

## La importancia de los fenómenos transferenciales-contratransferenciales relacionados con la agresividad en pacientes adolescentes

Castro Arribas, Álvaro; Carrillo Emperanza, Andrea Carolina; Lara Barboza, Diego; Frontera Nadal, Maria y Gonzalo García, Miguel.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

### Introducción.

Una identidad consolidada implica relaciones objetales integradas que permiten una vivencia de uno mismo y de los otros realista y estable, junto con afectos adecuadamente modulados. La adolescencia constituye un período clave para esta integración. Cuando la consolidación identitaria es frágil, pueden predominar relaciones intensamente cargadas de una agresividad poco integrada, con dificultades para mentalizar y asumir responsabilidad por los propios actos (1).

Las reacciones transferenciales y contratransferenciales que se dan en el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con una identidad poco consolidada, pueden suponer un riesgo para la relación terapéutica. Las reacciones contratransferenciales pueden ser agudas —inmediatas e intensas, como miedo o irritación— o crónicas, más sutiles y prolongadas, pudiendo erosionar la neutralidad técnica si no se elaboran. También pueden presentarse formas encubiertas, como sobreimplicación o deseos de rescate, que comprometen el encuadre (2).

### Objetivo, materiales y métodos.

Con el objetivo de reflexionar sobre cómo la agresividad en adolescentes con una identidad poco consolidada, puede afectar a la relación terapéutica, abordaje y pronóstico, se aporta el siguiente caso clínico.

### Caso clínico y discusión del mismo.

Paciente mujer de 15 años de edad que ha permanecido ingresada en la unidad de hospitalización de adolescentes durante 5 meses. El principal reto clínico fueron las dificultades de la paciente para tolerar los límites del marco terapéutico y las del terapeuta para realizar los señalamientos pertinentes. Fueron numerosos los episodios con descontrol conductual, con frecuentes cuadros de agitación, con auto y heteroagresividad (agresiones físicas y verbales al personal, amenazas, crisis clásticas e importantes autolesiones) asociados a una marcada inestabilidad emocional.

Ante cualquier intervención limitante, la paciente percibía al terapeuta como controlador y castigador, mientras se vivenciaba a sí misma como sometida, experiencia que le hacía sentir una rabia intolerable. La baja tolerancia a la frustración, secundaria a la vivencia de sometimiento que tiene la paciente, le condicionaba a actuar con agresividad para aliviar el afecto lo antes posible. En consecuencia, la agresión funcionaba como un intento de invertir la posición relacional. La experimentación de emociones intensas (irritación, miedo, impotencia) del terapeuta relacionadas con estas dinámicas, podrían generar actuaciones contratransferenciales (evitar poner límites, responder agresivamente) que dificultan más aún la tarea terapéutica.

### Conclusiones.

La agresividad adolescente debe entenderse como un fenómeno relacional que se despliega en el campo transferencial-contratransferencial. Su reconocimiento y elaboración constituyen un elemento central para preservar la alianza terapéutica y favorecer la evolución clínica.

### Bibliografía

(1) Calligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. *Terapia psicodinámica para la patología de la personalidad: tratamiento del funcionamiento intrapsíquico e interpersonal*. 1ª ed. Barcelona: Desclee de Brouwer; 2020. ISBN: 978-84-330-3114-3.

(2) Kernberg OF. *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno; 2005. ISBN: 9789707291379

# Influencia de las redes sociales en la construcción de la identidad adolescente: una revisión bibliográfica

Pérez Rodrigo, Sara; Ayuso Grande, Carla; Ciccioli di Giacomo, Martín Manuel  
Residentes de Psicología Clínica (PIR), Hospital Universitario Fundación Alcorcón

## INTRODUCCION

La adolescencia constituye un periodo clave para la construcción de la identidad, entendida como un proceso dinámico de exploración y consolidación del autoconcepto, los valores, el sentido de pertenencia y la creación de una narrativa coherente del self.

Las redes sociales constituyen hoy un espacio central de socialización y construcción identitaria, introduciendo nuevas dinámicas de exposición, comparación y validación inmediata. Un nuevo escenario psíquico donde el yo se representa, se narra y se somete a la mirada del otro.

Resulta pertinente revisar el papel de las redes sociales en la construcción de la identidad, con el fin de comprender tanto su potencial estructurante como sus posibles riesgos.

## OBJETIVO

Analizar el impacto de las redes sociales en la construcción de la identidad adolescente a partir de la literatura científica reciente.

## MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar. Se utilizaron como palabras clave: "adolescent identity", "social media", "identity development", "digital identity", "self-presentation", combinadas con operadores booleanos (AND / OR). Se incluyeron artículos publicados entre 2015 y 2025, en inglés y español, centrados en población adolescente (12-19 años). Se seleccionaron 13 artículos de diseño cuantitativo, cualitativo y revisiones sistemáticas.

## RESULTADOS

	Principales hallazgos	Posibles riesgos
Exploración identitaria	Experimentación de roles, intereses y pertenencia grupal Construcción de narrativas personales a través del perfil digital	Exploración superficial o centrada en aprobación externa Dificultad para consolidar una identidad estable
Autopresentación	Tendencia a mostrar versiones idealizadas del self Búsqueda de coherencia entre identidad online y offline	Escenificación del yo ideal Riesgo de falso self hiperadaptado
Validación social	Influencia de "likes" y comentarios en autoestima y autoconcepto La comparación social es frecuente	Autoestima contingente a la aprobación digital Mayor vulnerabilidad ante rechazo o baja interacción
Identidad digital	Multiplicidad de identidades Difuminación público/privado Identidad co-construida socialmente	Fragmentación identitaria Tensión entre self verdadero y performativo Difuminación de límites entre lo público y lo privado
Intimidad y exposición	Transformación de la intimidad en contenido compartido Narrativa constante del yo en entornos digitales	Reducción del espacio interno vs posibilidad de simbolización compartida

## DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión muestran que las redes sociales no constituyen un factor de riesgo unidireccional en la construcción de la identidad adolescente, sino un contexto que amplifica procesos evolutivos normativos. Las redes sociales, como extensión del espacio social propio de esta etapa, hacen que la identidad sea más visible y editable, pudiendo favorecer la exploración y expresión del yo, pero también intensificar la comparación social y la dependencia de validación externa. Su impacto dependerá del tipo de uso y de variables individuales y contextuales.

**La identidad adolescente ya no se construye solo en la intimidad, sino también bajo la mirada digital; comprender esta realidad es clave para una clínica contemporánea**

## BIBLIOGRAFÍA

- Avci, H., Baams, L., y Kretschmer, T. (2025). A systematic review of social media use and adolescent identity development. *Adolescent Research Review*, 10(2), 219-236.
- Cantor-Silva, M. I., Pérez-Suárez, E., y Carrillo-Sierra, S. M. (2018). Redes sociales e identidad social. *Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, 6(1), 70-77.
- Del Prete, A., & Redon Pantoja, S. (2020). Las redes sociales on-line: Espacios de socialización y definición de identidad. *Psicoperspectivas*, 19(1), 86-96.
- Lardies, F., & Potes, M. V. (2022). Redes sociales e identidad: ¿Desafío adolescente? *Avances en Psicología*, 30(1), e2528.
- Pérez-Torres, V. (2024). Social media: A digital social mirror for identity development during adolescence. *Current Psychology*, 43(26), 22170-22180.
- West, M., Rice, S., y Vella-Brodrick, D. (2024). Adolescent social media use through a self-determination theory lens: A systematic scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 862.

# Identidad familiar tras el diagnóstico de un hijo: duelo simbólico, reorganización y resiliencia

Sara Pérez Rodrigo, Martín Manuel Ciccioli di Giacomo, Carla Ayuso Grande  
Residentes de Psicología Clínica (PIR), Hospital Universitario Fundación Alcorcón

## INTRODUCCION

El diagnóstico de una discapacidad o condición crónica en un hijo constituye un evento crítico que puede generar un profundo impacto psicológico y relacional en la familia. Desde una perspectiva sistémica, estas situaciones introducen nuevas demandas que transforman el funcionamiento y las dinámicas familiares.

A lo largo del tiempo, las familias atraviesan procesos de reorganización y reconstrucción de la identidad familiar, elaborando nuevas narrativas que integran la experiencia del diagnóstico y favorecen la adaptación y la resiliencia familiar. Comprender estos procesos resulta fundamental para orientar intervenciones psicológicas que promuevan el bienestar familiar tras el diagnóstico infantil.

## OBJETIVO

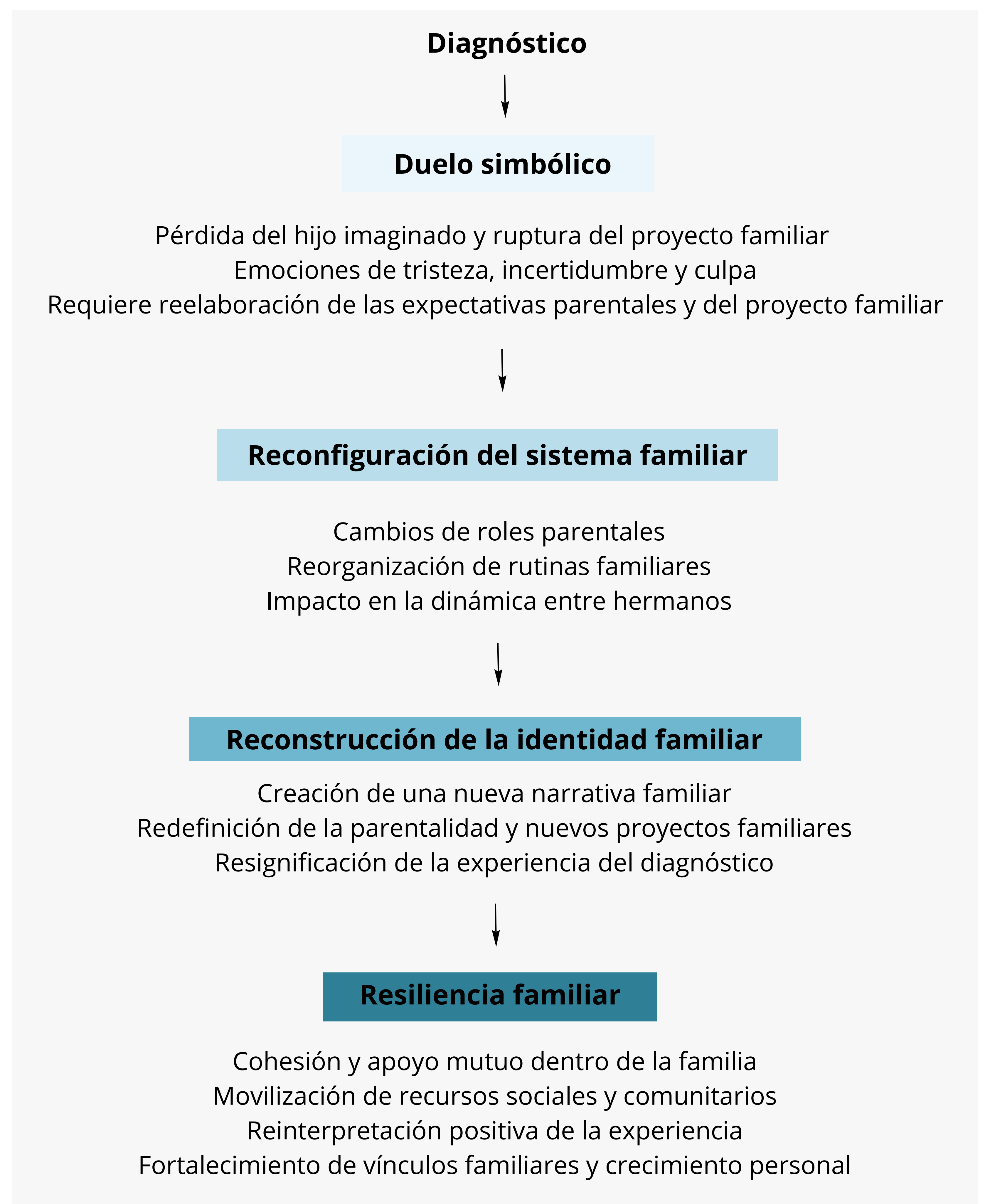
Analizar, a partir de la literatura científica, cómo el diagnóstico de una discapacidad o condición crónica en un hijo impacta en los procesos psicológicos y relacionales de la familia y en la construcción de la identidad familiar.

## MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar. Se utilizaron como palabras clave: "family identity", "chronic illness/disability", "parental grief", "child diagnosis", "family adaptation" y "family resilience", combinadas mediante operadores booleanos (AND / OR). Se incluyeron artículos publicados entre 2000 y 2024. Se seleccionaron 14 artículos de diseño cuantitativo, cualitativo y revisiones sistemáticas.

## RESULTADOS

Proceso de transformación de la identidad familiar tras el diagnóstico



## DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que el impacto del diagnóstico en la familia no constituye un fenómeno estático, sino un proceso evolutivo que incluye fases de duelo, reorganización y adaptación. El diagnóstico infantil actúa como un evento crítico del ciclo vital familiar que genera una crisis inicial, pero también puede favorecer procesos de transformación y crecimiento.

En este contexto, la reconstrucción de la identidad familiar y el desarrollo de recursos de resiliencia parecen desempeñar un papel central en la adaptación de las familias a largo plazo. Estos hallazgos subrayan la importancia de desarrollar intervenciones psicológicas centradas en la familia, orientadas a acompañar el proceso de duelo, facilitar la reorganización familiar y promover recursos de resiliencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of intellectual disability Research*, 51(9), 702-714.
- Germeni, E., Vallini, I., Bianchetti, M. G., y Schulz, P. J. (2018). Reconstructing normality following the diagnosis of a childhood chronic disease: does "rare" make a difference?. *European journal of pediatrics*, 177(4), 489-495.
- Gray, D. E. (2002). 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of health & illness*, 24(6), 734-749.
- Huang, Y., Pan, Y., Chen, M., Jiang, H., Ren, L., Wang, Y., ... y Dong, C. (2022). The resilient process of the family after diagnosis of childhood chronic illness: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, e180-e190.
- Knafl, K. A., y Deatrick, J. A. (2003). Further refinement of the family management style framework. *Journal of family nursing*, 9(3), 232-256.
- O'Brien, M. (2007). Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders. *Family Relations*, 56(2), 135-146.
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 233-246.
- Scorgie, K., y Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental retardation*, 38(3), 195-206.

# PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CRISIS: INTERVENCIÓN INTENSIVA Y DOMICILIARIA EN UN CSMIJ

Fernández Álvaro, X., Alarcón Recio, M., Sastre Rodríguez, L.

Hospital Sant Joan de Déu. Contacto: xenia.fernandez@sjd.es



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, varios autores han reportado el aumento de psicopatología en niños y adolescentes, además de presentar la sintomatología a edades más tempranas, agravando el impacto en el desarrollo (por ejemplo, McGorry et al., 2024; Kieling et al., 2024). Por ello, se considera necesario desarrollar estrategias de intervención temprana y adaptada al contexto social actual (Tatsiopoulou et al., 2025).

El Programa de Atención a la Crisis (PAC) es un programa desarrollado en Cataluña en el marco del Pla de Salut 2021-2025, ante el aumento de casos atendidos en CSMIJ, su complejidad y la saturación de urgencias de salud mental infantojuvenil. Consiste en equipos interdisciplinarios que intervienen de forma intensiva y en domicilio durante máximo dos meses, en casos de niños y jóvenes en situación de crisis psicopatológica y condiciones de vulnerabilidad social, para evitar un curso tórpido y la cronificación (Pla director de salut mental i addiccions, 2022). El equipo está formado por profesionales de psicología clínica, trabajo y educación social, y terapia ocupacional, y se realiza una intervención individualizada de tipo psicosocial y familiar.

El objetivo principal es promover la recuperación de los niveles de autonomía previos y el proyecto de vida para volver a vincularse a los recursos comunitarios pertinentes.

## MÉTODO

- Casos atendidos en CSMIJ (n = 69), entre 5 y 17 años, en crisis psicopatológica y condiciones de vulnerabilidad social, derivados por el referente en CSMIJ al PAC.
- Diseño cuasi experimental de medidas pre-post sin grupo control.
- Cuestionarios: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE, mayores de 11 años); Children's Global Assessment Scale (CGAS), y Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA).

## OBJETIVO

Analizar los datos sociodemográficos y clínicos de los casos atendidos en el PAC del CSMIJ de Mollet del Vallès durante los años 2024 y 2025, y evaluar el impacto de la intervención en la reducción de síntomas y en la mejora del funcionamiento general del menor.

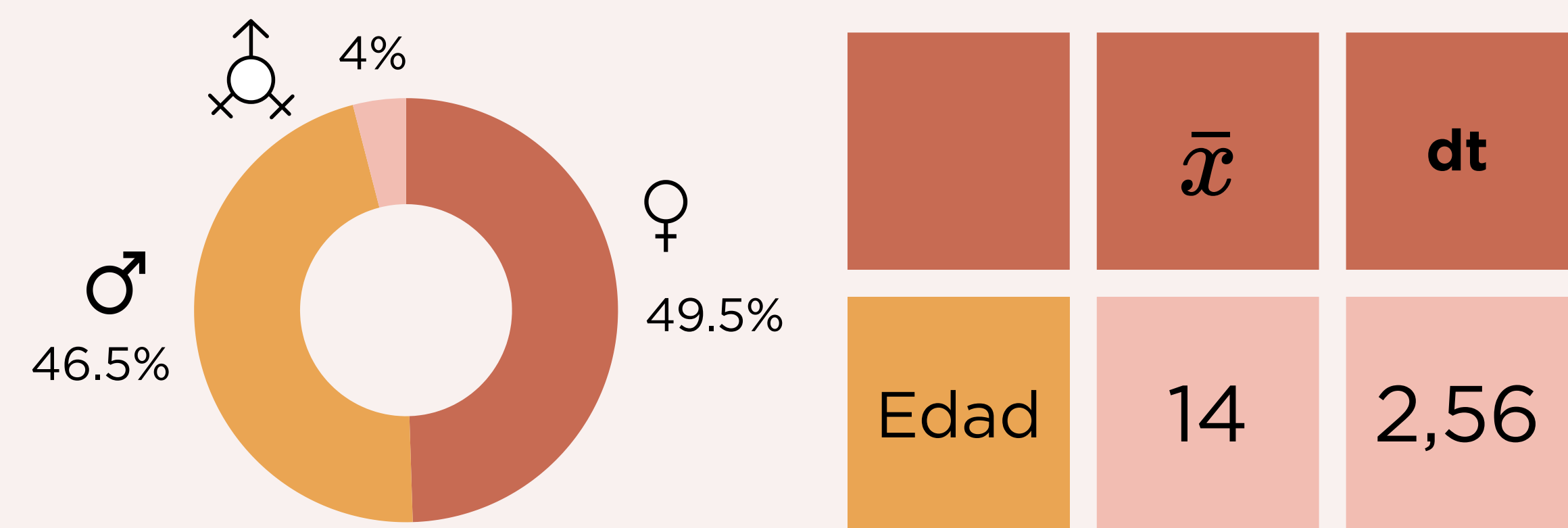
## CONCLUSIONES

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre - post de todas las variables medidas. Los resultados sugieren que la intervención llevada a cabo por el PAC es eficaz, ayudando a reducir el malestar psicológico percibido por el menor (CORE) y la gravedad de los síntomas (HoNOSCA), así como contribuyendo a la mejora del funcionamiento global del menor (CGAS).

