70 y modifica su nombre por Itzhak Levav.
 - 2 De Lellis, M. El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf
 - 3 Levav I . Mauricio Goldenberg (1916-2006). Maestro y pionero de la psiquiatría comunitaria argentina. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2006; 6 (2): 207-209.
 - 4 En la preparación de la Declaración de Caracas contó con el apoyo del anterior jefe de la Unidad de Salud Mental de OPS/OMS, René González y con Benedetto Saraceno que en esa época trabajaba en el Instituto Mario Negri de Milán (Italia).

invitado a varios servicios de salud mental europeos (Italia, España y Suecia) caracterizados por políticas de desinstitucionalización⁵, quería que estas experiencias pudieran servir como ejemplos de que los cambios eran posibles. Sin embargo, no planteaba una imitación de esos procesos europeos sino que la Región de las Américas adaptará los cambios a la realidad social y cultural del continente. En esa línea propuso que en lugar de utilizar el término “reforma psiquiátrica”, de uso frecuente en Europa, se hablará en la Declaración de Caracas de “reestructuración” de los servicios de salud mental.

La salud un puente para la Paz

Tras jubilarse de OPS/OMS siguió apoyando procesos de transformación allí donde se lo solicitaban gobiernos y organizaciones, pero un proyecto al que dedicó toda su energía y compromiso fue el de la revista Bridges desde el Consejo editorial. Una revista de salud pública patrocinada por la OMS (Oficina de Cisjordania y Gaza) y que unía a académicos palestinos e israelitas bajo el lema de “*La salud un puente para la paz*”. Un esfuerzo que debe ser recordado por todos los que desean que la paz se instaure definitivamente en esa región del mundo.

La trayectoria de Tuncho también ha tenido un reconocimiento desde distintas organizaciones. Hay que destacar el Doctor Honoris Causa de la Universidad de Córdoba en Argentina (2008), el nombramiento como Profesor Honorario de la Universidad Cayetano Heredia de Perú (2015) o el nombramiento como miembro de honor de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental. Sin embargo, quiero finalizar este sencillo obituario señalando los rasgos que hemos admirado en Tuncho, junto a su empatía, el sentido de la ética, su capacidad para dar sentido a la palabra “solidaridad”, su defensa de los DDHH de las personas con problemas de salud mental y el disfrute de su sincera amistad. Las últimas palabras son de una estrofa de una poesía de Blas de Otero:

*Pero debo callar y callar tanto,
hay tanto que decir, que cerraría
los ojos, y estaría todo el día
hablando, hablando, hablando.*

*Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)*

5 Por España, participamos profesionales de las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias y Valencia.

NOTICIAS BREVES

Adiós al Dr. José Estévez

En enero fallecía en Avilés (Asturias) el psiquiatra y neurólogo José Estévez a los 89 años. Ejerció su profesión en el denominado hospitalillo de la empresa siderúrgica pública Ensidesa en Avilés. Se había especializado en el Hospital de Valdecilla en Santander. Buen conocedor de los avatares de la medicina laboral había estudiado entre otros temas los del alcoholismo y el suicidio en ese ámbito. Un hombre estudioso, era habitual encontrarlo en la Biblioteca “Rodríguez Lafora” de los servicios de salud mental de Asturias poniéndose al día en los temas de salud mental.

Belén González nueva Comisionada de Salud Mental de España

La psiquiatra Belén González ha sido nombrada por la Ministra de Salud como comisionada de salud mental. Es la primera vez que en el organigrama del Ministerio de Salud la salud mental tiene este rango. Belén González era hasta la fecha Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, asociación que forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental.

Ángel López nuevo Director General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental en la Consejería de Salud de Asturias

Ángel López era hasta su nuevo nombramiento jefe de servicio de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Es Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, especialista universitario en Gestión y Logística Sanitaria y máster en Bioética. Fue director general de Salud Pública y Planificación (2003-2007) de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Con este nombramiento la salud mental sube de rango a una Dirección General que solo había estado en el periodo 1983-1991.

