

DEL MALESTAR SUBJETIVO A LA PATOLOGÍA: MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

Lidia García Campa¹, Yaiza Verdes García² y Noelia Gorgojo García¹

¹Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario Central de Asturias. ²Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín.

Contacto: lidia.garciac@sespa.es

INTRODUCCIÓN

La **medicalización de la vida cotidiana** hace referencia a la conversión de situaciones cotidianas de malestar común en procesos patológicos que se pretenden resolver mediante la medicina. El aumento de la medicalización cuenta con múltiples factores intervinientes: desde la sociedad posmoderna y neoliberal, medios de comunicación, instituciones político-sanitarias, industria farmacéutica...hasta los profesionales de la salud, quienes muchas veces sufren y a la vez fomentan esta situación con prácticas como la medicina defensiva o la necesidad de dar una respuesta inmediata a la demanda planteada (Elío-Calvo, 2022; Granero, 2020; Romero, 2024).

OBJETIVO

Revisar, analizar y sintetizar los resultados aportados por la literatura científica sobre la medicalización de la vida cotidiana y sus implicaciones en la vivencia del malestar común.

MÉTODO

Revisión narrativa y análisis clínico reflexivo de la literatura científica reciente (últimos 5 años).

RESULTADOS

El abordaje del malestar común mediante la medicina pasa a buscar "soluciones mágicas" en el lugar incorrecto, fomentando la **dependencia hacia el fármaco** (pautado por profesionales o incluso bajo automedicación) y aún cuando esas soluciones pueden causar **más daño que beneficio a largo plazo** (Casas, 2023; Crespo-Suárez, 2021; Sandu, 2020). Además, ocasiona la **pérdida de mirada hacia el origen multifactorial** de estas experiencias y deja en segundo plano la importancia del **sostén social** y la **tolerancia al malestar**, desplazando al campo de la medicina situaciones de la vida cotidiana (Elío-Calvo, 2022; Granero, 2020; Romero, 2024).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resulta necesaria la promoción de la **prevención cuaternaria** con el objetivo de proteger a las personas del daño por acción (sobre-medicación, sobre-intervención...), disminuir la iatrogenia y paliar los efectos adversos derivados, así como un cambio de mirada hacia una **visión holística y contextualizada** del malestar subjetivo.

REFERENCIAS

- Casas, M.L. (2023). The medicalization of life: An interdisciplinary approach. *Heliyon*, 9(6).
- Crespo-Suárez, J. (2021). Reducción biomédico y patologización en la atención de salud mental ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria? *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 113-124.
- Elío-Calvo, D. D. (2022). La medicalización de la vida. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 77-87.
- Granero, M., y Velazquez, A. (2020). Medicalización de la vida y daño poblacional: Revisión bibliográfica no sistematizada. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 40(4), 208-218.
- Romero, G. y Labaromie, C. (2024). Medicalización de la vida cotidiana en la era neoliberal. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología UBA*, 31, 343-353.
- Sandu, A. (2020). The medicalization of the social life. *Revista de Filosofía Aplicada*, (3), 34-51.

REDES SOCIALES E IDENTIDAD: Entre el Espejo Digital y la Comunidad

XX Jornadas de la ACLSM: "Hilos que ahogan, hilos que sostienen"

Irene Lastiri Garrido (PIR3 Hospital Universitario Río Hortega)

Laura Fernández Gutiérrez (PIR1 Hospital Universitario Río Hortega)

Teresa Enríquez Vidal (Psicóloga Clínica)

Ekiñe Villar Oloriz (PIR4 Hospital Universitario Río Hortega)

Luis Menéndez Almánzar (PIR1 Hospital Universitario Río Hortega)

INTRODUCCIÓN: El doble filo de lo digital

Lacan demostró que la identidad es alienación: el yo se constituye al identificarse con una imagen externa (estadio del espejo). Las redes sociales funcionan como nuevos dispositivos especulares, multiplicando esta dinámica al infinito.

¿Patología o herramienta? Las investigaciones muestran resultados contradictorios: el impacto depende de cómo se usan, no solo de cuánto. Las redes pueden sostener o ahogar según el tipo de uso y las características individuales.

Para adolescentes, las redes ofrecen un espacio "lejos de las miradas adultas" donde explorar identidad y obtener reconocimiento de pares. Permiten "ser sin estar": experimentar aspectos de sí mismos sin la responsabilidad del cara a cara.

✓ HILOS QUE SOSTIENEN

- Comunidades de apoyo: Encuentro con personas que comparten vivencias (enfermedades raras, duelos, identidades LGBTQ+, etc.)
- Compensación social: Para personas con timidez, ansiedad social o dificultades relacionales offline, las redes facilitan conexión
- Contacto a distancia: Mantenimiento de vínculos significativos con familiares y amigos lejanos geográficamente
- Expresión creativa: Plataforma para compartir habilidades, pasiones y logros, elevando autoestima
- Acceso a información: Educación sexual, prevención en salud, apoyo académico (84% lo considera útil para tareas)
- Activismo y participación: Organización política, visibilización de violencias, construcción de narrativas alternativas
- Facilitación social: Permite preparar respuestas, evitar interrupciones, controlar ritmo de comunicación

Testimonio: "Fue un momento donde yo me sentía sola en el colegio... necesitaba hablar con gente, no es lo mismo hablar con gente de mi familia" (P, 14 años)

✗ HILOS QUE AHOGAN

- Dependencia de validación: Los likes funcionan como "moneda de reconocimiento", generando adicción comportamental
- Comparación social: Exposición constante a imágenes idealizadas produce desvalorización y baja autoestima
- FOMO: Miedo a perderse algo, ansiedad ante la vida "perfecta" de otros
- Fragmentación del yo: Múltiples perfiles, identidades performativas, yo líquido e inestable
- Socialización sintomática: Comunidades que comparten síntomas (autolesiones, anorexia) como identidad
- Ansiedad y depresión: Correlación entre uso excesivo y declive del bienestar subjetivo (13-66% más)
- Violencia digital: Ciberacoso, cancelaciones masivas, doxxing, shitsstorms
- Relaciones superficiales: Conexiones múltiples pero poco profundas, déficit en habilidades sociales presenciales

Paradoja narcisista: Más exhibición de la imagen del yo = yo más frágil. El narcisismo digital no refuerza sino que fragiliza la identidad.

CONCLUSIONES: Hacia un uso no alienante

La ambivalencia estructural: Las mismas redes que permiten exploración identitaria y comunidad pueden generar fragmentación y dependencia. No son ni buenas ni malas en sí mismas—dependen del posicionamiento subjetivo.

Factores protectores identificados: Conciencia de la alienación (saber que la identidad digital es semblante), distancia irónica de las métricas, preservación de vínculos offline, uso selectivo y consciente, priorizar creación sobre consumo pasivo.

Implicaciones clínicas: No moralizar ni prohibir. Interrogar qué función cumplen las redes para cada sujeto: ¿compensan dificultades relacionales? ¿Sostienen exploraciones identitarias legítimas? ¿Se han vuelto fuente principal de sufrimiento? Trabajar la dependencia del Otro, favorecer vínculos no mediados, hacer existir el cuerpo real más allá de la imagen editada.

La apuesta psicoanalítica: En medio de la captura imaginaria multiplicada, sigue siendo posible una posición ética: usar las redes como herramientas de lazo social sin quedar reducido a la imagen. Sostener comunidades genuinas. Crear, no solo consumir. Ser sin estar puede ser liberador cuando no se convierte en estar sin ser.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

Lacan, J. (1949). "El estadio del espejo como formador de la función del yo". Escritos 1. Siglo XXI.

Miller, J.-A. (2005). "El Otro que no existe y sus comités de ética". Paidós.

Turkle, S. (2011). Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other. Basic Books.

García Galera, C. & Fernández Muñoz, C. (2017). "Las redes sociales online: Espacios de socialización y definición de identidad". Redalyc.

Revista Médica Clínica Las Condes (2015). "Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos".

XX Jornadas de la ACLSM

"Hilos que ahogan, hilos que sostienen"

Aspectos a considerar para sostener, alejarnos de ahogar

El Hajoui Rouaz, K.*; Molina Areses, L.*; Zurdo Hernández, V.*; Fuentes Alonso, Á.*; Lastiri Garrido, I.*

*Psicólogo Interno Residente, HURH de Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La distancia entre los *Hilos que ahogan* y los *hilos que sostienen* podría ser una coma. Así lo refleja el título de estas XX Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

Como residentes en formación, cada vez más, nos vamos dando cuenta de la complejidad y seriedad de nuestra profesión. Conversamos entre nosotros sobre cómo nos impacta. Y, sobre todo, no cesamos de preguntarnos por lo que nos está ayudando a acercarnos al malestar de las personas con cierta seguridad y confianza. Pensamos que este tipo de reflexión es importante en tanto que nos permite ubicar y construir un marco mental, unas coordenadas a modo de orientación para tratar los tormentos subjetivos que nos presenta la clínica. Es decir, ¿con qué elementos nos quedamos para atender a los aquejados de salud mental?

Tal pregunta, es precisamente, el objetivo de este trabajo grupal que pretende materializar algo de los encuentros dialógico-reflexivos que tenemos los residentes sobre los pacientes, los seminarios teóricos y, la observación de las intervenciones de los adjuntos. Dicho interrogante, pone el foco sobre algunos aspectos fundamentales a tener en cuenta para que nuestro quehacer diario sea un sostén y un alivio.

Se trata de cuestiones que, a su vez, pretenden vislumbrar que otras formas de hacer son posibles. ¿A qué? Pues, a las intervenciones basadas en criterios de evidencia empírica, a los protocolos estandarizados-impersonales de aplicación inmediata centrados en lo que el sujeto tiene o podría tener en vez de lo que le pasa.

¿Cuáles son, para nosotros, estos aspectos?

1. Una escucha despojada de prejuicios
2. Apostar por la singularidad del sujeto, lógica del caso por caso. Lo particular
3. Ser un alojo para la urgencia subjetiva. Saber esperar, no actuar impulsivamente "quitarse de encima el paciente"
4. Tres ejes de intervención: el médico, el psicológico, el social

DESARROLLO:

Desarrollaremos estos aspectos aportando algunas pistas claves para su explicación. Para ello, nuestro material principal es lo que llevamos aprendido de nuestro período formativo.

1. UNA ESCUCHA DESPOJADA DE PREJUICIOS

Escuchar no es fácil. No vamos a aludir a la necesidad de una escucha activa que, a nuestro parecer, tiene que ver más con la atención. Los vulnerables necesitan, además de una escucha activa-atenta, una escucha libre de prejuicios.

Este tipo de escucha mantiene nuestra curiosidad por lo que le pasa a la gente, por sus operaciones y dinamismo interior; por lo que siente, lo que piensan... También nos acerca a conocer los hitos vitales determinantes del sufrimiento.

Y, ¿de qué prejuicios conviene despojarse? Pensamos que de los siguientes:

- Los ideales personales. Los ideales en relación a los estándares de salud; no caer en el furor sanandis, contemplar si podemos hacer algo más por los pacientes. ¿Cómo despojarnos? Localizar lo que puede alcanzar el paciente. Recordar que no es lo que esperamos sino lo que le conviene al paciente para no estar peor.
- Los prejuicios teóricos. La teoría no puede anteceder a la clínica. No es lo mismo explicar lo que le pasa al paciente desde la teoría que desde la descripción de su malestar relacionándolo con su trayectoria vital. ¿Cómo no caer en esto? Volviendo a la clínica, a la realización de las preguntas fundamentales: qué, cuándo, cómo, por qué, para qué.

2. APOSTAR POR LA SINGULARIDAD

Localizar lo particular, lo propio de cada caso. Lo que distingue a una persona de otra. Esta apuesta nos acerca a una atención personalizada y a poder aliviar el malestar desde lo que le vale a cada uno.

3. ALOJAR LA URGENCIA SUBJETIVA

Consideramos importante estar preparados para alojar los momentos críticos. Convertirnos en un lugar para aquellos pacientes que ante la falta de simbolización actúan impulsivamente o se ven desbordados por la angustia. Ser un lugar donde puedan presentarse, hablar los que puedan hacerlo, estar. Acogerlos.

4. TRES PILARES DE INTERVENCIÓN

Nuestra práctica clínica debe contemplar tres ejes: el médico, el psicológico y el social. Así pues, es fundamental contar y coordinarnos adecuadamente con el resto de compañeros. Trabajar en común teniendo claro cuál es el criterio clínico a seguir en cada caso.

CONCLUSIONES:

El período de formación sanitaria especializada, es para nosotros, una oportunidad para sentar algunas bases primordiales sobre cómo atender, qué tener en cuenta para sostener y no ahogar. Destacamos que la internalización de estas bases, aunque requiera de un continuo estudio y de experiencia que nos brindará el tiempo, empieza a darse ya en nuestros diálogos reflexivos.

Estudio cuasi-experimental de tipo pre-post

Introducción

La utilización de la contención mecánica en el ámbito de la salud mental sigue siendo un recurso controvertido y potencialmente traumático tanto para pacientes como para los profesionales implicados. Una experiencia simulada de contención mecánica para alumnos de enfermería y TCAE formará y humanizará a dichos alumnos en su práctica habitual y junto con la desescalada verbal ayudará a encaminar y cumplir objetivos propuestos por la OMS 2030 de erradicación de estigmas y prácticas coercitivas.

Objetivos

Explorar el impacto emocional y la percepción de la contención mecánica en estudiantes de Enfermería y TCAE tras una experiencia simulada.
Analizar narrativas cualitativas y puntuaciones pre/post en variables de empatía, formación y percepción profesional, a través de la simulación en primera persona.
Contribuir con objetivo OMS 2013/2030 Erradicación de Estigmas y Prácticas Coercitivas.

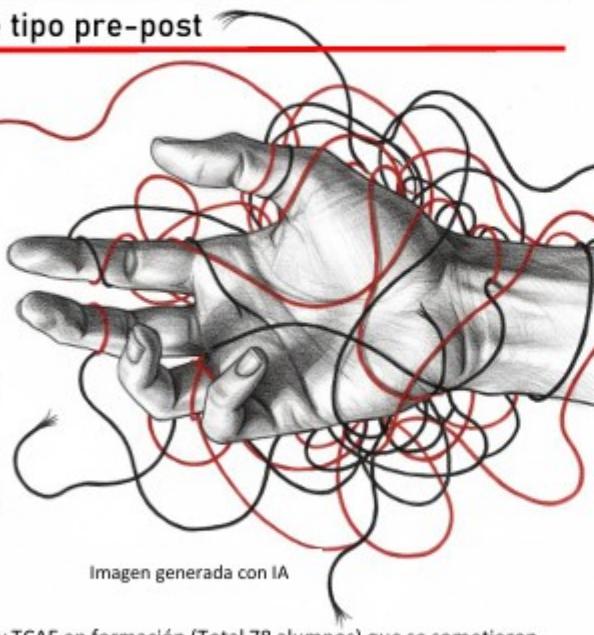


Imagen generada con IA

Metodología

Estudio cuasi-experimental de tipo pre-post. Participaron estudiantes de enfermería y TCAE en formación (Total 78 alumnos) que se sometieron voluntariamente a simulaciones de contención mecánica. Se recogieron datos cuantitativos (cuestionarios psicométricos y de percepción) y cualitativos (narrativas personales tras la experiencia) con uso de escalas validadas. El muestreo fue intencionado y la participación anónima y confidencial, con aceptación por parte del comité de ética para todo el estudio. Se consideran los sesgos: 1º voluntario (vivencia diferente a la del paciente, con experiencia limitada y segura) 2º expectativa (el alumno conoce el tiempo y las condiciones por lo que reduce la incertidumbre) y 3º contextual (supervisado y controlado por profesionales, generando atmósfera distinta a situaciones reales).

