

REGULACIÓN EMOCIONAL Y MENTALIZACIÓN EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Fernando Gómez Martínez; María del Carmen Galmés Dameto
Residentes de Psicología Clínica; Hospital Universitari Son Espases, Palma, Illes Balears, España

XXXVII CONGRESO
NACIONAL DE
SEPPNA



INTRODUCCIÓN

- Desde modelos psicodinámicos contemporáneos, la sintomatología internalizante en la adolescencia se asocia a fallos en la regulación afectiva y en los procesos de representación mental.
- La reactivación de conflictos evolutivos, sumada a vínculos de apego inseguros, incrementa la vulnerabilidad a la desorganización emocional. La literatura destaca la mentalización como función clave para integrar afectos intensos. No obstante, pocos estudios articulan empíricamente estos constructos con análisis cuantitativos en población clínica.

OBJETIVO

- Analizar la relación entre la regulación emocional, la capacidad de mentalización y los estilos de apego en la explicación de la sintomatología internalizante en adolescentes atendidos en los servicios de salud mental.

HIPÓTESIS

- Una menor capacidad de mentalización se asocia significativamente a mayor sintomatología internalizante.
- La regulación emocional y la mentalización aportan varianza explicativa significativa en la predicción de la sintomatología.
- Los estilos de apego inseguros presentan índices significativamente mayores de desorganización afectiva.

JUSTIFICACIÓN

- En la práctica clínica con adolescentes es frecuente observar una elevada presencia de sintomatología internalizante acompañada de dificultades en la identificación, regulación y elaboración de los estados emocionales. Estos pacientes suelen presentar trayectorias asistenciales prolongadas y respuestas parciales a intervenciones centradas exclusivamente en el control sintomático.
- Desde esta realidad asistencial, se hace necesario profundizar en los factores psicológicos que subyacen al malestar emocional, especialmente aquellos relacionados con la mentalización y la calidad de los vínculos, con el fin de favorecer formulaciones clínicas más precisas y estrategias terapéuticas más ajustadas a las necesidades de esta población.

METODOLOGÍA

- Diseño: Estudio observacional transversal.
- Muestra:**
N = 84 adolescentes (56% mujeres).
Población: Muestra clínica reclutada en Servicio de Salud Mental.
Edad media: 15,6 años (DT=1,4).

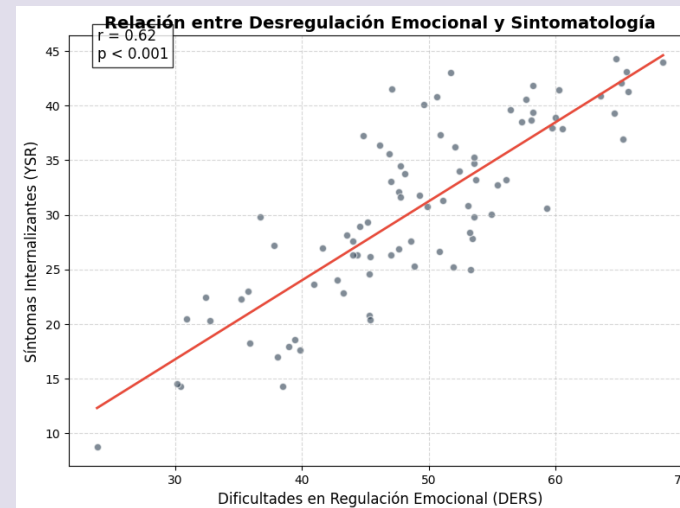
INSTRUMENTOS:

- DERS:** Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
- RFQ-Y:** Cuestionario de Funcionamiento Reflexivo para Jóvenes
- YSR:** Youth Self-Report para síntomas internalizantes.
- IPPA:** Evaluación del apego parental y a pares

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- Correlación de Pearson (r).
- ANOVA de un factor (según estilo de apego).
- Regresión lineal múltiple

RESULTADOS



RESULTADOS

Correlación:

- Regulación emocional – Síntomas: $r=0,62$ ($p<0,001$).
- Mentalización – Síntomas: $r=-0,55$ ($p<0,001$).

Apego

- El análisis ANOVA mostró diferencias significativas según el estilo de apego en desregulación emocional, $F(1,82) = 9,12$, $p = 0,003$, y en capacidad de mentalización, $F(1,82) = 8,67$, $p = 0,004$, observándose peores puntuaciones en el grupo con apego inseguro.

Modelo de Predicción (Regresión Múltiple):

- R²=0,47** (El modelo explica el 47% de la varianza).
- Dificultades Regulación Emocional: $\beta=0,41$ ($p < 0,001$).
- Fallos en Mentalización: $\beta=-0,36$ ($p = 0,002$).

CONCLUSIÓN

- Los datos sugieren que la sintomatología internalizante puede entenderse como un intento fallido de gestionar afectos no mentalizados.
- Implicación Clínica:** El tratamiento no debe centrarse únicamente en la reducción de síntomas, sino en fomentar la mentalización como factor protector ante la desregulación.
- Se evidencia la necesidad de intervenciones transdiagnósticas que integren el trabajo sobre el apego y la función reflexiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*.
- Sharp, C., Steinberg, L., McLaren, V., Weir, S., Ha, C., & Fonagy, P. (2009). *Reflective Functioning Questionnaire for Youths (RFQ-Y)* [Cuestionario no publicado]. Universidad College London / Universidad de Harvard.

EXPLORANDO LOS CUIDADOS MATERNOS Y EL VÍNCULO MADRE-BEBÉ EN MADRES CON DIAGNÓSTICO DE TOC EN EL POSPARTO.

Rodríguez Ruiz, Beatriz¹; Roca Lecumberri, Alba²; Torres Giménez, Ana³; Naranjo Díaz, Carmen⁴, Pastushenko Slautskaya, Elena¹

¹Residente de Psicología Clínica en Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda). Madrid.

²FEA Psiquiatría. ³FEA Psicología Clínica. Hospital de día madre-bebé. ⁴Enfermera pediátrica. Hospital Clinic. Barcelona



Contacto: brodriguezruiz@salud.madrid.org

Introducción

La literatura científica sugiere que el TOC puede intensificarse en la etapa perinatal, especialmente en el posparto. Además, es más habitual que aparezca en esta etapa en comparación con otras. Las obsesiones más habituales son las relacionadas con el bienestar del bebé, como temor a hacerle daño o miedo a la contaminación. Todo ello puede afectar de forma negativa en la crianza y en las interacciones madre-bebé.



Objetivos: Determinar si las madres con diagnóstico de TOC presentan o no trastorno del vínculo con sus bebés en el momento actual. Describir la afectación en el grado de autonomía que tienen en el cuidado de los bebés (cuidados generales, higiene, alimentación, salud).

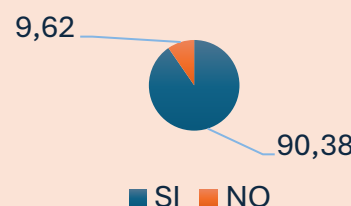
Metodología:

- **Estudio descriptivo** con una **muestra** de 52 madres en etapa posparto, con diagnóstico de TOC, atendidas en el programa de salud mental perinatal del H. Clinic de Barcelona.
- **Variables recogidas:** edad de la madre, si tienen más hijos o no, planificación de embarazo, antecedentes personales de salud mental y comorbilidad.
- Además, se les administró la escala MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo De Suicidio), la entrevista Stafford 6ª Ed (Brockington et al, 2006) para determinar si existe o no trastorno del vínculo y una escala para evaluar el grado de autonomía en los cuidados del bebé (cuidados generales, higiene, alimentación y salud).

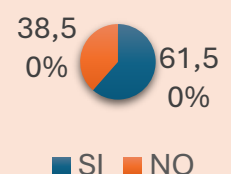
Resultados (análisis descriptivo):

Media de edad	35,02 años
Primerizas	67,31%
Antecedentes SM	86,54%
Comorbilidad con otros trastornos	75%
Riesgo suicida actual	46,15%

Trastorno del vínculo



Afectación en la autonomía de los cuidados



Conclusiones: Un porcentaje muy elevado de madres con TOC en el posparto presentan trastornos del vínculo y tienen dificultades en la autonomía en los cuidados del bebé. Conocer estas dificultades puede ayudar a desarrollar intervenciones centradas en la diada madre bebé para mejorar el vínculo y la salud integral de ambos.

TLP VS TEA EN MUJERES ADOLESCENTES: EL RETO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y EL SOLAPAMIENTO CLÍNICO

INÉS MARÍN BURDALLO, CRISTINA AGUAZA ESTURILLO, ESTHER MONTERO MANZANO

INTRODUCCIÓN

En la etapa adolescente, diferenciar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en mujeres constituye un desafío clínico complejo. Ambas condiciones comparten sintomatología visible como la desregulación emocional, impulsividad, autolesiones y dificultades interpersonales. Frecuentemente, las adolescentes con TEA y un CI normal pasan desapercibidas durante la infancia debido al camuflaje social (*masking*), y al llegar a la adolescencia, sus crisis derivadas del agotamiento se interpretan erróneamente como un TLP primario.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura. Se analizaron artículos científicos, revisiones sistemáticas y reportes de casos centrados en el solapamiento clínico, diagnóstico diferencial y comorbilidad entre TEA y TLP en fenotipos femeninos adolescentes, extrayendo las principales directrices para la evaluación clínica.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Los sesgos de género en la evaluación del neurodesarrollo propician el infradiagnóstico del autismo en mujeres. Un error diagnóstico en esta población podría alterar radicalmente el abordaje terapéutico, determinando el tipo de psicoterapia requerida, el enfoque sobre el trauma y la necesidad de implementar adaptaciones ambientales. Esclarecer esta frontera diagnóstica es fundamental para proporcionar los apoyos psicoterapéuticos más adecuados.

Los objetivos de esta revisión son:

- Esclarecer las claves del diagnóstico diferencial entre TLP y TEA en mujeres adolescentes, identificando los marcadores clínicos específicos de cada condición.
- Analizar el riesgo de sobrediagnóstico de TLP en la población neurodivergente femenina y las implicaciones de la comorbilidad real

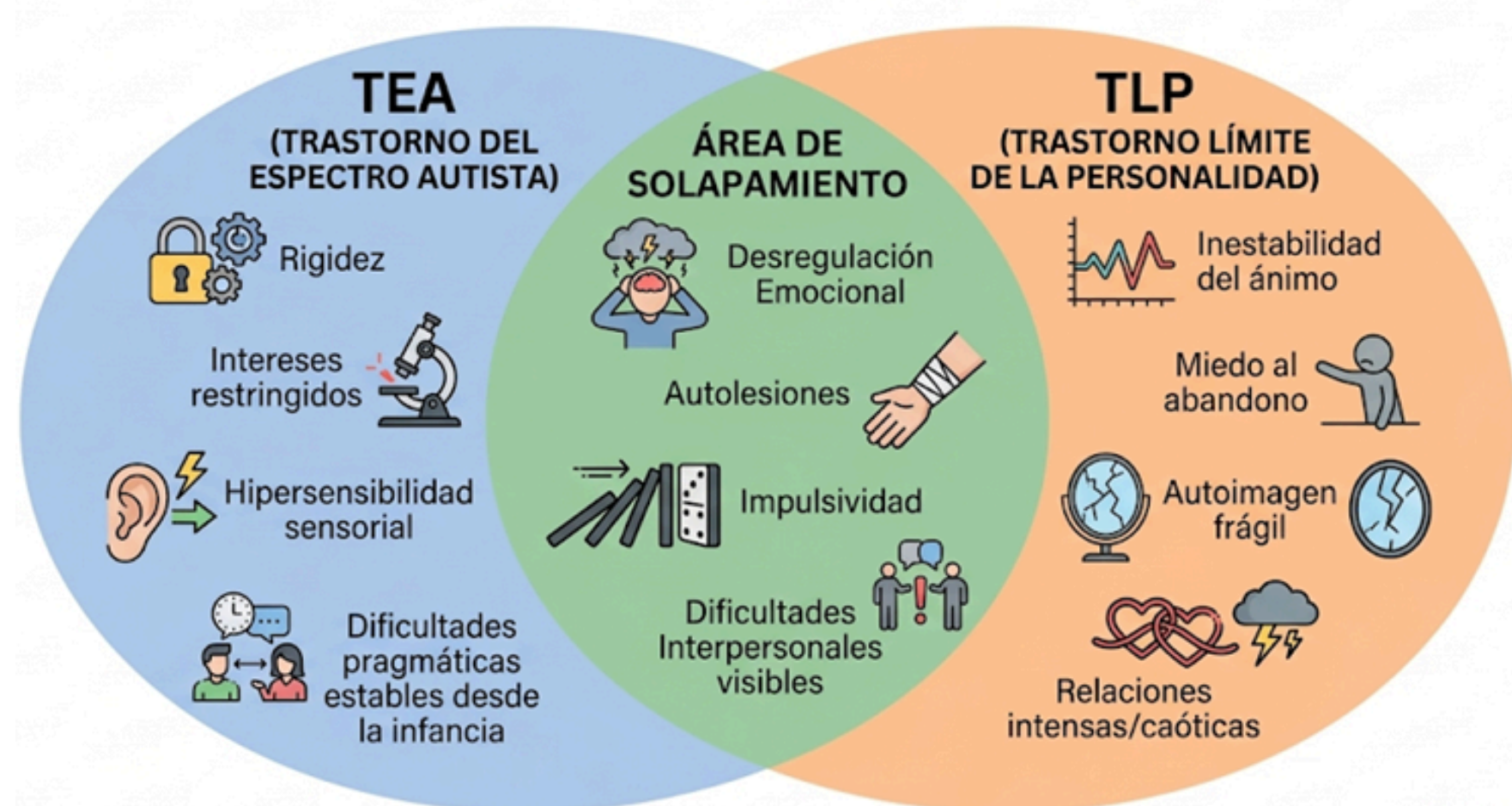
RESULTADOS

El análisis de la literatura revela un riesgo elevado de sobrediagnóstico de TLP en mujeres con TEA, quienes frecuentemente acumulan diagnósticos previos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C). Asimismo, se observan tasas elevadas de rasgos autistas en pacientes diagnosticadas con TLP, lo cual se asocia a un mayor riesgo suicida e historial de trauma. La prevalencia global de comorbilidad real (TEA-TLP) se estima en un 3-4%, requiriendo en estos casos intervenciones combinadas.