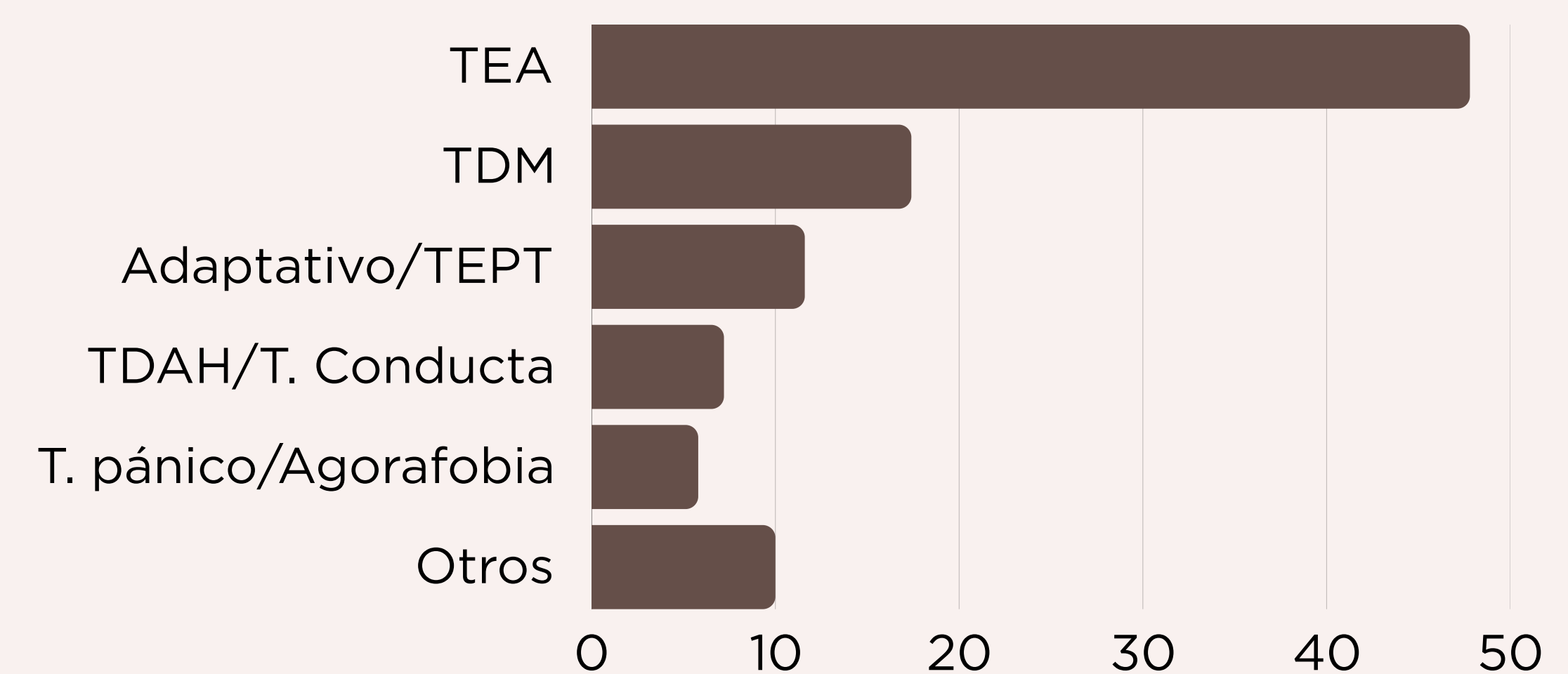
Este tipo de intervención psicosocial intensiva y domiciliaria parece ser un buen recurso intermedio entre la atención ambulatoria y otro tipo de recursos más intensivos, de hospitalización parcial y total, además de complementar el apoyo al menor con la intervención familiar.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra



### Primer diagnóstico (%)



\* la mayoría presenta más de dos diagnósticos

### Análisis pre-post

	n	$\bar{x}$ (dt)	p*
CORE pre	22	18.32 (7.05)	<b>0.041*</b>
CORE post	19	15.26 (8.54)	
CGAS pre	69	43.68 (8.64)	<b>0.000*</b>
CGAS post	66	49.64 (9.35)	
HoNOSCA pre	68	23.22 (6.96)	<b>0.000*</b>
HoNOSCA post	67	20.79 (7.65)	

\* t de student para muestras repetidas

## Referencias

- Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., et al. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: Evidence from the Global Burden of Disease study. *JAMA Psychiatry*, 81, 347-356.
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S., y Gao, C. X. (2024). The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1517533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1517533>
- Pla director de salut mental i addiccions Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2022). *Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental a Catalunya*. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7961/programa\\_atencio\\_crisi\\_infantil\\_juvenil\\_salut\\_mental\\_catalunya\\_2022.pdf](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7961/programa_atencio_crisi_infantil_juvenil_salut_mental_catalunya_2022.pdf)
- Tatsiopoulou, P., Serdari, A., Bonti, E., y Zililakis, N. (2025). *Mental disorders in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of epidemiological data*. *BMC Psychiatry*, 25, 1087. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07532-6>



Perfil clínico-epidemiológico y variables psicosociales (2016–2025)

Autoras: Genoveva Bustillo Gálvez<sup>1</sup>; Rocío Crespo de Pedro<sup>2</sup>; María Fe Corrales Cortés | Centro: CSM de Fuenlabrada | Congreso: SEPPYNA 2026  
<sup>1</sup>Psicóloga Clínica. Coordinadora del PCCIJ. <sup>2</sup>Trabajadora Social. <sup>3</sup>Enfermera Especialista en Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Los programas de continuidad de cuidados en salud mental infantojuvenil (PCCIJ) concentran pacientes con necesidades clínicas y funcionales heterogéneas, con impacto escolar y familiar, y que requieren coordinación frecuente con el ámbito educativo y los servicios sociales. La descripción sistemática de su casuística facilita la planificación asistencial y la asignación de recursos. Los PCCIJ aseguran seguimiento longitudinal y coordinación interdispositivos en población infantojuvenil con necesidades complejas y carga psicosocial relevante.

OBJETIVOS

1. Describir el perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos en un PCC de salud mental infantojuvenil. Describir la cohorte atendida (N=114).
2. Comparar edad de entrada y género en la cohorte global y por agrupaciones clínicas.
3. Describir comorbilidad (segundo diagnóstico), uso de recursos asistenciales, escolarización, convivencia y factores psicosociales (códigos Z).
4. Explorar la relación entre la existencia de factores psicosociales (presencia o ausencia de DxZ) y la activación de servicios sociales.

JUSTIFICACIÓN (AGRUPACIÓN OPERATIVA)

Con el objetivo de sintetizar la casuística y facilitar la comparación de perfiles clínico-epidemiológicos, los diagnósticos CIE-9 del diagnóstico principal (Dx-1) se agruparon en **agrupaciones clínicas operativas** definidas por familias de códigos: **Neurodesarrollo (299.xx, 314.xx, 315.xx)**, **Afectivos/ansiedad (296.xx, 300.xx, 309.xx)**, **Control de impulsos/conducta (312.xx, 313.xx)** y **Otros** (códigos no incluidos en los grupos anteriores o registros no especificados). Esta clasificación se realizó con finalidad exclusivamente descriptiva (edad, género y uso de recursos), preservando trazabilidad por código.

MÉTODO

**Diseño:** estudio descriptivo retrospectivo.

**Fuente:** base de datos clínica del Programa de Continuidad de Cuidados del Centro de Salud Mental de Fuenlabrada y diccionario de variables creado para este estudio.

**Muestra:** N = 114 pacientes.

**Periodo de entrada:** 14/11/2016–21/11/2025. Se ofrecen resultados sobre el uso de servicios durante el año 2025.

**Variables:** fecha de nacimiento, fecha de entrada, edad a la entrada, género, Dx-1 (CIE-9), Dx-2 (CIE-9), hospitalizaciones/dispositivos (Hospital de Día, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil, Unidad residencial de Media Estancia), intervención de servicios sociales, escolarización, convivencia, DxZ-1 y DxZ-2.

**Nota operativa:** en Dx-2, "No aplica" se interpretó como ausencia de diagnóstico comórbido registrado (solo Dx-1).

**Análisis:** estadística descriptiva (frecuencias/porcentajes; media y desviación estándar; mediana e intervalo intercuartílico). Comparación descriptiva por agrupaciones clínicas.

RESULTADOS

Figura 1. Distribución por agrupación clínica (Dx-1)

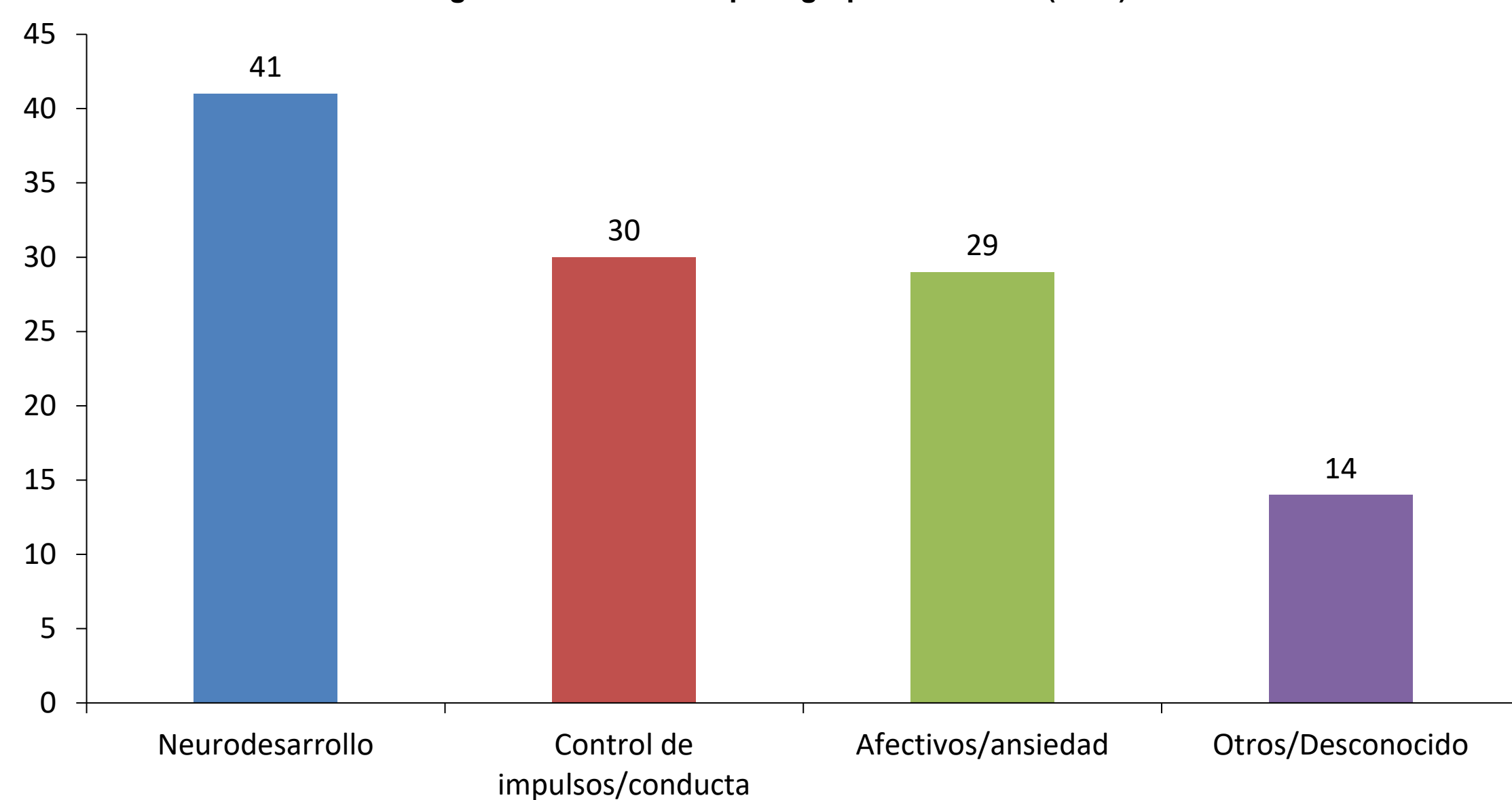


Figura 2. Edad de entrada al programa (Global y por agrupación)