El SESPA crea una Dirección de Salud Mental (Decreto 189/2023)

En el Servicio de Salud del Principado de Asturias se ha creado una Dirección de Salud Mental con dos jefaturas de Servicio. Antonio Rodríguez Cuenca es el nuevo Director de Salud Mental. De las dos jefaturas de servicio, una es la de Continuidad de la Atención en Salud Mental, a cargo de Marco Antonio Luengo Castro, y la otra de Asistencia Sanitaria en Salud Mental, cuyo responsable es Pedro Alberto Marina González.

Corresponden a la Dirección de Salud Mental las siguientes funciones:

- a) La planificación y evaluación de programas y objetivos asistenciales de los centros y servicios de la Red de Salud Mental, así como la coordinación, evaluación y control de estos.
- b) La organización y reordenación de la Red de Salud Mental para conseguir una gestión integrada de los centros y programas asistenciales que se considere necesarios para garantizar la mejor asistencia y continuidad de cuidados.
- c) El desarrollo de todas aquellas acciones de coordinación intersectorial encaminadas a la rehabilitación y reinserción social y laboral.
- d) El desarrollo de medidas de mejora continua en el ámbito de la promoción y prevención de la salud mental.
- e) La planificación de las actividades de docencia en el marco de las políticas de formación especializada de la Red de Salud Mental.
- f) La adscripción de la Unidad Docente multi-profesional de Salud Mental.

Con los cambios en la Consejería de Salud y en el Servicio de Salud del Principado de Asturias la salud mental se refuerza para afrontar los nuevos retos en el marco del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.

Emiliano Galende: Doctor Honoris Causa por la Universidad de Lanús (Argentina)

El jueves 18 de mayo de 2023, la Universidad de Lanús de Argentina, distinguió a dos grandes profesores, destacados miembros de la RED MARISTAN, con el Doctorado Honoris Causa. La distinción fue para el Dr. Emiliano Galende y el Dr. Daniel Rodríguez.

Emiliano Galende es indiscutido en el campo de la salud mental, fue pionero en desarrollar e implementar posgrados de salud mental comunitaria en la Región de América del Sur y, específicamente en lo referente al Doctorado. Fue uno de los fundadores de la Red Maristán y se desempeñó como asesor del primer protocolo de abordaje para las personas con trastornos mentales severos en Latinoamérica. Actualmente, es profesor consultor de la UNLa y director de los Consejos Consultivos Honorarios de la Maestría y el Doctorado de Salud Mental Comunitaria. Con anterioridad había recibido el Doctor Honoris Causa por la Universidad de Rosario (Argentina).

Centenario (1924-2024) de la AEN-Profesionales de Salud Mental

Dentro de las actividades que se van programando con motivo del Centenario de la AEN, en las Jornadas Nacionales que se han celebrado en Madrid en junio de 2024 ha habido dos mesas redondas sobre la historia de las publicaciones de la AEN y de las asociaciones autonómicas. Por otro lado, se está preparando un monográfico en la Revista de la AEN sobre materias diversas que tienen que ver con nuestra historia.

Nos dejó “Pepín”, ex-secretario de redacción de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria

En diciembre nos dejaba José Antonio Fernández “Pepín” a los 60 años. Psiquiatra asturiano que había realizado su formación por el sistema MIR en los servicios de salud mental de Asturias donde también desarrolló toda su actividad laboral. Su último destino había sido la unidad de hospitalización psiquiátrica del Hospital de Jove en el área sanitaria de Gijón. Hombre culto, amigo de los debates y de la enseñanza, había sido secretario de redacción de la revista “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria” de la Asociación Asturiana de Salud Mental.

La discapacidad en la Constitución Española

Tras un largo recorrido en las Cortes Generales se ha cambiado el artículo 49 de la Constitución y se ha sustituido la palabra “disminuidos” por “discapacidad” (BOE del 15 de febrero de 2024). España ya había ratificado la Convención de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad el 3 de diciembre de 2007, pero estaba pendiente el cambio del artículo 49 de la Constitución que por fin ha visto la luz con un amplio consenso político a excepción del voto en contra de VOX.