Tabla 1. Comparación de perfiles clínicos según diagnóstico

Dominio Clínico	Indicativo de TEA (Fenotipo femenino/Camuflado)	Indicativo de TLP
Trayectoria	Rasgos neurodivergentes presentes desde la primera infancia (aunque mitigados por el <i>masking</i>).	Inestabilidad clínica marcada que eclosiona típicamente en la adolescencia.
Trayectoria	Dificultades pragmáticas estables, literalidad y esfuerzo consciente en la interacción.	Relaciones intensas, inestables y marcadas por la idealización/devaluación.
Desregulación	Reacciones explosivas (<i>meltdowns</i>) ligadas a sobrecarga sensorial o agotamiento social.	Cambios anímicos bruscos desencadenados por estresores interpersonales (rechazo/abandono).
Conducta	Patrones repetitivos, intereses absorbentes y necesidad de invariabilidad en las rutinas.	Impulsividad de riesgo orientada a mitigar sentimientos crónicos de vacío o dolor emocional.

SOLAPAMIENTO CLÍNICO: TEA vs. TLP



CONCLUSIONES

El diagnóstico en adolescentes no debe sustentarse únicamente en la clínica transversal. Resulta imprescindible recabar una historia del neurodesarrollo exhaustiva y utilizar herramientas estructuradas antes de confirmar un diagnóstico de TLP. Es necesario explorar activamente variables como el nivel de camuflaje social, el perfil de procesamiento sensorial y la historia de trauma, dado que estas experiencias modulan la expresión del fenotipo neurodivergente. El reconocimiento de una base neurodivergente, ya sea como diagnóstico principal o comórbido, es el requisito indispensable para derivar a la paciente hacia un tratamiento que contemple psicoeducación sensorial, entrenamiento en habilidades sociales y adaptaciones específicas del entorno.

REFERENCIAS



DE HIJA PARENTIFICADA A ADOLESCENTE ANESTESIADA: LA DESCONEXIÓN EMOCIONAL COMO REORGANIZACIÓN DEFENSIVA.

María Elena Zarzuela Ferrero, Carlos Lomas Pérez, Felicidad Lista Matey, Beatriz López Carpintero

INTRODUCCIÓN

En adolescentes expuestos a sobrecarga emocional crónica, pueden observarse fenómenos de embotamiento o desconexión afectiva como respuesta al estrés sostenido. La anestesia emocional ha sido descrita como un mecanismo defensivo que reduce el sufrimiento subjetivo ante contextos relacionales percibidos como amenazantes.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de mejoría sintomática asociada a desconexión emocional en una adolescente de 16 años con TCA, ideación suicida y marcada sobrecarga parental.

JUSTIFICACIÓN

La aparente mejoría clínica tras fases de alta desregulación puede llevar a interpretaciones prematuras de recuperación. Este caso resulta relevante al mostrar cómo la desaparición de síntomas puede coexistir con un proceso de desconexión emocional, con implicaciones en el desarrollo afectivo y relacional de la adolescente.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal de caso clínico. Recogida de información mediante entrevistas clínicas individuales y familiares a lo largo de 12 meses.

RESULTADOS

Contexto familiar: Alta conflictividad parental tras divorcio. Descalificaciones cruzadas entre progenitores. Funcionamiento parental caracterizado por inversión de roles y escasa función de sostén emocional hacia la paciente, con predominio de demandas implícitas de cuidado por su parte. Clara parentificación: asume rol cuidador hacia progenitores y hermana. Sensación persistente de invisibilidad y favoritismo hacia la hermana.

<i>Fase inicial (marzo-agosto 2025)</i>	<i>Punto de ruptura</i>	<i>Fase posterior (octubre 2025-febrero 2026)</i>
<ul style="list-style-type: none">Sintomatología ansioso-depresiva graveIdeación suicida activa con planificación.AutolesionesRestricción alimentaria progresiva	<p>Durante el verano, tras un periodo de máxima sobrecarga emocional, coincidiendo con la amenaza de ingreso hospitalario, refiere un punto de inflexión subjetivo: "Pensé que tenía que dejar de preocuparme por los demás y preocuparme por mí." Describe la construcción progresiva de "un muro".</p>	<ul style="list-style-type: none">Desaparición de ideación suicida y conductas autolesivas.Ausencia de ansiedad incluso en contextos previamente activadores.Recuperación ponderal y normalización de la conducta alimentaria.Anestesia emocional ("no siento tristeza ni alegría", "me da igual")Disminución de empatía afectiva. Discurso racionalizado del malestar ajeno, con escasa conexión afectiva. Dificultad para la intimidad y el vínculo.La paciente verbaliza alivio ante esta desconexión y expresa no desear recuperar la capacidad de sentir por considerar el entorno aún amenazante. "Estoy mucho mejor así."

DISCUSIÓN

El caso sugiere que la mejoría sintomática observable no siempre implica una integración emocional plena. En esta paciente, la desconexión afectiva podría entenderse como una reorganización defensiva ante un entorno percibido como crónicamente invalidante y altamente demandante, así como frente a la vivencia de amenaza de colapso psíquico.

La anestesia emocional reduce el sufrimiento subjetivo inmediato y el riesgo autolítico, pero conlleva un empobrecimiento de la vida afectiva y dificultades en la construcción de intimidad.

Este fenómeno puede conceptualizarse como una escisión funcional entre sistemas emocionales y ejecutivos, priorizando la supervivencia psicológica sobre la integración afectiva.

El abordaje terapéutico requiere respetar la función adaptativa inicial del mecanismo antes de intervenir sobre él. El objetivo es acompañar una reapertura gradual del mundo afectivo, asegurando suficiente contención para no reproducir la sobrecarga previa, y promoviendo una flexibilización progresiva solo cuando el entorno y la paciente dispongan de mayor estabilidad.

Referencias:

- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1999). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Brunner-Mazel.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- Kerig, P. K. (2005). Revisiting the construct of Boundary Dissolution. *Journal of Emotional Abuse*, 5(2-3), 5-42.

Perfeccionismo y familias: más allá del riesgo individual

Sergio Reno Chanca. *Completo Hospitalario Universitario Ferrol*
Sara Diego Castaño. *Universidad Miguel Hernández*

Introducción

El perfeccionismo se ha identificado como un factor transdiagnóstico relevante en la psicopatología emocional infanto-juvenil, asociado a mayor vulnerabilidad a la ansiedad, la depresión y otros problemas internalizantes (Randy O. Frost et al., 1990; Paul L. Hewitt & Gordon L. Flett, 1991), así como mayor vulnerabilidad emocional y peor ajuste psicológico (Rice & Ashby, 2007). Aunque la investigación ha analizado ampliamente variables individuales y parentales relacionadas con este rasgo, existe menor evidencia acerca del papel de variables sociodemográficas y estructurales del contexto familiar, como la posición en la fratria o los antecedentes de salud mental de los progenitores.

Justificación: Examinar estas variables puede contribuir a identificar factores de riesgo diferenciales que modulan la expresión del perfeccionismo en población clínica, permitiendo una comprensión más contextualizada del fenómeno y orientando la evaluación y la intervención en salud mental infanto-juvenil.

Objetivo: Analizar la influencia de variables familiares en la expresión del perfeccionismo en niños y niñas con síntomas internalizantes.

Método

Diseño: Estudio observacional transversal con diseño factorial.

Variable dependiente:

Perfeccionismo - Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS).

Variables independientes:

Posición en la fratria (primero/segundo o posterior*); Antecedentes de salud mental materna (sí/no); Antecedentes de salud mental paterna (sí/no).

Muestra: 50 niños/as (8-12 años) atendidos en una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil por síntomas predominantemente internalizantes.

*Dada la baja frecuencia de hijos/as en tercera y cuarta posición se decidió agrupar en esta categoría.

Resultados

En el ANOVA unifactorial no se identificaron efectos principales significativos de antecedentes parentales ni de posición fraterna de forma aislada. Sin embargo, se hallaron interacciones significativas entre *Antecedentes maternos* × *Posición en la fratria* ($p = .028$) y *Antecedentes paternos* × *Posición en la fratria* ($p = .049$). La triple interacción *Antecedentes maternos* × *Antecedentes paternos* × *Posición en la fratria* no resultó estadísticamente significativa.

Como se observa en las Figuras 1 y 2, la asociación entre antecedentes parentales y perfeccionismo varía según la estructura fraterna. La presencia de antecedentes de psicopatología en los progenitores se asoció a medias inferiores de perfeccionismo en segundos y posteriores hijos/as, mientras que en los primogénitos es la presencia de antecedentes paternos (y no maternos) la que se relaciona con medias inferiores.

Figura 1: Interacción entre antecedentes maternos de salud mental y posición en la fratria sobre el perfeccionismo total

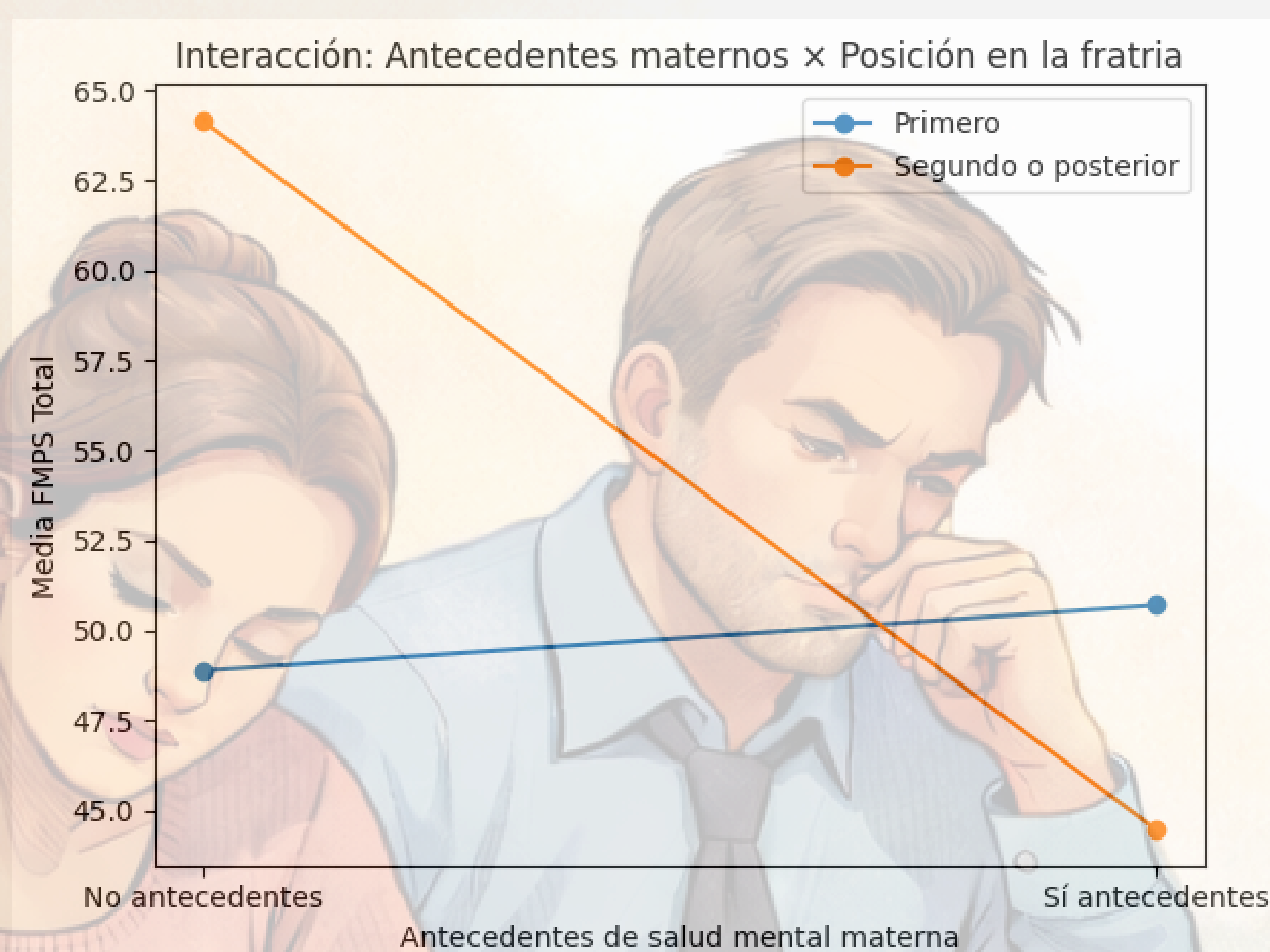
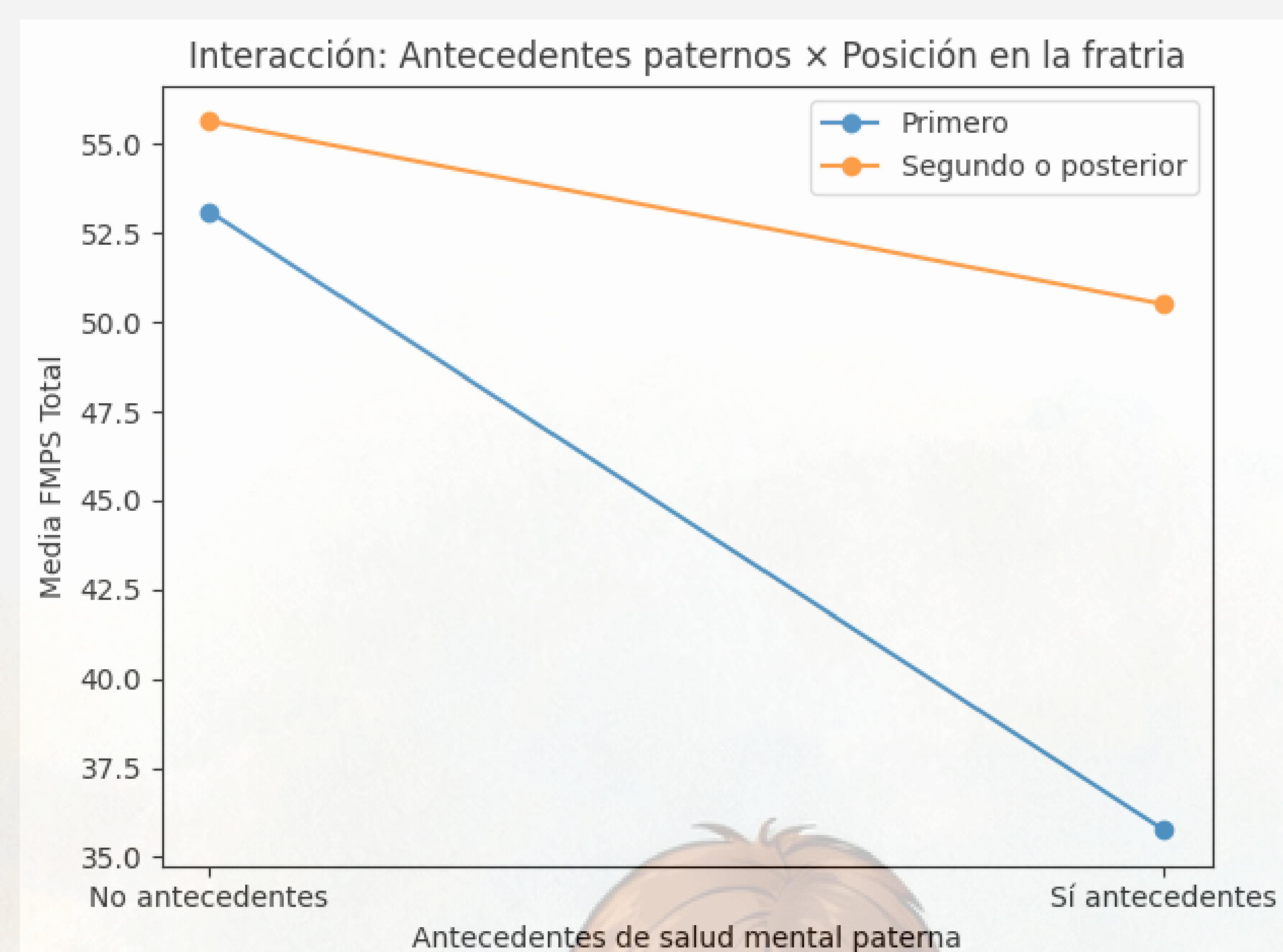