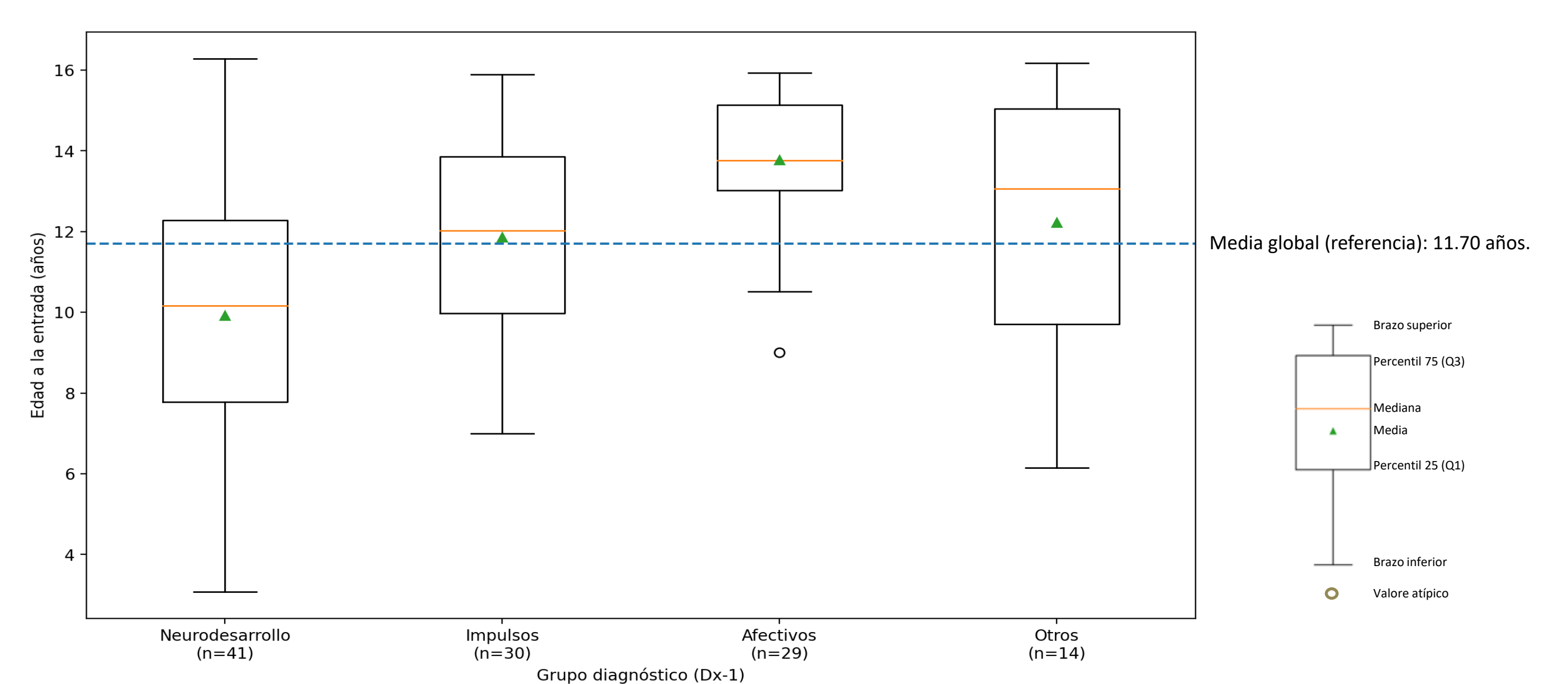


Figura 3. Género: global y por agrupación clínica

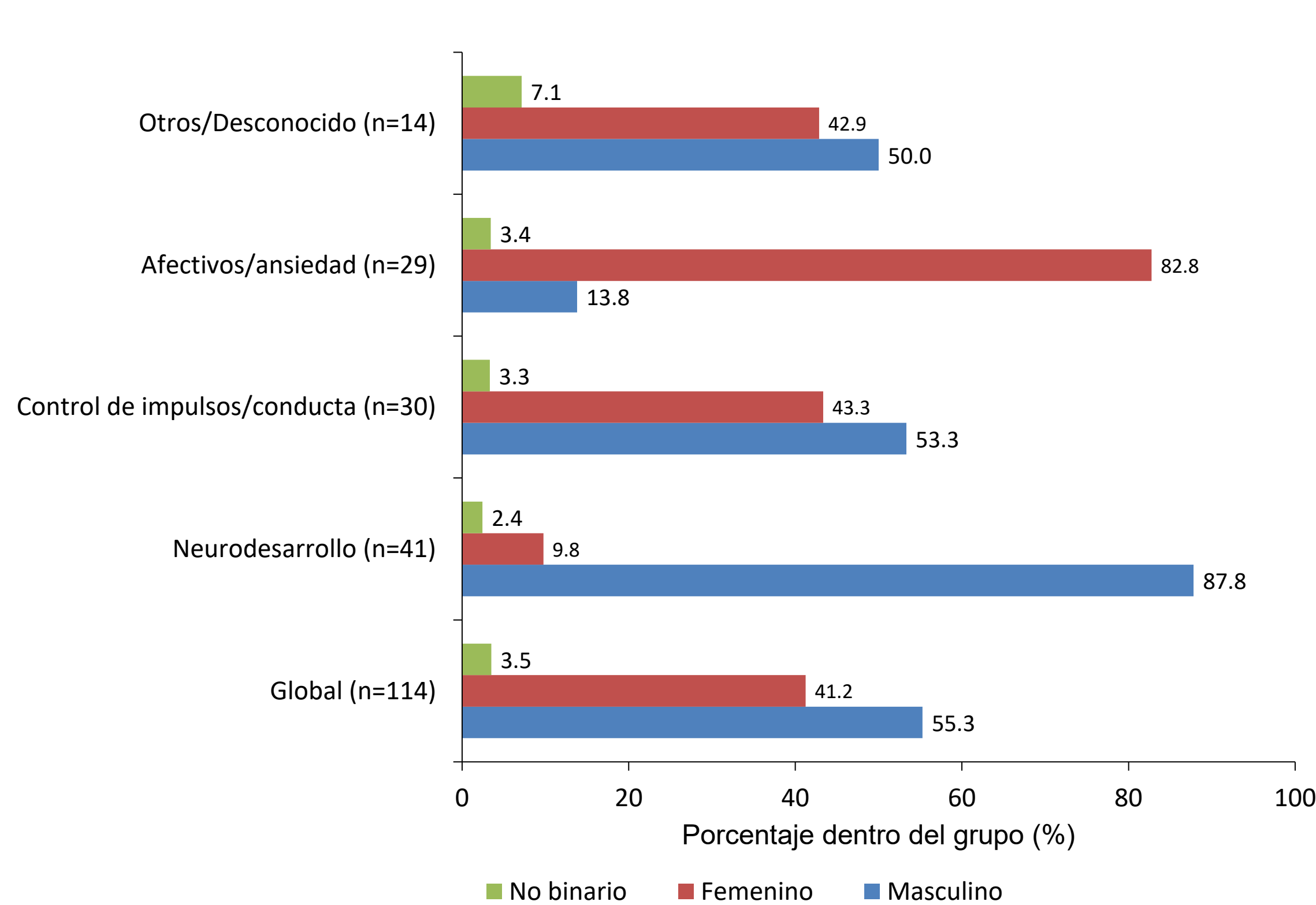


Figura 4. Dx-Z y activación de Servicios Sociales

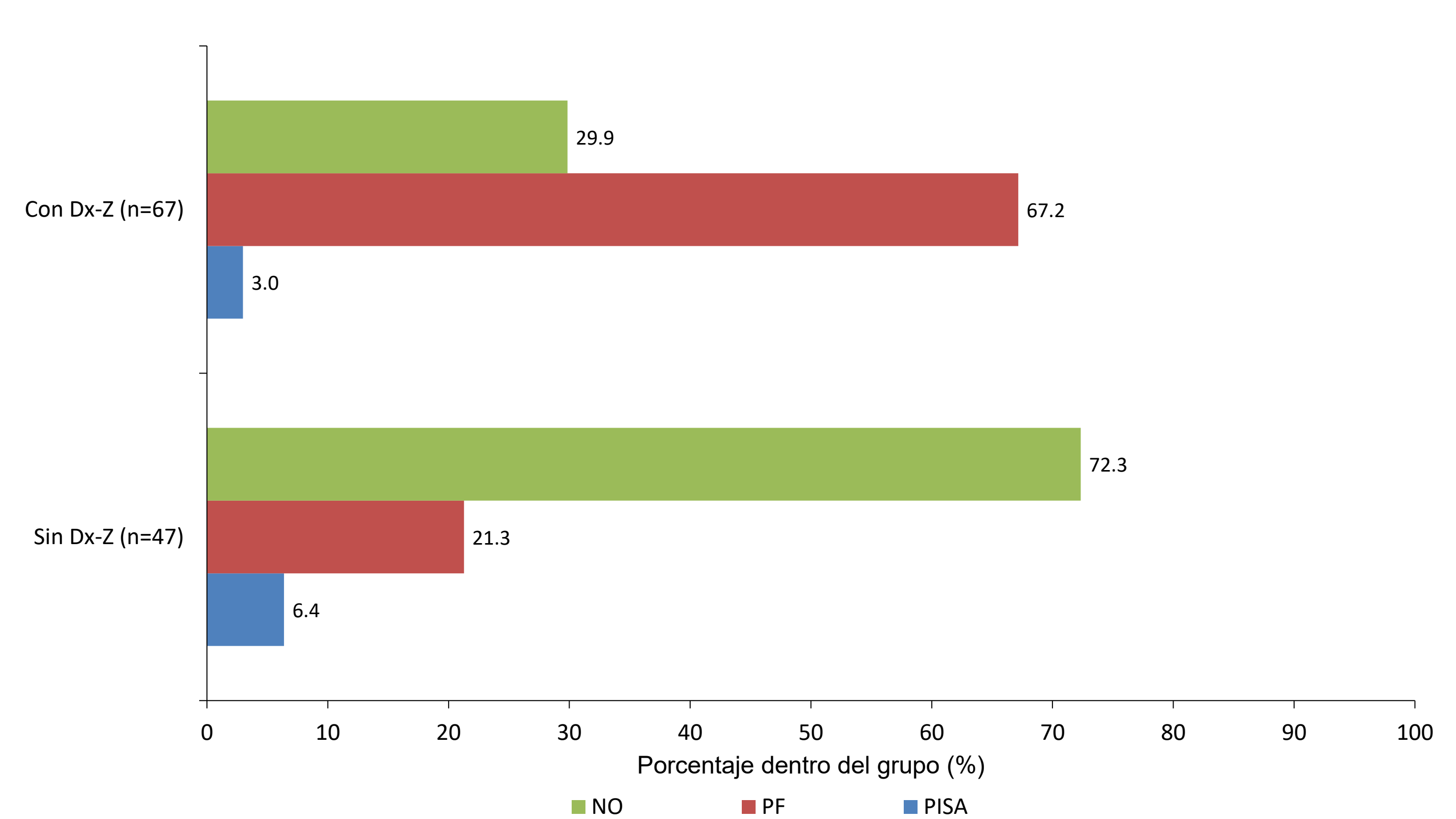


Figura 5. Hospitalizaciones / dispositivos

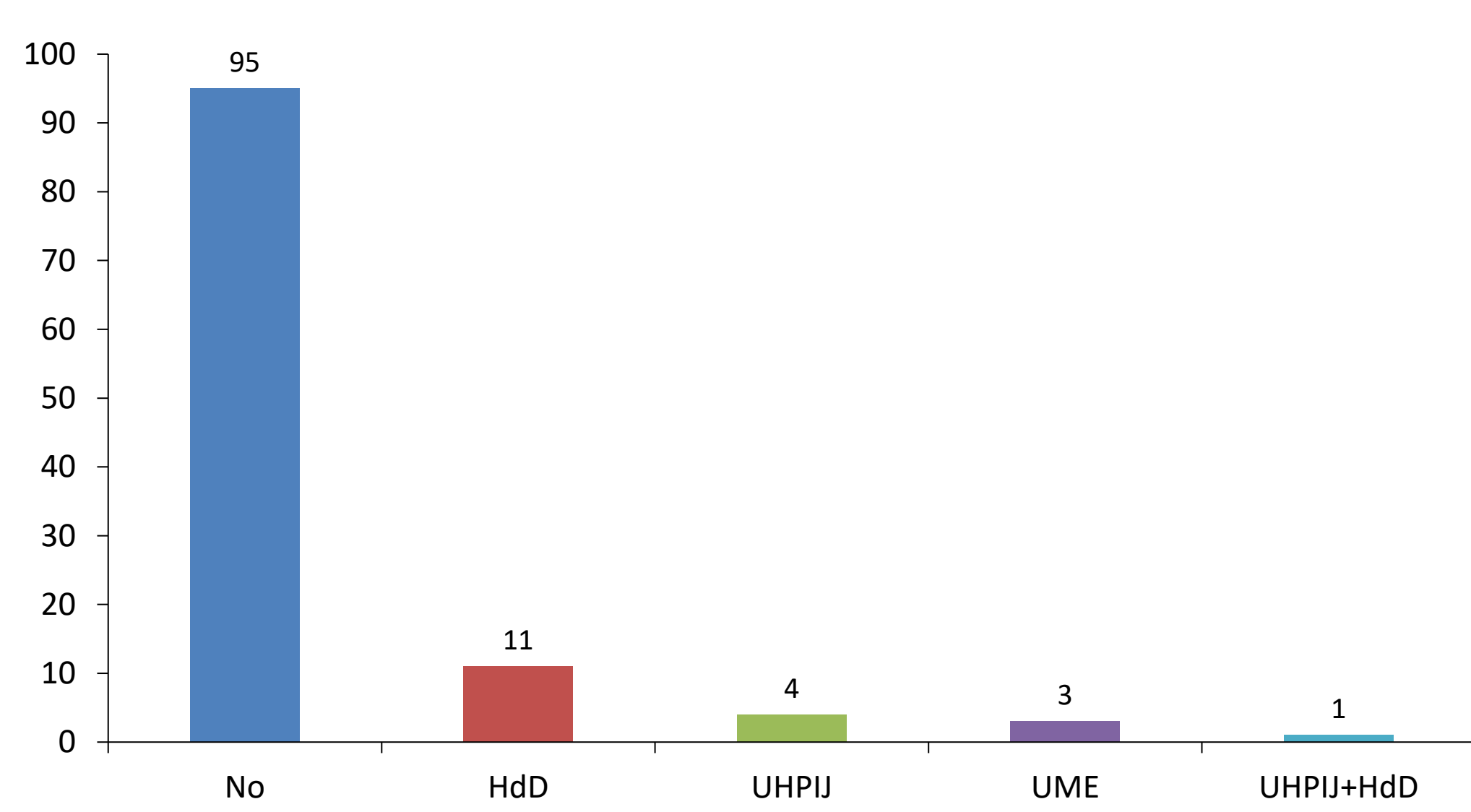


Figura 6A. Convivencia

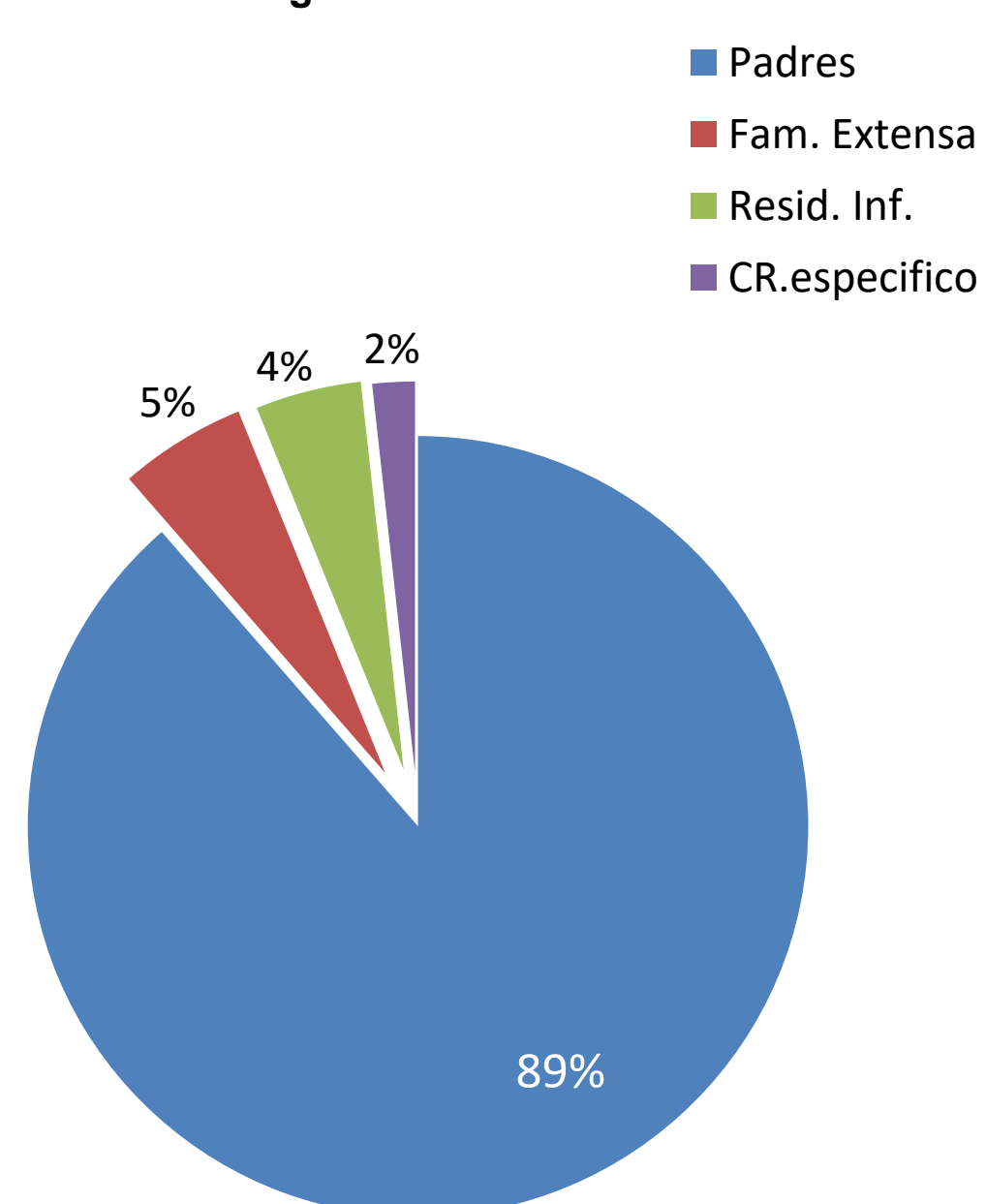
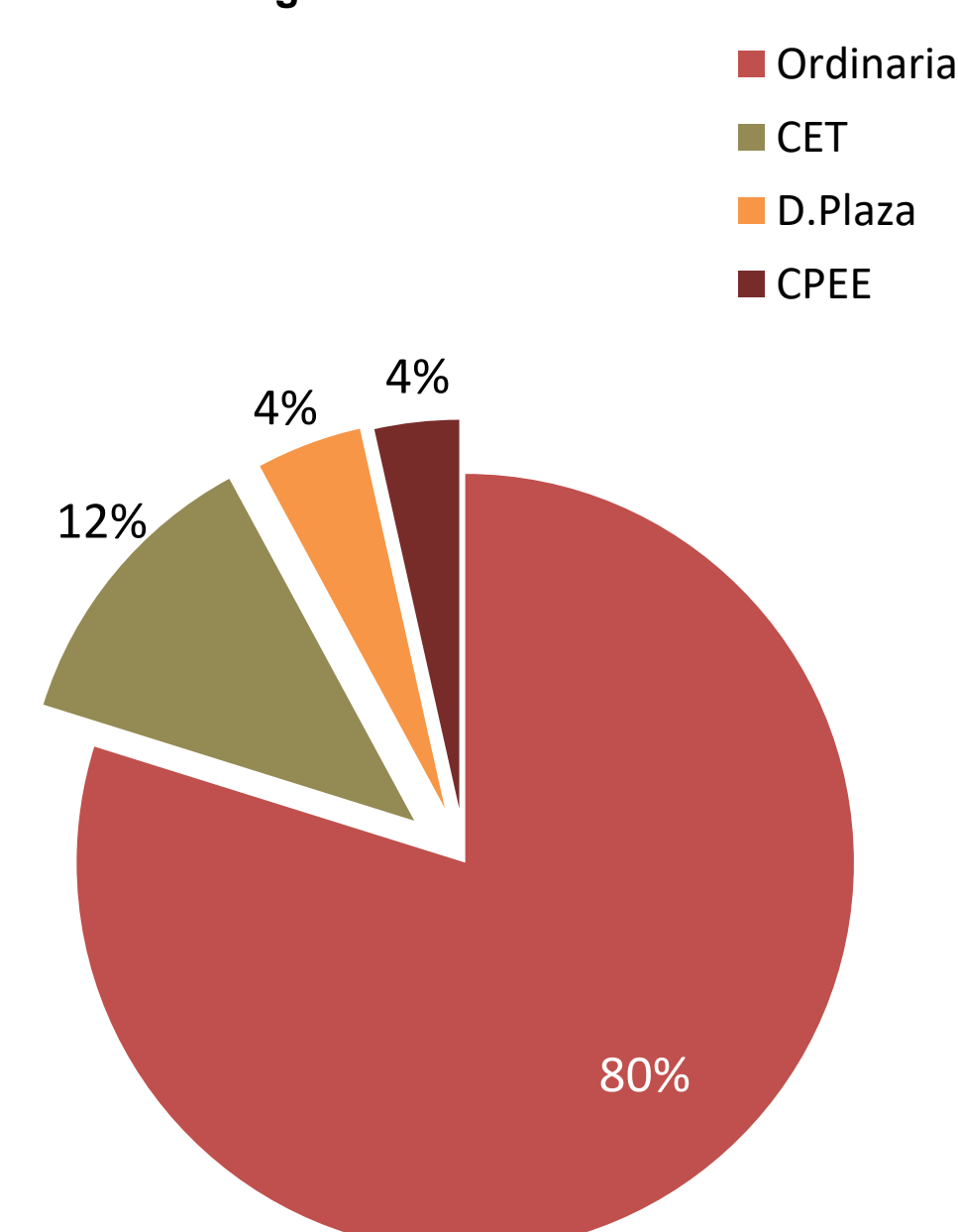


Figura 6B. Escolarización



CONCLUSIONES

1. El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) atendió durante el año 2025, una cohorte infantojuvenil (N=114) con una estructura diagnóstica y de necesidades heterogénea, que se ha sintetizado en cuatro agrupaciones diagnósticas operativas: T. Neurodesarrollo, T. Control de impulsos/conducta, T. Afectivos/ansiedad y Otros. Esta agrupación facilita la lectura clínica y epidemiológica y permite comparar patrones de entrada y de utilización de recursos.
2. Se observan diferencias consistentes en la edad de incorporación al programa según agrupación diagnóstica. El grupo de T. Neurodesarrollo se asocia a entradas más precoces, lo que es coherente con trayectorias evolutivas de inicio temprano y con demandas asistenciales sostenidas en el tiempo. En contraste, los cuadros Afectivos/ansiedad muestran una incorporación más tardía, alineada con la mayor frecuencia de presentación en etapas preadolescentes y adolescentes y con una demanda vinculada a malestar internalizante y funcionalidad escolar y/o social.
3. La distribución por género presenta un patrón diferencial entre agrupaciones diagnósticas operativas: predomina el género masculino en el grupo de T. Neurodesarrollo y aumenta el peso del género femenino en el perfil Afectivos/ansiedad, mientras que el T. Control de impulsos/conducta, muestra un patrón intermedio.
4. La comorbilidad registrada es relevante: aproximadamente un tercio presenta segundo diagnóstico. Este resultado sugiere que, en una proporción significativa, el PCC gestiona perfiles focalizados en sus aspectos clínicos; Al mismo tiempo se observa que en el subgrupo con comorbilidad, el abordaje requiere mayor complejidad diagnóstica y potencialmente más coordinación interprofesional.
5. La carga psicosocial (códigos Z) es elevada y constituye un componente central del perfil de la cohorte. La presencia de al menos un Dx-Z se asocia a una mayor probabilidad de activación de Servicios Sociales, mientras que la ausencia de Dx-Z se relaciona con menor intervención social. Este patrón aporta un indicador operativo útil: los factores psicosociales pueden emplearse como señal de necesidad de coordinación y de priorización de intervenciones familiares y comunitarias.
6. Finalmente, la información socioeducativa muestra que la mayoría se mantiene en escolarización ordinaria y convivencia con progenitores, con un porcentaje menor en recursos educativos específicos o entornos residenciales. Este contexto refuerza el papel del PCC como dispositivo orientado a sostener el tratamiento en el entorno habitual del menor, articulando intervenciones clínicas con apoyos educativos y sociales cuando la complejidad lo exige.
7. En conjunto, los resultados apoyan que el PCC funciona como un recurso asistencial que integra perfiles de entrada diferenciados (por edad y género), complejidad variable (comorbilidad y recursos) y una carga psicosocial significativa que condiciona la necesidad de coordinación con dispositivos de intervención social y la necesidad de dotar al dispositivo de los perfiles profesionales necesarios para esta función.

Programas de Acompañamiento Psicológico con Alumnado Universitario: PAP-Universidade de Vigo

Ricardo Fandiño Pascual - Universidade de Vigo

Natalia Fernández Díaz - ASEIA

María José Vázquez Figueiredo - Universidade de Vigo

Universidade de Vigo

Correo de contacto: rfandino@uvigo.gal

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha constatado un incremento significativo de los problemas de salud mental en la población universitaria, tanto a nivel estatal como internacional. Diversos estudios e informes institucionales señalan que la etapa universitaria constituye un período de especial vulnerabilidad psicológica debido a la confluencia de exigencias académicas, procesos de transición vital, incertidumbre vocacional, presión por el rendimiento y cambios en las redes de apoyo.