Se crea la Subcomisión de Salud Mental para mejorar la atención integral de la salud mental

La Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados ha creado una subcomisión para la salud mental (21/02/2024) con el fin de generar propuestas que faciliten la mejora de la atención en salud mental. La proposición ha sido realizada por el Partido Popular y apoyada por el resto de los grupos.

Día Mundial de Salud Mental de 2024: “Es hora de priorizar la salud mental en el mundo laboral”

Este es el lema que la Federación Mundial de Salud Mental ha elegido para conmemorar el 10 de octubre el día mundial de salud mental.

Oviedo: saturación de las camas psiquiátricas de adultos y de infanto-juvenil del HUCA

La prensa de Asturias refleja que las 22 camas disponibles para adultos y las 8 para infanto-juvenil en el área sanitaria de Oviedo no son suficientes para atender la demanda. La administración va a ampliar el número de camas.

Nos dejó Carmen Carro

En julio nos llegó la noticia del fallecimiento de nuestra compañera, la psiquiatra Carmen Carro (57 años), miembro de la Asociación Asturiana de Salud Mental. Desarrollaba su trabajo en las comunidades terapéuticas del área sanitaria de Oviedo.

Cristobal Colón Palasi y Begoña Olabarría miembros de honor de la AEN-PSM

En las Jornadas Nacionales de la AEN-PSM celebradas en junio en Madrid se nombró como miembros de honor de la AEN-PSM a los psicólogos Cristobal Colón Palasi y Begoña Olabarría por su compromiso permanente por la salud mental. Cristobal Colón creó en la década de los ochenta la empresa social “La Fageda” en Olot (Girona) que hoy es una empresa de éxito con relevancia en la integración de personas con problemas de salud mental.

Begoña Olabarría ha sido reconocida como la impulsora para el desarrollo del programa nacional PIR para la especialización en psicología clínica. María Fuster leyó el panegírico que hizo Manuel Gómez Beneyto sobre Begoña Olabarría. El de Cristóbal Colón lo presentó Víctor Aparicio Basauri bajo el título de “El sastrecillo valiente” .

Monumento a Franco Basaglia en Oviedo

Coincidiendo con el centenario del nacimiento de Franco Basaglia la Consejería de Salud del Principado de Asturias ha decidido reponer el monumento a Franco Basaglia que estuvo en los jardines del Hospital Psiquiátrico de Oviedo entre 1991 y 2005. En 1991 a la inauguración de ese monumento asistió Franca Ongaro Basaglia y Franco Rotelli. Tras el cierre en 2005 del Hospital Psiquiátrico y la construcción en ese espacio del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias la reposición del monumento pasó al olvido. Sin embargo, el nuevo gobierno del Principado tomó la decisión de reponer ese monumento que representa el modelo con el que se ha gestado la reforma psiquiátrica en Asturias.

El Salvador: curso para implementar el mhGAP en pediatría

La OPS/OMS sigue con su estrategia de fortalecer a los países de la Región de las Américas para reducir la brecha de salud mental. Este nuevo curso va dirigido a 30 pediatras de las cinco regiones de salud de El Salvador para empoderarlas en salud mental infanto-juvenil con una adaptación del programa mhGAP. El curso se desarrolla entre octubre 2024 y febrero 2025 en el marco del Campus Virtual de OPS/OMS.

REUNIONES CIENTÍFICAS

XXXIII Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental

“DESDE LOS MÁRGENES”

8 y 9 de noviembre

Granada

https://docs.google.com/forms/d/1mja-MbPgH6naakjwhTfZQEngl34mfVACJ_y1VYD-gJ8U/viewform?edit_requested=true

XIX Jornadas ACLSM

“PSICOSIS; REALIDAD Y VIRTUALIDADES”

14 y 15 de noviembre de 2024. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ISPS.