Figura 2: Interacción entre antecedentes paternos de salud mental y posición en la fratria sobre el perfeccionismo total



Discusión y conclusiones

Los resultados sugieren que la expresión del perfeccionismo en niños/as se configura en interacción de múltiples factores. La posición en la fratria parece modular la relación entre antecedentes parentales y perfeccionismo, apoyando la consideración de factores de riesgo diferenciales en la conceptualización clínica.

De forma clínicamente relevante, la presencia de antecedentes de psicopatología en los progenitores no se asoció sistemáticamente a mayores niveles de perfeccionismo y, en varios subgrupos, se observaron puntuaciones inferiores. Este patrón podría reflejar dinámicas familiares con mayor reconocimiento del malestar psicológico, menor rigidez en las expectativas o una sensibilización temprana ante dificultades emocionales.

La evaluación clínica debería integrar de manera sistemática la estructura familiar y la historia psicopatológica parental para una comprensión más contextualizada del caso.

Sensibilidad al pensamiento mágico infantil en la adultez tardía: diferencias según género y experiencia de cuidado

Sergio Reno Chanca. Sara Diego Castaño



INTRODUCCIÓN

Los bebés tienen una serie de características físicas específicas que despiertan cariño y cuidados en sus potenciales cuidadores. Estas características, conocidas como esquema de bebé (Lorenz, 1943) se van desvaneciendo a partir de los 2 años, aún cuando estos niños siguen precisando de cuidadores. Investigaciones apuntan a que el pensamiento mágico piagetiano (Bjorklund et al., 2010) despierta reacciones análogas en los cuidadores a partir de la adolescencia (Hernández Blasi & Bjorklund, 2018; Periss et al., 2012). Mientras que un conjunto de evidencias orientan a una progresiva disminución de la sensibilidad hacia los niños/as y las señales que éstos emiten conforme se envejece, otro conjunto de evidencias y planteamientos teóricos defienden un sostenimiento durante la adultez tardía.

JUSTIFICACIÓN

Los abuelos/as desempeñan un papel relevante como figuras de cuidado dentro del entorno familiar. En este contexto, resulta pertinente analizar su sensibilidad hacia el pensamiento mágico piagetiano como favorecedor de atención y conductas de cuidado.

OBJETIVO

Determinar por primera vez el grado de sensibilidad general de las personas en su adultez tardía hacia el pensamiento inmaduro, así como el posible grado de sensibilidad específica dependiendo del género de los participantes y de su experiencia con el cuidado de sus nietos/nietas.

MÉTODO

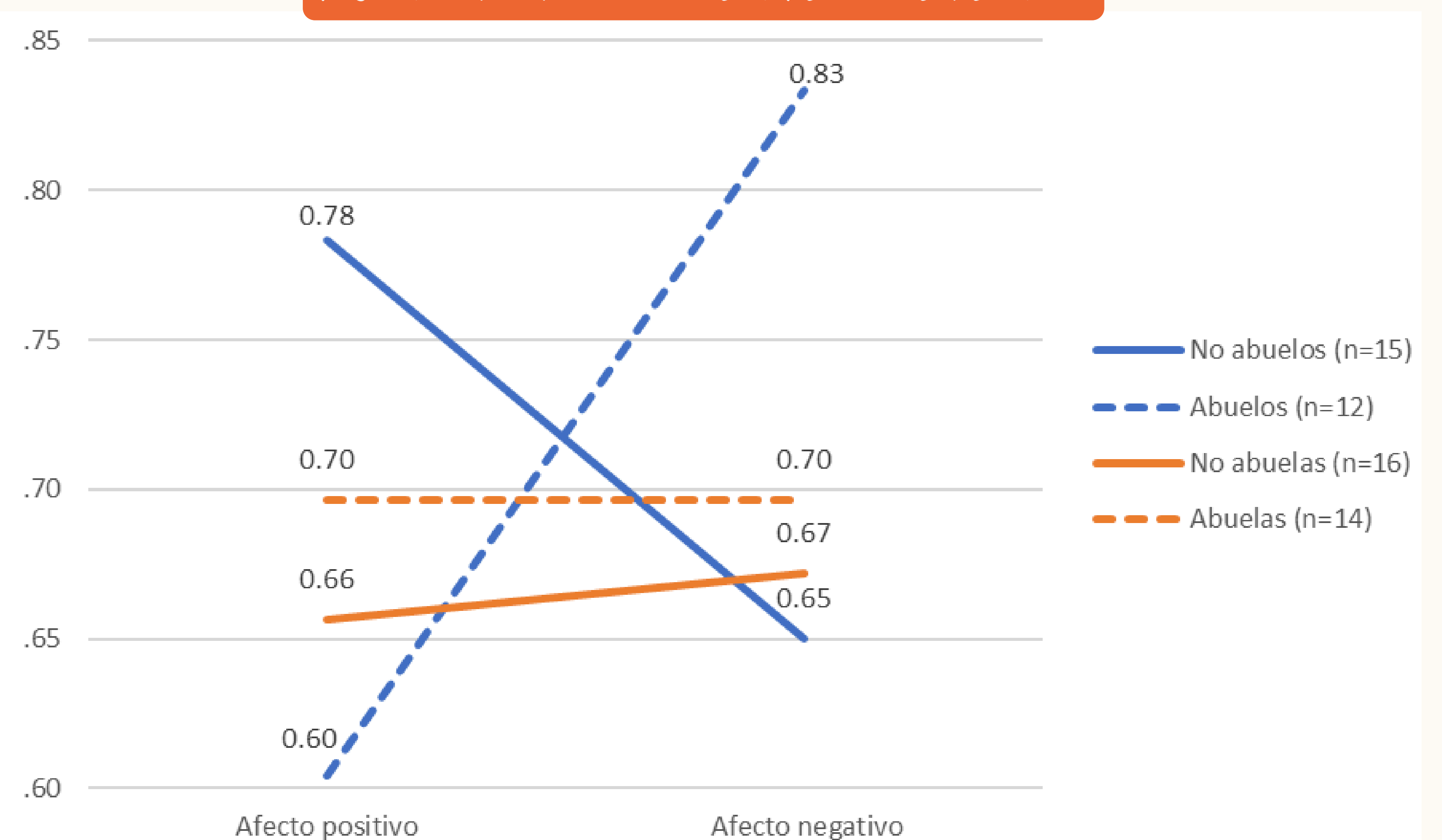
57 personas (27 hombres y 30 mujeres) participaron en el estudio, con una media de edad de 62 años ($M = 62.88$; $DT = 4.08$, rango = 59-80). La muestra fue reclutada en diferentes partes de España.

Los participantes respondieron el Cuestionario de Inmadurez Cognitiva (Periss et al., 2012) que evalúa si cogniciones preoperacionales piagetianas despiertan en quién responde Afecto positivo y/o Afecto negativo; además de si atribuyen al niño/a. La evaluación se realiza mediante 2 partes de 14 ítems dicotómicos. Todos los cuestionarios se respondieron de manera anónima.

ANÁLISIS

Se compararon las puntuaciones medias obtenidas en cada dimensión a través de la prueba de contrastes de medias t de student para una única muestra sobre el azar (0.5). Los resultados se presentan en la Figura 1.

FIGURA 1. PROPORCIÓN DEL AFECTO DESPERTADO



RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, las personas en adultez tardía muestran puntuaciones superiores a las esperadas por azar tanto en el afecto positivo como en el afecto negativo que despiertan los niños/as con pensamiento mágico infantil. Sin embargo, se da un efecto diferencial, siendo las mujeres, con independencia de ser abuelas o sólo madres, quienes muestran una ambivalencia afectiva; mientras que en el caso de los hombres los padres (no abuelos) muestran un mayor afecto positivo que negativo (.78 vs .65) frente a los abuelos que describen un predominio de afecto negativo antes estas muestras de pensamiento (.60 vs .83).

CONCLUSIÓN

La sensibilidad de las personas mayores hacia los niños/as constituye un factor clave en la generación de conductas de cuidado y protección. Los resultados sugieren que el pensamiento mágico infantil puede suscitar respuestas afectivas positivas también durante la adultez tardía, aunque estas no se manifiestan de forma uniforme. La experiencia previa en el cuidado podría contribuir a explicar la presencia de respuestas afectivas negativas. No obstante, este factor no parece explicar completamente por qué los abuelos, a diferencia de las abuelas, mostrarían una menor disposición hacia conductas de cuidado. En este sentido, variables socioculturales adicionales podrían estar desempeñando un papel relevante y deberían ser exploradas en futuras investigaciones.

“Masking” en el Autismo, controversias y evidencias.

De la Torre Cruz, B (1)., Abello Arias, J (2).

(1) Hospital Universitario Infanta Cristina
(2). Hospital Universitario Jose Germain

INTRODUCCION

El Trastorno del Espectro del Autismo está siendo objeto de controversia conceptual debido al elevado incremento de la incidencia que se está produciendo en los últimos años. La validez, así como la eficacia, tanto a nivel epistemológico como de constructo nosológico está siendo cuestionada debido a la aparente laxitud de las últimas conceptualizaciones del trastorno en los Sistemas diagnósticos oficiales (OMS, APA). Así, según una corriente cada vez mayor de expertos sugiere que esto provocaría un aumento de la prevalencia del autismo al tener criterios más difusos y menos restrictivos que conceptualizaciones anteriores del mismo. Un aspecto fundamental de este cambio de paradigma recae en el concepto de “espectro”, que implica que muy diferentes variabilidades de sintomatología y gravedad puedan ser asimilados dentro del mismo trastorno.

En relación con esto, ha levantado polémica el concepto de “masking” o enmascaramiento dentro del TEA.

¿En qué consiste?

- Es el esfuerzo constante de "encajar" enmascarando rasgos autistas como:
- Forzar el contacto visual aunque resulte incómodo o abrumador
- Imitar expresiones faciales y gestos que no surgen naturalmente
- Suprimir estereotipias (movimientos repetitivos, stimming) en público
- Ensayar mentalmente conversaciones antes de tenerlas
- Fingir interés en temas que no lo generan, o disimular intereses propios
- Modular el tono de voz o el lenguaje corporal de forma artificial

Consecuencias

- Agotamiento crónico (conocido como "burnout")
- Mayor prevalencia de ansiedad y depresión
- Pérdida del sentido de identidad propia
- Dificultad para recibir un diagnóstico, especialmente en mujeres.

DISCUSION

Este concepto presenta controversia:

1. Problema de definición y medición

El concepto carece de una definición operacional consistente entre estudios. No hay consenso sobre qué conductas cuentan como masking y cuáles son simplemente aprendizaje social ordinario.

2. ¿Es exclusivo del autismo?

Críticos señalan que todo ser humano adapta su comportamiento según el contexto social. La pregunta es si lo que hace una persona autista es cualitativamente diferente o simplemente una versión más intensa de algo universal. Si no hay diferencia de naturaleza, el concepto pierde especificidad diagnóstica.

3. Riesgo de sobrediagnóstico o diagnóstico circular

Existe un conflicto lógico en su definición: si alguien funciona bien socialmente, se dice que está haciendo masking; si funciona mal, se dice que no puede enmascarar. Esto puede volverse un concepto no falsificable, lo que es problemático desde el punto de vista científico. Cualquier evidencia puede reinterpretarse para confirmar la hipótesis.

4. Influencia del sesgo de género en la investigación

Parte del interés en el masking surgió para explicar por qué las mujeres autistas reciben diagnósticos más tarde. Algunos autores advierten que esto puede llevar a asumir masking como explicación por defecto en mujeres, sin evidencia suficiente caso por caso, lo que puede introducir nuevos sesgos diagnósticos.

Evidencia científica.

Baron-Cohen y cols. (2019) lo describen como un proceso complejo que implica tres componentes diferenciados: compensación, enmascaramiento y asimilación. Es decir, no se trata solo de ocultar rasgos, sino de construir estrategias cognitivas y conductuales para navegar un entorno social que no se comprende de manera intuitiva.