Según datos del Ministerio de Universidades (2023), más del 50 % del estudiantado universitario ha consultado alguna vez con un profesional sanitario por un problema de salud mental, lo que evidencia la elevada demanda de apoyo psicológico en este colectivo. Asimismo, la prevalencia de ansiedad moderada o grave se sitúa en torno a uno de cada dos estudiantes, mostrando que el malestar emocional no constituye un fenómeno marginal, sino una realidad ampliamente extendida en el ámbito universitario.

Este contexto tiene un impacto directo no solo en el bienestar psicológico del estudiantado, sino también en su desempeño académico, en la continuidad de los estudios y en su integración en la vida universitaria. Las dificultades emocionales vinculadas a la ansiedad, al estrés académico, a la desmotivación o a la toma de decisiones pueden derivar en abandono, retrasos académicos o cronificación del malestar si no se abordan de manera temprana y adecuada.

Ante esta situación, la Universidad de Vigo considera necesario articular respuestas institucionales específicas que permitan ofrecer acompañamiento psicológico temprano, accesible y ajustado a la realidad universitaria. El Programa de Acompañamiento Psicológico al Estudiantado de Grado (PAP-UVigo) se concibe como un recurso de intervención breve y focalizada orientado a atender malestares relacionados con la experiencia académica, prevenir su agravamiento y facilitar la derivación a otros recursos cuando las necesidades excedan el marco del programa.

DESARROLLO

FINALIDAD GENERAL

Proporcionar un acompañamiento psicológico puntual al estudiantado de grado de la Universidad de Vigo que presenta malestares psicológicos vinculados a la experiencia académica, favoreciendo el bienestar emocional y la continuidad de los estudios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar de forma temprana situaciones de malestar psicológico relacionadas con la vida universitaria.

- Intervenir de manera breve y focalizada en dificultades emocionales y adaptativas.
- Facilitar herramientas de regulación emocional, clarificación de situaciones y toma de decisiones.
- Orientar y derivar a otros recursos sanitarios cuando las necesidades del estudiante excedan el marco del programa.
- Prevenir la cronificación de dificultades psicológicas.

POBLACIÓN DESTINATARIA

El programa está dirigido al estudiantado matriculado en titulaciones de grado de la Universidad de Vigo.

Tendrán prioridad:

- estudiantes de primeros cursos,
- estudiantes en momentos académicos críticos (evaluaciones, TFG, prácticas externas, transiciones académicas).

NATURALEZA DEL PROGRAMA

El PAP-UVigo es un programa de acompañamiento psicológico breve, no un servicio asistencial ni un recurso de tratamiento especializado.

- La intervención está limitada en el tiempo y en el número de sesiones.
- El programa no sustituye la atención sanitaria ni la psicoterapia de larga duración.
- La derivación externa forma parte del propio funcionamiento responsable del programa.

CRITERIOS PARA ASIGNACIÓN DE LA MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

Dimensión evaluada	Atención online	Atención presencial	Atención grupal
Intensidad del malestar	Leve-moderada	Moderada-alta	Leve-moderada
Tipo de dificultad	Ansiedad académica, estrés	Malestar intenso, baja contención	Problemáticas compartidas
Autorregulación	Conservada	Inestable	Conservada
Resultados PHQ-9 / GAD-7	Bajos-moderados	Moderados-altos	Bajos-moderados
Necesidad de sostén	Baja	Alta	Media



CRITERIOS DE DERIVACIÓN EXTERNA

Situación detectada	Indicadores orientativos	Actuación en el PAP-UVigo	Derivación recomendada
Sintomatología grave o persistente	Deterioro funcional significativo	No inclusión o cierre+derivación	Salud Mental SERGAS
Riesgo suicida	Ítem 9 PHQ-9 positivo	Activación de protocolo	Emergencias / SERGAS
Necesidad de tratamiento prolongado	Demanda de terapia continuada	Orientación, derivación y cierre	Psicoterapia pública o privada
Trastornos mentales severos	Psicosis, TCA grave	No inclusión	Salud Mental especializada SERGAS
Demandas académicas	Malestar ajeno a la universidad	Valoración acompañamiento + derivación	+ Recursos externos

PRUEBAS DE SCREENING UTILIZADAS (PASES PRE Y POST INTERVENCIÓN)

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

El GAD-7 es un cuestionario breve de autoinforme diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad generalizada durante las dos últimas semanas. Consta de 7 ítems, puntuados en una escala Likert de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), con una puntuación total entre 0 y 21. Presenta excelentes propiedades psicométricas y es ampliamente utilizado tanto en investigación como en atención clínica para cribado y monitorización de la ansiedad. Los puntos de corte habituales (5, 10 y 15) indican niveles leve, moderado y grave de ansiedad.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

El PHQ-9 es un instrumento de autoinforme compuesto por 9 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. Cada ítem se puntúa de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), con una puntuación total entre 0 y 27. Es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para cribado, evaluación de gravedad y seguimiento de síntomas depresivos en contextos clínicos y de investigación.

CONCLUSIÓN: IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE APOYO PSICOLOGICO EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

Los programas de acompañamiento psicológico breve en el ámbito universitario constituyen una estrategia pertinente para detectar de forma temprana situaciones de malestar emocional y ofrecer intervenciones focalizadas que favorezcan la adaptación académica y el bienestar del estudiantado. Estos dispositivos permiten complementar los recursos sanitarios existentes, facilitando tanto la contención inicial como la derivación adecuada cuando las necesidades exceden el marco de intervención breve. En un contexto de creciente demanda de apoyo psicológico en la población universitaria, la implementación de programas institucionales accesibles y estructurados se configura como una medida relevante de promoción de la salud mental y prevención del agravamiento del malestar (Auerbach et al., 2018; Eisenberg et al., 2013).

REFERENCIAS

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., et al. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Ministerio de Universidades (2023). La salud mental en el estudiantado de las universidades españolas. Gobierno de España. [https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:0de3e888-9c3d-4746-9067-e16fc2f3a4e9/Estudio\\_SaludMentalEstudiantado\\_jul2023.pdf](https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:0de3e888-9c3d-4746-9067-e16fc2f3a4e9/Estudio_SaludMentalEstudiantado_jul2023.pdf)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

## Introducción

El mutismo selectivo (MS) se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en determinadas situaciones sociales pese a conservar el habla en otros contextos. Actualmente se clasifica como un trastorno de ansiedad y suele asociarse a la ansiedad social. Sin embargo, la práctica clínica muestra una considerable heterogeneidad en la presentación de estos casos. En algunos niños el mutismo parece cumplir funciones que van más allá de la evitación ansiosa, pudiendo relacionarse con dinámicas familiares, procesos de separación o formas de regulación relacional. **El mutismo puede entenderse no solo como síntoma ansioso, sino como una forma de expresión subjetiva cuyo significado debe ser interrogado clínicamente.**

## Objetivos

### Objetivo general:

Analizar un caso clínico de mutismo selectivo que plantea interrogantes sobre su comprensión exclusivamente como trastorno de ansiedad.

### Objetivos específicos

- Revisar brevemente el concepto de mutismo selectivo.
- Analizar factores familiares y evolutivos implicados en el caso.
- Explorar posibles hipótesis psicopatológicas

## Justificación

Aunque el mutismo selectivo se considera actualmente un trastorno de ansiedad, resulta conveniente atender al síntoma desde perspectiva singular y subjetiva, *escuchando* la función del síntoma. El análisis clínico detallado puede contribuir a comprender mejor estas diferencias entre la teoría y diagnóstico por un lado y la comprensión del caso por otro. Ayudando así a articular la función del síntoma y orientación estructural.

## Método

Estudio cualitativo basado en el análisis de un caso clínico atendido en una Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil. La información clínica se obtuvo a partir de:

- Entrevistas clínicas con la paciente y su familia
- Observación y registro escrito durante las sesiones terapéuticas
- Información procedente del contexto escolar

El análisis del caso se realizó desde una perspectiva clínica exploratoria, orientada a comprender los determinantes relacionales y estructurales del mutismo, en este caso.

## Caso clínico B.

Niña de 6 años, derivada a consulta por ausencia de habla en el contexto escolar. La paciente habla con normalidad en el entorno familiar, pero mantiene mutismo persistente en el colegio y en situaciones sociales fuera del ámbito doméstico.

Entre los factores relevantes en la historia evolutiva destacan:

- socialización limitada durante los primeros años de vida debido al contexto de pandemia
- relación muy estrecha y dependiente con la madre
- presencia de rivalidad con sus hermanas
- dificultades de interacción con iguales en el contexto escolar. En el colegio la niña participa en las tareas académicas, pero evita la comunicación verbal con compañeros y profesores.

Hipótesis clínica: Analizando el síntoma y sus posibles funciones

Expresión de ansiedad social

Mecanismo defensivo ante entorno percibido amenazante

Estrategia ante dependencia materna

Manifestación de rivalidad fraterna

Respuesta ante dinámicas familiares

Primera manifestación de una clínica más compleja

## Discusión

El caso presentado sugiere que el mutismo selectivo puede cumplir funciones psicológicas diversas en el que la falta de palabras deja entrever el misterio. Si bien en muchos casos se asocia principalmente a ansiedad social, asumir esta hipótesis conllevaría rechazar muchas otras sin tan siquiera investigarlas. En este caso concreto, la presencia de una relación muy estrecha con la madre, la rivalidad fraterna y las experiencias de socialización limitadas durante los primeros años de vida podrían estar influyendo en la aparición y mantenimiento del mutismo. Asimismo, algunos autores han señalado que, en determinados casos, el mutismo puede aparecer asociado a cuadros del desarrollo más complejos. Aunque en el presente caso no se observan signos concluyentes en esta dirección, la evolución clínica requerirá seguimiento. Desde esta perspectiva, el mutismo podría entenderse no solo como una evitación ansiosa, sino también como una forma de respuesta relacional ante determinadas demandas del entorno social o tal vez como el inicio de una sintomatología más severa.

## Conclusiones

**El mutismo selectivo presenta una notable heterogeneidad clínica** y no siempre puede explicarse únicamente como un trastorno de ansiedad. **El análisis del contexto familiar y evolutivo resulta fundamental** para comprender el significado del síntoma. **La intervención terapéutica debería orientarse** no únicamente a la desaparición del mutismo, sino también **a comprender la función y significado** que este puede estar desempeñando dentro de la dinámica relacional del niño ¿Cómo interrogar al mutismo?

## Bibliografía

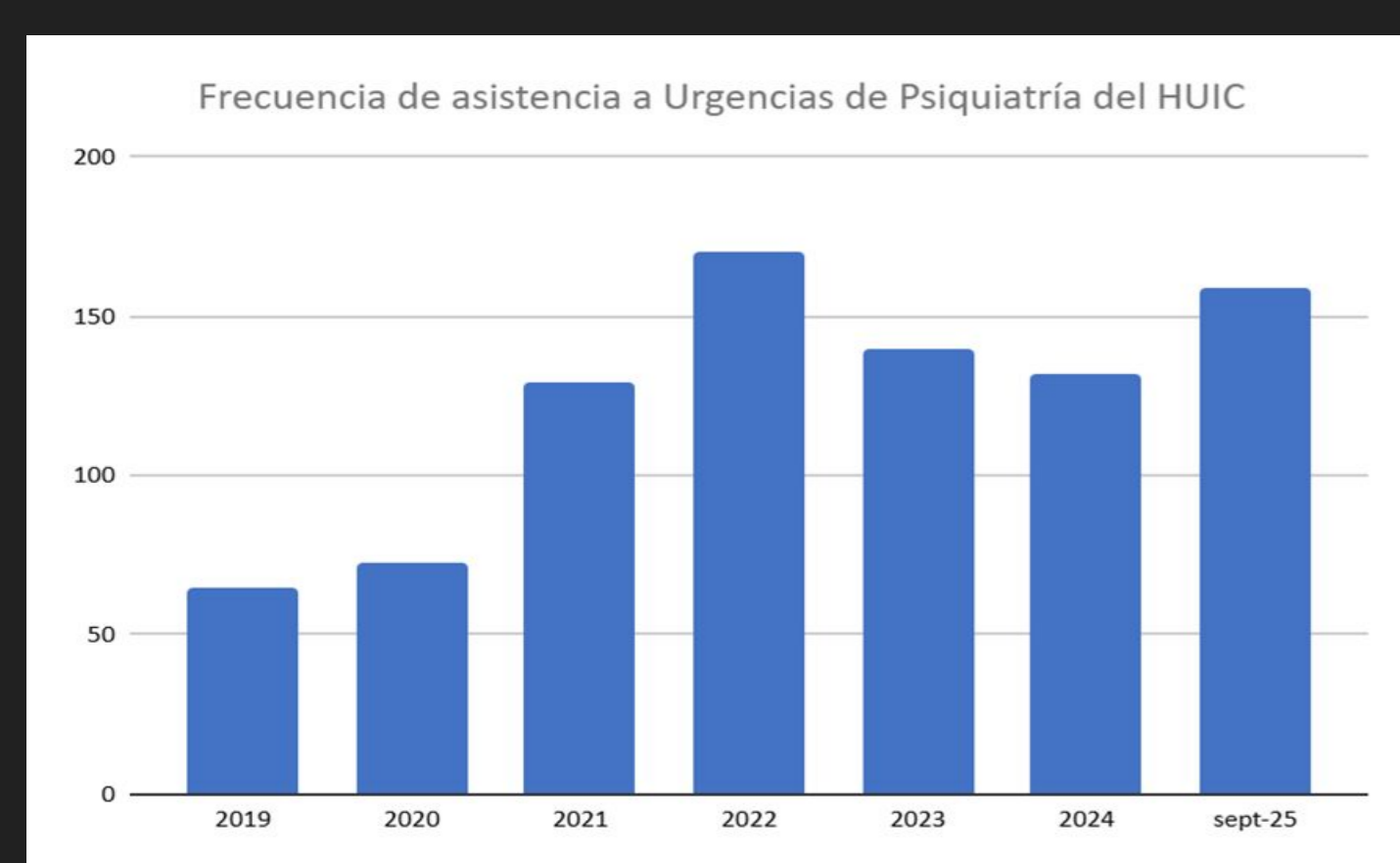
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Rozenek, E. B., et al. (2020). Selective mutism: An overview of the condition and etiology. *Psychiatria Polska*.

## 1. INTRODUCCIÓN

- Durante el confinamiento (pandemia de COVID-19) aumentaron las ideaciones suicidas en jóvenes, en un 244,1% respecto al año anterior.
  - En el año 2023, el 14,6% de la población de 15 y más años presentaba un cuadro depresivo durante las dos semanas anteriores a la entrevista y un 8,0% un cuadro depresivo severo, habiendo aumentado claramente la prevalencia de esta sintomatología respecto a 2020.
  - El 41,1% de los adolescentes españoles reporta haber experimentado problemas de salud mental en 2024.
- Incremento progresivo de los problemas de salud mental, especialmente, en adolescentes

## 3. JUSTIFICACIÓN

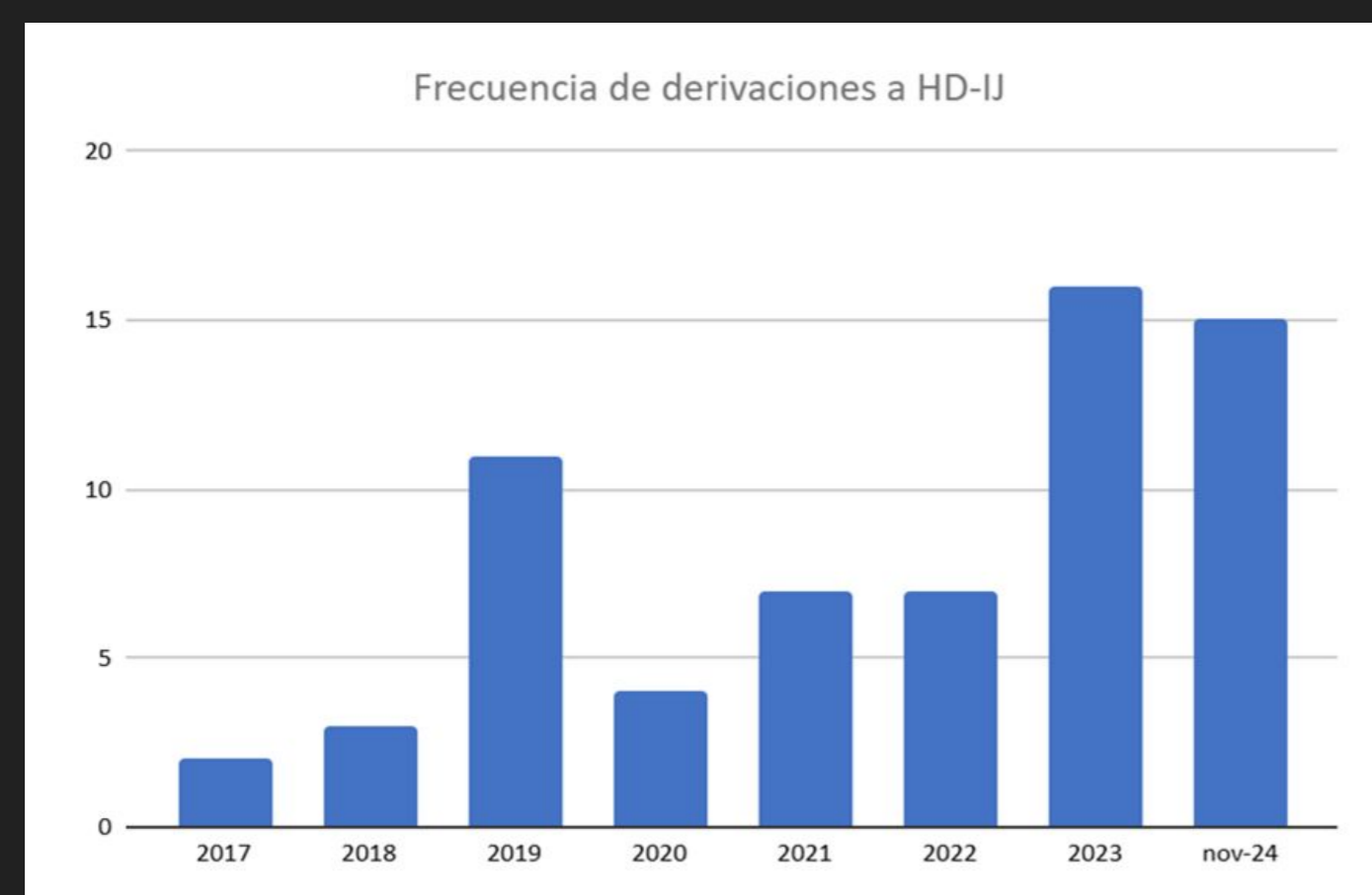
Frecuencia de ingresos en UHB en población infanto-juvenil:



Pacientes en seguimiento en Programa de Infantojuvenil:



Frecuencia de derivaciones a Hospital de Día Infantojuvenil:



- Patologías más graves e invalidantes debutan a una edad cada vez más temprana, generando una repercusión importante en la población infantojuvenil, así como la necesidad de nuevos planteamientos terapéuticos.
- El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024 establece la necesidad de ampliación de los recursos personales y estructurales, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.
- El HDA-CET del HUIC surge así como un proyecto para el abordaje integral del trastorno mental grave (TMG) en población adolescente siguiendo el modelo de comunidad terapéutica.