Desarrollo

Citación a los alumnos que realizan sus prácticas por las diferentes unidades del hospital a la unidad de hospitalización breve de psiquiatría y se les somete a una contención mecánica segura y supervisada, en la cual firman la aceptación de participación, donde se les explica todo el procedimiento y los posibles riesgos que pueden sufrir los pacientes, así como una amplia formación sobre desescalada verbal con el objetivo siempre de evitar la contención mecánica.

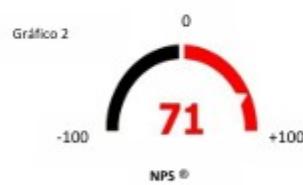
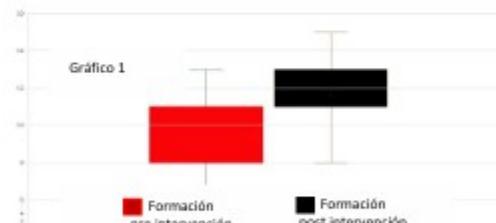
Antes y después de la simulación, se midieron niveles de ansiedad, empatía, formación en uso de contención, así como percepciones sobre el uso de contenciones y alternativas.

Las narrativas recogen experiencias tales como: sentimientos de vulnerabilidad, identificaciones con los pacientes, incomodidad, reflexión sobre la necesidad de alternativas menos invasivas y la humanización del cuidado.

Conclusiones/Resultados

La experiencia simulada permitió a los alumnos ponerse en la piel de los pacientes, incrementando la empatía y el conocimiento sobre la colocación y el uso de contenciones. (Incremento formativo en dos puntos) (Gráfico 1 Cambios en conocimiento sobre sujeción mecánica escala PRQ) Las narrativas sugieren una fuerte percepción de utilidad didáctica y la necesidad de extender estas experiencias a más profesionales, con el objetivo de mejorar la humanización y el manejo ético del paciente psiquiátrico, recomendando la actividad con 71 puntos NPS sobre 100 posibles. (Gráfico 2 Net Promoter Score, recomendación de la actividad)

Muchos participantes señalaron una mayor conciencia sobre el rol del profesional y la importancia de alternativas a la contención mecánica.



- 1 Thornicroft, G., Surisoli, C., Alkhan Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demisse, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habartiu, K., Harison, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffmann, C., Hornig, N., ... Winder, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* (London, England), 400(10161), 1438–1480. <https://doi.org/10.1016/j.laneuro.2016.05.010>
- 2 Patterson, C., Roberts, M., Youliph, T., Robson, G., Leaver, K., Iau, E. K., & Moyle, L. (2025). Non-traditional mental health clinical placements: An effective means for reducing self-stigma in pre-registration nursing students. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 32(1), 143–153. <https://doi.org/10.1111/jpm.13209>
- 3 Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Sales-Orts, R., Díaz, A., Rodríguez-Martínez, M., & Ramos-Richardo, J. D. (2019). Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. *International journal of mental health nursing*, 28(8), 735–741. <https://doi.org/10.1111/ijmhn.12579>
- 4 Pelayo-Teruel, J. M., Zapico-Merayo, Y., Vega-García, S., García-Llaman, M. E., Gutiérrez-Herranz, Z., Sáez-Aguado, A., Villa-Carcedo, M. R., & Alvaro-Prieto, A. (2023). A social consensus to prioritize humanization strategies for Mental Health in Castilla y León. *European Psychiatry*, 68(Suppl 1), 5908–5909. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1925>
- 5 Gibbons, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kaasam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Clinicians' Attitudes (MIC) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry research*, 208(1), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>



Estudio pendiente de publicación en revistas científicas

CUANDO EL DOLOR SE HEREDA: TRANSMISIÓN PSÍQUICA TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA

Autores: Zurdo Hernández, V.*; Fuentes Alonso, A.*; Lastiri Garrido, I.*; Fernández Gutiérrez, L.*; Enríquez Vidal, T.**
*PIR HURH, **L.E. Psicología Clínica

INTRODUCCIÓN

Desde Freud, el trauma se concibe como un acontecimiento que desborda la capacidad de representación del sujeto. Cuando no se puede inscribir de manera simbólica, retorna en forma de acto, síntoma o identificación. Diversos autores añaden que aquello que no ha sido elaborado en una generación puede transmitirse inconscientemente a la siguiente. Laguna (2014) propone que "el mundo representacional de individuos de una generación puede influir en el mundo representacional de generaciones siguientes", señalando el impulso de transmisión inherente al ser humano, ligado a una pulsión de conservación y de continuidad de la vida psíquica.

En este proceso, la familia, como grupo primario, ocupa un lugar privilegiado: es el escenario donde se originan los primeros lazos y donde se funda la intersubjetividad. Por tanto, hay una historia que precede al individuo; cada sujeto nace con una historia genética, vincular y emocional que le antecede. Según cómo esa herencia haya sido elaborada, el sujeto puede ser heredero transmisor con nuevos desarrollos de su historia o, por el contrario ser prisionero de ella.

La identificación constituye un mecanismo central en este proceso. El sujeto incorpora aspectos afectivos y representacionales parentales, incluidos aquellos no simbolizados. En el caso del trauma, las identificaciones pueden adquirir un carácter alienante (Faimberg, 2006), ya que la persona asume aquello que no le pertenece quedando ligado a un sufrimiento ajeno.

LO QUE AHOGA



Los hilos que ahogan son los del trauma no elaborado, los del secreto y los de la repetición. La imposibilidad de nombrar genera una herencia que captura a los descendientes en un vínculo de fidelidad inconsciente con el sufrimiento de sus progenitores.

Matamala (2023) retoma el concepto de Abraham y Torok, subrayando que el trauma no simbolizado se conserva como "cripta" y reaparece en la segunda generación bajo la forma de síntoma, clivajes o fantasías que intentan sostener el silencio de lo indecible.

LO QUE SOSTIENE



Sin embargo, los mismos hilos también pueden sostener. Cuando la historia familiar encuentra palabras, el trauma se transforma en relato permitiendo diferenciar sin romper, transformando la repetición en posibilidad de simbolización. El trabajo analítico permite un espacio donde lo no dicho puede ser escuchado, permitiendo que adquiera sentido. El reconocimiento de lo heredado da la posibilidad de pasar de un vínculo que ahoga a ser una relación que sostiene al individuo (Laguna, 2014).

CONCLUSIONES

La transmisión transgeneracional del trauma revela la compleja ambivalencia de los lazos entre generaciones. Nos muestra como lo no elaborado tiende a repetirse, y lo simbolizado puede sostener y transformar. Por ello, el trabajo analítico se convierte en el proceso donde los hilos pueden ser retejidos, permitiendo que el sufrimiento se simbolice y el legado se transforme de cara a nuevas generaciones (Fernández, 2019).

Referencias

- Fernández, C. (2019). *Melancolía, clínica y transmisión generacional*. Xoroi Ediciones.
- Laguna, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de psicoanálisis*, 7.
- Matamala, F. (2023). Diálogos y discusiones en la teoría psicoanalítica sobre el trauma transgeneracional: ideas iniciales hacia la transferencia transgeneracional. *Psicoanálisis*, 45 (1), 55-66.

RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL:

EL ROL DEL PROFESIONAL Y LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE



Complejo Asistencial
Universitario
de Burgos



ANDRA MARIA COLUMBAN COLUMBAN, MERI EN HRISTIC GRUBOR

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los trastornos mentales graves suele iniciarse en contextos de crisis aguda, donde el sufrimiento emocional y conductual puede manifestarse en formas extremas como regresión, disociación o síntomas psicóticos. En estas fases iniciales, se requieren intervenciones rápidas y estructuradas para garantizar la seguridad del paciente y su entorno, incluyendo a menudo ingresos hospitalarios o atención ambulatoria intensiva. La evaluación del riesgo suicida es fundamental, dado que estos trastornos conllevan un riesgo notablemente elevado de suicidio.

La psicoterapia ha evolucionado hacia modelos que no solo buscan la reducción de síntomas, sino también la reconstrucción del sentido de vida de las personas. El enfoque de recuperación personal se posiciona como una alternativa humanista y esperanzadora, orientada a transformar la relación de la persona consigo misma y con su enfermedad. Este modelo, junto con estrategias terapéuticas adaptadas, permite ofrecer una atención más humana, efectiva y protectora.

DESARROLLO

Más allá de la contención inicial, el tratamiento debe centrarse en la recuperación personal, entendida como la reconstrucción de un sentido de vida más allá del diagnóstico. El modelo CHIME guía este enfoque, destacando cinco pilares: Conexión social, Esperanza, Identidad, Significado vital y Empoderamiento, que permiten al paciente retomar un proyecto de vida valioso, incluso frente a las limitaciones que impone el trastorno.

Desde una perspectiva humanista, el terapeuta debe mostrar aceptación incondicional, validar emocionalmente al paciente y promover la autocompasión, especialmente frente a recuerdos dolorosos o procesos de reconstrucción de identidad. Las terapias de tercera generación, como ACT o mindfulness, son eficaces por su énfasis en la aceptación y los valores personales. Durante las crisis, el foco está en restaurar la seguridad y contener emocionalmente, sin confrontaciones prematuras que puedan aumentar la desregulación o la desconfianza, acompañando al paciente en la elaboración de una narrativa personal coherente.

El modelo de vulnerabilidad-estrés permite entender los síntomas como resultado de factores como trauma o aislamiento, sin patologizar al individuo. Una vez superada la fase aguda, el tratamiento se enfoca en el desarrollo de autorregulación emocional mediante intervenciones como la psicoeducación, TCC, ACT y mindfulness.

Se trabaja también con el modelo de asimilación, que ayuda a integrar experiencias emocionales intensas en la identidad del paciente, promoviendo mayor tolerancia al malestar, conciencia emocional y conexión con los propios valores.

Otro objetivo central es la modificación de patrones interpersonales disfuncionales, frecuentemente ligados a traumas o estilos relacionales aprendidos. Se utilizan enfoques como la Terapia de Esquemas, Psicodinámica, Metacognitiva y TCC tradicional para transformar creencias rígidas relacionadas con rechazo, desconfianza, culpa o abandono.

En la práctica clínica, se combinan intervenciones orientadas a la conciencia emocional con análisis conductuales de patrones relacionales, facilitando un cambio profundo y sostenido. Los grupos terapéuticos, donde los pacientes comparten experiencias, fortalecen el sentido de pertenencia y facilitan nuevas narrativas identitarias.

En la etapa final, se busca integrar una identidad funcional, con la ayuda de terapias como la TFP o la Terapia Metacognitiva, promoviendo la autodirección, relaciones sanas y un guion de vida basado en valores, fundamental para que el paciente pueda construir una vida que no esté dominada por la enfermedad, sino basada en sus intereses, capacidades y aspiraciones.

CONCLUSIONES

El tratamiento de los trastornos mentales graves requiere una intervención compleja, gradual e interdisciplinaria, que abarca desde la contención en crisis hasta la construcción de un nuevo sentido del self. En las fases iniciales, el objetivo es garantizar la seguridad y estabilizar emocionalmente al paciente. Posteriormente, se trabaja la regulación emocional, la transformación de patrones interpersonales y la integración de la identidad. El enfoque de recuperación personal no solo implica un cambio de paradigma terapéutico, sino que constituye un potente factor protector frente al suicidio y la cronificación. Su implementación, junto con intervenciones basadas en la esperanza, autocompasión y significado vital, permite abordar el sufrimiento humano de manera más efectiva. En contextos especialmente graves, lograr un cambio real solo es posible mediante la combinación de diversas estrategias y la colaboración estrecha entre profesionales. Para ello, es fundamental que todos los clínicos involucrados mantengan comunicación constante, compartan un enfoque común pese a sus modelos teóricos diferentes, y acuerden un plan de tratamiento coherente, colaborativo y centrado en el paciente. Así, se acompaña a las personas en su camino hacia una vida con mayor sentido, dignidad y bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: INCHAUSTI GÓMEZ, F. (2025). SUFRIMIENTO Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO. EDICIONES PIRÁMIDE

Construyendo puentes emocionales: el rol de la enfermería en la contratransferencia y el TLP

Silvia García Fidalgo, Lucía Bermejo Maya, Sofía Santos Sánchez, Lorena Picazo Peralta, Carla Franco Fernández

INTRODUCCIÓN

El DSM-5 define el trastorno límite de la personalidad (TLP) como "un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el estado de ánimo, acompañado de una marcada impulsividad".

Representa hasta el 20% de los ingresos psiquiátricos y se asocia a una elevada prevalencia de conductas autolíticas.

Además, es uno de los trastornos más estigmatizados. La relación asistencial con estos pacientes se ven entorpecida al aparecer respuestas emocionales intensas en los profesionales, conocidas como contratransferencia.

La enfermera especialista en salud mental cuenta con un papel protagonista en su abordaje, al ofrecer cuidados integrales, humanizados y sostenidos.



MATERIAL Y MÉTODOS



Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, CINAHL y Dialnet.

Se han seleccionado artículos en español y en inglés comprendidos entre 2015-2025

Las palabras clave han sido: "trastorno límite de la personalidad", "enfermero", "contratransferencia", "abordaje" y se ha usado el operador booleano "OR"

Se emplearon los criterios NANDA-NOC-NIC para vincular la dimensión emocional del profesional al cuidado clínico.

OBJETIVOS



- Analizar la influencia de la contratransferencia enfermera a aquellos pacientes con TLP.
- Describir estrategias para identificar y manejar las reacciones contratransferenciales.
- Promover un modelo enfermero empático y reflexivo.

RESULTADOS



La contratransferencia en los profesionales se manifiesta con sentimientos de frustración, impotencia, sobreprotección y miedo a cometer errores.

El rol enfermero en la relación terapéutica se manifiesta a través del uso de técnicas validadoras, del establecimiento de límites claros y la psicoeducación.