AEN. FEARP

Madrid

T. 93 882 38 78

cursoesquizofreniamadrid@bcocongresos.com

XIX Jornadas ACLSM

“DILEMAS ÉTICOS EN SALUD MENTAL”

15 de noviembre de 2024

AEN, Asociación de Castilla y León de Salud Mental

Valladolid

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSft0HFuEtQ-LejSnAEGc-xubuO1rEnZ34XjvP1yD-nGW2L90g/viewform?usp=pp_url

13th ECVCP Congress en Krakow, Nov 7-8, 2024. European Congress on Violence in Clinical Psychiatry

“TOWARDS VIOLENCE - AND COERCION - FREE MENTAL HEALTH CARE”

<https://ecvcp.net/shop/> info

I CONGRESO INTERNACIONAL CONECTA PERINATAL – ASMI WAIMH-

20, 21 y 22 de febrero de 2025

ESPAÑA

Online. Organiza: Conecta Perinatal y ASMI WAIMH-España.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA C/ Hernández Más, 20-24, 28053 Madrid

Tfno: 91 507 92 48 Email: confederacion@consaludmental.org

33 Congress EPA (European psychiatric association)

“TOWARDS REAL-WORLD SOLUTIONS IN MENTAL HEALTH”

5-8 Abril 2025

Madrid

<https://epa-congress.org/>

31 Symposium Internacional sobre Controversias en Psiquiatría

10-11 de abril de 2025

Barcelona

Hospital de Sant Pau, recinto modernista) & Video streaming en directo. “Innovación en Salud Mental”

+34 934 161 220

<https://www.controversiasbarcelona.org/es/>

secretaria@ControversiasBarcelona.org

El Congreso de SEPPNA

(Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente) de 2025

será en Oviedo, pero no hay mas información por ahora. A consultar:

<https://seppna.com>

XXIX Congreso/AEN CENTENARIO

“EL PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD”

5, 6 y 7 de junio de 2025

Bizkaia Aretoa UPV/EHU – Bilbao

WWW.CONGRESOAEN2025.COM

27º Congreso de Patología Dual

5-7- Junio 2025

Madrid

Organizado por SEPD (Soc. E. de Pat. dual); Fundación Pat. Dual- SEPD; WADD (world association on dual disssorders)

+34 91 833 74 33

congreso@patologia-dual.com

<https://patologia-dual.com/>**XV Congreso Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*****“INTELIGENCIA EMOCIONAL VS ARTIFICIAL: ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA SANIDAD?”***

4-5 de septiembre de 2025

Granada

Universidad de Granada, España y Online

<https://saludsociedad.com/congreso-2025>**XXVIII Congreso Nacional de Psiquiatría de FEPSM (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental) y Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)**

6-8 de Noviembre 2025

Zaragoza

REVISTAS AEN-PSM

REVISTA de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Volumen 44, número 145, Enero-Junio 2024

Editorial

- El compromiso ético de la AEN-PSM con los derechos humanos y la dignidad.
María Fuster Blay.

Artículos

- Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19: análisis de un fenómeno trágico.
Rocío Paricio-Del Castillo, Pablo Del Sol Calderón, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallo-Castaño, Ana Pascual Aranda, Inmaculada Palanca-Maresca.
- Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria.
Marcelino López Álvarez.
- Heridas que no sangran: de pandemias, sanitarios y daño moral.
José Camilo Vázquez Caubet.
- Diferencias de género e implicaciones en la adherencia y eficacia de un tratamiento psicoeducativo grupal en rehabilitación cardíaca.
Vanessa Martín-Muñoz, Rubén de Alarcón, Fernando del Campo-Bujedo, María Jesús Velasco-Cañedo, Carmen Oreja-Sánchez, Miriam Bersabé Bujedo, Lourdes Aguilar, Pedro L. Sánchez-Fernández, Carlos Roncero.
- El lugar del niño en salud mental: clínica del sujeto vs. clínica de la enfermedad. La psico(pato)logización de la infancia.
Federico Menéndez Osorio.
- El insólito desarrollo de la primera cátedra de Psiquiatría por concurso-oposición en España. Madrid: 1933-1947.
Sonsoles Pacheco Larrucea, Ana Consiglieri Gámez, Olga Villasante Armas, Juan Medrano Albéniz, Reda Rahmani El Ouachekradi, Iñaki Markez Alonso, Óscar Martínez Azumendi, Luis Pacheco Yáñez.
- Derrida y la posfundación del psicoanálisis.
Rafael Arroyo Guillamón.
- Psicobiología del binomio ideas y acciones vinculadas.
José-Manuel Bertolín-Guillén.
- Crítica a la práctica psicofarmacológica a partir de la *Ética* de Spinoza.
Francisco Martínez-Granados.
- Apuntes sobre efectividad y eficiencia de los programas de los hospitales de día de salud mental para niños y adolescentes.
Federico Cardelle-Pérez, María Dolores Domínguez-Santos.