## 6. DISCUSIÓN y/o CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de la región (crisis económicas, pobreza y exclusión social, dificultades de habitabilidad, dificultades de traslado a otros municipios, merma en los recursos locales que existían anteriormente, insuficiente cobertura local para la detección y seguimiento de las familias vulnerables) condiciona la capacidad de las familiares para el cuidado y educación de los adolescentes. Todo ello, junto con los elevados índices de absentismo y fracaso escolar, el aumento del número de solicitudes de medidas de protección para adolescentes y el incremento en la demanda asistencial de adolescentes en Salud Mental, con mayor número de urgencias e inicio precoz de la sintomatología grave, a menudo asociados a consumo de tóxicos, conductas disociales y gestos autolesivos, constan como estresores para el agravamiento de la patología psiquiátrica y el pronóstico.

## AUTORES

de Benito Cháfer, Alejandra Octavia<sup>(1)</sup>, Rincón de los Santos, Fabiola<sup>(2)</sup>, Marmesal Pastor, Irene<sup>(2)</sup> Espasandín Vieites, Lara<sup>(3)</sup>, Atienza Martínez, Alejandro<sup>(3)</sup>  
(1) Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, (2) Psicología Clínica del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, (3) Enfermería Especialista en Salud Mental del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla

## 2. OBJETIVOS

Realizar una presentación de este nuevo dispositivo de tratamiento psicoterapéutico intensivo para adolescentes con TMG del área de Parla, donde se lleva a cabo un abordaje del paciente de manera interdisciplinar, cubriendo las áreas personal, familiar, social y académica mediante la intervención grupal, en combinación con la individual, familiar y farmacológica.

## 4. MÉTODO

Se recogen datos de la Memoria Anual de 2024 de la UGCPSM de Parla y del plan funcional del Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico de Adolescentes de Parla.

## 5. RESULTADOS

### PERFIL DEL PACIENTE

- Edades entre los 12 y 17 años, ambos inclusive.
- Que presenten alteraciones psicopatológicas graves que impliquen una pérdida significativa y/o dificultad severa en la funcionalidad a nivel personal, social, familiar y/o escolar, que sean susceptibles de tratamiento en régimen de hospitalización parcial

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Remisión total o parcial de la clínica
- Disminución y/o prevención de recaídas
- Recuperar la funcionalidad a nivel personal, familiar, social y académico
- Promover el desarrollo de la capacidad de vida autónoma y de un funcionamiento interpersonal más adaptativo
- Completar el diagnóstico clínico diferencial

**UBICACIÓN:** Planta A0 del HUIC, contiguo a la unidad de Pediatría

**PLAZAS:** capacidad para 20 pacientes

### ESPACIOS

- 1 Comedor
- 1 Recepción
- 2 Despachos de Psicología Clínica
- 1 Despacho de Psiquiatría
- 1 Despacho de Terapia Ocupacional
- 1 Despacho de Enfermería Especialista en Salud Mental
- 2 salas de grupo pequeñas
- 1 sala de grupo grande
- 2 salas de docencia
- 1 despacho de equipo Educativo
- 1 pasillo

### EQUIPO TERAPÉUTICO

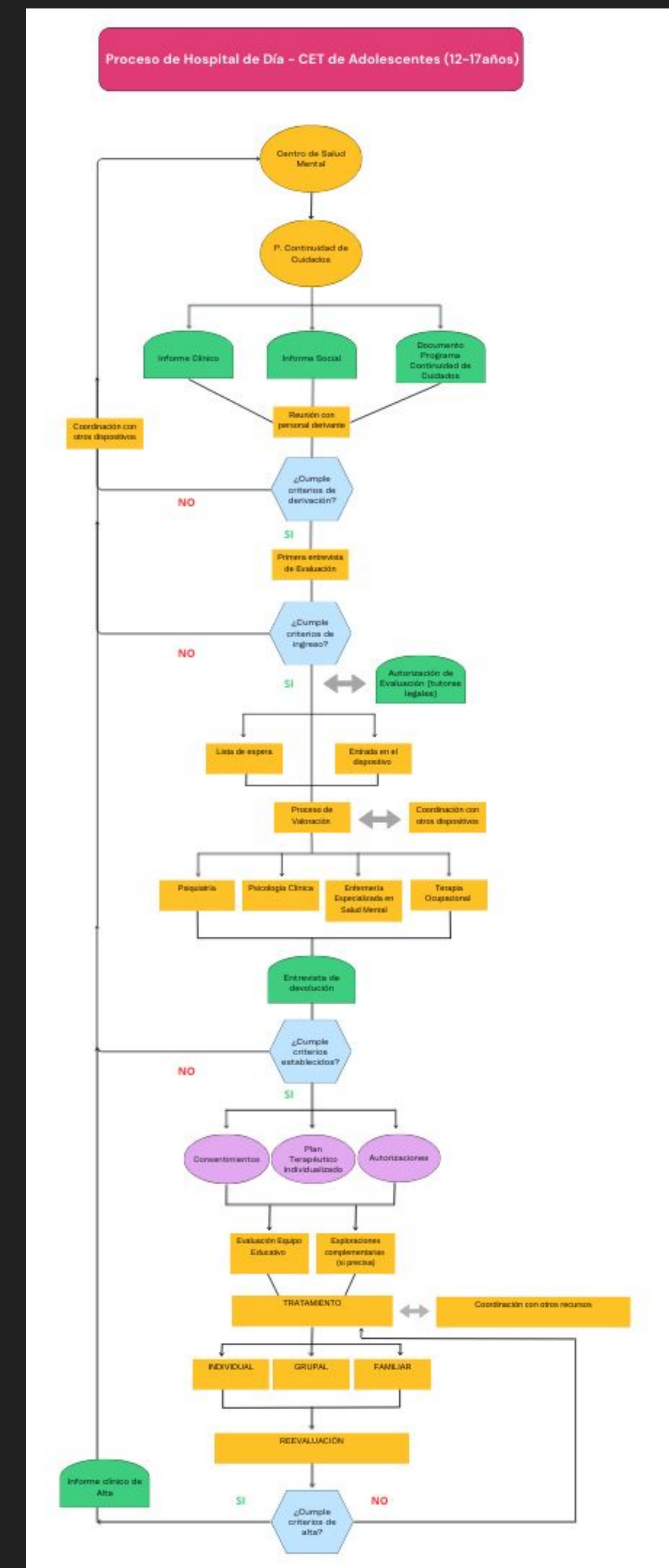
- 2 Facultativos Especialistas en Psicología Clínica
- 1 Facultativo Especialista en Psiquiatría
- 2 Enfermeros Especialistas en Salud Mental
- 1 Terapeuta ocupacional
- 1 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (que también realiza tareas de Administración)

### EQUIPO EDUCATIVO

- 1 coordinadora
- 1 profesora ámbito socio-lingüístico
- 1 profesora ámbito científico-matemático

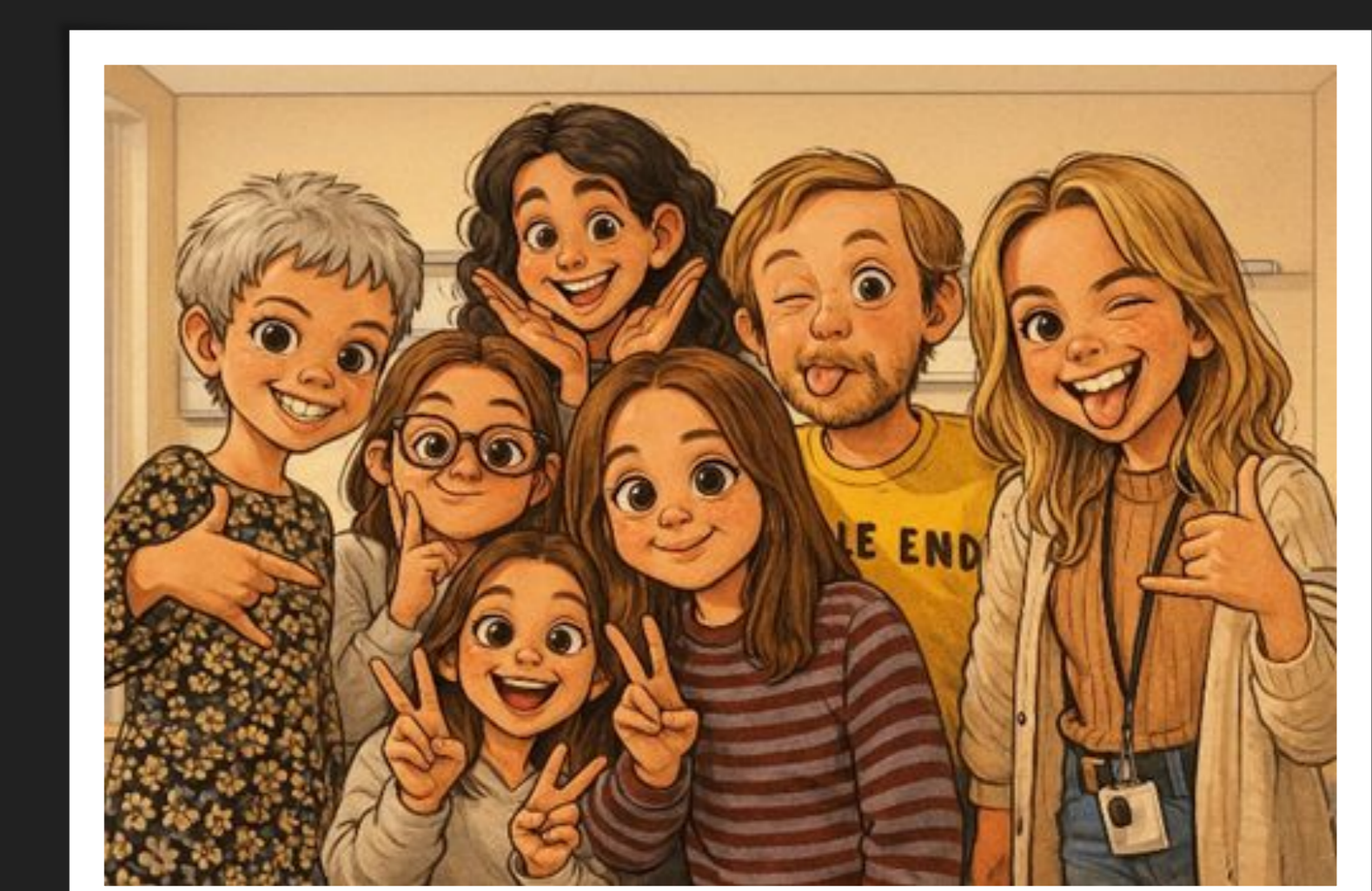
### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Memoria Anual de 2024 de la UGCPSM de Parla
- Plan funcional del Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico de Adolescentes de Parla.



### Cronograma

HORA	LUNES	MARTES	MÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:45 - 9:00	RECEPCIÓN/TAQUILLAS	RECEPCIÓN/TAQUILLAS	RECEPCIÓN/TAQUILLAS	RECEPCIÓN/TAQUILLAS	RECEPCIÓN/TAQUILLAS
9:00 - 10:00	CLASE	CORPORAL	CLASE	GRUPO DE PADRES/ES BIAS	CLASE
10:00 - 11:00	CLASE	DEBATE	CLASE	CLASE	CLASE
11:00 - 11:30	DESCANSO/RECREO	DESCANSO/RECREO	DESCANSO/RECREO	DESCANSO/RECREO	DESCANSO/RECREO
11:30 - 12:30	ACTIVIDAD COMUNITARIA	CLASE	ACTIVIDAD COMUNITARIA ASAMBLEA	GRUPOS PEQUEÑOS	PROYECTO GRUPAL
12:30 - 13:30	CUIDA-T	CLASE	HABILIDADES SOCIALES	ARTÍSTICA-COINITIVA	ACTIVIDAD COMUNITARIA
13:30 - 14:15	COMEDOR	COMEDOR	COMEDOR	COMEDOR	COMEDOR
14:15 - 14:30	RECOGIDA	RECOGIDA	RECOGIDA	RECOGIDA	RECOGIDA



Alicia Pérez Huete<sup>a</sup>; Beatriz Mateos Pintado<sup>b</sup>; Mireya Bernal Gámez<sup>a</sup>; Lara Fernández Vela<sup>b</sup>; Miriam Madruga González<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

<sup>b</sup> Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

<sup>c</sup> Psicóloga Clínica del CSM de Fuenlabrada

## INTRODUCCIÓN

El duelo perinatal es descrito como el proceso biopsicosocial derivado de la pérdida de un bebé durante la gestación o en los primeros días de vida. Esta realidad afecta a miles de familias y tiene un profundo impacto en todo el sistema familiar. La reacción de los hermanos depende de su etapa evolutiva y nivel de desarrollo emocional y psíquico, por lo que requieren atención específica.

Además de la ausencia física, la muerte perinatal implica una ruptura de expectativas, anhelos, fantasías y proyectos familiares, pudiendo desencadenar una crisis en una etapa de máxima vulnerabilidad. A pesar del aumento de intervenciones clínicas en duelo perinatal, la atención sigue centrada principalmente en los padres, prestando menor consideración a las necesidades de los hermanos, lo que puede incrementar la vulnerabilidad a dificultades en el proceso de duelo.

Por todo esto, reconocer y atender a toda la familia es clave para fomentar un proceso de duelo saludable y prevenir dificultades emocionales futuras.

## OBJETIVOS

Profundizar en la comprensión de la vivencia del duelo perinatal en el sistema familiar, resaltando el impacto en los hermanos y su posible abordaje, a partir de la exposición de dos casos y una revisión bibliográfica sobre el tema.



## METODOLOGÍA

- Exposición de dos casos atendidos a través del programa de enlace de duelo perinatal en el H. U. de Fuenlabrada.
- Revisión de bibliografía sobre el tema en PubMed, Scopus y Google Scholar, así como manuales físicos.
- Reflexión en base a estudio de casos.



## RESULTADOS

### Caso L.

Los padres de L acuden a consulta por duelo perinatal tras la pérdida gestacional en la semana 21, después de una interrupción voluntaria del embarazo por malformación incompatible con la vida (displasia renal fetal). Tras evaluación psicológica, se acuerda iniciar seguimiento, recibiendo el alta tras cuatro sesiones.

En el transcurso de estas sesiones, se explora el impacto del proceso de duelo en L, su hija de 3 años, a través del relato de los padres. Refieren haber explicado a la menor el embarazo, así como la interrupción del mismo acorde a su nivel de comprensión. En un inicio, refieren que L mostraba tristeza y preguntas sobre “su hermanito en la tripita de mamá”, que según describen, fueron abordadas por los padres y otros familiares, que se mostraron sensibles y disponibles, sosteniendo estructura, rutinas y cuidados hacia la menor, a pesar del dolor por la pérdida.



### Caso J.

Acuden los padres a consulta tras aborto espontáneo en la semana 12 de embarazo, acompañados de J, su hija de 3 años. En la primera sesión refieren no haber comunicado a la menor la muerte perinatal de su hermano, al considerar que su edad limita la comprensión de la situación.

Los progenitores presentan visiones diferenciadas respecto al significado de la pérdida y a los proyectos vitales futuros, objetivándose riesgo de duelo complicado en la madre, aspecto por el cual se acuerda iniciar seguimiento psicológico.

Ambos progenitores refieren dificultades para el reajuste de la dinámica familiar y para la expresión emocional tras la pérdida. En este contexto, refieren observar en la menor conductas de carácter regresivo.

A lo largo de la intervención clínica, se observa una progresiva estabilización emocional y el inicio de un proceso adaptativo de elaboración e integración de la pérdida, con efectos positivos en el sistema familiar.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este póster se presentan brevemente dos casos que, si bien comparten características como las edades y el tipo de pérdida, muestran diferencias significativas en la vivencia del proceso de duelo. En ambos casos, la intervención se ha realizado con los progenitores, contemplando, asimismo, el impacto global en el sistema familiar y la experiencia particular de cada familia ante la pérdida.

El duelo impacta a todo el sistema familiar, por lo que es fundamental transmitir a los menores información de manera comprensible, así como favorecer la expresión, validación y acompañamiento emocional. Este proceso requiere una reorganización adecuada de la dinámica familiar que garantice seguridad y disponibilidad emocional hacia los niños, facilitando la integración de la pérdida y la construcción de significados compartidos.

En literatura previa, si bien cada vez contamos con más estudios respecto al proceso de duelo perinatal y la intervención sobre el mismo, estos se centran sobre todo en los padres, encontrándose en múltiples artículos la necesidad de estudiar y plantear programas para los hermanos, así como otros miembros de la familia. Los casos presentados buscan reflexionar sobre un tema pendiente, aportando ejemplos para futuras investigaciones e intervenciones más inclusivas.



## BIBLIOGRAFÍA

- Bornemisza, A. Y., Javor, R. & Erdos, M. B. (2022). *Sibling Grief over Perinatal Loss—A Retrospective Qualitative Study*, Journal of Loss and Trauma, 27:6, 530-546, DOI: 10.1080/15325024.2021.2007650
- Liberman, D. (2007). *Es hora de hablar del duelo: Del dolor de la muerte al amor a la vida* (pp. 172-174). Atlántida.
- Ochando Galán, P. (2024). *El duelo perinatal en los hermanos: una propuesta de intervención* [Trabajo fin de máster, Universidad de Alcalá].
- O’Leary, J. M. & Gaziano, C. (2011). *Sibling grief after perinatal loss*. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 25(3).

# Entre dos mundos: migración infantil, identidad y subjetividad. Una propuesta de investigación.

Raquel Bendala Estrada, Daniel Trigo Varela, Noelia Iglesias Gutiérrez. *XXXVII Congreso de SEYPNA: "Construcción y patología de la identidad y la personalidad"*  
 PEPC. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz. Madrid (España).  
 Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Getafe.

## INTRODUCCIÓN

La migración en la infancia se describe como un proceso vital complejo que implica múltiples pérdidas —familiares, culturales, lingüísticas y de entorno— y que puede afectar al desarrollo emocional y a la dinámica familiar. Los niños, que generalmente migran sin haber tomado la decisión ni disponer de recursos para anticipar o elaborar estos cambios, pueden experimentar el proceso migratorio como un duelo acumulativo y ambiguo. Diversos factores como la separación de figuras de apego, experiencias traumáticas previas o condiciones adversas en el país de acogida pueden incrementar el riesgo de malestar psicológico. Asimismo, la experiencia migratoria puede influir en la construcción de la identidad y el sentimiento de pertenencia, especialmente en contextos donde la población migrante es mayoritaria. En este contexto, resulta relevante explorar el impacto de la migración en la población infantil atendida en dispositivos de salud mental comunitarios.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Analizar el impacto del proceso migratorio en la adaptación emocional, clínica y social de niños y niñas migrantes en el Centro de Salud Mental de Tetuán, dispositivo comunitario que atiende a población infantil procedente de contextos de alta diversidad cultural y migratoria.