Los diagnósticos NANDA más frecuentes en el abordaje enfermero son los siguientes:

Diagnóstico Enfermero (NANDA)	Intervenciones Enfermeras (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Riesgo de violencia autodirigida (00140)	Apoyo emocional: escucha activa, validación de sentimientos	Equilibrio emocional: regulación de afecto e impulsos
Control emocional inestable (00251)	Disminución de ansiedad, entrenamiento en control de impulsos	Regulación emocional, afrontamiento de problemas
Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241)	Mejorar afrontamiento, técnicas de relajación y mindfulness	Autocontrol emocional, manejo adecuado de la ansiedad
Afrontamiento ineficaz (00069)	Entrenamiento para control de impulsos, apoyo en solución de problemas	Afrontamiento de problemas, control de impulsos
Deterioro de la interacción social (00061)	Facilitar interacción social, entrenamiento en habilidades sociales	Participación social, relaciones interpersonales positivas

CONCLUSIÓN

La contratransferencia es un aspecto inherente y frecuente en la enfermería de salud mental. Su correcto manejo fortalece la relación terapéutica y mejora la calidad del cuidado, al proporcionar una atención más empática, libre de estigma y enfocada en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bhola, P., & Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 116–125. doi:10.47926/2237-6089-2020-0025
- García, P. (2015). El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 10(8), 47–55. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6122758>
- NNConsult. (s/f). Recuperado el 23 de octubre de 2025, de NNConsult.com website: <https://www.nnconsult.com/>
- Zimmerman, M. (2023, septiembre 5). Trastorno límite de la personalidad. Recuperado el 23 de octubre de 2025, de Manual MSD versión para profesionales website: <https://www.msdsmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqu%C3%ADtricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad>
- Establishing a secure connection. (s/f). Recuperado el 23 de octubre de 2025, de scielo.br website: <https://www.scielo.br/j/trends/a/L7vxYqvPZY2KT3kR69yNGw/?lang=en>

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN POSPARTO DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIO LIDERADO POR ENFERMERÍA.

Santos Sánchez, Sofía, García Fidalgo, Silvia, Bermejo Maya, Lucía.

Hospital Universitario de León



1 INTRODUCCIÓN

La depresión posparto constituye un trastorno de salud mental que afecta aproximadamente al 10-20% de las mujeres tras el nacimiento de un hijo, generando repercusiones significativas en la madre, el recién nacido y su entorno familiar. Si bien el tratamiento tradicional ha estado orientado principalmente hacia la farmacología y la psicoterapia, se hace cada vez más evidente la necesidad de implementar estrategias integrales impulsadas desde enfermería, que fomenten la colaboración multidisciplinaria y la promoción de la salud.

4 DESARROLLO

La enfermería desempeña un papel fundamental en la detección temprana de la depresión posparto a través de cribados sistemáticos realizados durante las consultas postnatales y las visitas domiciliarias. La intervención enfermera abarca el acompañamiento emocional, la educación dirigida a la madre y su familia, la coordinación con los servicios de psicología y psiquiatría, y el fortalecimiento de las redes de apoyo social.

2 OBJETIVOS

1. Examinar las ventajas de un enfoque integral, sustentado en la colaboración de equipos multidisciplinarios con liderazgo enfermero, en el abordaje de la depresión posparto.
2. Reconocer y desarrollar estrategias de intervención y promoción del bienestar materno desde la práctica enfermera.
3. Demostrar la influencia en la recuperación de la madre y en los resultados obtenidos a nivel familiar.

3 METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones recientes en bases de datos científicas, en español e inglés: PubMed, Scielo y Cochrane Library, sobre intervenciones enfermeras y abordajes multidisciplinarios en depresión postparto. Se seleccionaron estudios de los últimos cinco años, y se compararon resultados de equipos tradicionales frente a modelos liderados por enfermería.

5 CONCLUSIÓN

Un abordaje integral y multidisciplinario, liderado desde la enfermería, optimiza de manera significativa la atención a la depresión posparto, fortaleciendo tanto la detección temprana como la continuidad del cuidado emocional y social.

La formación y actualización de los profesionales de enfermería en salud mental resultan fundamentales para mejorar los resultados clínicos y promover una atención más humana y centrada en la madre durante el proceso posparto.

A B C

BIBLIOGRAFÍA

1. Campo, R., Lara, M., & Rodríguez, B. (2022). Intervención enfermera en depresión posparto: revisión integrativa. *Revista Enfermería Comunitaria*, 17(1), 23-35.
2. Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión posparto: guía de práctica clínica. OMS.
3. Valverde, S., & Espinosa, M. (2021). Trabajo multidisciplinario en salud mental materna: retos y beneficios. *Journal of Nursing Research*, 29(2), 125-139.
4. Guillén, G., & Paredes, R. (2024). Liderazgo enfermero en la promoción de salud mental materna. *Internacional Nursing Journal*, 10(3), 45-56.

NO TODOS NECESITAMOS UN PSICÓLOGO



Villar Oloriz, E.¹; Menéndez Almánzar, L²; El Hajoui Rouaz, K.³; Molina Areses, L⁴; Zurdo Hernández, V.⁵

"¿TODOS NECESITAMOS IR AL PSICÓLOGO?"

OBJETIVO: CUESTIONAR ESTA AFIRMACIÓN PONIENDO EL FOCO EN LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO, SUS EFECTOS Y DIFICULTADES

ASPECTOS BENEFICIOSOS Y PSICOTERAPEUTICOS DE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO:

- MODIFICAR LA VISIÓN DEL PACIENTE SOBRE SÍ MISMO
- AJUSTAR EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL
- RESIGNIFICACIÓN DE LA DEMANDA
- EVITACIÓN DE LA IATROGENIA
- GESTIÓN DE RECURSOS

DIFICULTADES DE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO:

- ASPECTOS DEL PROFESIONAL: FANTASIAS, DEFENSAS, EXPERIENCIAS PREVIAS...
- ASPECTOS DE LA CORRIENTE PSICOTERAPEUTICA: AUSENCIA DE FRONTERAS ANTE LO QUE ES TRATABLE. IMPORTANCIA DE TRABAJAR DESDE LA CLÍNICA.
- ASPECTOS DEL PACIENTE: GANANCIAS CONSCIENTES O SECUNDARIAS, EXPECTATIVAS NO AJUSTADAS..

CONCLUSIONES

La indicación de no tratamiento puede ser considerada una intervención, y nos ayuda a situarnos en una posición más positiva, con menos confrontación directa.

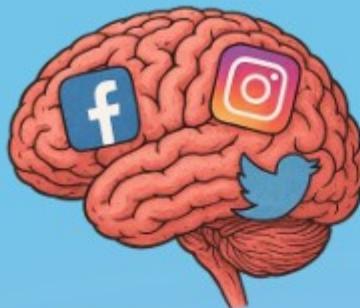
BIBLIOGRAFÍA:

Ortiz Lobo, A. 2019. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. *Researchgate*. <https://www.researchgate.net/publication/301488393>

^{1, 2, 3, 5} Psicólogo Interno Residente HURH; ⁴ Psicóloga Especialista en Psicología Clínica;

Redes sociales y salud mental: ¿Cómo nos afectan?

Marina Sánchez Sánchez, Ana Seoáñez García, Ana Cabezas Anido, Laura Bécares Cartón



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las redes sociales (RR.SS) se han convertido en una parte muy importante de nuestra vida, especialmente entre la población joven cambiando la forma de relacionarse y comunicarse. Aunque estas plataformas ofrecen muchos beneficios también plantean riesgos que pueden afectar negativamente al bienestar y salud mental.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica existente relacionando las redes sociales con los problemas de salud mental.

El periodo acotado de los artículos se extendió desde 2020 a 2025, incluyendo los idiomas español, inglés o portugués.

Palabras clave utilizadas: redes sociales, social media, mental health, salud mental, ansiedad, anxiety, autoestima.

La búsqueda bibliográfica se realizó en los motores de búsqueda Semantic scholar, Pubmed, Scielo, PubMed, CINAHL Complete, Cuiden o Dialnet.

CONCLUSIONES

La inclusión de las redes sociales en el día a día de los individuos puede tener un efecto positivo si se emplean de forma adecuada maximizando sus ventajas, como por ejemplo la creación de comunidades o el establecimiento de una forma de apoyo social. Sin embargo, los estudios actuales demuestran la repercusión negativa que suponen en el bienestar mental de los individuos debido a la inmediatez de la información y su repercusión en la autoestima de los individuos, produciendo ansiedad, alteraciones en el sueño o problemas alimenticios entre otros.

Por ello es necesario realizar intervenciones preventivas que ayuden a realizar un uso equilibrado y responsable de las tecnologías, complementándolo con la práctica de ejercicio físico y fomentando la interacción social fuera del entorno digital.

OBJETIVOS

- Conocer los efectos de las RR.SS en la salud mental de las personas
- Identificar las claves para un uso adecuado de las RR.SS en nuestro día a día

DESARROLLO

La literatura reciente sugiere una asociación entre el uso excesivo de las tecnologías digitales, especialmente redes sociales, y la presencia de síntomas ansioso-depresivos, conductas autolesivas, trastornos alimenticios o problemas sueño.

El uso problemático de internet incluye patrones adictivos como la personalización del contenido o el *scrolling* infinito. El “*scrolling*” consiste en el deslizamiento constante a través de contenido sin un fin concreto, lo cual puede afectar de forma negativa al bienestar psicológico, empeorar el rendimiento académico e interferir en las relaciones sociales. Asimismo, se genera una sensación de gratificación instantánea difícilmente alcanzable con otras actividades.

Entre los principales mecanismos por los cuales las redes sociales generan ansiedad se encuentra la difusión de información falsa, el miedo a perderse algo (FOMO) y el ciberacoso.

Si bien estas plataformas también ofrecen beneficios como el apoyo social y la creación de comunidades. Diversos artículos destacan algunas pautas para hacer un uso adecuado de las RR.SS beneficiéndonos de las ventajas que ofrecen. Entre las medidas a adoptar se encuentra realizar psicoeducación sobre un uso adecuado de las RR.SS, establecer un límite de tiempo de uso diario, verificar la veracidad de la información visualizada así como impulso de actividades físicas y sociales fuera del entorno digital.

BIBLIOGRAFÍA

- Del, Z. (2024). Social Media and Mental Health: Examining the Relationship of the Use of Social Media to Anxiety. *ResearchGate*.
- Eddy Ives, L. S., Huertas Patrón, A., Forti Buratti, M. A., Álvarez Pitti, J., Salmedón-Ruiz, M. A., Rodríguez Hernández, P. J., Real-López, M. (2025). Impacto de las pantallas y las redes sociales en la salud mental. *Anales de Psicología*, 100(2), 503-509.
- Landa-Blanco, M., Reyes García, Y., Landa-Blanco, A. L., Cortés-Barrios, A., & Paz-Maldonado, E. (2024). Relación de la adicción a las redes sociales con el compromiso académico en estudiantes universitarios: el papel mediador de la autoestima, la depresión y la ansiedad. *Melycon*, 10(2), e024384.
- Moreno Pacheco, M. del R., Álvarez Estepa, O., Barberán Tomás, C., Brusco Expósito, M., Arnau Pascual, N., Hirsiola Pachón, G. (2025). Salud mental en la era digital: el impacto de las redes sociales y estrategias de intervención. *Revista Onco*, 8(9), 707.
- Troya Fernández, J. C., Perifán Solís, N., Sánchez Movellán Pérez, P. (2022). El impacto de las redes sociales en la salud mental. *Revisión bibliográfica. Revista científica-co-creativa SAWUM*, 7(1), 18–28.



HILOS DE CUIDADO, HILOS DE CONTROL: DE LA FIGURA DEL TUTOR AL CURADOR



Beatriz Tascón Gutiérrez (1), María Domingo Pérez (2), Carlota González Testera (2) Marta Vallina Fernández (1)
Enfermero Interno Residente (R1) en Salud Mental CAULE (1), Enfermera Especialista en Salud Mental (2) CAULE

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo se han utilizado diversas palabras designar a las personas con discapacidad. Estas han sido históricamente relegadas de la participación social porque se adoptaba un modelo médico-biologista **capacitista**. Sin embargo, en los últimos años este modelo ha ido cambiando hacia una perspectiva social que afirma que es la sociedad la que marca esas barreras.

El Comité Internacional de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDDP) en la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (CIDPD) del 6 de diciembre de 2006 dictó 50 artículos con los que se busca blindar los derechos de las personas con discapacidad.

La ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica ha supuesto una modernización necesaria dentro del código civil español. Esta nueva ley ha ampliado los derechos de las personas con discapacidad otorgando mayor capacidad de obrar.

OBJETIVOS

-Analizar el **rol del curador** en las personas con discapacidad desde la perspectiva de salud mental, identificando cuando su intervención es un apoyo (hilo que sostiene) y cuando una limitación para la autonomía (hilo de control).

-Sensibilizar sobre la **necesidad de humanizar** la atención y promover la autonomía y empoderamientos en las personas con discapacidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica, utilizando como fuentes las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y CUIDEN, siendo las palabras claves empleadas para la búsqueda: "curatela", "derechos humanos", "discapacidad".

Como criterios de elegibilidad, se seleccionaron aquellos artículos publicados en los diez últimos años en inglés y español.

RESULTADOS

DEL TUTOR AL CURADOR

- **TUTOR**: persona designada legalmente para cuidar y proteger los intereses de alguien que no puede cuidar de sí mismo debido a su minoría de edad o incapacidad. La principal característica es que la persona tutora asume la responsabilidad de tomar decisiones en nombre de su tutelado/a, asegurando su bienestar físico, emocional y financiero, lo que se traduce en que es la persona tutora la que tiene la última palabra sobre la persona tutelada, lo que puede implicar abusos de poder.
- **CURADOR**: figura jurídica que se encarga de representar y proteger los intereses de una persona con discapacidad mental o física que no puede tomar decisiones por sí misma.

La persona curadora puede ser un familiar, alguien cercano o un profesional designado por un tribunal. A diferencia de la persona tutora la persona curadora tiene un enfoque más específico en la protección y el bienestar de las personas con discapacidad.

MARCO HISTÓRICO Y NORMATIVO

En relación con los derechos de las personas con discapacidad, la figura del/ de la curador/a ha evolucionado para mejorar la protección de sus intereses y promover su autonomía. Históricamente, las personas con discapacidad eran objeto de discriminación y tenían menos derechos legales.

Sin embargo, la **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS** ratificada por muchos países, aboga por la igualdad de derechos y la autonomía de las personas con discapacidad.

En este contexto, la figura del curador se ha modificado en la **LEY 8/2021** para garantizar que la toma de decisiones se realice en consulta con la persona con discapacidad y se respete su voluntad y preferencias en la medida de lo posible.

DISCUSIÓN- CONCLUSIÓN

-Las personas con discapacidad han sufrido la exclusión social por una condición física, social o mental menoscabando sus derechos fundamentales.

-En los últimos años y a raíz de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, esta situación se ha ido revertiendo en el plano jurídico hasta la Ley 8/2021 vigente en la actualidad.

-Esta ley ha permitido el cambio de la fórmula pasiva de la tutela por la fórmula activa de la curatela; otorgando capacidad e involucración a las personas con discapacidad y asegurando la autonomía y el libre ejercicio de sus derechos.