Perspectivas actuales

- Adolescencia y creatividad. Una perspectiva libertaria: la de Luis Feduchi.
Jorge L. Tizón.
- Entrevista a Mark Horowitz.
Paloma Coucheiro, Iván De La Mata.

Crítica de Libros

- **El lenguaje de la Otra psicopatología.**
José María Álvarez (DIR), Vocabulario de psicopatología.
Rafael Huertas.
- **De Europa a EE. UU.: vivencias y reflexiones de analistas en torno al exilio.**
Adrienne E. Harris, The Émigré Analysts and American Psychoanalysis: History and Contemporary Relevance.
Francisco Balbuena Rivera.
- **Una trenza de dos cabos.**
Fernando Colina, La belleza de los locos.
Albert Díaz Martínez.
- **Una mirada feminista a la historia de la psiquiatría.**
Sandra Caponi, Política, psicofármacos y vida cotidiana
Celia García-Díaz.
- **Historias de supervivencia en tierra de nadie.**
Marta Guarch-Rubio, Psicología de fronteras. Testimonios de asilo en supervivientes de guerra y otras personas refugiadas en el siglo XXI.
Alberto Ortiz Lobo.
- **Más allá de las certezas. Aspectos epistemológicos y sociales en el tratamiento de las aflicciones humanas.**
Ángel Martínez-Hernández, Elogio de la incertidumbre y otros ensayos epistemológicos sobre el saber "psi" y las aflicciones humanas.
Mariela Ragone.
- **El prejuicio psiquiátrico.**
Giorgio Antonucci, El prejuicio psiquiátrico.
Juan Carlos Cea Madrid, Angela Santoro.

Páginas de la Asociación.

- **SISO-SAUDE. Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental Norte de Salud Mental. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.**
Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

NORTE de salud mental, 71. Julio 2024

Editorial

- El valor de la Historia.
Silvestre Martínez Benítez.

Originales y revisiones

- Límites y Bordes del sujeto en psicoanálisis.
Rodrigo Bilbao Ramírez.
- La sexualidad en el Trastorno Mental Grave.
María José Muñoz Algar, Patricia Bernal García.
- Experiencia y proceso de psicoterapia grupal en pacientes con clínica ansioso-depresiva.
Laura Espada Rubio, Juan Antonio Membrive Galera, Isabel María Morillas García.
- Derivaciones actuales y expectativas del terapeuta.
Ignacio Lafalla.
- Intervención en Crisis en Hospital de Día: Del Individuo al Grupo.
Pablo Feito Fernández, Giovanni Oriolo, Josep Marcet Bartra, Natalia Navea Rosa.
- Informes, Sobrecarga laboral y burnout entre psiquiatras y psicólogos.
Guillem Lera-Calatayud.
- Trans*formar la docencia en salud mental.
Rafael Arroyo Guillamón.

Pre-ocupaciones

- La historia de un lamento.
Javier Alejandro Kuhalainen Munar.
- Relación entre habla egocéntrica infantil y dificultad de la tarea.
Raquel Alba.
- A la luz de nuestra vulnerabilidad.
Elvira Martín.
- El Diagnóstico de Comunidad: Una clave para trabajar con la Determinación Social de la Salud Mental.
Ander Retolaza Balsategui.
- Factores pronósticos del reingreso en urgencias de salud mental.
Jesús Muñoz García.