### Objetivos específicos

- Explorar la relación entre condiciones de la partida (edad, motivo, separación, despedida) y adaptación emocional.
- Analizar el papel del sostén familiar, social y escolar en el país de acogida.
- Identificar manifestaciones clínicas asociadas al duelo migratorio.
- Integrar el **relato subjetivo** de niños y familias como herramienta de análisis clínico.

## METODOLOGÍA

**Diseño** Estudio **descriptivo-exploratorio**, con enfoque **mixto**:

- Cuantitativo: análisis de variables sociodemográficas, características clínicas y de adaptación.
- Cualitativo: análisis del relato y de respuestas abiertas.

### Población

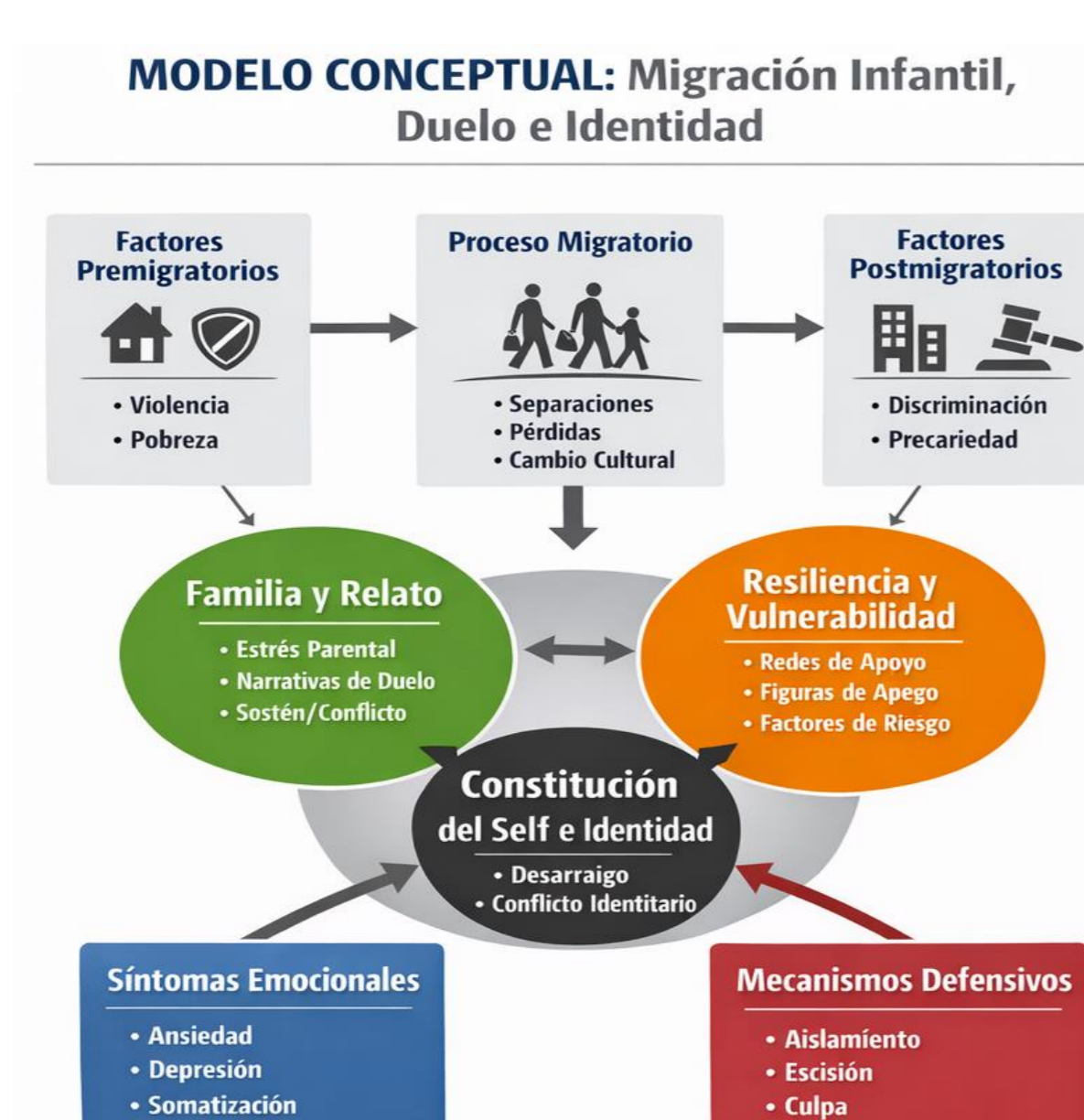
Pacientes del centro de salud mental de Tetuán de entre 6 y 17 años y sus padres, madres o cuidadores principales.

### Procedimiento

**Cuestionario sobre experiencia migratoria y adaptación**

**infantil** (diseñado ad hoc), con apartado narrativo (y gráfico para niños) y acompañamiento durante su cumplimentación.

**Cuestionario clínico estandarizado** para evaluar síntomas y características clínicas



## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué relación existe entre las condiciones de la migración y la aparición de dificultades emocionales o adaptativas en los niños?
2. ¿Cómo influye la presencia o ausencia de despedidas ritualizadas en la elaboración del duelo migratorio?
3. ¿Qué factores del contexto de acogida actúan como protección o riesgo?
4. ¿Qué características presentan los relatos familiares en casos de mayor o menor integración?

## VARIABLES DE ANÁLISIS

- **Partida/ Premigración:** edad, motivo (urgencia, necesidad, deseo), separación (separación prolongada, ausencia despedida), generación.
- **Acogida/Postmigración:** red de apoyo, sostén familiar, experiencias discriminación (rechazo social/escolar), integración social (oportunidades de participación).
- **Relato/Subjetivación:** coherencia del relato, elaboración del duelo, mecanismos defensivos (aislamiento, negación, idealización), afectos predominantes (nostalgia, añoranza, culpa, pertenencia).

## RESULTADOS ESPERADOS

- Los niños que migraron a edades tempranas y sin posibilidad de despedida presentan mayor riesgo de dificultades emocionales.
- La separación de figuras de apego se asocia a mayores manifestaciones de ansiedad, regresión o retraimiento.
- La presencia de una red social de sostén y una narrativa familiar coherente actúa como factor protector.
- La ausencia de relato o la predominancia de mecanismos defensivos se asocia a duelo migratorio no elaborado.

## RELEVANCIA CLÍNICA

- Contribuir a la comprensión clínica del duelo migratorio infantil.
- Identificar indicadores de riesgo y protección.
- Fundamentar intervenciones comunitarias y clínicas sensibles a la subjetividad migrante.
- Valor del relato y la historización como dispositivos de **subjetivación y elaboración psíquica**

## BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2017). *La migración como factor de riesgo para la salud mental*. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 30, 9–22.
- Beiser, M., & Hou, F. (2016). Mental health effects of premigration trauma and postmigration discrimination. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 590–598.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258.
- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18–24.
- Blackmore, R. et al. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337.
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. Norton.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Routledge.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44–56.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children. *The Lancet*, 379(9812), 266–282.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Alianza.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Portes, A., & Rumbaut, R. G. (2014). *Immigrant America: A portrait* (4th ed.). University of California Press.
- Suárez-Orozco, C., Abo-Zena, M., & Marks, A. (2018). *Transitions: The development of children of immigrants*. NYU Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press

# Cuando el cuerpo detiene la adolescencia

## Somatización y fallas de simbolización en la construcción de la identidad

Raquel Bendala Estrada (PEPC, H U La Paz)  
Daniel Trigo Varela (PEPC, H U Getafe)

XXXVII Congreso de SEPYPNA: "Construcción y patología de la identidad y la personalidad"

### INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas vitales, sino la que más, que mayor trabajo psíquico requiere. Es una época de cambios y transformaciones a todos los niveles (en su propio cuerpo, en su identidad de niños, en su rol social, en sus capacidades...) que producen un profundo impacto. Un adolescente debe abandonar la seguridad de su niñez y atravesar un período desconcertante en el que casi todo pasa a ser cuestionado y no hay certidumbres. En ausencia de recursos suficientes de simbolización, el cuerpo parece constituirse en el principal escenario de expresión del malestar.

En este contexto, la sintomatología somática persistente puede entenderse como una modalidad de **inscripción corporal de conflictos psíquicos no representados**, en la que la experiencia afectiva no logra acceder a formas elaboradas de expresión mental o narrativa.

### OBJETIVO

Explorar la relación entre somatización, dificultades de simbolización y procesos de construcción identitaria en un adolescente con sintomatología somática incapacitante.

### CASO CLÍNICO

Adolescente en seguimiento por cuadro de más de un año de evolución caracterizado por **cansancio extremo, cefaleas persistentes y molestias gástricas incapacitantes**, sin correlato orgánico que explique la intensidad ni la limitación funcional asociada.

Como consecuencia, el paciente presenta **marcada retracción del funcionamiento cotidiano**, permaneciendo la mayor parte del tiempo en el domicilio, con escasa movilidad y desplazamientos ocasionales en silla de ruedas. Ha suspendido la asistencia regular al instituto y recibe actualmente escolarización domiciliaria.

La situación ha supuesto una **reorganización significativa del funcionamiento familiar**, con una dinámica ampliamente centrada en el cuidado del paciente y en la adaptación a sus limitaciones somáticas.

En las entrevistas clínicas, a las que acude siempre en silla de ruedas- objeto ¿transicional? del que no se desprende- se observa un **discurso de carácter marcadamente operatorio**, centrado de forma casi exclusiva en la descripción reiterativa de sensaciones corporales (cansancio, cefalea), sin que el paciente logre identificar, diferenciar o verbalizar estados afectivos internos. La producción asociativa es escasa y no se despliegan relatos que articulen la experiencia somática con vivencias emocionales, conflictos internos o acontecimientos vitales. Se constata, por tanto, una **importante limitación en la capacidad de simbolización y mentalización de los estados internos**, predominando una modalidad de funcionamiento psíquico en la que el malestar parece expresarse preferentemente a través de **equivalentes somáticos**, con escasa mediación representacional.

### ANTECEDENTE RELEVANTE

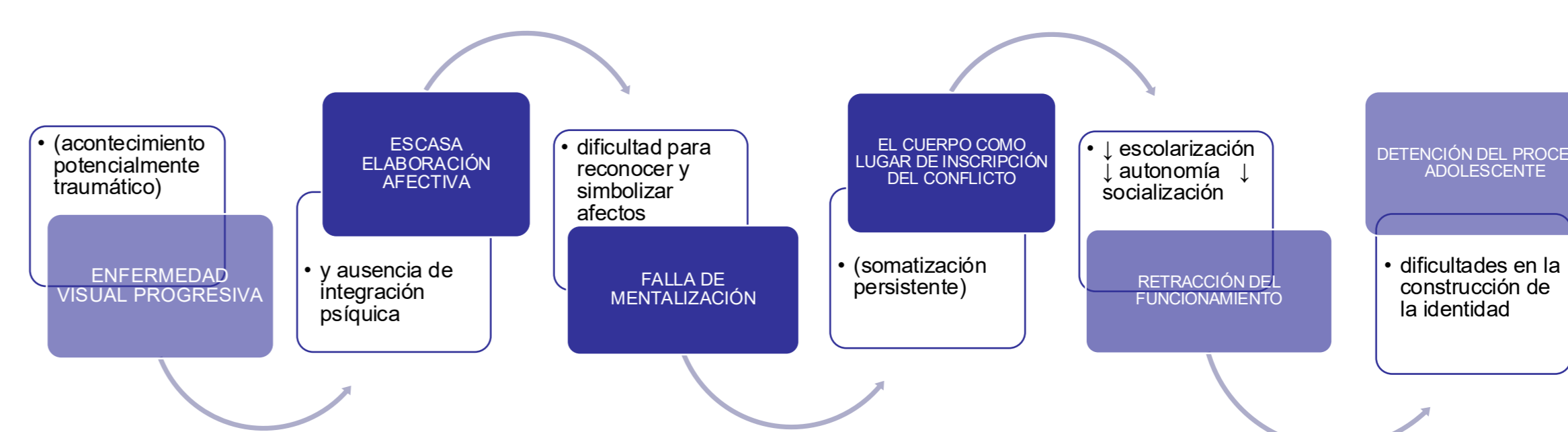
Como antecedente significativo, el paciente presenta un **síndrome de ceguera parcial de carácter progresivo**. Tanto él como su familia refieren esta condición como un hecho aparentemente asumido y naturalizado en el plano manifiesto. Sin embargo, resulta llamativa la **ausencia de elaboración psíquica en torno a esta experiencia**, que aparece mencionada de forma descriptiva y desprovista de resonancia afectiva.

### HIPÓTESIS

El cuadro clínico impresiona de una **modalidad de funcionamiento con predominio de la vía somática para la expresión del malestar psíquico**, en un contexto de marcada limitación de los procesos de simbolización y mentalización. La pobreza asociativa, el discurso concretista centrado en el cuerpo y la dificultad para identificar estados afectivos sugieren un **funcionamiento de tipo operatorio**, con dificultades de mentalización. El cuerpo aparece como vía privilegiada de expresión del conflicto psíquico. La enfermedad visual podría constituir una experiencia difícilmente elaborable, desplazándose parte del malestar hacia manifestaciones somáticas.

En este contexto, el **síndrome de ceguera parcial progresiva** puede constituir un **acontecimiento potencialmente traumático o difícilmente metabolizable en el plano psíquico** que, junto con las exigencias propias del proceso adolescente, no habría podido integrarse en la economía representacional del paciente y cuya tramitación podría estar desplazándose hacia el registro somático.

La intensa reorganización familiar en torno al síntoma podría asimismo contribuir a la **crystalización y mantenimiento del cuadro**, reforzando una posición regresiva y de dependencia.



### IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

El trabajo terapéutico se orientaría inicialmente a **sostener un encuadre que favorezca la progresiva emergencia de representaciones afectivas**, facilitando el pasaje desde la expresión somática del malestar hacia formas más elaboradas de simbolización psíquica.

### CONCLUSIONES

En algunos adolescentes, cuando los afectos no logran ser reconocidos y simbolizados, **el cuerpo puede constituirse en la principal vía de expresión del malestar psíquico**.

La **falla en los procesos de mentalización** puede favorecer modalidades de funcionamiento en las que la experiencia emocional se manifiesta predominantemente a través de síntomas somáticos.

En este caso, la **enfermedad visual progresiva** podría representar una experiencia potencialmente traumática escasamente integrada en el plano psíquico.

La somatización persistente se acompaña de una **retracción significativa del funcionamiento vital**, que puede contribuir a la **detención del proceso adolescente y de la construcción de la identidad**.

El trabajo psicoterapéutico se orienta a **favorecer la emergencia de estados afectivos, promover procesos de mentalización y facilitar la elaboración subjetiva de la experiencia corporal y de la enfermedad**.

### BIBLIOGRAFÍA

- Peter Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Regulación afectiva, mentalización y desarrollo del self*. Other Press.
- Peter Fonagy, P., & Target, M. (1997). Apego y función reflexiva: su papel en la organización del self. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Pierre Marty, P. (1991). *Mentalización y psicopatología*. Karnac.
- Pierre Marty, P., & M'Uzan, M. de (1963). El pensamiento operatorio. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345–356.
- Joyce McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo: una aproximación psicoanalítica a la enfermedad psicopatológica*. Free Association Books

# Desarrollo de la identidad en pacientes adolescentes con cuadros psicóticos

## Trabajo psicoterapéutico en un dispositivo de tratamiento ambulatorio intensivo

López Larriba, LP<sub>1</sub>; Alonso García, M<sub>2</sub>; Cruz Sancho, NI<sub>2</sub>; Arribas Domingo, B<sub>2</sub>; Molina Liétor, MC<sub>3</sub>

1. MIR IV. Servicio de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.
2. MIR IV. Servicio de Psiquiatría. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.
3. Psiquiatra. PRISMA. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

### Introducción

La constitución subjetiva es un proceso dinámico y continuo que determina la forma en la que un sujeto se ve a sí mismo y cómo interactúa con el exterior, a través de sus relaciones con otras personas y con los objetos simbólicos que forman parte de su vida emocional. De este modo, las personas desarrollan su sentido de ser y el modo en que manejan sus deseos, conflictos y sufrimientos.

En la adolescencia la configuración de la subjetividad tiene un desarrollo particularmente intenso, al que se suma la individuación o separación de las figuras parentales, constituyendo una etapa vital fundamental. En adolescentes que presentan cuadros psicóticos este proceso puede verse comprometido ya que dichas experiencias constituyen con frecuencia una crisis biográfica que da lugar a una fragmentación de la identidad y a una afectación de la autonomía y la autoestima (González de Chávez, 2023).

PRISMA es un dispositivo de tratamiento ambulatorio intensivo en salud mental infanto-juvenil, perteneciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que ofrece un encuadre terapéutico que permite intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales con un tiempo breve de espera y manteniendo al adolescente en su medio habitual (familia, barrio colegio, instituto). Dentro del mismo se encuentra PIENSA, un Programa de Intervención en Psicosis en la Adolescencia.

### Hipótesis

La atención a procesos de reorganización subjetiva e integración identitaria en adolescentes con sintomatología psicótica constituye una diana terapéutica relevante y su inclusión en las intervenciones psicoterapéuticas en un dispositivo de tratamiento ambulatorio intensivo puede mejorar el funcionamiento psicológico de este grupo de pacientes.

### Justificación

La literatura ofrece estudios que inciden en la importancia de la intervención temprana, en los 2 a 5 años que siguen a un episodio de síntomas psicóticos, encontrándose evidencia a favor de tratamientos de orientación psicoeducativa con el fin de mejorar la comprensión de la enfermedad, terapias de corte cognitivo con un abordaje particular de la sintomatología positiva y programas para fomentar la metacognición y desarrollo de habilidades sociales (Coloma Sánchez et al., 2023).

Sin embargo, pese a que es conocido el impacto que la sintomatología psicótica tiene en la construcción del self, la continuidad narrativa de la identidad y la regulación emocional en los adolescentes (McGorry et al., 2007), existe limitado desarrollo de planes psicoterapéuticos estructurados que enfatizan en su construcción identitaria.

Explorar cómo un trabajo psicoterapéutico intensivo contribuye al desarrollo de la identidad puede aportar elementos relevantes para la planificación de intervenciones clínicas específicas para este grupo de pacientes.

### Método

Reflexión clínica en contexto del trabajo psicoterapéutico con un grupo de adolescentes varones de 17 años (n=4) incluidos en un programa específico de intervención en psicosis en la adolescencia (PIENSA) como parte del tratamiento ambulatorio intensivo en PRISMA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

### Resultados

En los espacios terapéuticos integrados por adolescentes que han sufrido o sufren sintomatología psicótica en el contexto de diversos trastornos, la preocupación por cuestiones identitarias es un tema recurrente de conversación.

Identifican con frecuencia una identidad pre-enfermedad y una posible identidad post-episodio, con un temor asociado a la “nueva” identidad enferma o identidad como enfermo y un anhelo de la previa. Este se une a otros malestares como cuestionamientos sobre la identidad desarrollada con anterioridad a los síntomas, la citada sensación de falta de continuidad narrativa y también, de forma reseñable, un abismo e incertidumbre con respecto a la escritura futura de la misma.