-Esta evolución refleja un enfoque más inclusivo y basado en los derechos humanos y en la protección de las personas con discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez de Ontiveros, C. (2009). *La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad y el sistema español de modificación de la capacidad de obrar*. Derecho Privado y Constitución, 23(1), 335–368.
2. Baquero, I. (2015). *Discapacidad: una construcción narrativa excluyente*. Equidad y Desarrollo, 24(1), 165–183.
3. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2022). *Observación general núm. 8 (2022) sobre el derecho de las personas con discapacidad al trabajo y al empleo (CRPD/C/G/8)*. Naciones Unidas. <https://www.un.org>

XX JORNADAS ACLSM :
Hilos que ahogan, hilos que sostienen

CUANDO NO HACER TAMBIÉN ES HACER: REVISIÓN CRÍTICA SOBRE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL.

Noelia Gorgojo García¹, Lidia García Campa¹ y Yaiza Verdes García²

¹Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). ²Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín (HUSA).

Contacto: noelia.gorgojo@sespa.es

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica actual se observa un incremento de demandas en salud mental vinculadas a sufrimientos adaptativos derivados de experiencias vitales y tensiones socioculturales. Una respuesta sanitaria indiscriminada puede derivar en procesos de patologización e iatrogenia. La indicación de no tratamiento propone una actitud prudente y ética, orientada a evitar la medicalización del sufrimiento y a promover una comprensión más humana del malestar. Esta intervención se enmarca dentro de la prevención cuaternaria en Salud Mental, conjunto de acciones que pretenden evitar la actividad sanitaria innecesaria. Esto no es algo definitivamente consensuado, y la decisión está sujeta a múltiples variables de índole clínica asistencial, personales del terapeuta y del mismo encuentro intersubjetivo y particular entre el profesional y el paciente (Ortiz Lobo y Murcia García, 2009; García Moratalla, 2022; Ortiz Lobo, 2014)



OBJETIVO

Revisar la evidencia científica disponible sobre la indicación de no tratamiento en salud mental, analizando sus fundamentos clínicos e implicaciones, con el fin de recoger orientaciones útiles para la toma de decisiones en la práctica profesional.



MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica y un análisis clínico-reflexivo de artículos publicados en bases de datos como Scielo o Dialnet.

RESULTADOS

La indicación de no tratamiento comprende tres etapas:

- 1) Escucha empática y exploración del problema
- 2) Construcción conjunta de la versión inicial
- 3) Resignificación de la versión inicial

La estrategia psicoterapéutica de este proceso estaría encaminada a lograr una resignificación del malestar, donde el que consulta pasa de considerarse alguien enfermo al que le sucede algo patológico, a alguien sano que está en una situación que puede ser problemática y que le produce un sufrimiento. Si indicamos no tratamiento de forma adecuada evitamos la posible iatrogenia, la patologización del malestar y contribuimos a la correcta distribución de los recursos asistenciales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La indicación de no tratamiento en salud mental constituye una acción clínica responsable que implica resignificar el sufrimiento legítimo como una respuesta saludable a problemas vitales, en lugar de un signo de enfermedad que requiera tratamiento médico o psicoterapéutico. De esta manera, reforzamos la autonomía del paciente y promovemos una atención más ética, humana y sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Haro, J., y Fernández-Briz, N. (2015). Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. SEMERGEN-Medicina de Familia, 41(4), 214-220.
- García Moratalla, B. (2012). Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. Norte de salud mental, vol. X, nº 43: 43-52.
- García Moratalla, B. (2022). Indicación de no-tratamiento para personas con malestar. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, 19(0): 43-61.
- Ortiz Lobo, A. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. Átropos, 26-34.
- Ortiz Lobo, A. y Murcia García, L (2009). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ortiz Lobo, A. y Ibáñez Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista española de salud pública, 85, 513-525.
- Ortiz Lobo, A. (2014). El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. Norte de Salud Mental, 12(49), 23-28.
- Pérez-Sales, P. (2017). La prevención cuaternaria en salud mental: entre la ética y la clínica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(133), 57-70.

Salvar o acompañar: la frontera ética del cuidado



Teresa Enríquez Vidal¹, Ekhiñe Villar Oloriz², Luis Menéndez Almánzar², Kholoud El Hajoui Rouaz², Laura Molina Areses³

1: Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Madrid. 2: PIR, Hospital Universitario Río Hortega. 3: Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Hospital Universitario Río Hortega.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, el encuentro con el deseo de morir confronta al profesional con sus propios límites y el impulso de preservar la vida. Sin embargo, ese impulso puede ser ambiguo: ¿a quién pertenece realmente el deseo de salvar? El cuidado en salud mental se sitúa en un terreno ético complejo, donde compasión y control se confunden.

Los debates sobre eutanasia y autonomía del paciente han ampliado la reflexión sobre el derecho a decidir sobre la propia vida. Cuando el sufrimiento psíquico es el motivo, la tensión se profundiza: el deseo de morir se entiende como síntoma, no como decisión. Cuidar no siempre consiste en evitar la muerte, sino en acompañar la vida cuando se hace insoportable.



DESARROLLO

El clínico oscila entre el compromiso con la vida y el respeto por la autonomía. En ese espacio incierto, el deseo de ayudar puede volverse imposición. "Salvar" al otro puede implicar someterlo al propio ideal de vida.

La clínica del suicidio enfrenta al profesional con su impotencia. A veces, el paciente no busca ser corregido, sino escuchado sin juicio. La escucha se vuelve cuidado cuando sostiene un espacio donde la vida aún puede decir algo.

Las políticas de salud mental priorizan la preservación de la vida, pero prolongarla sin condiciones de dignidad puede ser cruel. La ética del cuidado exige pasar de la conservación biológica a la búsqueda de una vida vivible. Reconocer que ciertas existencias se vuelven intolerables no es legitimar la muerte, sino cuestionar las estructuras que generan sufrimiento.

El clínico debe cuidar al paciente y a su propia posición, evitando quedar atrapado en el mandato de salvar. Cuidar es estar presente sin dominar, sostener el dolor sin reducirlo a un riesgo que controlar.

CONCLUSIONES

Cuidar no es garantizar la vida, sino crear condiciones para que pueda volverse habitable. En el encuentro con el deseo de morir, el profesional se sitúa en el límite de su poder y saber. La ética del cuidado exige reconocer esa impotencia y acompañar sin imponer ni abandonar.

Este dilema no tiene solución definitiva: cuidar es mantener abierta la pregunta sobre qué significa hacerlo cuando la vida duele demasiado. Es discernir cuándo sostener y cuándo soltar, aceptar que no todo cuidado salva, y que acompañar puede ser la forma más profunda de respeto.

Más que preservar la vida, se trata de preservar la dignidad, reconociendo que la vida sin sostén simbólico o social puede volverse insoportable. Pensar así no es rendirse ante la muerte, sino comprometerse con una vida que valga la pena ser vivida.

BIBLIOGRAFÍA

- Bloch, S., & Green, S. (Eds.). (2021). *Psychiatric ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Cholbi, M., & Varelius, J. (Eds.). (2023). *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-25315-7>
- Hirsch, J.K., Chang, E.C. & Rabon, J.K. (Eds.). (2018). *A positive psychological approach to suicide: Theory, research, and prevention*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03225-8>
- Kelly, C., & Dale, E. (2011). Ethical perspectives on suicide and suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 214-219. doi:10.1192/apt.bp.109.007021
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2024). Practical ethics in suicide: Research, policy and clinical decision-making. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009209383>
- Montreuil, M., Séguin, M., Gros, C. P., & Racine, E. (2021). Everyday ethics of suicide care: Survey of mental health care providers' perspectives and support needs. *PLOS ONE*, 16(4), e0249048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249048>

El Analista como Compañero de Viaje: La Función de Sostén y el Valor Terapéutico de la Imperfección

XX Jornadas de la Asociación Castellano y Leonesa de Salud Mental.

"Hilos que ahogan, hilos que sostienen"

Noviembre 2025

África Fuentes Alonso, Irene Lastiri Garrido, Laura Fernández Gutiérrez, Teresa Enríquez Vidal y Ekhiñe Villar Oloriz

El vínculo como sostén

La práctica analítica relacional se centra en la calidad del vínculo como elemento esencial de la cura. Más allá de la técnica, el analista adopta la posición de compañero de viaje que acompaña el proceso subjetivo del paciente, priorizando una presencia auténtica.

Inspirados en Winnicott, Sáinz y Cabré (2012), definen al analista suficientemente bueno como quien ofrece un sostén emocional, "holding": un marco seguro que contiene sin invadir. Esto facilita el despliegue del mundo interno y la espontaneidad del paciente. Esta perspectiva, subraya la humanidad del analista como motor clave del cambio.

Dentro de este sostén, las fallas del analista son inevitables y constituyen el núcleo del cambio terapéutico cuando son adecuadamente gestionadas. La secuencia del fallo tolerable, el camino paradójico que va de la crisis vincular a la reparación auténtica del self, revela la dinámica central para la madurez psíquica.

Sostén, Fallo y Reparación



Reparación vincular y crecimiento psíquico

La clínica se basa en una ética del acompañamiento y del cuidado. La implicación emocional del terapeuta, gestionada de forma consciente y ética, se erige como una herramienta terapéutica poderosa. El analista suficientemente bueno no busca la perfección, sino que se implica activamente, demostrando la capacidad de fallar y reparar.

El holding y esta implicación consciente establecen el espacio transicional y el espacio emocional seguros necesarios para la reparación de los vínculos tempranos fallidos. La insuficiencia tolerable es un motor del cambio terapéutico. Al soportar la agresión sin retaliar (sin castigo ni represalia), el analista demuestra la solidez del vínculo, permitiendo la existencia psíquica y el despliegue auténtico del paciente, haciendo del vínculo el contenido esencial de la cura.

Bibliografía

- Sáinz Bermejo, F., y Cabré Segarra, V. (2012). La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. *Clinica e Investigación Relacional*, 6(3).
- Sáinz Bermejo, F. (2008). Winnicott, un buen compañero de viaje. En A. Liberman y A. Abello (Eds.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual* (pp. 345–360). Psimática.

CUANDO MÁS SIGNIFICA MENOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORÍA: Olga Marcos Rodrigo, Álvaro Barrero, Vera Ballesteros Ruiz

INTRODUCCIÓN: La unidad funcional asertivo-comunitaria (UFAC) pretende el acompañamiento de las personas con TMG en su recuperación mediante la atención integral, basada en la evidencia científica, promoviendo sus derechos y autonomía.

CASO CLÍNICO:

- Mujer
- 32 años
- Múltiples diagnósticos:
 - TLP
 - T. Bipolar I
- Consumo de tóxicos desde los 16 años.



Derivada a UFAC en 2021, ingresa en vivienda sanitaria de entrenamiento autónomo, para un seguimiento más exhaustivo e integrado en la comunidad, así como para disminuir los ingresos en la unidad de hospitalización breve (UHB).

A continuación, se recoge en la siguiente tabla, un resumen de los episodios en los que la paciente precisó ingreso en la UHB desde el inicio del seguimiento en nuestra unidad:

INGRESOS EN UHB DEL HURH:

AÑO	Nº	FECHA	CAUSA	PLANES AL ALTA DE UHB Y OTRAS OBSERVACIONES
2022	5	7/9/22	DESCOMPENSACIÓN	1º Ingreso en el HURH, se sigue en HD al alta
		14/9/22	T. PSICÓTICO/TÓXICOS	
		10/10/22	DESCOMPENSACIÓN	Al alta a la UFAC, vivienda
		7/11/22	DESCOMPENSACIÓN	Al alta vivienda
		14/12/22	DESCOMPENSACIÓN	Al alta CT Spiral
2023	1	18/10/23	T. ESQIZOAFFECTIVO	Al alta proyecto hombre + vivienda
		26/2/24	T. BIPOLARS. PSICÓTICOS	Al alta UFAC + vivienda
		12/3/24	DESCOMPENSACIÓN	Al alta vivienda UFAC
		12/4/24	DESCOMPENSACIÓN	*Fuga, denuncia y reingreso involuntario
		7/5/24	Reingreso tras fuga	*Pedida tutela a Fascul y medidas de apoyos
2024	7	9/8/24	INTENTO AUTOLÍTICO	Al alta UFAC + vivienda. Reuniones de alcohólicos y narcóticos anónimos
		6/11/24	ALT COND./CONSUMO	Al alta CT Vañes
		3/12/24	ID. AUTOLÍTICA	Al alta INTRAS + ACLAD
		8/1/25	DESCOMPENSACIÓN	Derivación a BM+ Seguimiento ambulatorio en su domicilio

Tras un total de 14 ingresos, durante su seguimiento en vivienda sanitaria, se inicia seguimiento ambulatorio desde su domicilio, con un seguimiento menos intensivo, obteniéndose así un buen control del caso, consiguiéndose la estabilidad psicopatológica de la paciente y que no precisa de ningún ingreso hospitalario más durante el último año (2025).

CONCLUSIONES:

- ✓ En algunos casos, al procurar un mayor acompañamiento y seguimiento, pretendiendo mejores resultados y mejoría clínica, no se logra.
- ✓ Es importante analizar cada caso en concreto, y adaptar la actuación según los resultados.
- ✓ Además, de esta manera, aumenta el riesgo de agotar los recursos disponibles y sobrecargar tanto al equipo como a la paciente, con un exceso de intervencionismo.

CUIDANDO A LOS QUE CUIDAN

ÁLVARO BARRERO; VERA BALLESTEROS RUIZ; OLGA MARCOS RODRIGO

Introducción:

 El aumento de la atención comunitaria en salud mental ha requerido de una mayor implicación por parte de las familias y los cuidadores no profesionales. Esta mayor necesidad de apoyo puede suponer una sobrecarga emocional para los cuidadores no profesionales que pueden llegar a sufrir síntomas claros de ansiedad y depresión.

Desarrollo:



Los cuidados dirigidos a los cuidadores en el ámbito de la salud mental son fundamentales, ya que el estrés y la carga emocional asociados al cuidado pueden derivar en depresión, ansiedad y agotamiento. Diversos estudios científicos respaldan la necesidad de ofrecer apoyo a los cuidadores para favorecer su bienestar, lo cual repercute positivamente tanto en su calidad de vida como en la del paciente.



Entre las intervenciones más efectivas destacan el apoyo psicológico y psicoeducativo, el acceso a servicios de salud mental y la implementación de políticas que faciliten la conciliación entre las responsabilidades de cuidado y el ámbito laboral.

Es importante señalar que dos tercios de las personas que se identifican como cuidadores de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) superan los 55 años, son mayoritariamente mujeres, se encuentran en situación de desempleo y padecen alguna enfermedad crónica. Además, más del 85% de los cuidadores presenta sobrecarga y algún tipo de alteración psíquica. La ansiedad está presente en más del 85% de los casos, y hasta un 80% manifiesta síntomas compatibles con depresión.



El desarrollo de tratamientos comunitarios para las enfermedades mentales crónicas ha supuesto una mayor implicación de los familiares en el cuidado de los pacientes. Sin embargo, esta situación también ha incrementado la sobrecarga que experimentan, afectando de manera negativa a su propia salud mental.