Compensación:

consiste en compensar una serie de habilidades sociales que no se tienen, que considera inadecuadas o que piensa que no posee.

1. Copia lenguaje corporal y expresiones de otros, incluido todos de voz y otros recursos de la comunicación.
2. Practica estas expresiones ajenas en contextos seguros antes de ponerlos en practica
3. Aprende habilidades y claves sociales a través de series, películas y libros e intenta comprender las normativas sociales de manera explícita a través de un listado de reglas.
4. Usa guiones previamente desarrollados a partir de la redacción de estas reglas.



Enmascaramiento:

la persona actúa en contextos sociales lo aprendido en la fase de compensación.

1. Las situaciones sociales producen tensión, así que vigila sus expresiones y movimientos corporales para parecer relajado/a.
2. Fuerza el contacto ocular
3. Vigila de manera permanente su actuación y la impresión que está causando en los demás.



Asimilación:

la persona justifica su actuación, principalmente por la presión social de interactuar y la necesidad de encajar socialmente.

1. La persona siente que la conversación con otros no es natural
2. Evita la interacción en contextos sociales o se fuerza a interactuar.
3. Intenta pasar desapercibido/a.
4. No es genuino/a, actúa.
5. Necesita apoyo de otros para poder socializar.

CONCLUSIÓN

Este concepto ocupa una posición epistemológica compleja: respaldado por una experiencia subjetiva consistente y ampliamente reportada por personas autistas, pero aún en proceso de consolidación como constructo científico robusto. La evidencia más sólida disponible proviene de estudios basados en autoinforme, que muestran asociaciones significativas entre camuflaje autista y mayores tasas de ansiedad, depresión, agotamiento y diagnóstico tardío, especialmente en mujeres. Existe también evidencia preliminar, aunque metodológicamente más débil y aún no replicada de forma consistente, sobre correlatos fisiológicos del esfuerzo de adaptación social en personas autistas; sin embargo, atribuir ese esfuerzo específicamente al masking como constructo delimitado —y no al estrés social en sentido amplio— sigue siendo una inferencia que la investigación actual no permite hacer con seguridad. La dirección más fructífera no parece ser ni la validación acrítica ni el rechazo del concepto, sino su refinamiento progresivo: avanzar hacia mediciones multimodales, distinguir con mayor claridad sus componentes internos y replicar los hallazgos existentes en muestras más diversas.

PROGRESIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD HACIA SINTOMATOLOGÍA CONVERSIVA EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: ANÁLISIS LONGITUDINAL DE 9 AÑOS

CRISTINA AGUAZA ESTURILLO R2, INÉS MARÍN BURDALLO R1
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad coexisten con trastorno límite de personalidad (TLP) en el 85% de casos, modificando sustancialmente el curso clínico. [1] El TLP influye negativamente en el pronóstico de ansiedad: su mejoría predice remisión de TAG, mientras su empeoramiento predice recaídas de fobia social. [2] El 47.4% de pacientes con trastorno conversivo presentan trastornos de personalidad cluster B, compartiendo la desregulación emocional como mecanismo común. [3-4] Los duelos no elaborados se asocian significativamente con somatización, especialmente cuando involucran traumas interpersonales. [5-6]

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal de caso único (2016-2025).

Objetivo: Analizar la evolución longitudinal de una paciente con TAG y rasgos cluster B, observando la progresión hacia síntomas conversivos y disociativos.

Paciente: Mujer, 40 años al inicio. Antecedentes: migraña crónica, síndrome intestino irritable, neoplasia ovárica. Antecedentes familiares: depresión materna, alcoholismo familiar. Estresores: conflictos familiares crónicos, duelos (madre 2018, tío 2024), separación/divorcio.

Instrumentos: Entrevistas psiquiátricas periódicas, observación clínica, registros de urgencias, criterios DSM-5-TR.

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

Año	Eventos Vitales	Sintomatología Predominante	Criterios TLP Presentes	Hospitalizaciones / Urgencias	Tratamiento	Diagnóstico	Referencias
2016-2017	Conflictos familiares crónicos	Crisis de angustia, inicio agorafobia, llanto, tristeza	Inestabilidad afectiva, miedo al abandono	No	Inicio seguimiento psiquiatría y psicología	TAG	[1-2]
2018	Muerte madre (duelo negado), conflictos familiares intensos	Empeoramiento ansiedad, pérdida peso, agorafobia progresiva	Inestabilidad afectiva, relaciones inestables, vacío	No	Farmacoterapia ansiolítica	TAG + agorafobia + rasgos cluster B	[1, 3-4]
2019	Conflictos interpersonales intensos	Primer gesto autolítico (30 diazepam), heteroagresividad, descompensación grave	Impulsividad, ira inapropiada, conducta suicida, relaciones inestables	1er ingreso UHB	Hospitalización, ajuste farmacológico	TLP	[1-2][5]
2020	Pandemia COVID-19 ("situación idílica sin salir")	Recaída somática intensa, segundo gesto autolítico (ingesta Orfidal), agorafobia persistente	Impulsividad, conducta suicida, vacío, inestabilidad afectiva	2º ingreso UHB, múltiples urgencias	Hospitalización, benzodiacepinas	TLP + agorafobia	[1, 4]
2021-2022	Conflictos conyugales persistentes	Ideación autolítica persistente, anhedonia severa ("no siento")	Vacío crónico, inestabilidad afectiva, ideación suicida	Urgencias frecuentes	Farmacoterapia, seguimiento ambulatorio	TLP + agorafobia	[2, 6]
2023	Separación temporal del marido	Tercer gesto autolítico (ingesta medicamentosa), inestabilidad emocional intensa	Impulsividad, conducta suicida, miedo abandono, ira	Urgencias, posible ingreso	Ajuste farmacológico	TLP + agorafobia	[1-2, 5]
2024	Muerte tío, proceso divorcio	Pseudocrisis convulsivas, cambios de voz/acento, conductas llamativas, bajo peso	Síntomas disociativos transitorios, impulsividad, inestabilidad	Urgencias frecuentes	Evaluación diferencial conversivo vs facticio	TLP + agorafobia	[7-9]
2025	Divorcio consumado, episodio agresividad domicilio	Crisis conversivas/disociativas recurrentes, desregulación emocional extrema	Síntomas disociativos, ira, impulsividad, relaciones inestables	3er ingreso	Hospitalización, reevaluación diagnóstica	TLP + agorafobia	[7, 9-10]

Factor Psicosocial	Descripción	Impacto Clínico Observado	Mecanismo Propuesto	Referencias
Duelo madre (2018)	Muerte materna, duelo negado/no elaborado	Empeoramiento ansiedad, progresión a rasgos cluster B	Duelo complicado asociado a somatización y desregulación emocional	[1-2]
Duelo tío (2024)	Muerte de familiar cercano	Emergencia de síntomas conversivos	Sobrecarga afectiva, expresión somática del malestar	[1, 3]
Conflictos conyugales	Relación ambivalente, separaciones/reconciliaciones	Descompensaciones, gestos autolíticos	Miedo al abandono, generación de estrés por antagonismo	[4-5]
Divorcio (2025)	Ruptura definitiva del matrimonio	Crisis conversivas/disociativas	Pérdida de estructura externa, activación de abandono	[5]
Pandemia COVID-19	Confinamiento domiciliario	Mejoría paradójica inicial ("idílica"), posterior recaída	Evitación reforzada, pero pérdida de exposición gradual	[2, 6]
Baja laboral prolongada	Incapacidad laboral mantenida	Deterioro funcional, pérdida de rol social	Asociado a peor pronóstico en TLP	[7-8]

DISCUSIÓN

TLP como eje central: La paciente cumple múltiples criterios DSM-5-TR: relaciones inestables, impulsividad, gestos autolíticos repetidos, inestabilidad afectiva, sentimientos de vacío, ira inapropiada, síntomas disociativos transitorios relacionados con estrés. [1][7]

Influencia del TLP en ansiedad: La agorafobia se tornó progresivamente incapacitante, consistente con evidencia de que el TLP predice peor pronóstico en trastornos de ansiedad. [2][8] La agorafobia funcionó como evitación del estrés interpersonal, manteniendo dependencia y aislamiento.

Emergencia de síntomas conversivos: Los trastornos de personalidad cluster B son los más prevalentes en pacientes con pseudocrisis, compartiendo desregulación emocional. [4] Los síntomas conversivos emergieron en momentos de sobrecarga extrema (divorcio, duelos), funcionando como expresión somática del malestar emocional. La literatura distingue subgrupos "neurótico" y "borderline" en trastorno conversivo; esta paciente pertenece al segundo. [9]

Duelo no elaborado: Los duelos (2018, 2024) coinciden con descompensaciones y progresión sintomática, consistente con evidencia de asociación entre duelo prolongado y somatización. [5-6][10]

Diagnóstico diferencial: Los síntomas disociativos en TLP son transitorios (minutos-horas), relacionados con estrés, sin identidades diferenciadas, diferenciándose del trastorno disociativo de identidad. [1][7][10-11]

CONCLUSIÓN E IMPLICACIONES ÉTICAS

Este caso ilustra la progresión de ansiedad crónica hacia sintomatología conversiva en TLP grave no tratado adecuadamente. Los factores psicosociales (duelos, conflictos) actúan como desencadenantes de descompensaciones.

Implicaciones terapéuticas: La psicoterapia especializada (terapia dialéctico-conductual o terapia basada en mentalización) es tratamiento de primera línea para TLP. [1][7][12] Cuando TLP coexiste con TAG, debe priorizarse el tratamiento del TLP, ya que su mejoría predice remisión de ansiedad. [2] Las benzodiacepinas deben evitarse por riesgo de abuso y gestos autolíticos. [1] La evaluación de personalidad es esencial en pacientes con ansiedad de curso tórpido, permitiendo implementar tratamientos especializados que previenen progresión hacia presentaciones más complejas.

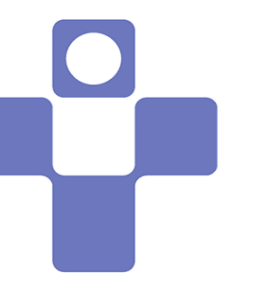
BIBLIOGRAFÍA

- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline personality disorder: A review. *JAMA*, 329(8), 670-679. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
- Keuroghlian, A. S., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Shea, M. T., Yen, S., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Bender, D. S., Grilo, C. M., & Morey, L. C. (2015). Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11), 1529-1534. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09748>
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2271>
- Sammarra, I., Martino, I., Marino, L., Fortunato, F., & Gambardella, A. (2024). Personality disorders in individuals with functional seizures: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1411189. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1411189>
- Ansell, E. B., Pinto, A., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Yen, S., Zanarini, M., Skodol, A. E., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1019-1028. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001777>
- Rueger, M. S., Steil, R., Lubik, S., Roll, S. C., & Lechner-Meichsner, F. (2024). A comprehensive investigation of comorbidities of prolonged grief disorder in a bereaved inpatient psychiatric sample. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.014>
- Levin, Y., Ben-Ezra, M., Leshem, E., & Hamama-Raz, Y. (2025). Change patterns of posttraumatic and grief disorders and their somatic variables in ongoing trauma. *JAMA Psychiatry*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.3046>
- Binzer, M., Andersen, P. M., & Kullgren, G. (1997). Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: A prospective control group study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 63(1), 83-88. <https://doi.org/10.1136/jnnp.63.1.83>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D., & Xavier, J. (2017). How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder? *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2054. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054>

CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD EN ENTORNOS DIGITALES Y EXPRESIÓN DEL SUFRIMIENTO EN TIEMPOS DE GLOW UP

María Dolores Méndez* y Miryan Martínez**

✉ mdolores.mendez@sespa.es



SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

*F.E.A. Psicología Clínica, Psicoterapeuta Familiar. Hospital Universitario San Agustín.

** F.E.A. Psicología Clínica, Experta en Intervenciones Sistémicas. Hospital Universitario Central de Asturias.

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales (RS) son medios de distorsión masiva y constituyen en el presente el principal entorno digital para los/as adolescentes.

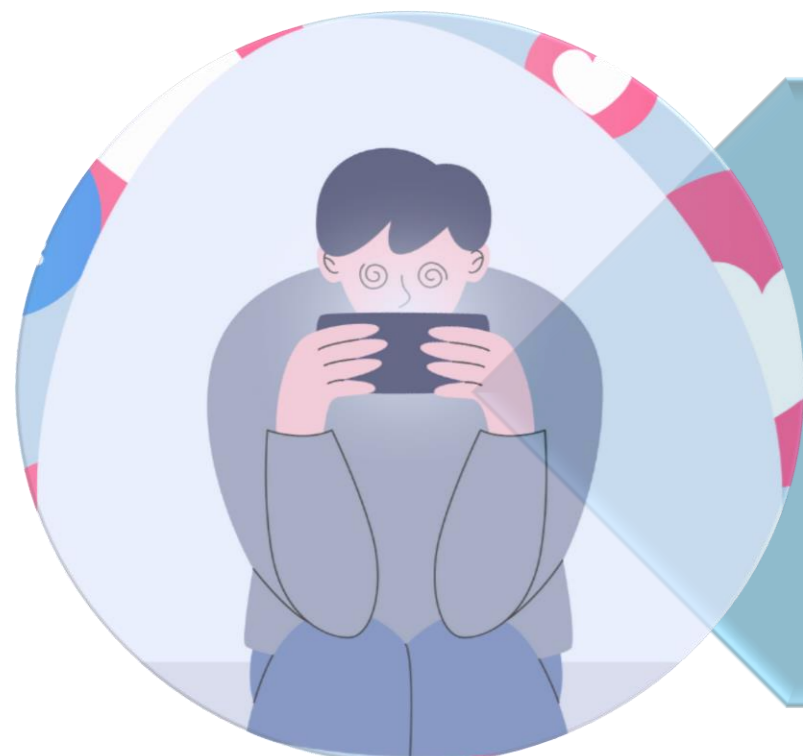
OBJETIVO

Profundizar sobre el impacto de las RS en la construcción de la identidad adolescente y sobre las manifestaciones clínicas de sufrimiento.