Esta preocupación es extensible a los grupos para los progenitores de los pacientes, donde surgen también dilemas en cuanto a comprender y aceptar las consecuencias funcionales que la psicopatología tiene en sus hijos, sin caer en una mirada que los coloque en un rol de persona enferma o incapaz.

### Conclusiones

La complejidad que supone la construcción de la subjetividad en un contexto de ideales sociales que el adolescente busca cumplir se intensifica en pacientes adolescentes que presentan síntomas psicóticos. El impacto de la misma en la identidad supone un sufrimiento adicional a la sintomatología psicótica per se y constituye un ámbito específico y relevante de intervención psicoterapéutica.

### Bibliografía

Coloma Sánchez, E. B., Balarezo Chiriboga, L. A., Ramírez-Coronel, A. A., Jaramillo Oyervide, J. A. (2023). Revisión sistemática de las intervenciones psicoterapéuticas en niños y adolescentes con psicosis de educación general básica y bachillerato. *Conrado*, 19(90), 92-106. Epub 27 de febrero de 2023. Recuperado en 11 de marzo de 2026, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442023000100092&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442023000100092&lng=es&tlng=es).

González de Chávez, M. (2023). La fragmentación de la identidad en la disociación y en la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 19-35.

McGorry, P. D., Killackey, E., Yung, A. (2007). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156.

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. PRISMA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/instituto-psiquiatria-salud-mental/prisma>

# ENTRE ADAPTACIÓN Y AUTENTICIDAD: MANIFESTACIONES DE FALSO SELF EN DOS ADOLESCENTES

Antonio Bazán Huertas y Marcos Carrasco Álvarez  
*Hospital Universitario José Germain*

## INTRODUCCIÓN

La teoría del desarrollo emocional temprano descrita por Donald Winnicott plantea la existencia de un verdadero self, asociado a la experiencia de espontaneidad y continuidad del ser, y un falso self, organización defensiva que surge ante repetidas y sutiles fallas en la crianza temprana (Winnicott, 1960). Las organizaciones de falso self pueden desarrollarse en entornos aparentemente normalizados, cuando la experiencia subjetiva del bebé no encuentra resonancia suficiente. No siempre hay un evento traumático o una privación evidente.

Si bien el falso self puede tener inicialmente una función protectora y adaptativa, su predominio puede conllevar un empobrecimiento de la experiencia subjetiva y dificultades en la vivencia de autenticidad. La adolescencia constituye un momento especialmente crítico en el desarrollo. Implica una reorganización identitaria y una mayor demanda de integración del self. Por este motivo, en sujetos con configuraciones en las que no se ha producido dicha integración, el falso self puede determinar manifestaciones clínicas que, aunque en apariencia puedan ser diferentes, comparten dificultades en la experiencia auténtica de "estar vivo".

## OBJETIVOS

Exponer distintas manifestaciones clínicas de funcionamiento compatible con organización de falso self en adolescentes atendidos en un Centro de Salud Mental, así como poder diferenciarlo de otras entidades psicopatológicas como estados de inhibición o depresivos y reflexionar sobre sus implicaciones para la práctica clínica.

## METODOLOGÍA

Presentación y análisis de dos viñetas clínicas de adolescentes en seguimiento en un Centro de Salud Mental, utilizando como marco explicativo conceptos de la teoría winnicottiana del desarrollo emocional.

"It is a joy to be hidden and a disaster not to be found." – D. Winnicott (1963)

## VIÑETAS CLÍNICAS

Caso 1:

Adolescente de 13 años derivada por ideación suicida. Presenta episodios de autolesión en contextos de estrés interpersonal, al sentirse desplazada en el grupo de iguales, intensa angustia y marcada dificultad para identificar y verbalizar estados internos, lo cual también se observa en consulta, donde recurre frecuentemente a respuestas como "no sé" ante la exploración emocional.

Caso 2:

Adolescente de 16 años con funcionamiento global aparentemente normalizado, aunque con escasa motivación académica y ausencia de proyectos personales. Vivencia conformista de su experiencia vital. Manifiesta dificultades para formular una demanda terapéutica propia y episodios de angustia difícilmente reconocidos o simbolizados. En consulta muestra una colaboración pasiva y presenta discurso centrado en lo funcional, con mínima elaboración emocional y tendencia a minimizar o negar conflictos familiares o sociales.

## DISCUSIÓN

Ambos casos comparten las dificultades en la subjetivación de su propia experiencia, manifestado con los repetidos "no sé", pobreza narrativa y dificultad para identificar sus afectos. Observamos, asimismo, un predominio de la adaptación sobre la espontaneidad. En el primero, observamos un desbordamiento afectivo, con un intento de sentir algo auténtico mediante la autolesión en el cuerpo. En el segundo, predomina una desconexión emocional y una hiperadaptación aparentemente normativa, con escasa conexión con la verdadera experiencia.

## IMPLICACIONES CLÍNICAS

El reconocimiento de configuraciones de falso self en la clínica adolescente permite orientar el trabajo terapéutico hacia la creación de condiciones que faciliten la emergencia del gesto espontáneo y la progresiva apropiación subjetiva de la experiencia emocional. El espacio terapéutico debe ofrecerse como un espacio transferencial de "holding", que ofrezca continuidad y fiabilidad, y permita el desarrollo de los pequeños gestos espontáneos del verdadero self.

Consideramos de especial relevancia estar atentos a las manifestaciones del falso self, pues dada la hiperadaptación al entorno que puede caracterizarlo, es posible no detectarlo en consulta.

# ADOLESCENCIA, TRAUMA Y CONSUMO: caso clínico de una subjetividad en conflicto

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo analizar desde una mirada psicoanalítica el caso de un adolescente con consumo problemático de sustancias, en el contexto de una historia infantil marcada por vivencias traumáticas y figuras de apego ausentes o negligentes.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

**Datos generales** ♂ 17 años, hijo único de padres migrantes nacido en España. Consulta por iniciativa propia.  
**Historia infantil traumática** Separación parental a los 2 años, violencia intrafamiliar recurrente que que persiste tras la separación. Padre con trastorno por consumo de OH y antecedentes penales.  
**Contexto actual** madre con enf. Oncológica avanzada, padre presente de forma intermitente e impredecible. Grupo de iguales conflictivo.  
**Clínica** Hipotimia, apatía, anhedonia, insomnio. Consumo de tóxicos desde los 13 años, suspicaz en momentos de mayor consumo. Sentimientos ambivalentes hacia los padres, búsqueda de pertenencia.

## HIPÓTESIS CLÍNICA

### Consumo como defensa y crisis en la construcción de identidad

#### Evitación del displacer psíquico

El consumo como anestesia psíquica frente al trauma no simbolizado y la angustia de separación. Búsqueda de placer inmediato ante tensiones internas insoportables

#### Construcción de identidad grupal

Búsqueda de pertenencia en el grupo de iguales e identificación horizontal ante carencia de vínculos primarios seguros.

#### Ambivalencia con figura paterna y conflicto de identidad

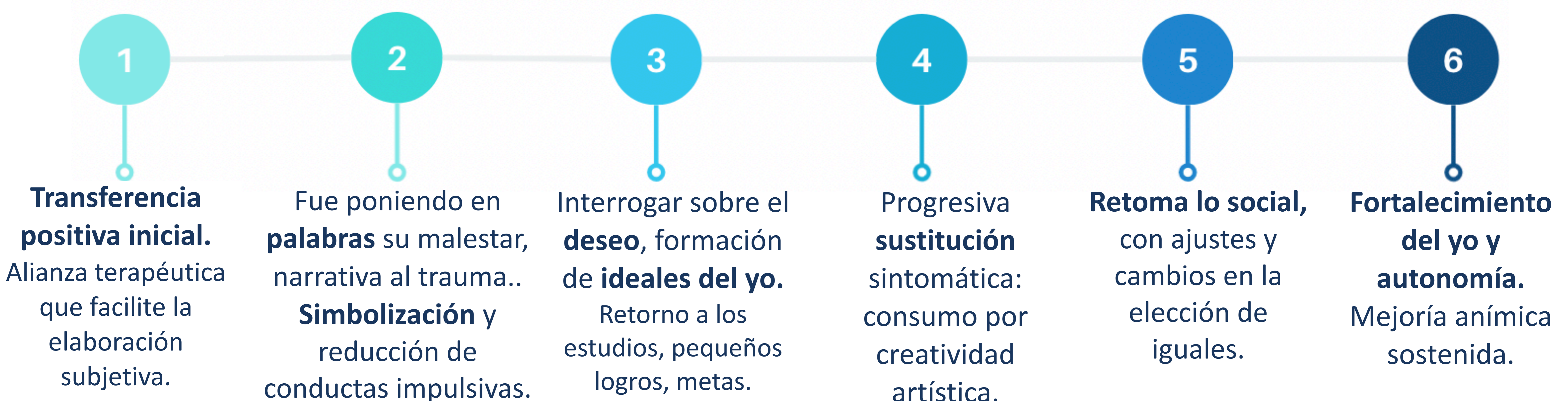
Culpa superyoica por deseos hostiles hacia la figura paterna, objeto simultáneo de amor y odio, ambivalencia y tensión entre identificación y rechazo.

#### Fragmentación identitaria

Conflicto entre ideales del yo (estudios, autonomía, cuidado materno) e identificaciones patológicas no integradas. Crisis adolescente amplificada por trauma y carencia de modelos identificatorio +. Dificultad para construir una identidad coherente.

## EVOLUCIÓN

### De la actuación a la simbolización - Reorganización de la identidad



## CONCLUSIONES

- 1. Funciones múltiples** del consumo (defensivas ante el sufrimiento, búsqueda de identidad..).
- 2. Identidad fragmentada** en un periodo crítico como la adolescencia para la consolidación del yo, y la importancia de las figuras de apego.
- 3. Papel de la transferencia** para crear un espacio de sostén y escucha

## BIBLIOGRAFÍA

Freud, S. (1930/2008). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas* (Tomo XXI). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras completas* (Tomo XVIII). (1920/2008). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas* (Tomo XVIII). *Tótem y tabú*. En *Obras completas* (Tomo XIII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

# JUGANDO A DIBUJAR: LA TÉCNICA DEL GARABATO COMO FACILITADORA DEL PROCESO TERAPÉUTICO

## INTRODUCCIÓN

Winnicott describe la psicoterapia con niños como la superposición de la zona de juego del niño y del terapeuta. El "Juego del Garabato" (Squiggle Game), propuesto por el propio Winnicott, es una técnica que permite dicha superposición. En ella, utilizando como herramientas una hoja en blanco y dos lápices, el terapeuta propone al paciente elaborar dibujos a partir de garabatos sencillos. El paciente completará el garabato propuesto por el terapeuta y el terapeuta completará el garabato propuesto por el paciente, alternándose sin seguir otras reglas definidas. Esta ausencia de reglas dificulta su descripción detallada, pero le da valor a la técnica. Al tratarse del medio de comunicación del paciente en la consulta, es la contribución del paciente la que es leída, pero la contribución del terapeuta en cuanto a creatividad debe estar a la par de la del paciente. Esto permite establecer una relación no jerárquica.

Su uso se plantea, por la sencillez y familiaridad de los elementos que conforman la técnica así como por la participación activa del terapeuta, como alternativa al juego en casos de niños y adolescentes con deficiencias psicomotrices y cognitivas, autoexigentes o inhibidos.

## OBJETIVOS

Aplicar la técnica del "Juego del Garabato" en pacientes en seguimiento en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil siguiendo la propuesta desarrollada teórica y experiencialmente por Winnicott y reflexionar sobre su función en el proceso terapéutico.

## METODOLOGÍA

Elegimos tres pacientes que fueron valorados en consulta de evaluación en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil para aplicar el "Juego del Garabato" en consultas sucesivas.

Hemos planteado el uso de esta técnica con diferentes propósitos en lo que respecta a la conformación de la relación terapéutica o al proceso de anamnesis. Su elección viene marcada por ciertas dificultades surgidas en el proceso terapéutico temprano.

## DISCUSIÓN

Durante el proceso terapéutico, en la relación interpersonal con el terapeuta, deben darse las condiciones para proveer al paciente de una función tipo "holding". Winnicott propone como esencial el juego, mientras que el espacio para la interpretación puede reducirse al mínimo o incluso desaparecer. El terapeuta, además, puede asumir una posición creativa y disfrutar con el juego, al igual que lo hace el paciente niño.

Winnicott describió el "Juego del Garabato" en el contexto de lo que definió como "consulta terapéutica", demostrando cómo a través del juego se podía realizar una intervención terapéutica puntual. En los tres casos que hemos desarrollado se decidió hacer uso de esta técnica una vez realizada la primera consulta de evaluación, pero también de manera puntual. A pesar de las diferencias de las que parten los tres pacientes que hemos tomado como ejemplo, la técnica utilizada muestra cómo la función del juego favorece el proceso terapéutico en la relación entre paciente y terapeuta y, además, el material obtenido puede dar información para la interpretación en un segundo nivel.

## CONCLUSIÓN

Ante casos dispares, tanto de niños como de adolescentes, donde prima la inhibición, poner en práctica el "Juego del Garabato" nos ha sido útil como técnica para construir la relación terapéutica y para la conformación de un espacio potencial en el proceso terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Winnicott, D. W. (2016). The Squiggle Game. En Oxford University Press eBooks (pp. 413-440).
- Winnicott, D.W (1993). Clínica Psicoanalítica Infantil. Hormé, Buenos Aires, 1993.
- García, A. F. (2012). Aportaciones del juego del garabato de Winnicott en la psicoterapia de adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 54, 41-48.
- Winnicott, D. W. (1967). Realidad y juego. Gedisa. Barcelona. 1982.

## VIÑETAS CLÍNICAS

### CASO 1

Niña de 10 años valorada tras realizar intento autolítico con acompañamiento familiar y buena vinculación inicial al espacio terapéutico.

Le proponemos dibujar como herramienta para nuestro psicodiagnóstico, planteando que elabore un dibujo de familia. La paciente se niega alegando que le da pereza dibujar. Exploramos el rechazo y refiere conflictividad con el proceso creativo, no confiando en su imaginación y, quizás, requiriendo de pautas más concretas para el desarrollo de la tarea. Por este motivo, planteamos el "juego del garabato", para el cual se muestra dispuesta, aunque algo desconfiada.

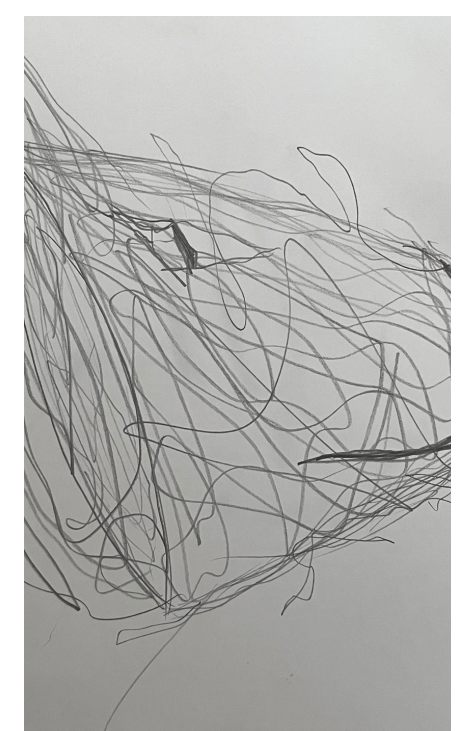
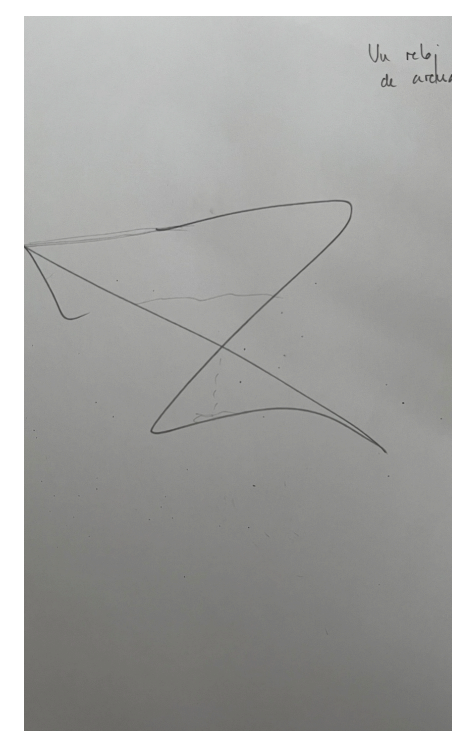
La paciente, inicialmente, recurre a formaciones vagas y abstractas en contraposición a los dibujos más realistas y definidos que el terapeuta completa partiendo de los garabatos que ella propone. A lo largo del proceso, la paciente se muestra relajada e incluso risueña, conectada con la tarea, con actitud proactiva aunque con cierta desgana en el trabajo creativo. Los elementos que surgen en el dibujo permiten hablar de miembros de su familia a los que le recuerdan y, al realizar una exploración de los vínculos con estas figuras, surgen conflictivas familiares.

### CASO 2

Adolescente de 16 años evaluado por déficit de atención en ámbito académico y clínica afectiva con impacto en la dinámica familiar a modo de conductas oposicionistas y agresividad. En la segunda sesión de evaluación, el paciente se muestra retraído y minimizador de su malestar y las consecuencias de este. Con actitud inhibida, impresiona de minusvalorar la propuesta terapéutica y confiar escasamente en el espacio. No se opone a responder a las preguntas formuladas, pero sus respuestas apenas demuestran emocionalidad genuina. El paciente reconoce gustarle dibujar por lo que se le propone el "Juego del Garabato". Con leve latencia previa a la elaboración de los dibujos, desarrolla figuras con forma de animal (un perro, una oveja,...) para las que utiliza una técnica propia de "sombreado", lo cual nos permite hablar de algo propio que conecta con su deseo. Ante el señalamiento de convertir los garabatos en animales, menciona a su mascota y esto le lleva a desarrollar una postura ideológica animalista, así como otros valores importantes para él. En este punto del discurso, podemos observar un mayor calado emocional y un viraje genuino no presenciado previamente.

### CASO 3

Adolescente de 17 años evaluado por problemas atencionales y dificultades inespecíficas de posible origen afectivo-vincular traídas a consulta por su madre. Mantenemos varias sesiones en las que el paciente, aunque colaborador para asistir a las consultas, no es capaz de elaborar una demanda propia de ayuda. Desarrolla un relato vital mediante un discurso parco y minimizador, que elude cualquier tipo de conflictiva. Demuestra escaso interés y desmotivación generalizada. En una consulta se observa por primera vez al paciente movilizado, se muestra retraído posturalmente y verbaliza su rechazo a "las preguntas". En este momento se le plantea el "Juego del Garabato" y lo acepta como alternativa a lo verbal. En los primeros dibujos su contribución es pobre y se limita a cerrar los extremos de los garabatos planteados. En una ocasión, elabora un reloj de arena que, al tratarse de un elemento muy concreto, nos permite poder hablar de los "juegos de mesa" y de la función de estos en las dinámicas con amigos y familia. En todo momento, utiliza un trazo muy fino, en ocasiones casi imperceptible, que contrasta con el trazo grueso y firme de las aportaciones del terapeuta. Progresivamente, aunque con tendencia a recurrir a la imitación, va realizando dibujos más elaborados y se muestra aparentemente más cómodo con la dinámica.