Conclusiones:



Existe una gran variedad de intervenciones de enfermería dirigidas a reducir la sobrecarga del cuidador. El análisis de los diferentes estudios demuestra que intervenciones tales como las visitas de atención domiciliaria y la creación de grupos de educación para la salud o de apoyo de familiares ayudan a reducir la sobrecarga del cuidador y reducen la aparición de sintomatología de estrés y depresión. A pesar de ello sería conveniente continuar investigando para poder crear unidades de atención mas orientadas en la prevención de aparición del síndrome de burnout en los cuidadores no profesionales, mejorando así de manera indirecta la atención y la salud de las personas con enfermedad mental y la de sus familiares.



Bibliografía:

- Fornés Vives, J. (s/f). Enfermería Global. Aeesme.org. Recuperado el 31 de octubre de 2025, de <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2021/11/Fornés-Vives-J.-Enfermería-en-Salud-Mental.-Cómo-cuidar-al-cuidador-y-a-nosotros-mismos.-Enfermería-Global.-2003.-21.pdf>
- Romero, H. P., Reyes, D. I., & Márquez, R. R. (s/f). "ROL DE LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL". Psiquiatría.com. Recuperado el 31 de octubre de 2025, de <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMU3CVP2017.pdf#:~:text=Los%20cuidadores%20de%20los%20enfermos%20mentales%20dedican,y%20con%20su%20familia%20y%20lo%20que>
- Tinoco Camarena, J. M., Hidalgo Blanco, M. A., Daifuku Sansano, N., Lluch Canut, M. T., Raigal Aran, L., & Puig Llobet, M. (2022). Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales. Revisión sistemática de ensayos clínicos. Enfermería global, 21(4), 562-586. <https://doi.org/10.6018/eglobal.502351>

XX Jornadas de la ACLSM: «Hilos que ahogan, hilos que sostienen»

Cuidar tu mente es quererte: cómo establecer límites saludables en nuestras relaciones.

Coral Valderrey Martínez, Laura Carro Reñones. Enfermeras especialistas en salud mental.

Introducción

El ser humano es sociable por naturaleza, las relaciones nos ayudan a interactuar con otras personas, refuerzan nuestro aprendizaje y fomentan nuestra autoestima y bienestar. Pero para mantener relaciones interpersonales saludables es importante establecer límites en las mismas.

Objetivos

- Establecimiento de límites en las relaciones interpersonales.
- Consecuencias del no establecimiento de límites saludables

Material y métodos

Se han utilizado diferentes bases de datos científicas para la recopilación de datos e información verídica como Psicoglobal, Neuroscape, Psicología y mente y Arende Institute.

Desarrollo

Un límite se define como "una línea real o imaginaria que separa dos terrenos". Poner límites nos ayuda a fomentar nuestra auto seguridad y fomentar el control sobre nuestra propia vida, además de auto validarnos y mantener nuestra autonomía.

- **Preservan nuestro bienestar emocional**
- **Fomentan el respeto mutuo:** Cuando comunicamos nuestras expectativas respetuosamente, facilitamos una interacción sana.
- **Mejoran la comunicación:** Poner límites promueven una comunicación abierta y honesta, evitando malentendidos y conflictos innecesarios.
- **Construyen relaciones saludables**

- Pero, ¿cómo establecemos esos límites? es imprescindible:
- **Conocer nuestros propios límites:** antes de poner límites debemos reflexionar sobre cuáles son nuestros propios límites. Esto quiere decir que tenemos que conocer hasta dónde queremos llegar y hasta dónde dejaremos que otra persona llegue con nosotros. Esto se denomina autoconocimiento.
 - **Comunicar nuestros límites al otro de manera clara y respetuosa.**
 - **Ser consistente en la aplicación de esos límites.** Aplicarlos y ser assertivos con uno mismo y con los demás.
 - **Escuchar los límites del otro y respetarlos.**

Es posible que nos encontramos con ciertos problemas a la hora de establecer límites. Aquellos intrínsecos:

1. **Falta de autoconocimiento**
2. **Miedo a ser egoistas**
3. **Miedo a la soledad.**

Aquellos extrínsecos:

La otra persona puede usar técnicas manipulativas para conseguir su propósito y conseguir que nosotros nos saltemos nuestros propios límites.

Así mismo, surge la pregunta de cómo respetar los límites del otro, ya que es tan importante respetar y hacer valer nuestros límites como respetar y considerar los límites de los otros.

Por ello el proceso adecuado sería:

- **Escuchar y respetar los límites que el otro ha establecido.**
- **Evitar la manipulación o presión para que el otro cambie sus límites**
- **Ser comprensivo y respetuoso con los sentimientos del otro.**

Consecuencias negativas de no poner límites

Al relacionarnos con los demás sin unos límites bien establecidos, podemos sufrir estas consecuencias:

Baja autoestima

No saber lo que queremos

Dependencia emocional

Inseguridad

Y qué hacemos si nuestros límites no son respetados?

Lo más importante es que sepamos cuáles son.

Lo ideal es que le comunicues a la otra persona de manera assertiva que ha sobrepasado los límites que has establecido, utilizando el estilo comunicacional assertivo y resaltar hechos que nos afectan o molestan con respeto pero con firmeza.

Es preciso que marquemos un límite y lo respetemos de manera intermitente.

mis límites

-
- Cuidaré de mi primero
 - No dejo que dependa de otras personas
 - No me moleste las cosas que están fuera de mi control
 - Mi salud mental y mi bienestar físico va ser una prioridad
 - Pedir ayuda cuando lo necesite
 - Eliminar de mi vida a las personas que me hacen sentir pequeño
 - Voy a defendarme y expresar mis opiniones con confianza
 - Voy a permitirme que otros me llevén a hacer las cosas que me siento incomodo
 - Voy a permitirme demostrar mis emociones

Conclusion

Los límites nos ayudan a construir relaciones saludables, empáticas, assertivas y de respeto mutuo. Cualquier relación está basada en el amor, la confianza y el respeto, sobre todo hacia nosotros mismos.

Es primordial fomentar:

Autoconocimiento, Assertividad

Dicir "no"

Consecuencias si no se respetan

Aprender a escuchar.

RECUERDA:
PONER LÍMITES NO TE HACE UNA MALA PERSONA.
HASTA AÑO...



"TEJER LA TOLERANCIA"

ESTRATEGIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA FAVORECER LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN EN SALUD MENTAL

GARCÍA GARCÍA, S.; RAMOS GÓMEZ, S.
TERAPEUTAS OCUPACIONALES



1. "INTRODUCIENDO EL TEMA"


la frustración es una experiencia inevitable en la vida cotidiana y, al mismo tiempo, una oportunidad potencial de aprendizaje. La baja tolerancia a la frustración suele manifestarse como evitación, impulsividad, incluso abandono de ocupaciones significativas.

Desde la Terapia Ocupacional (TO), se entiende la tolerancia a la frustración como una habilidad ocupacional, vinculada a la capacidad de la persona para reorganizar la acción ante el error, la demora y/o la pérdida de control. El presente póster propone una reflexión sobre cómo la Terapia Ocupacional puede actuar como sostén y no como contención, ofreciendo estrategias de afrontamiento para acompañar la experiencia de frustración dentro del proceso terapéutico.

4. HILAR ESTRATEGIAS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

a) Graduación y dosificación de la actividad

Diseñar actividades que contengan un nivel de desafío ajustado: con un nivel de dificultad que resulte motivador y con cierto grado de reto, que se ajuste a sus capacidades de desempeño.

- Justificación: favorece la autoeficacia percibida (Bandura, 1997) y reduce la evitación ocupacional.

b) Adaptación del entorno como sostén emocional

Utilizar el entorno con fines terapéuticos. Crear un ambiente facilitador, un espacio seguro para el ensayo.

- Justificación: principios del entorno terapéutico significativo (Wilcock & Hocking, 2015).

c) Narrativas ocupacionales y resignificación del error

Invitar a reconstruir la historia personal de "fracaso" en términos de proceso y aprendizaje.

- Justificación: Modelo de la Ocupación Narrativa (Clark, 1993).

d) Herramientas de regulación emocional integradas en la ocupación

Combinar técnicas de mindfulness ocupacional, respiración durante la tarea, conocer el perfil sensorial, pausas sensoriales...

- Justificación: abordajes contemporáneos de mindful occupation (Hooper & Wood, 2021).

e) Apoyos visuales y cognitivos

Emplear guías paso a paso, esquemas de resolución de problemas y/o tableros de planificación ocupacional para favorecer la tolerancia a la demora y la organización de la acción.

- Justificación: reduce la incertidumbre y apoya la función ejecutiva, facilitando la permanencia ante la dificultad.

"La cuestión no es evitar la frustración, sino aprender a tejer con ella una vida que siga teniendo sentido."

2. OBJETIVO

Integrar MOHO y CMOP-E para operacionalizar la tolerancia a la frustración como competencia ocupacional y aplicarla en cinco ejes: graduación del desafío, entorno terapéutico, narrativas, regulación integrada y apoyos visuales/cognitivos.



"EL TEJER" ENCarna VALORES CENTRALES DE LA PROFESIÓN:



- EL HACER CON SENTIDO.
- LA TRANSFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD.
- LA IMPORTANCIA DEL PROCESO, DEL VÍNCULO Y DEL RITMO PERSONAL.

3. TEJIENDO TEORÍA Y PRÁCTICA: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Desde el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Kielhofner, 2008), la frustración se sitúa en el vínculo entre volición y desempeño: aparece cuando el deseo de hacer no se alinea con las capacidades o el entorno.

Por su parte, el Modelo Canadiense del Desempeño y Compromiso Ocupacional (CMOP-E) subraya la necesidad de mantener la sintonía entre persona, entorno y ocupación; cuando esta armonía se rompe, puede surgir la frustración como señal de desajuste. Así, el rol del terapeuta ocupacional no es eliminar la frustración, sino acompañar y apoyar a la persona a habitarla y transformarla en motor de aprendizaje.

5. CONCLUSIONES

La Terapia Ocupacional ofrece un encuadre privilegiado para experimentar la frustración como parte natural del hacer, y no como algo que debe evitarse. A través del uso intencionado de la actividad, del entorno y del vínculo alianza terapéutica, la frustración puede transformarse en una experiencia de autoconocimiento, resiliencia y crecimiento.

"Tejedora del telar" para la tolerancia se centra en ajustar la tensión del hilo entre desafío y sostén, promoviendo que la persona desarrolle y/o recupere la confianza en su capacidad para actuar y madurar estrategias de respuesta adaptativa y afrontamiento.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Clark, F. A. (1993). Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(12), 1067-1078.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications.
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). Slack Incorporated.
- Hooper, B., & Wood, W. (2021). *Using the Occupational Therapy Practice Framework to promote occupation-based and client-centered practice*. *The American Journal of Occupational Therapy*.

XX JORNADAS ACLSM "HILOS QUE AHOGAN, HILOS QUE SOSTIENEN"

Laura Fernández Gutiérrez (PIR-1 Hospital Universitario Río Hortega); Teresa Enríquez Vidal (psicóloga especialista en psicología clínica); Ekhine Villar Oloriz (PIR-4 Hospital Universitario Río Hortega); Luis Menéndez Almánzar (PIR-1 Hospital Universitario Río Hortega); Kholoud El Hajoui Rouaz (PIR-3 Hospital Universitario Río Hortega)

INTRODUCCIÓN

En la sociedad contemporánea, el **sufrimiento cotidiano** ha comenzado a entenderse como una patología que requiere de diagnóstico y tratamiento. Este fenómeno, refleja una tendencia a la **medicalización de la vida**, donde emociones y dificultades inherentes a la existencia humana, se interpretan como síntomas de enfermedad.

En el ámbito de la salud mental, esto puede llevar a producir **iatrogenia psíquica**, es decir, daños derivados de intervenciones innecesarias y excesivas (Ortiz, 2014).

Ante esta situación, la **prevención cuaternaria** propone una mirada ética orientada a evitar el intervencionismo excesivo, proteger la autonomía de las personas y promover prácticas clínicas más cautas, que comprenden el sufrimiento como parte natural de la condición humana (Jamoulle, 2015; Menéndez, 2021)

DESARROLLO

La **expansión del modelo biomédico** ha influido en la percepción del sufrimiento cotidiano, reduciendo la complejidad del ser humano a categorías clínicas estandarizadas. Según Ortiz (2015), se ha instaurado un paradigma donde la tristeza, la angustia o la frustración se catalogan como síntomas patológicos. Menéndez (2021), denomina a este fenómeno, "**colonización de psi**", que se define como la idea de que el individuo necesita la mediación constante de "expertos" para sobrellevar su vida. Desde esta perspectiva se está fomentando una visión de ser humano frágil y vulnerable, debilitando su capacidad de afrontamiento (Pérez-Álvarez, 2018).

Jamoulle introduce en el año 1995 el concepto de **prevención cuaternaria**, que plantea la necesidad de proteger al paciente de intervenciones innecesarias y excesivas. En el ámbito de la salud mental, esto implica **distinguir entre sufrimiento adaptativo y trastorno clínico**.

Colina (2013) describe "el arte de no intervenir" como una actitud de sabiduría y contención, que reconoce los límites del conocimiento técnico y valora la espera vigilante como una forma de cuidado.

Así, la prevención cuaternaria se consolida como una práctica ética y humanizadora, que busca **equilibrar la atención profesional con la libertad y responsabilidad del individuo** (Vasquez y Jamoulle, 2017).

CONCLUSIONES

- La **patologización del sufrimiento** supone un riesgo ético, clínico y social. Convertir los malestares propios de la vida en diagnósticos médicos, puede conducir a la pérdida de autonomía, a la estigmatización y a la iatrogenia.
- Ante ello, la **prevención cuaternaria** plantea un marco de intervención prudente y reflexivo, que defiende la autonomía del paciente, el respeto por la experiencia subjetiva y la necesidad de limitar el intervencionismo.
- Entender el **sufrimiento como parte de la experiencia humana** no implica negar la ayuda profesional, sino orientarla hacia un **acompañamiento ético**, basado en la comprensión, la empatía y el respeto a la libertad personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colina, F. (2013). *El saber delirante*. Madrid: Pre-Textos.
Jamoulle, M. (2015). Prevention quaternary: Primum non nocere. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(9), 611-614. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.158>

Menéndez, G. (2021). *La colonización del psi: Crítica a la patologización de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Noveduc.
Ortiz, L. (2014). Prevención cuaternaria en salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.002>
Pérez-Álvarez, M. (2018). *La invención de los trastornos mentales: Una crítica del DSM y de la psicopatología contemporánea*. Madrid: Alianza Editorial.
Vasquez, M., & Jamoulle, M. (2017). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 509-510. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.30>

LA CREATINA COMO POSIBLE COADYUVANTE ANTIDEPRESIVO: EVIDENCIA ACTUAL SOBRE SU PAPEL TERAPÉUTICO

Autor / Autores: Picazo Peralta, Lorena; Bermejo Maya, Lucía; García Fidalgo, Silvia; Santos Sánchez, Sofía; López Torres, Paula

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema global con alta resistencia a los tratamientos actuales.

La creatina, conocida por su uso en el rendimiento físico, emerge como un posible coadyuvante terapéutico al mejorar la bioenergética cerebral.