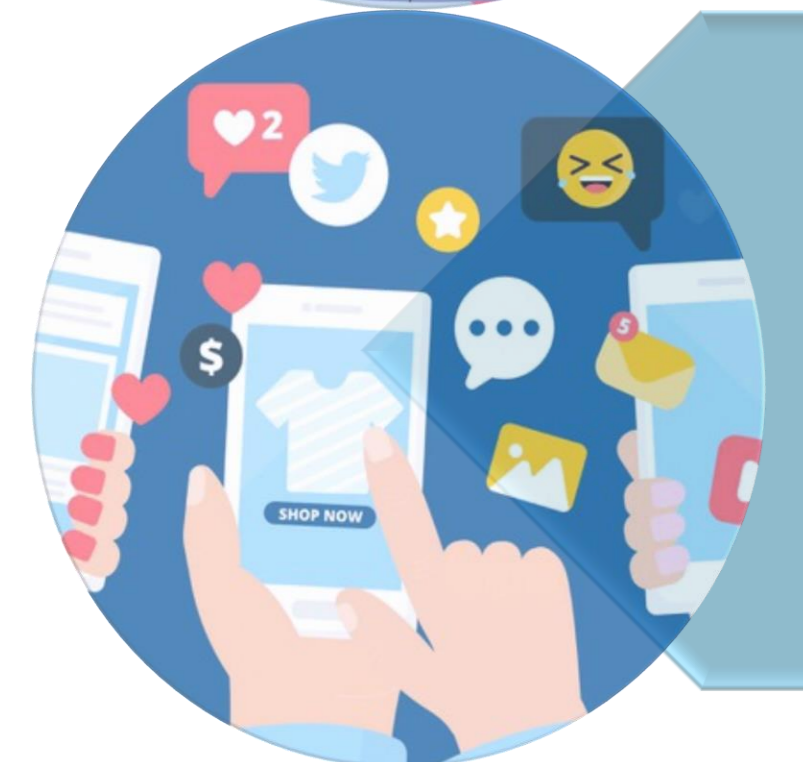
MÉTODO

Revisión bibliográfica y exposición reflexiva desde una perspectiva evolutiva y clínica.

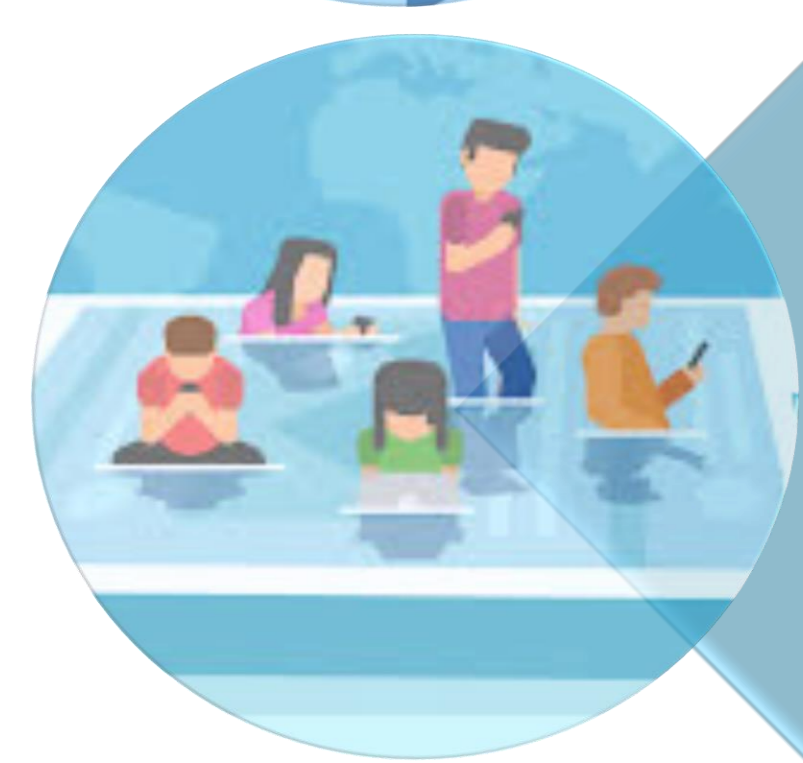
JUSTIFICACIÓN



Según Erikson el desarrollo se da a través de crisis emocionales. A la adolescencia corresponde la crisis de Identidad vs. Confusión de Rol, caracterizada por la exploración de diferentes roles para alcanzar uno estable, coherente y continuo.



En el presente las RS son un entorno prioritario para el desarrollo de la personalización, ofreciendo un espacio interactivo e instantáneo de validación social de gran importancia en la construcción identitaria para los/as adolescentes.



El uso no adecuado y algunos fenómenos de las RS pueden interferir en la capacidad de narrarse eliminando toda alteridad y fomentando identidades adhesivas y no emparejadas con la realidad, además de un desdibujamiento de los límites entre lo público, lo privado y lo íntimo que pueden dar lugar al desarrollo de determinadas manifestaciones clínicas de psicopatología.

RESULTADOS

Fenómenos identitarios en redes sociales

Cultura de **la imagen curada** con uso de filtros, fenómenos como el *glow up* o el efecto espejo.

Identidad adhesiva basada en likes y comentarios recibidos.

Posibilidad y necesidad de **validación inmediata**.

Riesgos para el proceso de construcción de Identidad

Comparación constante con imágenes idealizadas, FOMO o miedo a perderse algo.

Dependencia de *likes* como valor propio, **incapacidad narrativa**, contagio emocional, sharenting.

Sensación de **vacío, aislamiento** social.

Indiferenciación y potenciales manifestaciones clínicas

Interior-exterior: problemas alimentarios, dismorfia corporal, autolesiones etc.

Yo-otro: inestabilidad emocional, psicosis, disociación, narcisismo patológico etc.

Presencia-ausencia: desrealización, despersonalización, presentaciones autísticas etc.

CONCLUSIONES

Los perfiles de redes sociales ofrecen **oportunidades** para la exploración de la identidad y la validación del yo.

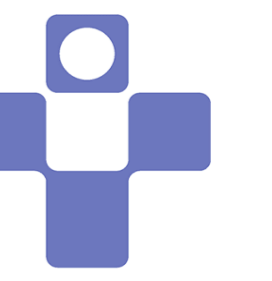
Las formas de uso de las redes suponen **riesgos** para la construcción de la identidad y el sufrimiento psíquico.

Como psicoterapeutas debemos contemplar la **identidad digital** como parte del autoconcepto y acompañar a los/as adolescentes proporcionándoles el **andamiaje** necesario para poder construir su narrativa identitaria.

Bibliografía en: <https://docs.google.com/document/d/1o77Ciwlc5f1IPv1PAsXM8L566uQpvXok3AOcvDbbSy4/edit?tab=t.0>

Fantasmas en la habitación. Representaciones Maternas y Vínculo entre Mujeres e Hijos/as Víctimas de Violencia de Género en la Pareja

María Dolores Méndez*, Verónica Concha* e Isabel Amez**



SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

*F.E.A. Psicología Clínica y Psicoterapeuta Familiar. Hospital Universitario San Agustín.

** Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín.

✉ mdolores.mendez@sespa.es



Introducción

Los *Fantasmas en la habitación del bebé* aluden a la influencia del pasado relacional de madres y padres en el cuidado de sus hijos/as.



Objetivo

Explorar las **representaciones de mujeres madres que han sufrido violencia en la pareja** en las interacciones con sus hijos/as en un grupo psicoterapéutico de madres.



Método

- Psicoterapia grupal basada en la Teoría del Apego.
- Participaron en las 8 sesiones semanales 8 mujeres madres víctimas de violencia en la pareja.

Justificación

- Los malos tratos sobre la madre impactan negativamente en el **desarrollo de los/as hijos/as**.
- La violencia de pareja afecta la **identidad materna** a través del estrés crónico generado y las representaciones transmitidas por el maltratador sobre falta de capacidad para los cuidados.
- **Representaciones en la interacción materno-filial:**
 - la imagen de la madre sobre su hijo/a,
 - la imagen de la relación
 - y el significado de la interacción.

Resultados

Representaciones maternas durante la relación maltratante



“Era una madre que chillaba, estaba todo el tiempo en alerta”



“Era la mala, prefería castigarles yo a que tuvieran peores consecuencias del padre”



“Sentía mucha culpa”

Elaboración de representaciones en el grupo de madres



“Solo pensaba en sobrevivir y protegerles a ellos”



“Ahora desde la calma puedo educar de otra manera”



“Pequeños cambios hacen la escena totalmente diferente”

Nuevas narrativas emergentes de maternidad y afrontamiento



“A veces en el tono que usa veo al padre, me bloqueo, pero puedo identificar que eso está en mi mente y volver al presente”



“Cuando recibo un mal mensaje del padre me paralizó, pero consigo recuperar la calma”



“Puedo pensar y decirme a mi misma palabras de ánimo”

Conclusiones

- **La violencia de género** en la pareja limita la función reflexiva de las mujeres y les genera representaciones negativas de si mismas como madres y del vínculo con sus hijos/as, así como emociones de vergüenza y culpa.
- **Los grupos de madres** permiten reelaborar estas representaciones en un espacio terapéutico seguro donde conectar con sus fortalezas para el cuidado y el impacto de sus buenos tratos en el vínculo con sus hijos/as.
- **Los entornos sanitarios** deben promover estos espacios terapéuticos donde se fomenten crianzas seguras como marco básico de recuperación de mujeres madres e hijos/as expuestos a violencia de género en la pareja.

Neurofibromatosis y Neurodesarrollo

FELICIDAD LISTA MATEY, BEATRIZ LÓPEZ CARPINTERO, MARÍA ELENA ZARZUELA FERRERO

INTRODUCCIÓN

La Neurofibromatosis (NF1) es un trastorno genético asociado a alteraciones psicológicas, con frecuente comorbilidad con TDAH y síntomas de TEA, dificultando el diagnóstico diferencial (1-4)

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico de un menor de 5 años con diagnóstico de NF1 y sospecha de TEA y/o TDAH con información discrepante entre los diferentes contextos familiar y escolar

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal de 3 años de un caso clínico. Recogida de información mediante entrevistas clínicas familiares así como coordinaciones con el centro educativo y pruebas psicométricas

RESULTADOS

Año 2023 derivado AP por "celos hermano" pero el centro educativo: **posible TEA** con indicadores *no se relaciona, sólo tiene un amigo, "en su mundo", inquietud psicomotora, tendencia a "ordenar objetos, conductas de chupete*

- Padres minimizan, dan explicaciones alternativas (ej: conductas de aleteo vs estar emocionado) → Posibles rasgos TEA en los padres + antecedentes familiares
- **En consulta:** juego muy activo, muestra interés en conversaciones, interés restringido en letras y números, *peor regulación con los padres delante*, marcada rigidez, dificultades con juego simbólico, mentalización adecuada
- *Perfil psicométrico* heterógeno en inteligencia, **puntúa para TEA en SCQ**

Años 2025-2026 COLEGIO VA CAMBIANDO LA DEMANDA HACIA UN TDAH

→ **Familia rechaza diagnósticos, valoran ACI**

DISCUSIÓN

Síntomas e información compatible con:

TDAH (2-4)

TEA y comorbilidad con NF1 (5)

→ **en función del contexto de evaluación: educativo, familiar o clínico**

La NF1 implica elevada complejidad diagnóstica. El seguimiento evolutivo y la coordinación familia-escuela son claves para un abordaje individualizado

1. Coudé FX, Mignot C, Lyonnet S, Munnich A. Ann Biol Clin (Paris). 2006;64(6):543-9.

2. Barton B, North K. Dev Med Child Neurol. 2006;48(7):553-63.

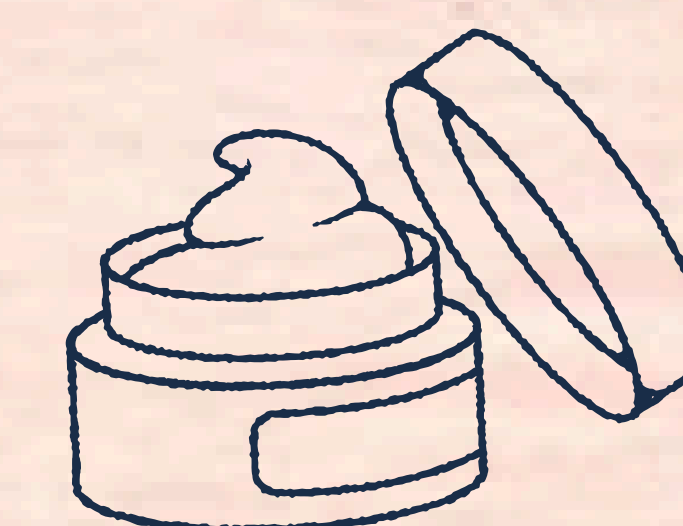
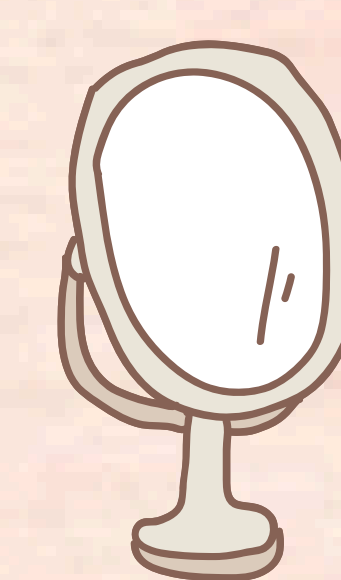
3. Rodríguez FJ. Rev Neurol. 2010;50(Suppl 3):S73-7.

4. Cutting LE, Clements AM, Lightman AD, Yarowsky P, Denckla MB. Neurology. 2004;63(3):506-13.

5. Plasschaert E, Descheemaeker MJ, Van Eylen L, Noens I, Steyaert J, Legius E. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2015;168B(1):72-80

Más allá de la restricción alimentaria: manifestaciones atípicas de la anorexia nerviosa en la adolescencia.

- 1.- Castellano Ruiz, Belén (PIR 2 HUVN, Granada).
- 2.- Kraenis, Marie-Christin (PIR 1 HUVN, Granada).