Historia

- Hace ya algún tiempo: Antonio Román Durán (1905-?). El psiquiatra español introductor de la Psicología en Guatemala.
Sonsoles Pacheco Larrucea, Reda Rahmani El Ouachekradi, Juan Medrano Albéniz, Oscar Martínez Azumendi, Iñaki Markez Alonso, Luis Pacheco Yáñez.
- Soy Aurora. I. M.
- Obituario. Tras el fallecimiento de Teresa Suárez, la psiquiatra y terapeuta sistémica que propiciaba el cambio en lo político, lo asistencial, lo ideológico, lo clínico.
María Herrera Gimenez, Carmen Llor Moreno, Esteban Fernández Miralles.
- En recuerdo a Mikel Munárriz Ferrandis.
Begoña Olabarría.
- In Memoriam: Itzhak Levav, un precursor.
Iñaki Markez.

Actualizaciones

- De los determinantes sociales a la salud mental colectiva. Ander Retolaza. Madrid: Editado por Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2024, N° 68. Págs: 218.
Cosme Sánchez. Es reseña de : De los determinantes sociales a la salud mental colectiva.
- La Psiquiatría bajo Sospechas. Robert Whitaker y Lisa Cosgrove. Córdoba: Psara Ediciones, 2024. 388 Págs.
Jose G.-Valdecasas y Amaia Vispe. Es reseña de: La Psiquiatría bajo Sospechas.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.
2. **Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en catalano e inglés.
3. **Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:
 - 3.1. **Introducción**: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.
 - 3.2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos**: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.
 - 3.4. **Resultados**: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.
 - 3.4. **Discusión**: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. **Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.
5. **Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.
6. **Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Coeditores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**

Mónica Trinchero Ramos
Víctor Aparicio Bassoli
(Coeditores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DEFICITS Y TRATAMIENTO**

Berislav Moreno Kislner
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE

Pedro Marina González
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Coeditora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Coeditora)

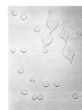
**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

José Juan Uriarte Uriarte
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA

Oscar Martínez Acumendi
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripollas Eiro
(Coeditora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**

José Luis Hernández Ploza
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**

Victor Aparicio Bassoli
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**

Victor Aparicio Bassoli y Piedad Arias García
(Coeditores)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA

Ramón Esteban Arnáiz
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Muñoz, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Borrás,
M. Hernández, M.* B. Longoria, M. M. Lloch, C.
Manzanos, C. Repetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**

Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Coeditoras)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Muñoz, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Borrás,
M. Hernández, M.* B. Longoria, J. M. Lloch, C.
Manzanos, C. Repetto, J. M. Sánchez


**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental

Isaki Martínez
(Coeditor)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo Mental

José María Álvarez y Fernando Colina
(Co-Editores)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 15, número 1, 2018



Personas sin Hogar y Atención Comunitaria

Pedro A. Matos González
(Coeditor)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 16, número 1, 2019



Psicopatología Fenomenológica

Pedro A. Matos González
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 17, número 1, 2020



Pensar el Suicidio: La Mirada Clínica

Juan M. García Haro
(Coeditor)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 18, número 1, 2021



Subjetividad, Discurso y Clínica

Rosa Gómez Esteban
(Coeditor)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 19, número 1, 2022



Psiquiatría Social

Ander Barakaza Barakaza
(Coeditor)


**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 20, número 1, 2023



Clínica Grupal Operativa

Rosa Gómez Esteban
(Coeditor)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA**
Vol. 21, número 1, 2024



Mujer y Salud Mental

Rosa Gómez Esteban
(Coeditor)

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1, 2023

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación:

Una travesía singular: desde el hospital psiquiátrico a la antipsiquiatría y psiquiatría comunitaria. Desde la AEN y el CIR a la “Clínica Grupal Operativa” y a la “Sección de psicoterapia de grupo de la AEN”

Rosa Gómez Esteban 8

La “Clínica Grupal Operativa”: un potente instrumento para una psiquiatría/ psicología clínica, social, y comunitaria