3,8% →

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica actual sobre la **eficacia** de la suplementación con **creatina** como coadyuvante en el tratamiento de la **depresión**



METODOLOGÍA

Diseño:
Revisión bibliográfica narrativa

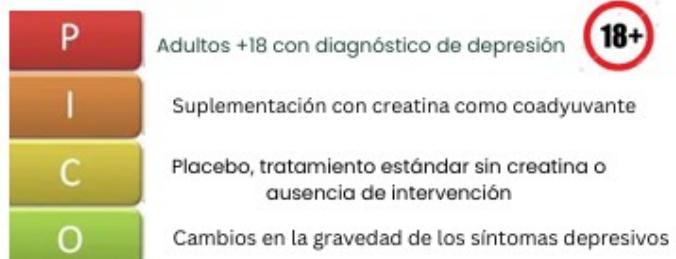


Bases de datos:



Términos:
"creatinine" AND (depression OR "major depressive disorder")

Periodo: 2010 – noviembre 2025



RESULTADOS

Estudio	Población	Intervención	Comparador	Principales resultados
Sherpa et al., 2024	Adultos (n=100, 30.4±7.4 años) con depresión	Creatina + TCC (8 sem)	Placebo + TCC	Mayor reducción de síntomas con creatina; eventos adversos similares; buena tolerabilidad
Lyoo et al., 2012	Mujeres adultas (n=52) con depresión mayor	Creatina (5g/día) + escitalopram (8 sem)	Placebo + escitalopram	Mejoría más rápida y mayor en HAM-D con creatina; eventos adversos similares
Toniolo et al., 2017	Adultos (n=35) con depresión bipolar	Creatina (6g/día, 6 sem) + tratamiento estándar	Placebo + tratamiento estándar	Mayor tasa de remisión con creatina; 2 switches a hipomanía/manía; sin efectos físicos graves
Kious et al., 2017	Mujeres adultas (n=15) con depresión resistente a ISRS/IRSN	Creatina (5g/día) + 5-HTP (100mg 2x/día, 8 sem)	Sin grupo control	Reducción significativa en HAM-D y MADRS; 66% respuesta, 47-53% remisión; sin eventos graves
Toniolo et al., 2017 (cognición)	Adultos con depresión bipolar	Creatina (6g/día, 6 sem) + tratamiento estándar	Placebo + tratamiento estándar	Mejoría en fluidez verbal; sin diferencias en otras áreas cognitivas

CONCLUSIONES

La evidencia sugiere que la creatina puede **potenciar la respuesta antidepressiva** al mejorar el metabolismo energético cerebral y la plasticidad neuronal.

Sin embargo, se requieren ensayos clínicos más amplios y controlados para confirmar su eficacia y seguridad a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA



HILOS QUE SE ROMPEN

AUTORÍA: OLGA MARCOS RODRIGO, VERA BALLESTEROS RUIZ Y

ÁLVARO BARRERO

INTRODUCCIÓN:

Está ampliamente estudiada la importancia del vínculo enfermera-paciente en el tratamiento de Salud Mental, es algo esencial para trabajar el malestar producido por el problema de salud mental. Este vínculo es interactivo, por lo que ambos se ven influidos tanto por la idea que tengan del otro, como por sus emociones.

OBJETIVO:

Analizar la importancia del vínculo enfermera-paciente y la posibilidad de ruptura del vínculo como parte de la relación terapéutica.

DESARROLLO

METODOLOGÍA:

- Se llevó a cabo una revisión bibliográfica
- Las fuentes PubMed y Google Scholar.
- Algunos términos empleados fueron: ruptura, vínculo terapéutico, enfermería...
- Finalmente, se seleccionaron 4 artículos para la elaboración del póster.

El vínculo terapéutico es la unión afectiva enfermera-paciente. Completa la relación terapéutica, que se forma como instrumento de trabajo y fuente de cuidados.



La **enfermera** es un agente activo en el proceso terapéutico. Por tanto, su estado de ánimo y características propias afectarán al proceso y la relación terapéutica y viceversa.

Algunos **pacientes**, mantienen conductas de difícil manejo y, pueden llegar a causar un desgaste emocional en el personal, que afecte al proceso terapéutico o incluso una ruptura en la relación enfermera-paciente.



Las **rupturas** se dan inevitablemente como parte del proceso, contribuye enfermera y paciente. Por ejemplo, al emplear medidas más coercitivas. Estas rupturas pueden ser de menor intensidad o más drásticas, que terminen con el abandono del paciente o fracaso del tratamiento.

La **reconstrucción** del vínculo se inicia con el reconocimiento y valoración de la ruptura.

CONCLUSIONES: Es importante tanto como para el equipo de salud mental, como para el paciente saber cómo llevar de la mejor manera posible estas dificultades en el mantenimiento del vínculo terapéutico. Ya que si se saben tratar y se consigue reconstruir el vínculo, puede llevar a un mayor entendimiento del paciente y una mejora y fortalecimiento de la relación terapéutica.

En caso de no lograr resolver las tensiones en la relación terapéutica puede valorarse y llegar a ser necesario un distanciamiento del paciente y cambio de profesional que siga el caso, con una nueva visión.

BIBLIOGRAFÍA Laborda, A. G., & Rodríguez Rodríguez, J. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 25(96), 29–36. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352005000400003>

Antolín González A. (2016) La importancia del vínculo enfermera-paciente en Psiquiatría. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vinculo-enfermera-paciente-psiquiatria/>

Salgado, Matías. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. Perspectivas en Psicología.

13. https://www.researchgate.net/publication/304148923_Resolucion_de_rupturas_en_la_alianza_terapeutica_Una_revision_bibliografica

Lobera Fortea, Cristina. (2025) Efecto de la coerción en la relación de cuidados en el ámbito de la salud mental, una revisión bibliográfica. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/153750/files/TAZ-TFG-2025-594.pdf?version=1>

EL PROYECTO DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE PLANIFICACIÓN

ESTRATÉGICA EN SALUD MENTAL

xx Jornadas ACLSM: "Hilos que ahogan, hilos que sostienen"

Laura Carro Reñones, Coral Valderrey Martínez

INTRODUCCIÓN

El proyecto de vida se define como una herramienta utilizada para la planificación de metas y objetivos a largo plazo, ayudando a organizar y desarrollar planes personales de futuro, facilitando la autonomía y la toma de decisiones e integrando las dimensiones cognitivas, emocionales y sociales del ser humano.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica publicada entre 2010 y 2024, seleccionando los artículos relacionados con los constructos de "proyecto de vida", "planificación estratégica" y "salud mental" y sus respectivos en inglés.

Asimismo, se ha utilizado en la práctica asistencial un modelo de proyecto de vida formado por las siguientes etapas:

1. Autoconocimiento
2. Definición de objetivos
3. Planificación
4. Acción
5. Evaluación y ajuste



Al paciente se le presentan una serie de esquemas y preguntas:

- Introducción a través de la pregunta: ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?
- Elaboración del mapa biográfico y relacional
- Establecimiento de preferencias
- Definición de cualidades y objetivos
- Realización de análisis DAFO
- Identificación del grupo de apoyo

OBJETIVOS

Analizar el proyecto de vida como una herramienta de planificación estratégica orientada a la promoción y fortalecimiento de la salud mental, destacando su potencial para fomentar el bienestar psicológico y la autogestión emocional.

CONCEPTOS CLAVE:

- **Autoconocimiento:** Ayuda a identificar fortalezas, debilidades y deseos personales.
- **Claridad:** Permite organizar prioridades, valores y expectativas.
- **Motivación:** Potencia la autoestima al tener metas claras y un camino para alcanzarlas.
- **Toma de decisiones:** Facilita la toma de decisiones más acertadas al tener una dirección definida.
- **Desarrollo integral:** Abarca el desarrollo social y emocional.

DESARROLLO

La evidencia revisada, así como la evaluación de los proyectos realizados, indican que el proyecto de vida personal está asociado con niveles más altos de desarrollo personal, bienestar subjetivo así como de un incremento de las relaciones interpersonales.

De esta manera se promueven habilidades de autorreflexión, regulación emocional y toma de decisiones.

Además, se identificó que la implementación del proyecto de vida requiere un abordaje interdisciplinar y entornos que favorezcan la participación.

CONCLUSIONES

El proyecto de vida constituye una herramienta estratégica para la promoción y el fortalecimiento de la salud mental, al fomentar la intencionalidad, el propósito y la responsabilidad personal frente al propio desarrollo, siendo aspectos esenciales para el bienestar integral y la calidad de vida.

Su aplicación contribuye a la prevención de conductas de riesgo y la construcción de sentido vital, elementos fundamentales para el bienestar psicológico sostenido.



*Puedes descargar la bibliografía con este QR.



INTERVENCIÓN ENFERMERA EN CASOS DE PSICOSIS DESDE UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA CENTRADA EN LA PERSONA



AUTORAS: ¹Bermejo Maya, Lucía; ¹Picazo Peralta, Lorena; ¹García Fidalgo, Silvia; ¹Santos Sánchez, Sofía

¹Residentes de primer año de enfermería de Salud Mental (Complejo Asistencial Universitario de León)

1 INTRODUCCIÓN

La atención e intervención en psicosis sigue focalizándose en los síntomas y en el control conductual. Sin embargo, enfocar los cuidados desde un prisma holístico permiten considerar a la persona como ser biopsicosocial, evitando intervenciones coercitivas y favoreciendo su recuperación.

2 OBJETIVOS

General

Describir el papel de la enfermería especialista en salud mental en la atención a personas con psicosis desde un enfoque holístico y no coercitivo.

Específicos

- Identificar necesidades de cuidado más allá del síntoma.
- Mostrar intervenciones enfermeras basadas en la relación terapéutica.
- Evidenciar la reducción del uso de medidas coercitivas al implantar estas prácticas

3 METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos de PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet, CUIDEN y Google Scholar, con una limitación temporal de 10-15 años, incluyendo revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica que abordaran intervenciones enfermeras o cuidados en psicosis con enfoque holístico, centrado en la persona, a su recuperación o a la reducción de la coerción.

Palabras clave: *Psicosis, Enfermería, Atención holística, Atención centrada en la persona, Relación terapéutica y Medidas coercitivas.*

4 DESARROLLO

El cuidado enfermero en personas con psicosis implica un gran desafío, especialmente durante las crisis. El uso de medidas coercitivas como la contención física o farmacológica indiscriminada, ha supuesto un gran debate ético impulsando a reflexionar sobre sus consecuencias.

Los estudios revisados muestran que la formación específica en desescalada verbal, la implementación de estrategias centradas en la comunicación empática, la escucha activa y la presencia enfermera continua se asocia con una disminución significativa dichas medidas.

Estudio	Intervención	Reducción de medidas coercitivas	Observaciones
Aguilera Serrano et al., 2017	Formación en desescalada verbal	20-40%	Mayor impacto en unidades con protocolos claros
Alonso Pérez-Toribio et al., 2022	Intervención temprana y formación	25-35%	Reducción más evidente en contenciones físicas
Benítez Muñoz et al., 2022	Comunicación empática y escucha activa	60-80%	Disminuye agitación y mejora relación enfermero-paciente
González Ruiz, 2023	Presencia enfermera continua	65%	Efecto más sostenido a lo largo de la hospitalización

Tabla 1. Efecto de la formación en desescalada verbal sobre medidas coercitivas en unidades de salud mental.

5 CONCLUSIÓN

Actualmente, la atención en salud mental avanza hacia un modelo basado en la humanización. Abordar la psicosis desde una mirada holística significa ver a la persona, no al diagnóstico, respetando, así, su autonomía.

La desescalada verbal, la formación en cuidados humanizados y la reflexión ética son claves para transformar la atención, proteger la dignidad, promover la recuperación integral y construir entornos seguros.

BIBLIOGRAFÍA





SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

XX JORNADAS ACLSM
Hilos que ahogan, hilos que sostienen

Redes de vulnerabilidad y resiliencia en las experiencias de adversidad infantil



1^YAIZA VERDES GARCÍA, 2NOELIA GORGOJO GARCÍA Y 3LIDIA GARCÍA CAMPA

¹Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

²Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

INTRODUCCIÓN

La exposición repetida a **experiencias adversas en la infancia (ACEs)** como el abuso, el abandono o la negligencia en entornos que deberían ofrecer seguridad tiene **importantes consecuencias para el desarrollo psicológico a largo plazo**. Sin embargo, existen **diferentes trayectorias posteriores posibles**. Se ha descrito cómo la interacción de algunos factores puede ser determinante a la hora **mantener la disfunción**, o trascender las dificultades hasta **integrarlas y reparar el daño**. En este sentido, **explorar las redes de vulnerabilidad y resiliencia** permite **aproximarse a la complejidad del trauma temprano** reconociendo la importancia de la **dimensión relacional y contextual del mismo**.

OBJETIVO

Revisar, analizar y sintetizar la literatura reciente sobre las **consecuencias de la adversidad infantil** y los **factores que modulan su impacto en el desarrollo emocional y relacional**.

MÉTODO

Revisión narrativa y análisis clínico-reflexivo de los **estudios científicos publicados en los últimos cinco años**.

RESULTADOS

Se ha encontrado que un **mayor número de experiencias adversas infantiles (ACEs)** se asocia con **consecuencias negativas en el desarrollo emocional de adolescentes y adultos**.

Los estudios señalan que la **cohesión familiar**, las **relaciones positivas con figuras adultas** y los **vínculos seguros con pares** reducen el **impacto negativo de las ACEs** (Wang et al., 2023). Asimismo, la **participación en entornos comunitarios y escolares** disminuye el **rriesgo de desarrollar reacciones postraumáticas graves**.

Las **intervenciones terapéuticas tempranas centradas en el trauma** también modulan los efectos negativos. El **apoyo social** y la **existencia de vivencias relacionales reparadoras** constituyen **factores protectores** frente al **impacto de experiencias de trauma infantil** (Domínguez & Brown, 2022)..



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia de **factores protectores** y **variables moderadoras** no elimina por completo el **riesgo** asociado a los **ACEs**, pero **puede amortiguar de forma significativa el impacto en el desarrollo emocional, psicológico y relacional futuro**. En definitiva, como **implicaciones clínicas** de este análisis destaca la **importancia de desarrollar intervenciones psicoterapéuticas tempranas centradas en el trauma** y de **adoptar medidas preventivas** atendiendo a factores protectores, como el **fortalecimiento de las redes de apoyo social a nivel familiar, social y comunitario**. Estas actuaciones pueden contribuir a **evitar la re-traumatización** y **reducir las consecuencias generalizadas del trauma** a nivel psicológico, promoviendo un **desarrollo más resiliente** en personas expuestas a adversidad infantil.