1.- Introducción.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen iniciarse en la adolescencia, etapa caracterizada por importantes cambios corporales, emocionales y sociales. La anorexia nerviosa (AN) se define por restricción alimentaria, miedo intenso a ganar peso y alteración de la percepción corporal (American Psychiatric Association, 2022). Sin embargo, existen formas clínicas atípicas que no siempre cumplen todos los criterios diagnósticos, reflejando la complejidad actual de estos cuadros (Bruch, H., 1973).

2.- Objetivos.

Analizar la manifestación y evolución de sintomatología asociada a TCA en un caso de AN atípica, destacando presentaciones clínicas desplazadas respecto a los criterios clásicos y su posible relación con factores socioculturales contemporáneos.

3.- Justificación.

La expresión clínica de los TCA se presenta de forma cada vez más heterogénea. Factores como la exposición social, la autoexigencia y la centralidad de la imagen corporal pueden generar malestar relacionado con el cuerpo y el self sin manifestarse necesariamente mediante conductas alimentarias restrictivas. El análisis de casos clínicos permite identificar indicadores psicopatológicos más sutiles o enmascarados.

4.- Metodología.

Revisión de caso clínico atendido en USMC Atarfe (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada). Se analizaron aspectos clínicos, familiares y biográficos, vinculados con factores socioculturales actuales.

4.1.- Datos generales

- Paciente: 16 años, sintomatología ansiosa de carácter adaptativo tras accidente (F43.22, CIE-10). Demanda principal proveniente de la madre.
- Antecedentes: restricción alimentaria a los 12–13 años, sin cumplir criterios completos de AN (IMC>17,5).

4.2.- Historia del problema

A pesar del motivo de la demanda inicial, la paciente comenzó a consultar otros problemas limitantes en su día a día, asociados principalmente a:

- Ansiedad elevada al exponer en clase frente a compañeros/as.
- Preocupación respecto al grupo de amistades.
- Tendencia a permanecer en casa debido a sensibilidad asociada a contextos sociales.
- Inseguridad respecto a la imagen corporal, con conductas de evitación (miedo a pesarse) y compensatorias (rutina de cuidado de la piel de dos horas y media por la mañana).

4.5. Hipótesis clínica

Se propone que la sintomatología limitante (preocupación, evitación, sobrecompensación e inseguridad personal) se asocia con la tríada clásica de Bruch (1973), reflejando autocontrol cognitivo y conductual secundario a inseguridad personal, imagen empobrecida del “self” y déficit en narrativa propia versus ajena. Además, la sintomatología circunscrita a peso/talla se desplaza hacia formas más variadas y “enmascaradas”.



5.- Resultados.

El caso ilustra cómo los TCA pueden manifestarse de forma menos evidente que en las descripciones clásicas de AN. A pesar de no existir restricción alimentaria significativa, se identifican elementos nucleares del funcionamiento descrito en estos cuadros. La clínica puede comprenderse en relación con la tríada propuesta por Bruch (1973): alteración de la percepción corporal, sentimientos de ineficacia personal y dificultades en la conciencia interoceptiva. La sintomatología parece desplazarse hacia otras formas de control de la imagen corporal, como conductas ritualizadas de cuidado estético o evitación social.

6.- Discusión.

Los TCA en adolescentes pueden presentarse de forma heterogénea y no centrarse exclusivamente en la restricción alimentaria. Los elementos teóricos descritos por Bruch continúan siendo útiles para comprender el funcionamiento psicopatológico subyacente, aunque algunas manifestaciones pueden aparecer desplazadas hacia preocupaciones relacionadas con la imagen corporal, la autoexigencia o el control del self. Esto resalta la importancia de mantener una mirada clínica amplia que permita detectar formas más sutiles o enmascaradas de estos cuadros.

7.- Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. Basic Books.
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2020). The epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 486–491.
- Mora, M., & Raich, R. M. (1994). Bulimia nerviosa: Dificultades de delimitación diagnóstica. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(2), 75–98.
- Velasco, C. T. (2024). Influencia de las redes sociales sobre los trastornos de conducta alimentaria: Una revisión sistemática [Trabajo de fin de grado/máster, Universidad de Alcalá].

DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN EN HABILIDADES DE IDENTIDAD PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE DESDE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

ISABEL FERNÁNDEZ-FELIPE¹, NICOLE MEJÍA-CALLES¹, IRENE LÓPEZ-PALANCA¹,
MARIA DOLORES VARA-VILLODRE¹ Y JAVIER ESPARZA-REIG¹

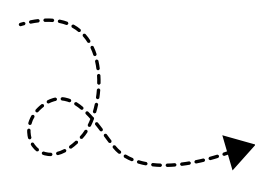
¹ UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

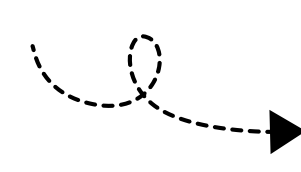
La **perturbación del sentido de identidad constituye un componente nuclear en el Trastorno de la Personalidad Límite (TPL)** y contribuye a la desregulación emocional, la impulsividad y la inestabilidad relacional (American Psychiatric Association, 2022). Aunque la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) ha mostrado eficacia en el tratamiento del TPL, carece de estrategias estructuradas para el abordaje de la alteración de la identidad. La habilidad LIVE (Bonavitacola y Buerger, 2022), basada en principios conductuales y de mindfulness, trabajar la identidad de forma sistemática dentro de este enfoque terapéutico.

OBJETIVOS

Adaptar y evaluar en población española el protocolo LIVE para alteraciones de identidad en personas con TPL.



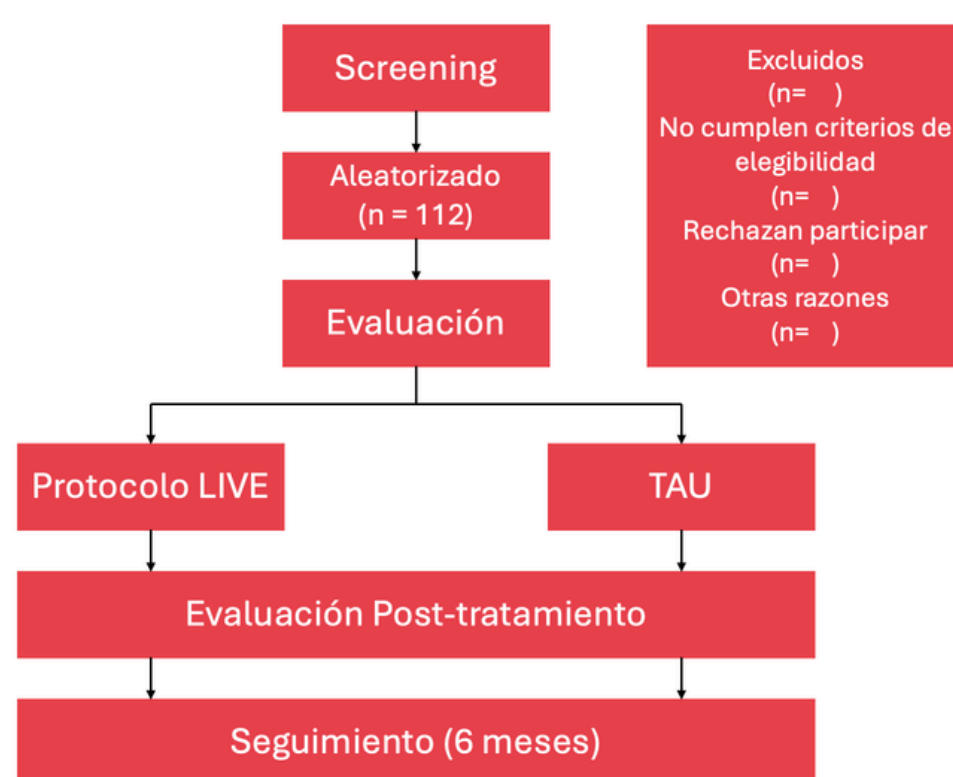
Examinar su eficacia en alteraciones de identidad, desregulación emocional, conducta suicida, autocompasión, sentido de vida y funcionamiento de la personalidad



Analizar su **eficiencia, aceptación y viabilidad.**

METODOLOGÍA

Se realizará un **ensayo controlado aleatorizado** con dos grupos siguiendo las directrices CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org>).



Muestra estimada: **112 participantes (56 por grupo)** con diagnóstico de TPL.



Reclutamiento: **Asociación Valenciana de Trastornos de la Personalidad (ASVA-TP).**



Personas **≥16 años con diagnóstico de TPL y seguimiento clínico en el centro**, excluyéndose casos con psicosis, T. Desarrollo Intelectual, consumo grave de sustancias o riesgo suicida inminente.



Principios éticos de la **Declaración de Helsinki** y aprobación del **comité de ética de la UEV.**

DISCUSIÓN

El diseño e implementación de este programa de intervención permitiría avances significativos en el conocimiento científico sobre el TPL y la intervención en alteraciones de identidad, aportando evidencia empírica sobre la eficacia de la habilidad LIVE Skill. Asimismo, tendría implicaciones clínicas al **ofrecer estrategias basadas en evidencia para optimizar el tratamiento** de estas personas. Los beneficios se extenderían al **ámbito social y económico**, al abordar un problema de elevado coste emocional y sanitario, y facilitar la formación de profesionales para su implementación. Finalmente, los hallazgos podrían **contribuir al desarrollo de guías clínicas en España y a la posible adaptación internacional del programa.**

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Bonavitacola y Buerger (2022). Identity Disturbance: Clinical Implications for DBT Treatment of Self Dysfunction in BPD. *DBT Bulletin*, 6(2), 20-25.

EXPERIENCIA SUBJETIVA TRAS INTERVENCIÓN EN PROGRAMA DE GRUPO TERAPÉUTICO POSPARTO

Isabel Reyes de Uribe Zorita, Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega
Valladolid

Esmeralda Vegazo Sánchez, Psicóloga clínica, Hospital Universitario Niño Jesús,
Madrid.

INTRODUCCIÓN

Afortunadamente cada vez se visibiliza y se atiende más a la salud mental materna en etapa perinatal, pero los datos siguen siendo preocupantes:

En los países de rentas altas 1 de cada 10 mujeres experimentará un problema de salud mental durante el embarazo o en el año posterior al parto

En los países de rentas bajas, la tasa es de 1 de cada 5 mujeres

En España alrededor del 15% de las mujeres en periodo prenatal y el 27% en el posnatal experimentan depresión perinatal.

En el presente trabajo se exponen los resultados de la encuesta de satisfacción administrada al finalizar el programa de psicoterapia de grupo para mujeres con sintomatología ansiedad/depresión en etapa de posparto.

OBJETIVOS

Esta encuesta pretende evaluar el grado de satisfacción con respecto a este tratamiento grupal

Su divulgación permite conocer el valor de la puesta en marcha de este tipo de programas

MÉTODO

Al finalizar el tratamiento de grupo terapéutico se administra una encuesta de satisfacción, donde se preguntan por los aspectos más satisfactorios/insatisfactorios, así como una medida cuantitativa respecto a su grado de satisfacción con el tratamiento grupal.

RESULTADOS

Se ha valorado una muestra de 15 participantes, con una puntuación media de 9,73 sobre 10 en la escala de satisfacción. Respecto al aspecto que ha resultado más satisfactorio del grupo, la mayoría de las participantes destacan el hecho de no sentirse juzgadas, poder hablar libremente.

La escucha también es un aspecto que resaltan, también como elemento que ayuda a la identificación, y “sentir que no eres la única”. Valoran poder aprender de las compañeras y “ver que ser madre es complicado para todas”.

CONCLUSIONES

En el momento actual, se tiende a vivir la maternidad en solitario, aspecto que muchas mujeres destacan como un aspecto de malestar. Promover grupos de madres, no solo de tipo psicoterapéutico, sino grupos que permitan hacer red, son vividos con satisfacción y permiten disminuir el malestar asociado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conecta Perinatal (2023). Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones. Conecta Perinatal. https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI_Memoradum_13sep2022_.pdf Cuellar-Flores, I., Álvarez-Cienfuegos, L., Arias, S., Cordero, E., Díaz, M., Fernández, A., Lanza, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz, A., Velayos, L., Álvarez, M., Eimil, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C. y Dieguez, M. (2024). Programas de psicología clínica y salud mental perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de buenas prácticas. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 45(2), 108-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039> Del Olmo, C. (2017) *Dónde está mi tribu*. (8ª edición). Madrid, Clave Intelectual. Junta de Andalucía. Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil. Recuperado de <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2025/06/guia-para-la-integracion-de-la-salud-mental-perinatal-en-los-servicios-de-salud-materno-infantil.pdf>, el 1 de agosto de 2025. Paricio-del Castillo, Rocío, Díaz-de Neira-Hernando, Mónica, & Cano-Linares, María de los Ángeles. (2024). Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 19-41. Epub 07 de febrero de 2025. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000200002> Ministerio de Sanidad Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf el 18 de agosto de 2025.

DEMORA EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

Almudena Ruiz Martín¹, Ariadna Busquets i Badía², Laura Baños Pastor¹, Juan Carlos Pedrosa Sánchez¹
Hospital Universitario Doctor Rodríguez Lafora, Madrid¹, Fundación Hospitalarias Martorell, Barcelona²

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transformación y cambio en el que el adolescente, en su proceso de diferenciación de las figuras parentales, inicia la búsqueda de autonomía hacia la conformación de su propia identidad. Cuando este proceso se ve obstaculizado, pueden surgir dificultades para desarrollar un sentido de identidad propia y establecer relaciones interpersonales adaptativas, lo que, en algunos casos, puede derivar en el desarrollo de patología de la personalidad.

En la actualidad, existe evidencia clínicamente significativa de que estos patrones disfuncionales de la personalidad pueden emerger ya en edades tempranas del desarrollo. Sin embargo, consultar a servicios de salud por estas manifestaciones en algunos casos se produce años más tarde, observándose así un desfase entre la aparición de los primeros síntomas y la primera demanda de atención clínica.

El Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Personalidad (HD-UTP), donde trabajamos, es un dispositivo del Hospital Universitario Doctor Rodríguez Lafora (HUDRL) que atiende personas con diagnóstico de trastorno de personalidad grave (bajo nivel funcional, comorbilidad con otros trastornos de salud mental y necesidad de intervenciones complejas).

En el HD-UTP se realiza un tratamiento psicoterapéutico intensivo, ambulatorio y de carácter multidisciplinar en el que priman los valores de voluntariedad, respeto, participación activa y aprendizaje mutuo. La duración estimada es de 12 meses.

2. OBJETIVO

Analizar el intervalo entre la aparición de los primeros síntomas y el primer contacto con servicios de salud mental de una muestra de pacientes ingresados en el momento actual en un hospital de día específico para TP (HD-UTP del HUDRL).

3. JUSTIFICACIÓN

Se puede observar que, en pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad grave que han pasado por muchos tratamientos diferentes, la primera atención en salud mental es muy tardía.

4. MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo realizado con una muestra de 11 pacientes ingresados en el momento actual en un hospital de día específico para TP (HD-UTP del HUDRL). Se recopiló información biográfica mediante entrevistas clínicas y revisión de informes de hospitalización, registrando la edad de aparición de los primeros síntomas y la edad de la primera consulta.

5. RESULTADOS

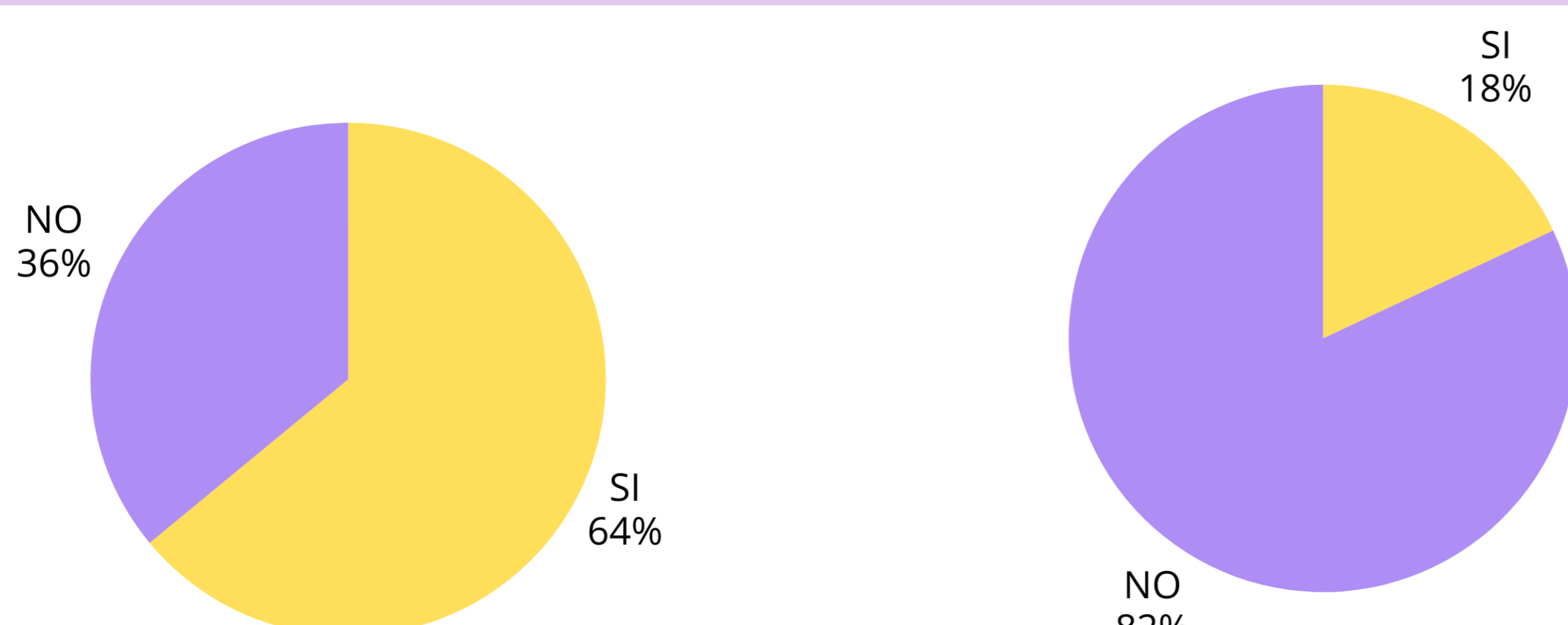


Figura 1. Porcentaje de pacientes con síntomas antes de los 18 años (n=11).

Figura 2. Porcentaje de pacientes que reciben atención en Salud Mental antes de los 18 años (n=11).

5. RESULTADOS

INTERVALO	MEDIA (AÑOS)	INTERVALO (AÑOS)
SÍNTOMAS → 1ª CONSULTA	8,7	0,5 - 18

Tabla 1. Media de años de desfase entre la aparición de sintomatología y la primera consulta en salud mental (n=7).

6. DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que los primeros síntomas aparecen frecuentemente en etapas infanto-juveniles. Consideramos que los casos en los que no se refiere malestar en edades tempranas de desarrollo podrían estar sesgados, ya que corresponden a personas con historias traumáticas sugestivas de un elevado nivel de sufrimiento. En este sentido, la ausencia de psicopatología referida durante la infancia y/o adolescencia podría reflejar más bien una dificultad para simbolizar o reconocer dicho malestar, más que la ausencia del mismo.

Por otro lado, los resultados muestran que el primer contacto con los servicios de salud mental se produce en muchos casos varios años después. En nuestra muestra, únicamente dos personas solicitaron atención en servicios de salud mental infanto-juvenil; de ellas, una acudió a una sola consulta, ya que su madre no autorizó la continuidad del seguimiento.

7. CONCLUSIONES

El análisis retrospectivo de pacientes adultos con trastorno de personalidad sugiere la existencia de oportunidades de intervención temprana potencialmente perdidas durante la etapa infanto-juvenil.

En estudios posteriores sería interesante analizar qué factores han podido contribuir a la demora en el acceso a la atención especializada. Consideramos que factores como la tendencia a normalizar determinadas manifestaciones emocionales y conductuales durante la adolescencia, la dificultad para diferenciar rasgos evolutivos transitorios de configuraciones de personalidad más estables, el estigma, la falta de herramientas para detectarlo y alertar en los centros académicos o los contextos familiares disfuncionales donde existan mayores dificultades para identificar tempranamente estas señales o para movilizar recursos de ayuda profesional, han podido ser clave en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bernardi, R. (1994). Los orígenes de la identidad. *Revista Sepypna*, (17-18).
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 710.
- Jeammet, P. (1995). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19, 20, 161-177.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Pujol, A. (2012). Trastornos límites de la personalidad en la adolescencia.
- Ruiz Castañeda, D., & Gómez-Becerra, I. (2012). Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: una revisión funcional-contextual. *Suma Psicológica*, 19(2), 131-149.

TRAYECTORIAS DIAGNÓSTICAS Y ASISTENCIALES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Ariadna Busquets i Badia ¹, Almudena Ruiz Martín ², Laura Baños Pastor ², Juan Carlos Pedrosa Sánchez ²¹ Fundación Hospitalarias Martorell, Barcelona, ² Hospital Universitario Doctor Rodríguez Lafora, Madrid

INTRODUCCIÓN

La consolidación de la personalidad atraviesa distintas etapas a lo largo de la vida. La adolescencia es una etapa de gran importancia en esta consolidación.

Los síntomas desadaptativos que se manifiestan en la adolescencia tienen una importante repercusión en el desarrollo y funcionamiento global de la persona (Lemos, 2003; Monzón, 2015).

A pesar de esto, la literatura señala que existe un retraso significativo entre el inicio del cuadro clínico y el diagnóstico de trastorno de la personalidad, con frecuencia estas personas son diagnosticadas de otras categorías diagnósticas (Bozzatello et al., 2021).

La complejidad diagnóstica de estos trastornos retrasa así mismo el plan de tratamiento, lo que conlleva no solo, a la privación de un abordaje terapéutico adecuado sino con frecuencia, a una inadecuada utilización de los recursos asistenciales (Kaess & Cavelti, 2025).

El Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de Personalidad (HD-UTP), donde trabajamos, es un dispositivo del Hospital Universitario Dr. Rodríguez Lafora (HUDRL) que atiende a personas con diagnóstico de trastorno de personalidad grave, (bajo nivel funcional, comorbilidad con otros trastornos de salud mental y necesidad de intervenciones complejas).

En el HD-UTP se realiza un tratamiento psicoterapéutico intensivo, ambulatorio y de carácter multidisciplinar en el que priman los valores de voluntariedad, respeto, participación activa y aprendizaje mutuo. La duración estimada es de 12 meses.

OBJETIVO

Describir la trayectoria diagnóstica y asistencial de 11 pacientes ingresados en el momento actual en un hospital de día específico para TP (HD-UTP de HUDRL)

JUSTIFICACIÓN

El tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico de TP, y el consecuente retraso en el plan de tratamiento y potencial utilización de recursos especializados, va a ser un elemento de importancia fundamental en el pronóstico de la persona.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo con recopilación de información biográfica a partir de entrevistas clínicas y revisión de informes de hospitalización de 11 pacientes ingresados en el momento actual en un hospital de día de adultos específico para TP (HD-UTP del HUDRL).

Variables recogidas: Diagnósticos previos recibidos y recursos asistenciales utilizados.

RESULTADOS

En una muestra de 11 pacientes, los diagnósticos iniciales recibidos fueron diversos (*gráfico 1*). En 5 casos, un mismo paciente recibió más de uno de estos diagnósticos a lo largo de su evolución clínica.

En la misma muestra, el tipo de recursos asistenciales utilizados (*tabla 1*) y el número previo al ingreso en HD-UTP del HUDRL por estos pacientes fueron de un recurso (n=1), dos recursos (n=1), tres recursos (n=3), cuatro recursos (n=4), cinco recursos (n=1) y ocho recursos (n=2).

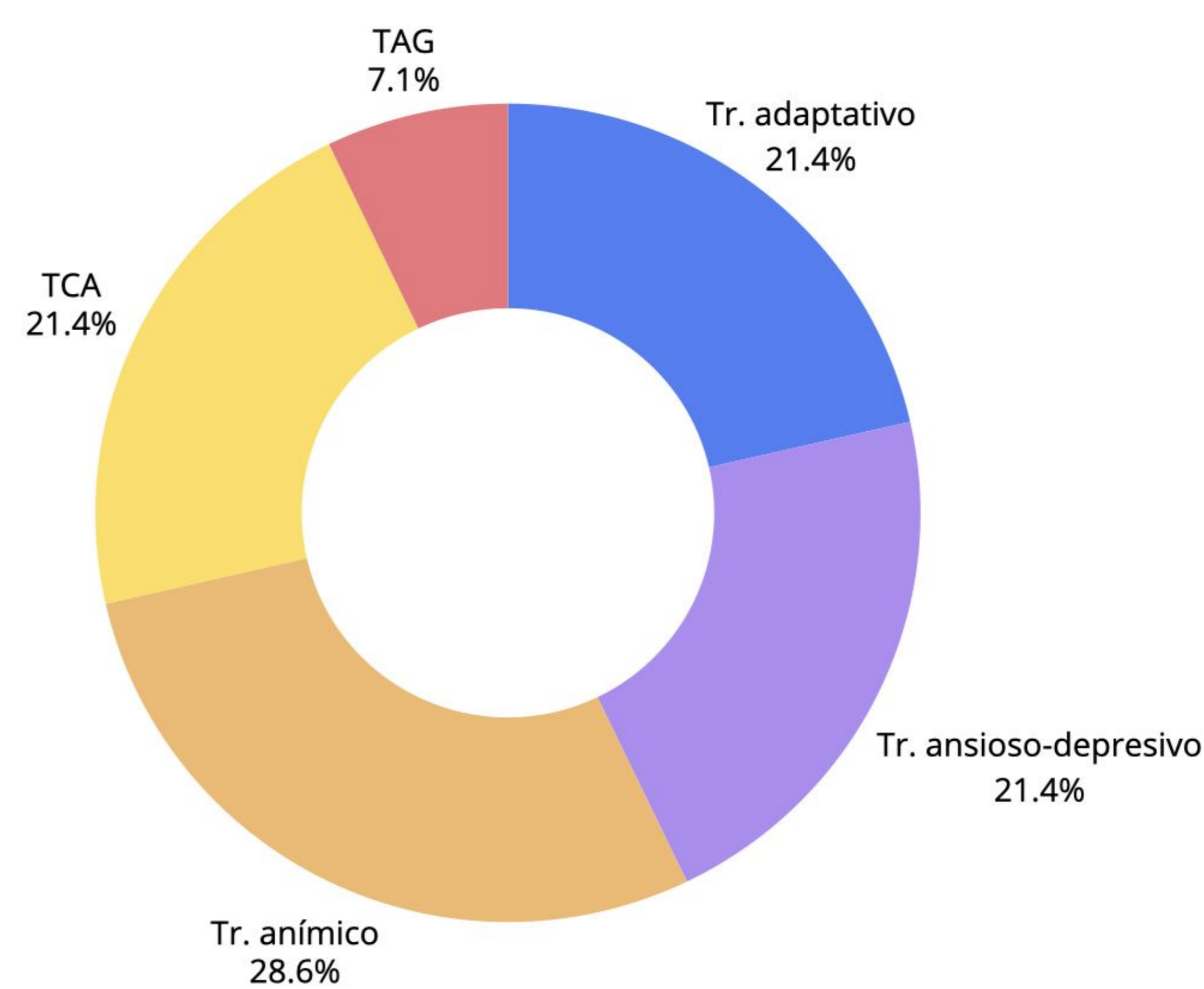


Gráfico 1

Recurso asistencial	n
Centro de Salud Mental (CSM)	11
Ingreso en hospitalización breve	8
Atención vía privada	5
Otros recursos específicos	7
Ingreso previo específico para TP	1

Tabla 1

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren una dificultad tanto en la filiación diagnóstica de los pacientes con trastornos de la personalidad como en el adecuado uso de recursos.

La presentación clínica inicial es interpretada en todos los sujetos estudiados como otros trastornos mentales, fluctuando o coexistiendo a lo largo del tiempo.