Rosa Gómez Esteban 34

1.- La Concepción Operativa de Grupo en Argentina y Uruguay

Reflexiones acerca de los Grupos Operativos virtuales. La técnica de zoom en los Grupos Operativos de formación

Gladys Adamson 64

El método y la ética de la intervención psicosocial en la perspectiva de Enrique Pichon Rivière

Fernando Fabris 68

Tras las trazas de la grupalidad

Horacio Foladori 73

Los grupos en el horizonte de nuestros días

Graciela Jasiner 78

Unos apuntes sobre la clínica grupal. De Felipear y otras cuestiones

Ricardo Klein 82

Concepción Operativa de Grupo, paradigma estético, y clínica ampliada

Oswaldo Saidón 86

Clínica psicosocial y grupo familiar

Alejandro Scherzer 90

2.- La Concepción Operativa de Grupo en Italia y Francia

La Concepción Operativa de Grupo en Italia

Lucia Balello y Raffaella Fischetti 94

Notas sobre el trabajo con grupos multifamiliares

Massimo de Berardinis 99

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1, 2023

Legado de Armando Bauleo. Entre la utopía y lo posible	
Marta de Brasi y Loredana Boscolo	104
Los ritmos del presente en psicoanálisis de pareja y familia	
Rosa Jaitín	108
La Escuela José Bleger de Rimini (Italia)	
Leonardo Montecchi	115
3.-La Concepción Operativa de Grupo en España	
Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una unidad de salud mental: “Encuadre corredor terapéutico”	
Victoria de Felipe	121
La Clínica Grupal Operativa: la grupalidad, los factores terapéuticos grupales y el discurso grupal	
Rosa Gómez Esteban	125
Aquellos maravillosos años	
Emilio Irazábal	133
La clínica Grupal. La organización de dispositivos grupales en salud mental	
Lola Lorenzo López y Felipe Vallejo	137
Tiempo de malestares familiares en la Clínica Grupal Operativa	
Alicia Monserrat	142
La concepción grupal de Nicolás Caparrós	
Isabel Sanfeliu	145
Una nueva vida en común para seguir siendo	
Federico Suárez	148
Concepción Operativa de Grupo y rehabilitación	
Antonio Tarí	152
Feminismos y psicología social: nuevas aportaciones al esquema conceptual, referencial y operativo	
Ana Távora	156

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1, 2023

10 BÁSICOS 10: “La Clínica Grupal” y la Concepción Operativa de Grupo 160

INFORMES

OPEN DIALOGUE (Laponia Occidental-Finlandia) 163

RESEÑAS

La Reforma Psiquiátrica en España. Hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 Y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas (Begoña Olabarría y Manuel Gómez Beneyto) 173

Xóchitl Frida: “pinto con dolor y mucho amor” (Iñaki Marquez) 178

MALESTAMOS. Cuando estar mal es un problema colectivo (Javier Padilla y Marta Carmona) 180

Psicologización, pobreza mental y desorden neoliberal. Escritos y entrevistas. Vol. I. irrecuperables (Guillermo Rendueles) 183

IN MEMORIAM

Mikel Munarriz Ferrandis (1957- 2022) 186

Carlos Campillo Serrano (1944- 2022) 190

Yrgö Alanen (1927-2022) 193

Franco Rotelli (1942-2023) 195

NOTICIAS BREVES 197

REUNIONES CIENTÍFICAS 202

REVISTAS de la AEN-PSM 204

NORMAS DE PUBLICACIÓN 208

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menéndez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: D. Pedro Alberto Marina González.
- Vicepresidenta: D^a. Paz Arias García.
- Secretaria: D^a. Elena Pato Rodríguez.
- Tesorera: D^a. Paz Arias García.
- Vicesecretario: D. Álvaro Magdaleno Flórez.
- Vocal: D. Juan Manuel García Haro.
- Vocal: D^a Margarita López Noche.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (+) (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D.P. Provincia

Tel e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Salud Mental, 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 Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma



CENTENARIO
1924-2024