REFERENCIAS

- Dominguez, M. G., & Brown, L. D. (2022). Association Between Adverse Childhood Experiences, Resilience and Mental Health in a Hispanic Community. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 595-604. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00437-6>
- Wang, H., Guo, X., Song, Q., Liang, Q., Su, W., Li, N., Ding, X., Qin, Q., Chen, M., Sun, L., Liang, M., & Sun, Y. (2023). Adverse childhood experiences of emotional and physical abuse and emotional and behavioral problems: The mediating effects of family function and resilience. *Psychology, Health & Medicine*, 28(8), 2121-2136. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2208365>

Contacto: yaiza.verdes@sespa.es

VIDAS DIAGNOSTICADAS: ENTRE LA COMPRENSIÓN Y LA PATOLOGIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO

Luis Menéndez Almánzar, Kholoud El Hajoui Rouaz, Laura Molina Areses, Verónica Zurdo Hernández, África Fuentes Alonso

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la salud mental se ha expandido hasta abordar experiencias que en el pasado se circunscribían en la vida cotidiana. Así, emociones como la tristeza, la preocupación o la angustia ante la incertidumbre se redefinen progresivamente como síntomas de una enfermedad subyacente.

En este trabajo, exploramos cómo la medicalización del malestar cotidiano transforma a sujetos sin patología en pacientes, generando excesos terapéuticos, etiquetas pseudoexplicativas y menoscabo de los recursos de afrontamiento personales.

DESARROLLO

La proliferación de manuales diagnósticos, la cultura del bienestar constante y la demanda social de remedios inmediatos, entre otros factores, han desembocado en la redefinición de procesos vitales normales como trastornos mentales que han de ser evaluados, diagnosticados y, en último término, tratados mediante terapia psicológica y/o psicofármacos. En este sentido, los límites entre la clínica y la normalidad se diluyen, dando lugar a un aumento masivo de diagnósticos que lejos de mejorar la comprensión del sufrimiento humano, lo limitan y lo enturbian. Una de las consecuencias más fatales de este fenómeno, desde nuestro punto de vista, consiste en la adopción por parte de la población general

de un lenguaje puramente clínico a través del cual interpretar todos sus malestares.

Entonces, cualquier forma de sufrimiento deja de ser una experiencia por la que transitar, inherente a la condición humana, para convertirse en el síntoma de una disfunción presuntamente causada por algún desequilibrio bioquímico.

Frente al sobretratamiento y a los posibles efectos iatrogénicos derivados de éste, se aboga por la prevención cuaternaria, esto es, evitar o reducir los efectos nocivos de las intervenciones clínicas innecesarias. En nuestro ámbito, el de la salud mental, esto implica resituar el lugar de los diagnósticos, escuchar antes que intervenir y acompañar sin patologizar.

CONCLUSIÓN

No todas las formas de sufrimiento humano requieren tratamiento.

Defendemos una salud mental más crítica, que escuche, acompañe y humanice. Sostenemos un marco ético que reduzca la iatrogenia y recupere la confianza en los recursos de las personas. La prevención cuaternaria se erige aquí como una alternativa contra el modelo imperante que patologiza, diagnostica y trata los malestares de la vida cotidiana, y que despoja de autonomía al individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- Crawford, R. (2000). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- Ortiz Lobo, A. (2023). Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. Enclave de Libros.
- Pérez Álvarez, M. (2025). La sociedad vulnerable: Un ensayo sobre la crisis de salud mental. NED Ediciones.



MÁS ALLÁ DEL PROTOCOLO: LA IMPORTANCIA DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Meri en Hristic Grubor, Andra María Columban Columban



INTRODUCCIÓN

Los inicios tradicionales de la psicoterapia han identificado como motor de cambio terapéutico diferentes aspectos formales de la intervención tales como los principios metodológicos del tratamiento o la experiencia del terapeuta. No obstante, en la actualidad existe consenso a la hora de señalar la importancia de considerar las experiencias y perspectivas de los pacientes, así como su papel activo y autónomo en el proceso terapéutico. Dicha relevancia cobra especial sentido si se señalan las tasas elevadas de pacientes que abandonan o finalizan de forma prematura la terapia, aspecto que además afecta negativamente al uso eficiente de los recursos de la sanidad pública. Así, explorar los factores que los pacientes identifican como relevantes en su proceso terapéutico puede esclarecer aspectos a considerar en la práctica clínica. En esta línea, la metodología cualitativa permite explorar de forma más exhaustiva y abierta este tipo de cuestiones, identificando aspectos tanto facilitadores como obstaculizadores desde el punto de vista de los pacientes.

DESARROLLO

Existen varios estudios actuales que analizan la perspectiva de pacientes en su proceso terapéutico en un contexto hospitalario público. Por lo que respecta a factores obstaculizadores, se ha indicado que los pacientes responden negativamente a una intervención excesivamente estructurada e impersonal en la que no se consideran sus necesidades e idiosincrasias. En la misma línea, diferentes pacientes compartieron la sensación de no haber explorado sus dificultades en la magnitud necesaria, encontrando alivios superficiales y temporales de su malestar. Asimismo, otra cuestión expuesta hace referencia a las preocupaciones de los pacientes sobre la ética, el respeto y la confidencialidad durante la asistencia sanitaria, de modo que aquellos pacientes que percibían estos aspectos comprometidos vivenciaron un impacto negativo en la relación con su terapeuta y su compromiso de cambio. Otra cuestión señalada por diferentes pacientes es en el modelo explicativo propuesto por el terapeuta sobre el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos, de modo que cuando se planteaban en términos predominantemente biológicos y poco modificables disminuía el potencial de mejora y efectividad de la terapia. El nivel de experiencia del terapeuta inferido por parte de los pacientes, así como las limitaciones estructurales de la asistencia pública constituyen otros factores descritos.

En relación a factores facilitadores de un proceso terapéutico significativo, se ha encontrado una tendencia a valorar positivamente haber logrado un entendimiento profundo de sí mismos, con la consiguiente validación y normalización de sus problemáticas y el fomento de una postura activa hacia su afrontamiento. En la misma línea, también se ha señalado la importancia de un enfoque basado en el aprendizaje de habilidades que faciliten un afrontamiento práctico de sus dificultades. Por otro lado, algunos pacientes prefieren un enfoque basado en la previsibilidad, en un contexto que prima la transparencia en la actuación terapéutica, frente que otros destacan la importancia de la flexibilidad y adaptación de los ritmos y el formato de trabajo a las circunstancias cambiantes que puedan darse en cada sesión. Esta disparidad de perspectivas refleja la necesidad de adaptación del proceso terapéutico a las necesidades y preferencias personales de los pacientes, siendo éste otro aspecto señalado como distintivo en aquellos pacientes que habían considerado la terapia útil. Asimismo, la mayoría de usuarios subrayan el papel decisivo que ocupa en su proceso de cambio el hecho de percibir que están siendo escuchados y valorados de forma genuina por sus terapeutas.

CONCLUSIONES

Considerar la perspectiva de los pacientes y hacerles partícipes en las decisiones que les afectan constituye una práctica que realza su autonomía y dignidad, así como el compromiso con su proceso terapéutico. Cuando tiene lugar una descompensación entre las habilidades terapéuticas, las necesidades del paciente y el encuadre de asistencia sanitaria se produce un espacio de mayor riesgo para que ocurran experiencias terapéuticas ineficaces. Identificar qué factores constituyen relevantes para los pacientes en su proceso terapéutico puede disminuir ese riesgo proporcionando una optimización de los recursos sanitarios y las posibilidades terapéuticas disponibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Li, E., Kealy, D., Aafjes-van Doorn, K., McCollum, J., Curtis, J. T., Luo, X., & Silberschatz, G. (2024). "It felt like I was being tailored to the treatment rather than the treatment being tailored to me": Patient experiences of helpful and unhelpful psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 35(5), 695-709.
- Seow, L. S. E., Sambasivam, R., Chang, S., Subramaniam, M., Lu, H. S., Assudani, H. A., ... & Vaingankar, J. A. (2021). A qualitative approach to understanding the holistic experience of psychotherapy among clients. *Frontiers in Psychology*, 12, 667303.
- Ladmanová, M., Říháček, T., & Timulak, L. (2022). Client-Identified Impacts of Helpful and Hindering Events in Psychotherapy: A Qualitative Meta-analysis. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(6), 723-735.

EL ARTE DE LA TRANSFERENCIA

Del espejo freudiano a la clínica contemporánea

Marino Jover Fernández. PIR4 Hospital Universitario Institut Pere Mata

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué ocurre cuando un paciente te menosprecia, te seduce, te idolatra, te exige respuestas inmediatas o se sumerge en el silencio? ¿Cuál es nuestro papel, acaso, como profesionales?



Este trabajo propone una lectura de la transferencia **según la estructura clínica y los mecanismos de defensa predominantes**, integrando perspectivas clásicas y aportes contemporáneos de la psicoterapia psicodinámica.

2. DE FREUD A LA TÉCNICA CLÁSICA

Freud (1914) denominó *transferencia* a la reactualización de los vínculos y afectos inconscientes del pasado que el paciente revive en la relación analítica.

"El enfermo no recuerda nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo reproduce como acción" (Freud, 1914)

"El amor transferencial no debe ser desdoblado ni correspondido, sino reconocido como creación nacida en el terreno del análisis" (Freud, 1915)

En la técnica freudiana, el analista debía mantener **neutralidad y abstinencia**, funcionando como una "pantalla en blanco" sobre la cual se proyectan los conflictos inconscientes. Esta concepción inauguró una **ética clínica**: el analista no actúa, **escucha**.



3. TRANSFERENCIA Y ESTRUCTURA CLÍNICA

Como destaca Otto Kernberg en el artículo *Therapeutic Implications of Transference Structures in Various Personality Pathologies* (2019), la eficacia del tratamiento depende de adaptar la técnica al **nivel de integración del yo** y a la defensa predominante.

Estructura	Tipo de transferencia	Defensa predominante	Actitud técnica
Neurótica	Simbólica y elaborativa	Represión	Interpretar
Borderline	Escindida y actuada	Escisión / proyección	Contener
Narcisista	Especular / idealizadora	Negación / omnipotencia	Reconocer y sostener
Esquizoide	Retraída / evitativa	Aislamiento	Respetar la distancia
Simbiótica	Fusiónada / indiferenciada	Fusión / dependencia	Diferenciar y sostener
Psicótica	Persecutoria / referencial	Forclusión	Dar consistencia simbólica



5. CONCLUSIONES

La transferencia sigue siendo el eje vivo de la clínica psicoanalítica. Hoy la entendemos también como **espacio relacional dónde el sujeto pone a prueba su capacidad de vincularse y simbolizar**.



Más que una técnica, es un arte clínico: el arte de escuchar sin fundirse, de acompañar sin reemplazar, de ofrecer un trato donde la palabra encuentre su lugar en el deseo.

REFERENCIAS

- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. En Obras completas, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu; Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En Obras completas, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu; Kernberg O. F. (2019). Therapeutic Implications of Transference Structures in Various Personality Pathologies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(6), 951-986. <https://doi.org/10.1177/0003065119898190>; Polnay, A., Pugh, R., Barker, V., Bell, D., Beveridge, A., Barley, A., ... Wilson, L. (2023). *Cambridge Guide to Psychodynamic Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.; Perry, J. C. (2024). *Ten Principles to Guide Psychodynamic Technique with Defense Mechanisms*. *Journal of Psychotherapy Integration*.

"CUERDOS DE ATAR": VOCES EN ANTENA



Ramos Gómez, S. y García García, S.
Terapeutas ocupacionales

EPISODIO 1:

"INTRODUCIENDO EL TEMA"

En un hospital de salud mental, el silencio puede tener muchos significados. A veces protege, otras veces encierra... Pero cuando ese silencio se rompe con una voz que cuenta, canta o ríe, algo empieza a transformarse.

Cuerdos de atar, da nombre a un programa de radio que tiene lugar en un contexto hospitalario, el Hospital Santa Isabel, en León.

EPISODIO 3:

"LAS ONDAS DE LOS LUNES"

. Relatos personales, temas de actualidad, música, lecturas y reflexiones sobre la vida cotidiana.

. 1 hora de encuentro, 30-45' de programa

. El grupo es ABIERTO y la asistencia voluntaria.

. Participan personas ingresadas y/o en tratamiento ambulatorio, con posibilidad de acudir tras el alta hospitalaria.

. Un trabajo grupal con el respeto por los tiempos, las voces y los silencios de cada participante, donde lo auténtico prima sobre la búsqueda de la perfección.

. Explorando distintos roles, según los propios valores e intereses

EPISODIO 6: CONCLUSIONES:

- ❖ Implementar una experiencia de radio hospitalaria implica reconocer el poder de la palabra y la escucha como herramientas para favorecer la salud. Repara, une y dignifica.
- ❖ La voz, en tanto vehículo de identidad, se convierte en un medio de recuperación de la subjetividad.
- ❖ En un entorno donde con frecuencia predomina el silencio o la palabra institucionalizada, ofrecer un espacio donde las personas puedan decir, crear y compartir es, en sí mismo, un acto terapéutico.
- ❖ La radio como medio de comunicación tiene un potencial transformador, permite romper las barreras de aislamiento, ofrecer un canal para la libre expresión y generar un espacio colectivo de construcción de sentido.

"La radio traza una urdimbre de voces, ondas que actúan como hilos invisibles que unen a quienes hablan y a quienes escuchan, bordando comunidad en el aire."

EPISODIO 2: "LOS INICIOS"

La idea de crear un programa de radio dentro del hospital, nace de la necesidad de un espacio de comunicación donde la palabra, la subjetividad y los usuarios que lo conformen, sean protagonistas.

Pretende ser una experiencia de encuentro, una oportunidad para narrarse, escucharse, poder reconocerse en las palabras del otro y construir comunidad desde adentro.

En Diciembre de 2022, se dispone de los recursos para dar comienzo.

 Profesionales sanitarios y usuarios comparten el proceso de familiarizarse con el dispositivo radiofónico y dinámicas. Primeras grabaciones

 La Rara Troupe, un grupo de trabajo externo al hospital, con proyectos de creación audiovisuales, se incorpora tras unos meses, y de forma voluntaria y altruista comparte su tiempo y conocimientos.

EPISODIO 4: LA ESENCIA

EL MICRÓFONO:
instrumento simbólico de libertad

SUJETO:
Activo
Con identidad
Con palabra

EPISODIO 5: EMERGENTES

 Red social: grupo de whatsapp

 Cabecera del programa: música compuesta por una persona que ya está de alta

 Emisión de los programas en la plataforma gratuita: IVOOX

 La Rara Troupe ha pasado a ser la referente, el pilar que articula la actividad, el personal sanitario ha dejado de tener protagonismo.

Respeto
Libre expresión
Autenticidad
Participación significativa
Cooperación
Creatividad





Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional

Pérez Sanz, S. y Domingos Videira, S.L.