La complejidad que implica una persona diagnosticada de TP se refleja en los numerosos recursos asistenciales utilizados. Sólo un sujeto de la muestra recibió atención específica adecuada con su diagnóstico, coincidiendo con ser la misma persona que fue atendida por 8 recursos distintos previamente.

CONCLUSIONES

Es importante contextualizar los cuadros clínicos que ocurren en la adolescencia, pudiendo hacer una lectura longitudinal y abarcativa de todos los aspectos de la personalidad que aparecen en esta etapa.

Entender al paciente desde esta perspectiva y realizar un correcto diagnóstico de personalidad implicaría aprovechar una ventana terapéutica clave en un grupo de riesgo donde una actuación específica supone una oportunidad para mejorar la evolución y el pronóstico de estos pacientes evitando así que se perpetúen dinámicas de cronificación, desconfianza hacia el sistema y desgaste de los equipos clínicos.

En análisis y estudios posteriores sería interesante analizar y describir los factores que contribuyen al retraso en el diagnóstico de TP en la adolescencia.



Esmeralda Vegazo Sánchez. Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid; Isabel Reyes de Uribe-Zorita. Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid;

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental del desarrollo en la que el individuo atraviesa un proceso de maduración que le conduce a la edad adulta. Durante este periodo, el joven debe afrontar cuestiones clave relacionadas con su identidad, su imagen corporal, su madurez sexual y sus relaciones con padres, iguales y parejas. A través de estas relaciones sociales y afectivas va construyendo su identidad adulta.

Aunque más de la mitad de los adolescentes atraviesan esta etapa sin malestar significativo, otros presentan periodos de inestabilidad emocional que pueden llegar a ser clínicamente relevantes. En estos casos pueden aparecer síntomas como hipersensibilidad a la soledad o al abandono, impulsividad, conductas violentas, autolesiones o intentos de suicidio. Tras la pandemia se ha observado un aumento de las consultas de salud mental infanto-juvenil, y la OMS advierte que el suicidio es una de las principales causas de muerte en la adolescencia.

OBJETIVO

El grupo propuesto está dirigido a adolescentes de 14 a 17 años que están en seguimiento en el Centro de Salud Mental de Aranjuez y presentan sintomatología ansioso-depresiva, dificultades en la regulación emocional o problemas en la resolución de conflictos. Antes de incorporarse al grupo, los pacientes realizarán una entrevista previa y será necesario el consentimiento informado de sus tutores.

JUSTIFICACIÓN

Son muchos los motivos por los que los grupos terapéuticos son una buena opción de tratamiento. En términos económicos suponen menores costes tanto en tiempo como en especialistas, lo cual es de vital importancia en un contexto como el de la salud pública, en el que la presión asistencial muchas veces retrasa el acceso a las primeras consultas y dificulta un seguimiento adecuado.

Dada la importancia del grupo en momento vital en el que se encuentra los pacientes adolescentes, y por el efecto movilizador y constructivo que tienen los tratamientos grupales, hemos desarrollado este tipo de intervención terapéutica dirigidos a jóvenes que están realizando un seguimiento en nuestro CSM.

MÉTODO

La intervención grupal constatará de 10 sesiones, una hora de duración cada una y con una frecuencia semanal.

El grupo será constituido por 10 pacientes como máximo. Las sesiones serán fundamentalmente prácticas. Se realizará una pequeña exposición oral de los principales elementos teóricos, y se pasará a la experimentación e intercambio de ideas, proponiendo ejercicios para realizar en casa.

Entre los objetivos que se plantean trabajar en el grupo se encuentran los siguientes:

1. Aprender a identificar emociones y conocer sus manifestaciones.
2. Introducir ejercicios de desactivación para disminuir la intensidad de las emociones no deseadas (respiración, relajación, meditación).
3. Manejo en la solución de problemas.
4. Estrategias de afrontamiento.
5. Mejorar habilidades sociales.

En la última sesión, se realizará el cierre, valoración del taller y cuestionario para una valoración postratamiento.

RESULTADOS

Hasta la fecha se han realizado cinco grupos terapéuticos, obteniéndose en general una valoración positiva de la intervención.

La adherencia de los participantes se ha mantenido elevada, con la mayoría de los adolescentes completando el programa hasta la última sesión, salvo algunas excepciones puntuales.

Además, en el seguimiento posterior realizado en las consultas individuales se ha observado en varios pacientes una mejoría en la sintomatología inicial, especialmente en aspectos relacionados con la regulación emocional y el manejo de conflictos.

CONCLUSIÓN

Los grupos psicológicos ofrecen a los adolescentes un espacio seguro, estructurado y de confianza en el que pueden expresar libremente sus pensamientos, emociones y preocupaciones sin sentirse juzgados.

En este contexto, los pacientes tienen la oportunidad de reflexionar sobre sí mismos, compartir experiencias y aprender de las vivencias de los demás, lo que favorece procesos de identificación y comprensión interpersonal. Además, el trabajo grupal contribuye a mejorar la capacidad de expresión emocional y desarrollar habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.

Todo ello permite que los adolescentes adquieran recursos emocionales y relacionales fundamentales para afrontar las dificultades propias de esta etapa evolutiva y favorecer un desarrollo personal más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez del Hoy, P., Sanz Rodríguez, L.J., Baro Santamarta, C., Gómez García de la Pedrosa, M. 2006. Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 26,2.
2. Lacasa, F., & de Dios, E. S. J. (2021). Pedro Ramos.

Inicio precoz de consumos como marcador de riesgo en psicopatología infantojuvenil

Barrós C, López L, Bang P, González M, Rodríguez M

Introducción

La adolescencia es un periodo de **alta vulnerabilidad neurobiológica** debido a la maduración incompleta de los sistemas de control inhibitorio. El inicio del consumo de sustancias antes de los 15 años se asocia con mayor adversidad psicosocial, impulsividad elevada y disfunción ejecutiva, interfiriendo en el desarrollo de la corteza prefrontal y aumentando la vulnerabilidad a trastornos mentales graves en la edad adulta.

Objetivo

Analizar si la edad de inicio de consumo de alcohol y cannabis puede considerarse un **marcador temprano** y un **factor causal** de riesgo psicopatológico dimensional (internalizante, externalizante y psicótico).

Justificación

Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, el consumo de sustancias se entiende como un proceso dinámico de interacción gen-ambiente. El inicio precoz **compromete** la **mentalización** y la **regulación afectiva** en un cerebro aún plástico, reforzando vulnerabilidades preexistentes y favoreciendo trayectorias de enfermedad potencialmente prevenibles mediante intervenciones tempranas

Conclusión

Screening psicopatológico encubierto: Detectar la edad de inicio del consumo en la clínica no solo sirve para evaluar la adicción, sino que funciona como un "termómetro" de la salud mental global del adolescente. Un inicio antes de los 13-15 años indica una alta probabilidad de patología subyacente o futura.

Relevancia clínica: La intervención no debe centrarse únicamente en la abstinencia, sino en la regulación emocional y el control de impulsos, factores que el consumo precoz tiende a degradar.

Necesidad dimensional: Es imperativo transitar de diagnósticos categoriales a modelos de intervención temprana que aborden la vulnerabilidad neurodesarrollada antes de que los síntomas se cristalicen en trastornos crónicos.

Metodología

- Tipo de estudio: Revisión narrativa estructurada de literatura longitudinal reciente.
- Bases consultadas: PubMed, PsycINFO, ScienceDirect.
- Palabras clave: Early onset, adolescence, substance use, psychopathology, longitudinal study, impulsivity.
- Criterios de inclusión: Estudios longitudinales (seguimiento de 1 a 40 años), muestras de adolescentes o jóvenes, enfoque en direccionalidad (retardo cruzado o efectos fijos).
- N° final de estudios: 5 artículos clave analizados en profundidad.

Resultados

Población del Estudio	Rango de edad	Sustancia estudiada	Síntomas de salud mental
(1) N: 10.647	11-17 años	Alcohol	Síntomas de internalización (problemas emocionales) y externalización (conducta e hiperactividad)
(2) N: 30.999	15-65 años	Cannabis	Psicosis, depresión y ansiedad
(3) N: 304	14-16 años	Alcohol	Impulsividad y sensibilidad a la recompensa
(4) N: 1785	12-13 años	Alcohol	Depresión, ansiedad, estrés posttraumático, búsqueda de sensaciones y problemas de conducta
(5) N: 285	8-48 años	Cannabis	Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

(1): Kiri J, Hall J, Cortese S, Brandt V. Reciprocal relationships between adolescent mental health difficulties and alcohol consumption. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025 Aug;34(8):2347-2357.

(2): Leadbeater BJ, Ames ME, Linden-Carmichael AN. Age-varying effects of cannabis use frequency and disorder on symptoms of psychosis, depression and anxiety in adolescents and adults. *Addiction*. 2019 Feb;114(2):278-293.

(3): Ivanov I, Parvaz MA, Velthorst E, Shaik RB, Sandin S, et al; IMAGEN Consortium. Substance Use Initiation, Particularly Alcohol, in Drug-Naive Adolescents: Possible Predictors and Consequences From a Large Cohort Naturalistic Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 May;60(5):623-636.

(4): Isaksson, J., Sjöblom, S., Schwab-Stone, M., Stickley, A., Ruchkin, V. (2020). Risk Factors Associated with Alcohol Use in Early Adolescence among American Inner-City Youth: A Longitudinal Study. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 358-366.

(5): Schoeler T, Theobald D, Pingault JB, Farrington DP, Coid JW, Bhattacharyya S. Developmental sensitivity to cannabis use patterns and risk for major depressive disorder in mid-life: findings from 40 years of follow-up. *Psychol Med*. 2018 Oct;48(13):2169-2176.

IDENTIDAD HÍBRIDA EN ADOLESCENTES MIGRANTES: REVISIÓN TEÓRICA Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICODINÁMICA BREVE EN SALUD MENTAL PÚBLICA.

Autores: López L, González M, Rodríguez M, Bang P, Barrós C

INTRODUCCIÓN

La **adolescencia** es una etapa crítica para la consolidación de la identidad. En **contextos migratorios**, la multiculturalidad puede pasar de ser un factor enriquecedor a convertirse en fuente de conflicto cuando surgen tensiones entre la cultura de origen y la de acogida. Esta disolución identitaria favorece la aparición de “**falsas identidades**” y se asocia a experiencias traumáticas acumulativas (acoso, violencia familiar, abusos, consumos), que incrementan el riesgo de trastornos mentales graves.

OBJETIVOS

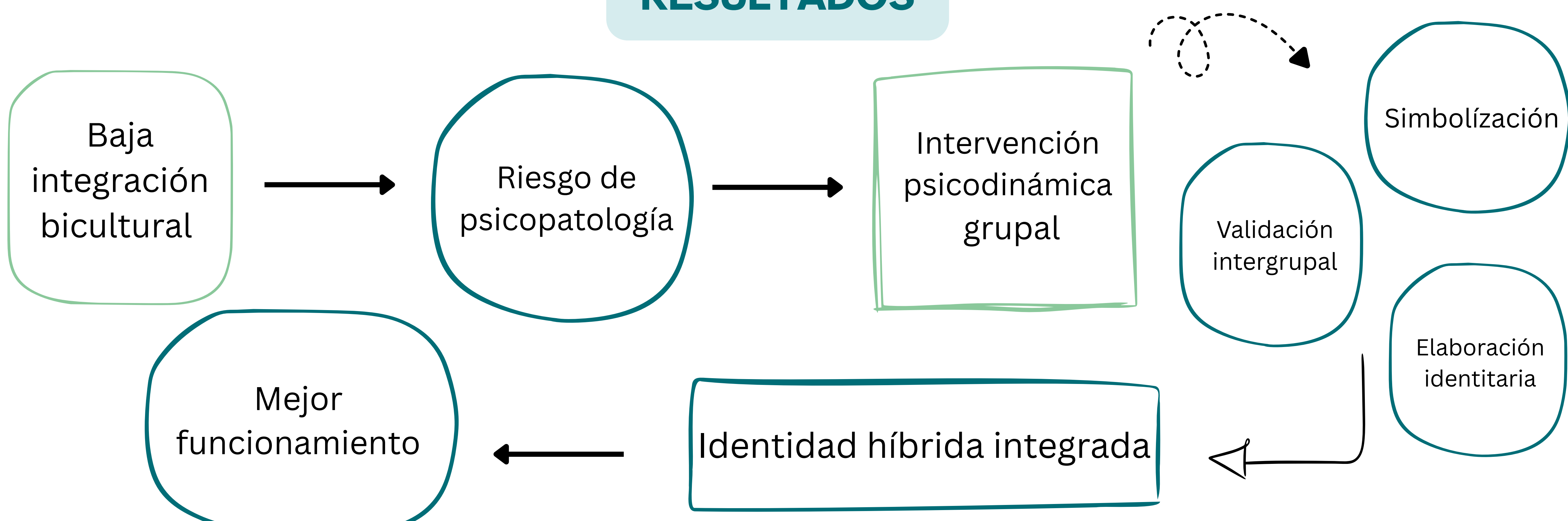
1. Revisar el constructo de identidad adolescente en población migrante desde la psicología evolutiva y la terapia familiar.
2. Analizar la relación entre fallos en la construcción identitaria, estrés aculturativo y psicopatología.
3. Proponer un modelo psicodinámico breve y grupal, culturalmente sensible, que favorezca la integración de identidades híbridas y acorte los plazos de resolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de literatura (2010–2025) en PubMed, PsycINFO y Scopus sobre identidad, aculturación, pérdida ambigua y terapia familiar con adolescentes migrantes.

Se integraron además datos descriptivos del Programa de Transición a la Vida Adulta del Hospital Universitario de Toledo (N=1300, 16–20 años, 50% inmigrantes o hijos de inmigrantes), donde se aplican intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

El **trabajo grupal psicodinámico**, desde un enfoque transdiagnóstico, constituye un espacio privilegiado para validar experiencias migratorias y promover identidades híbridas saludables. Integrar estos modelos en dispositivos públicos de salud mental puede acortar tiempos de resolución, reducir cronificación y adecuar un correcto desarrollo evolutivo de adolescentes migrantes y de segunda generación.