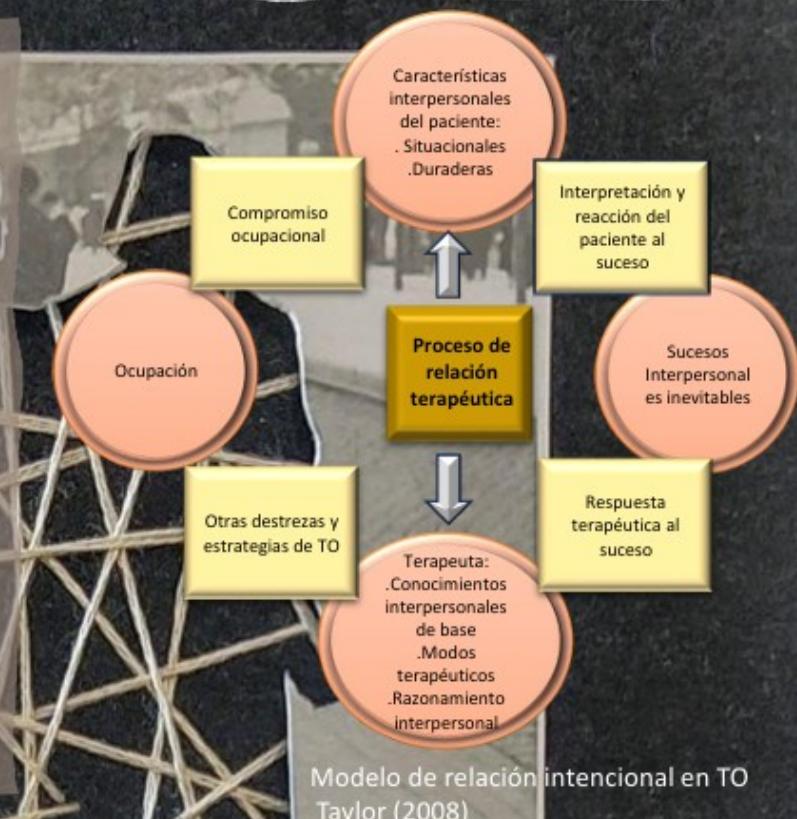
INTRODUCCIÓN

La relación terapéutica (RT) requiere de un uso intencional del yo para crear un vínculo de confianza y empatía con el usuario. En Terapia Ocupacional (TO) dicha relación se centra en el compromiso con las ocupaciones significativas del cliente, facilitando su participación y mejorando el equilibrio ocupacional de la persona.

DESARROLLO

La RT es una relación recíproca en la que cada agente tiene unas expectativas sobre el otro. Se requiere de habilidades interpersonales y de comunicación que el terapeuta puede y debe aprender y que desarrollará a través de la práctica reflexiva.

Taylor propuso el Modelo de Relaciones Intencionales para dar explicación a la importancia del uso del "yo" por parte del terapeuta y contemplar la RT como un mapa de medios, interpretación y respuesta durante la interacción. Este modelo complementa el quehacer teórico y técnico en TO dando relevancia a los aspectos interpersonales de intervención. El terapeuta puede manifestar estilos de interacción que faciliten o dificulten la relación terapéutica. En los programas formativos de España no se da relevancia a este aprendizaje y queda sujeto a la experiencia.



Tipos de relación que dificultan la RT	Indicadores
Dependencia	Basar el autoconcepto profesional en la evolución del paciente, tomarse las cosas de manera personal, no aceptar ser cuestionado
Sobreprotección	Evitar al paciente la vivencia de experiencias de fracaso o ensayo-error, no confiar en su valía personal
Sobre implicación	Hacer del proyecto del paciente nuestro propio proyecto, sentir que no cumple nuestras expectativas, sentir el fracaso del paciente algo personal

CONCLUSIONES

La RT es importante en el proceso de TO y se basa en tres pilares: persona, terapeuta y ocupación. El Modelo de Relación Intencional da soporte teórico al proceso de TO en la interacción con el paciente. El dominio de la RT se aprende con la práctica y requiere del TO autoconocimiento y una práctica clínica autorreflexiva.

Hay tipos de relación que dificultan el alcance de una RT funcional y que el TO debe evitar.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. (2010) La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]
 Melero Alonso M, Vidal Sánchez I.(2011-2012) La Relación Terapéutica en TO: la importancia del bagaje personal en el profesional durante el proceso de intervención. TFG
 Taylor RR. (2011) Uso del "Self" en Terapia Ocupacional: Creando relaciones intencionales [Traducción] TOG (A Coruña) [revista en internet]

“MENOS ES MÁS”: LA PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

Laura Molina Areses (PEPC HURH), Verónica Zurdo Hernández (PIR2 HURH), África Fuentes Alonso (PIR2 HURH), Irene Lastiri Garrido (PIR3 HURH) & Laura Fernández Gutiérrez (PIR1 HURH)



INTRODUCCIÓN:

¿Se puede dañar en el intento de ayudar? La iatrogenia se define como el conjunto de efectos adversos y daños causados como resultado de la intervención médica. ¿Y la iatrogenia en salud mental? Desde la medicalización de problemáticas cotidianas hasta la excesiva tutela en los procesos de rehabilitación, nuestras decisiones y acciones tienen el potencial de generar daño en nuestros pacientes. La prevención cuaternaria, término propuesto por Marc Jamouille (1986), es aquella que busca evitar al máximo los posibles efectos perniciosos de la acción médica. ¿Cómo aplicar esta a nuestro campo? Reconocer los límites de nuestro saber, cuestionar la tendencia general a medicalizar la vida cotidiana y sus malestares y ante todo, proteger la subjetividad y la autonomía de nuestros pacientes, respetando el deseo de no ser tratados.

2) DIAGNÓSTICO: El diagnóstico psiquiátrico puede ser útil pero también cosificar y comprometer la identidad. Puede condicionar la mirada clínica, aumenta el auto-estigma y en ocasiones reduce las expectativas de mejoría. Además, puede tener efectos performativos, teniendo un impacto en cómo se define y trata el individuo.

Frente a esto adoptar un modelo narrativo y de decisión compartida, donde el diagnóstico se entienda como una herramienta, no una sentencia; utilizándose en favor del paciente.

DESARROLLO:

Para poder minimizar los daños derivados de nuestra práctica debemos hacernos más conscientes del impacto que ciertas decisiones y acciones tienen sobre la salud y la vida de nuestros pacientes. Desde las acciones preventivas hasta la implementación del tratamiento en casos indicados, la iatrogenia en salud mental puede aparecer en todas las etapas del proceso asistencial:

1) PREVENCIÓN: Algunos programas de prevención (p. ej: duelo, debriefing tras situaciones traumáticas, “prevención de psicosis” en pacientes sanos con fx de riesgo) no sólo han demostrado poca eficacia, sino que se ha observado efectos estigmatizantes & efectos disruptivos en los procesos de adaptación naturales.

Frente a este tipo de prevención centrada en el individuo se plantea como alternativa aquellas que abordan los determinantes sociales del sufrimiento.

3) TRATAMIENTO: tanto el uso excesivo de psicofármacos, la psicoterapia (mala práctica, rigidez teórica) y el exceso de tutela y programas asistencialistas que perpetúan la dependencia institucional, pueden generar daño.

Para evitar los efectos adversos de tratar desde la irreflexividad, la soberbia y la rigidez se plantea la intervención prudente, basada en la escucha y la colaboración y el respeto de los tiempos y deseos del paciente.

CONCLUSIONES:

La prevención cuaternaria es la encargada de prevenir los efectos perniciosos de la intervención médica. En el caso de la salud mental la iatrogenia se puede dar en las distintas etapas del proceso asistencial (prevención, diagnóstico y tratamiento). La medicalización de la vida cotidiana, la estigmatización, los efectos secundarios de los tratamientos, la pérdida de autonomía son algunas de sus consecuencias. Ante ello desarrollar una posición reflexiva y prudente donde se tienda al empoderamiento del paciente y el respeto a la subjetividad.

Así, nuestra práctica en las diferentes etapas debería estar guiada por la reflexividad clínica, el diálogo interdisciplinar, una tendencia a la desmedicalización de la vida cotidiana y el empoderamiento del paciente.

- Ortiz Lobo, A., & Ibáñez Rojo, V. (2011). *Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental*. Revista Española de Salud Pública, 85(6), 513–523.
- Sáinz, F., & Talarn, A. (2009). *Prevención cuaternaria en salud mental*. Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology, 40(1), 59–70.

MICROBIOTA INTESTINAL Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVO Y DE ANSIEDAD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA

XX Jornadas ACLSM: Niños que abogan, niños que sostienen

Lucía Correa Chimeno, Siria Villanueva Sas

EIR Salud Mental (Hospital El Bierzo)



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad y depresión constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando aproximadamente al 10% de la población cada año. Según la OMS (2023), un 5% de los adultos padece depresión y un 4% ansiedad, coexistiendo en casi un tercio de los casos. Esta **comorbilidad** constituye un factor determinante que incrementa la complejidad del abordaje clínico.

A pesar de los avances terapéuticos, la carga de estos trastornos se mantiene prácticamente invariable, y menos de la mitad obtiene una respuesta satisfactoria al tratamiento. Este escenario ha impulsado la búsqueda de nuevos enfoques, destacando el estudio del **eje microbiota-intestino-cerebro**, una vía de comunicación bidireccional entre el sistema digestivo y el sistema nervioso central, que podría contribuir a la comprensión y manejo de los trastornos afectivos.

DESARROLLO



Diversos estudios han evidenciado la existencia del eje microbiota-intestino-cerebro que permite la **comunicación bidireccional** entre el sistema nervioso central y la microbiota intestinal. Determinadas especies bacterianas sintetizan **neurotransmisores**, como la serotonina o el ácido gamma-aminobutyrico (GABA), y regulan la liberación de **fatores neurotróficos** como el BDNF, que afectan al estado de ánimo. A su vez, la desregulación del **eje hipotalámico-hipofisario-adrenal** mediada por una microbiota alterada se asocia con niveles elevados de **cortisol** y estados proinflamatorios crónicos. Se observó que ambos trastornos se relacionan con un aumento de **bacterias proinflamatorias** (*Actinobacteria*, *Proteobacteria*) y una disminución de bacterias productoras de ácidos grasos de cadena corta (*Firmicutes*, *Faecalibacterium*, *Ruminococcaceae*).

Por otra parte, demostraron que las intervenciones con **probióticos**, especialmente de cepa única, reducen significativamente los síntomas depresivos y moderadamente los de ansiedad, mientras que los **prebióticos** muestran efectos menos consistentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Asad, A., Kirk, M., Zhu, S., Dong, X., & Gao, M. (2025). Effects of prebiotics and probiotics on symptoms of depression and anxiety in clinically diagnosed samples: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition Reviews*, 83(7), e1504-e1520. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuael77>
- Barandouzi, Z. A., Starkweather, A. R., Henderson, W. A., Gyamfi, A., & Cong, X. S. (2020). Altered composition of gut microbiota in depression: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 541. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00541>
- Cao, Y., Cheng, Y., Pan, W., Diao, J., Sun, L., & Meng, M. (2025). Gut microbiota variations in depression and anxiety: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 25(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06871-8>
- Simpson, C. A., Diaz-Arteche, C., Elbly, D., Schwartz, O. S., Simmons, J. G., & Cowan, C. S. M. (2021). The gut microbiota in anxiety and depression – A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 85, 101945. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101945>

OBJETIVOS



Objetivo general: Recopilar la evidencia disponible sobre la relación entre la microbiota intestinal y los trastornos de ansiedad y depresión.

Objetivos específicos:

- Describir los mecanismos biológicos implicados en la comunicación intestino-cerebro.
- Explorar el potencial terapéutico de intervenciones basadas en probióticos y prebióticos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada entre 2020 y 2025 en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar. Utilizando los desh *gut microbiota*, *microbiome*, *anxiety* y *depresión*. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, meta-análisis y artículos originales que abordaran la relación entre la microbiota intestinal y los trastornos de ansiedad o depresión, priorizando estudios realizados en población humana adulta.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS



La evidencia indica una relación bidireccional entre la microbiota intestinal y los trastornos de ansiedad y depresión, vinculada a cambios en la **composición bacteriana** y en la regulación del **eje hipotalámico-hipofisario-adrenal** y la **neuroinflamación**. Los **probióticos** muestran potencial terapéutico como complemento, aunque se necesitan más estudios para confirmar su eficacia y efectos a largo plazo.

En conclusión, el eje microbiota-intestino-cerebro emerge así como una prometedora vía de investigación en salud mental.

AUTORES

Marina Barredo Fernández; M.ª Dolores del Toro Hidalgo; Roberto González Fernández; Nuria M.ª Morata López; Elizabet López Vigil

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave y depresión difícil de tratar pueden experimentar aislamiento, perdida de roles, dificultades relacionales, dificultades y pérdida de participación comunitaria. Las salidas terapéuticas grupales programadas desde el Hospital de día ofrecen un contexto real, seguro y acompañado, donde se trabaja la autonomía, la autoestima, la interacción social, el sentimiento de pertenencia y la percepción de normalidad en entornos reales y accesibles. Más allá del ocio, se convierten en una intervención terapéutica estructurada orientada al fortalecimiento de la red de apoyo y a la integración social.

OBJETIVO

Fomentar las salidas y la participación activa de los pacientes en la comunidad, proporcionando actividades que puedan realizar en su ocio y tiempo libre. Cuidando el arreglo personal, trabajando la puntualidad y la orientación, entrenando la atención y la memoria, a la vez que se favorece la pertenencia a un grupo y las relaciones sociales en un ambiente seguro.

DESARROLLO

Las salidas se realizan en grupo y siempre con acompañamiento profesional (Terapeuta Ocupacional, TCAE y Enfermera Especialista en SM). Las actividades que se realizan incluyen:

- **Visitas culturales guiadas:** museos, exposiciones, bibliotecas municipales.
- **Recorridos urbanos o rutas historias por la ciudad:** con guía que contextualiza el entorno y promueve la participación activa.
- **Paseos o rutas ligeras en zonas cercanas:** con observación del entorno, estimulación cognitiva y orientación espacial en zonas verdes y periferia de la ciudad.



La dinámica se estructura en dos fases:

Actividad guiada

Cada salida incluye la presencia de un guía que explica lo que se visita, favoreciendo la curiosidad, la atención, la memoria y la interacción espontánea. El entorno urbano y cultural actúa como mediador terapéutico.

Espacio de cierre en cafetería

Al finalizar, el grupo se reúne en un bar/cafetería de la ciudad para compartir un café. Este momento actúa como espacio de reflexión y verbalización:

- Se comentan las impresiones de la actividad.
- Surgen preocupaciones, opiniones y temas significativos para cada participante.
- Se fomenta la escucha y apoyo mutua, la expresión emocional y el reconocimiento del otro.

Este formato favorece que los pacientes se perciban como parte de la comunidad, capaces, autónomos y pertenecientes a la comunidad sin que su diagnóstico limite su participación. Se trabaja la autoestima, la autonomía social y la capacidad de afrontamiento.



CONCLUSIONES

Las salidas terapéuticas:

- Promover el autocuidado, autoestima y autonomía.
- Refuerzan el sentimiento de grupo, pertenencia y cohesión.
- Favorecen la creación de una red de sostén emocional y social.
- Facilitan que los pacientes salgan de casa y enfrenten la cotidianidad desde una perspectiva normalizada.
- Previenen el aislamiento y facilitan la exposición progresiva al entorno comunitario.
- Disminuyen el estigma interno y externo al promover la vivencia de ser personas activas y válidas.
- Potencian la comunicación, el apoyo mutuo y la reanudación de roles sociales significativos.

En conjunto, constituyen una intervención terapéutica esencial para mejorar la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial y la integración en la sociedad de las personas atendidas en un hospital de día de salud mental.