# A PROPÓSITO DE LA GUERRA: UN CASO DEL PROGRAMA DE ENLACE DE SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN.

Álvaro Rodríguez-Torres, Claudia Ruiz-Zuluaga  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## INTRODUCCIÓN

Los adolescentes expuestos a procesos migratorios forzados y a contextos de conflicto armado presentan mayor riesgo de desarrollar alteraciones emocionales y conductuales. Estas manifestaciones pueden expresarse en el contexto escolar mediante irritabilidad, conductas disruptivas o dificultades de integración social.

Los programas de enlace entre salud mental y educación permiten la detección precoz y el abordaje coordinado de estas dificultades en el entorno escolar. El programa desarrollado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón facilita la evaluación clínica del alumnado y el asesoramiento al equipo educativo, favoreciendo una comprensión integral de los casos.

## OBJETIVOS Y MÉTODO

A través de la revisión de un caso clínico atendido en el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, describir posibles formas de impacto psíquico de la guerra y de la experiencia de refugiado en la adolescencia, así como poner de manifiesto las dificultades para el entendimiento y la orientación de estas problemáticas en el ámbito escolar y expresar la utilidad de un programa de intervención en dicho ámbito.

## JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes refugiados provenientes de contextos bélicos pueden presentar manifestaciones emocionales y conductuales relacionadas con experiencias traumáticas variadas, destacando la separación familiar y el propio proceso migratorio.

La coordinación entre el sistema educativo y los servicios de salud mental permite contextualizar estas manifestaciones y orientar adecuadamente la intervención.

## RESULTADOS

Varón de 14 años de origen ucraniano que reside en España desde hace tres años. El caso es derivado por el equipo de orientación escolar por comportamiento opositor y episodios de agresividad verbal y física (se sube a su mesa y simula disparar con las manos) en el centro educativo. En la entrevista con el paciente, relata que se traslada a España coincidiendo con el inicio de la guerra en Ucrania, junto a su madre y su hermano pequeño, quedando el padre en el país de origen. Es entonces cuando comienzan las manifestaciones mencionadas, con acentuación a raíz de la muerte del abuelo paterno en la guerra. Reconoce los episodios de conducta disruptiva y agresiva, los explica como incontrolables, refiere sentirse muy irritable y que tiende a sentirse culpable tras dichos episodios. En la exploración dirigida presenta ánimo bajo y ansiedad, expresa preocupación persistente por la situación de su padre, que permanece en Ucrania luchando en la guerra. Pesadillas con contenidos violentos, sensación de amenaza frecuente. No reviviscencias. Los episodios de mayor conducta disruptiva en el instituto coinciden con momentos en los que recibe noticias preocupantes sobre la situación del país. Dificultades de rendimiento académico, aislamiento en el instituto. La hipótesis diagnóstica señala los problemas de comportamiento en contexto de sintomatología afectiva y postraumática; se inicia tratamiento con ISRS y se realiza derivación a CSM.

El equipo escolar refiere que el paciente presenta actitudes “psicopáticas”, priorizando las medidas educativas correctivas y teniendo actitudes expulsivas. Se trabaja con el equipo docente la visión del paciente, contextualizando los problemas conductuales en las situaciones vivenciales acaecidas, resaltando la necesidad de aportar otros acercamientos y medidas más allá de las comportamentales y explorando y cuestionando connotaciones implícitas esencialistas de los problemas conductuales. El paciente mejora progresivamente a nivel sintomatológico, académico y de integración social.

## CONCLUSIONES

- Los acontecimientos traumáticos, como pueden ser los procesos migratorios o las vivencias en contextos bélicos, pueden impactar significativamente en el ajuste emocional y conductual de los adolescentes.
- La coordinación entre salud mental y sistema educativo facilita la detección precoz y la comprensión contextualizada de las dificultades conductuales.
- Los programas de enlace constituyen una herramienta útil para el abordaje integral de casos complejos en población adolescente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-282.
2. Spaas C, Said-Metwaly S, Skovdal M, et al. School-based psychosocial interventions for improving mental health outcomes in refugee and migrant adolescents: a systematic review. *Psychosoc Interv*. 2023;32(2):83-94.
3. Catani C, Wittmann J, Schmidt T, et al. School-based mental health screening in Ukrainian refugee adolescents: prevalence of emotional and behavioural symptoms. *Front Psychol*. 2023;14:1186255.
4. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Refugee mental health and psychosocial support: global guidance. Geneva: UNHCR; 2022.

# MÁS ALLÁ DEL TIEMPO DE PANTALLA: CALIDAD DEL USO DE REDES SOCIALES Y DESARROLLO DE LA IDENTIDAD ADOLESCENTE.

Autor: Ana Rodríguez Lorente. Coautores: Isabel Rodríguez Lorente, Marina Felipe Almira, Ana Ballesteros Fernández y Martín Solano Salinas.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período crítico para la formación de la identidad, durante el cual los individuos exploran, negocian y consolidan su sentido del yo. El enorme aumento del uso de redes sociales ha transformado profundamente este proceso. Informes recientes de la Comisión Europea (2024) y del INJUVE (2024) indican que el 94 % de los adolescentes de entre 12 y 17 años utilizan redes sociales a diario, con un tiempo medio de pantalla superior a 3,6 horas al día. Plataformas como TikTok, Instagram y otras aplicaciones de vídeos cortos exponen a los adolescentes a una retroalimentación constante, modelos idealizados y estilos de vida cuidadosamente seleccionados, modificando la forma en que construyen y presentan sus identidades. Mientras que algunos estudios sugieren que una participación activa y auténtica favorece la exploración de la identidad, la claridad del autoconcepto y el bienestar emocional, otras investigaciones relacionan el consumo pasivo, la autopresentación idealizada y la comparación social constante con la disonancia identitaria, la confusión del autoconcepto y el malestar psicológico. Sin embargo, la evidencia sigue siendo inconsistente, lo que pone de manifiesto la necesidad de una síntesis integradora de los hallazgos para comprender mejor el impacto complejo de las redes sociales en el desarrollo de la identidad adolescente.

## OBJETIVOS

Esta revisión narrativa tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la relación entre el uso de redes sociales y el desarrollo de la identidad en adolescentes. Se centra en comprender cómo diferentes patrones de participación —uso activo frente a pasivo, autopresentación auténtica frente a idealizada y dinámicas de comparación social— influyen en la claridad del autoconcepto, la coherencia identitaria y el bienestar psicológico.

## JUSTIFICACIÓN

El uso de redes sociales forma parte central de la vida cotidiana de los adolescentes, coincidiendo con un periodo clave para la construcción de la identidad. Sin embargo, la evidencia sobre su impacto en el desarrollo identitario y el bienestar psicológico es heterogénea y, en ocasiones, contradictoria. Por ello, resulta relevante sintetizar la evidencia disponible para comprender mejor cómo las dinámicas de uso de redes sociales pueden influir en la construcción de la identidad durante la adolescencia.

## MÉTODO

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, PsycINFO, Scopus, SpringerLink y ScienceDirect. Además, se revisaron informes institucionales del INJUVE, ONTSI y la Comisión Europea/JRC para aportar datos recientes sobre el uso de smartphones y redes sociales en adolescentes. Estrategia de búsqueda: (adolescent OR teen OR youth) AND ("identity" OR "self-concept clarity" OR "identity dissonance" OR "identity fragmentation" OR "identity distress") AND ("social media" OR smartphone OR TikTok OR "short-video")

Criterios de inclusión: Estudios revisados por pares publicados entre 2019 y 2025. Poblaciones adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años. Estudios que evaluaran el desarrollo de la identidad, la claridad del autoconcepto, el malestar relacionado con la identidad o la salud mental en el contexto del uso de redes sociales. Informes institucionales que proporcionaran estadísticas sobre el uso de redes sociales en adolescentes.

Criterios de exclusión: Publicaciones anteriores a 2019. Estudios realizados únicamente con muestras de adultos. Editoriales, cartas y comentarios sin datos empíricos.

Proceso de selección: Se revisaron títulos, resúmenes y textos completos. Se priorizaron los estudios que incluían medidas validadas de constructos relacionados con la identidad o que evaluaban mediadores como la comparación social, la autopresentación idealizada y las conductas de búsqueda de validación. Se incluyeron un total de 16 fuentes —12 estudios revisados por pares y 4 informes institucionales— que constituyen la base de esta síntesis.

## RESULTADOS

Los estudios revisados muestran hallazgos heterogéneos, pero destacan patrones comunes en la relación entre el uso de redes sociales y el desarrollo de la identidad en adolescentes. Tanto la revisión de Valkenburg et al. (2022) como la revisión sistemática de Avci, Baams y Kretschmer (2024) coinciden en que no es la cantidad de tiempo en línea lo que predice los resultados relacionados con la identidad, sino la calidad del uso y la forma en que los adolescentes negocian su autopresentación digital. Según Avci et al. (2024), el uso activo de las redes sociales (compartir contenido, expresar opiniones e interactuar de manera bidireccional) favorece la exploración de la identidad y un mayor sentido de pertenencia. En cambio, el uso pasivo, centrado principalmente en el consumo de contenido, se asocia con mayor confusión identitaria y menor claridad del autoconcepto.

Un factor clave es la autopresentación en redes, entendida como la forma en que los adolescentes se muestran en línea:

Autopresentación auténtica: compartir aspectos reales de uno mismo, asociada con mayor coherencia identitaria y bienestar emocional.

Autopresentación idealizada: proyectar una versión perfeccionada o ficticia de uno mismo, asociada con disonancia identitaria, definida como la tensión interna entre el yo real y el yo digital.

Otros estudios complementan estos hallazgos. Wang et al. (2024) muestran que un mayor uso de aplicaciones de vídeos cortos se asocia con menor claridad del autoconcepto, fenómeno intensificado por la autoexpansión digital: la percepción de “extender” la propia identidad a través de las redes sociales, lo que paradójicamente puede aumentar la confusión identitaria.

Pérez-Torres (2024) describe las redes sociales como un “espejo social digital”, donde la identidad se construye de forma dinámica a través de la retroalimentación continua de audiencias, modelos de referencia y procesos de comparación social. Este último factor emerge como central. Dorčić et al. (2023) demuestran que la comparación social intensiva empeora la satisfacción con la imagen corporal, mientras que Vartanian et al. (2023) señalan que una baja claridad del autoconcepto aumenta la vulnerabilidad a presiones relacionadas con la apariencia y al malestar psicológico.

De forma similar, Conte et al. (2024) subrayan que plataformas como TikTok, debido a su énfasis en la autopresentación idealizada, la comparación constante y la validación externa, pueden actuar como factores de riesgo indirectos para problemas relacionados con la identidad, favoreciendo la fragmentación del yo y la dependencia de la aprobación social.

En conjunto, los hallazgos sugieren que el impacto de las redes sociales en la identidad adolescente es complejo y bidireccional: mientras que la autopresentación auténtica y el uso activo pueden promover la exploración identitaria y el bienestar, el consumo pasivo, la comparación social constante y la búsqueda de validación se relacionan con disonancia identitaria, confusión del autoconcepto y malestar emocional.

## CONCLUSIONES

La evidencia revisada muestra que la relación entre el uso de redes sociales y el desarrollo de la identidad en la adolescencia es compleja y multidimensional. Los riesgos no están determinados principalmente por el tiempo de uso, sino por la **calidad de la participación y la forma** en que los adolescentes construyen y negocian sus identidades digitales. Mientras que la autopresentación activa y auténtica puede favorecer la exploración identitaria, el sentido de pertenencia y el bienestar; el uso pasivo, la autopresentación idealizada, la comparación social constante y la búsqueda de validación se relacionan con disonancia identitaria, confusión del autoconcepto y malestar psicológico.

No obstante, la literatura revisada presenta una alta heterogeneidad metodológica y resultados inconsistentes, lo que limita la posibilidad de extraer conclusiones definitivas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover un uso reflexivo y consciente de las redes sociales, fomentando en los adolescentes una construcción identitaria más auténtica y menos dependiente de la validación externa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Avci H., Baams L., Kretschmer T. A Systematic Review of Social Media Use and Adolescent Identity Development. *Adolescent Research Review*, 2024. (Springer | PubMed | PMC). SpringerLinkPubMedPMC
- Pérez-Torres V. Social media: a digital social mirror for identity development during adolescence. *Current Psychology*, 2024. (Springer; PDF institucional URJC). SpringerLinkBurjcdigital
- Wang Y., et al. Short-video applications use and self-concept clarity among adolescents: The mediating roles of flow and social media self-expansion. *Acta Psychologica*, 2024. (ScienceDirect | PubMed). ScienceDirectPubMed
- Dorčić T.M., Perić M., Tomić S. Effects of Social Media Social Comparisons and Identity Processes on Body Image Satisfaction in Late Adolescence. *Europe's Journal of Psychology*, 2023. (EJOP | PMC). EjopPMC
- Vartanian L.R., et al. Testing the Identity Disruption Model among Adolescents. (vulnerabilidad por ↓ claridad del autoconcepto). 2022. (PubMed | PMC). PubMedPMC
- Conte G., et al. Scrolling through adolescence: a systematic review of the impact of TikTok on adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2024. (PubMed | Springer). PubMedSpringerPMC
- Valkenburg P.M., Meier A., Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: an umbrella review of the evidence. *Current Opinion in Psychology*, 2022. (PubMed | PDF). PubMedPre



# EL GRUPO DE OBSERVACIÓN DIAGNÓSTICA: Un puente entre la acción y el pensamiento en la infancia

## Autores:

Isabel Martín Talavera, FEA Psiquiatría. USMC Alcalá de Guadaira  
Fuensanta Sánchez Muñoz, MIR Psiquiatría USMC Alcalá de Guadaira  
Elena García Sánchez, Enfermera Especialista en Salud Mental.  
USMC Alcalá de Guadaira  
Ana María Dopico Cervera, FEA Psiquiatría USMC Utrera.



## 1. Introducción

La **evaluación de menores de 5-6 años con sospecha de TDAH** requiere ir más allá de la taxonomía diagnóstica.

Basándonos en la convicción de que el grupo actúa como motor del desarrollo, el presente trabajo describe un **dispositivo de observación diagnóstica grupal**. Este modelo permite transitar hacia una clínica basada en la escucha y la representación, donde el juego permite la expresión simbólica de las angustias y los conflictos infantiles.

## 2. Objetivos

- **GENERAL:** Crear un espacio de observación diagnóstica grupal para diferenciar aspectos madurativos, relacionales y sintomáticos
- **ESPECÍFICOS:**
  - Evaluar la capacidad de simbolización y calidad del juego con pares
  - Identificar dinámicas vinculares que mimetizan la sintomatología inatenta/hiperactiva.

## 3. Metodología

Estudio observacional basado en un proyecto de **3 sesiones de una hora** grupales y una sesión final de devolución con cada familia.

Coordinación: FEA psiquiatría, Enfermera de Salud Mental, MIR de psiquiatría.

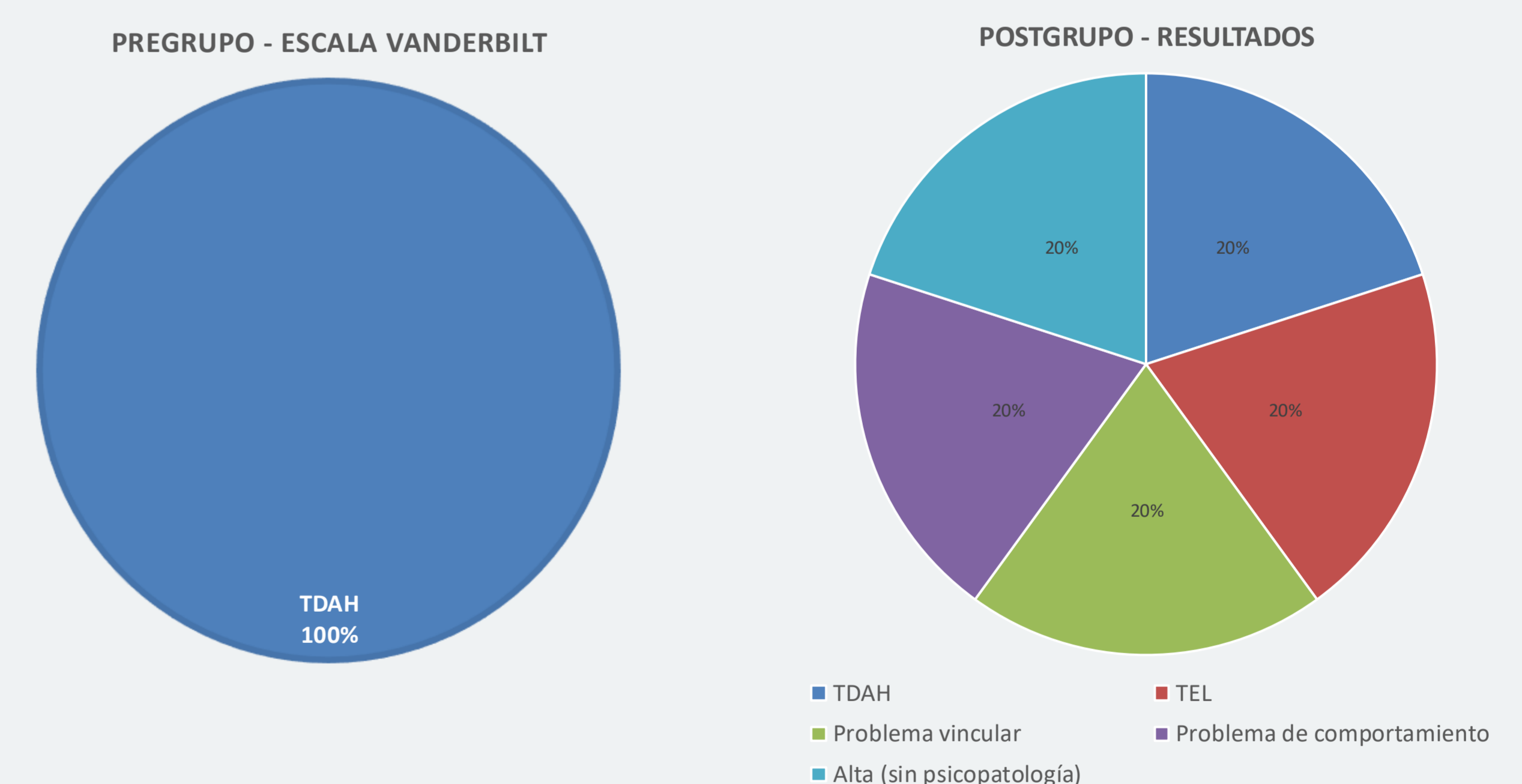
**S1 (conjunta):** observación de interacción vincular padres-hijos y recogida del motivo de consulta.

**S2 y S3 (exploración):** Dos sesiones de hora de juego diagnóstica grupal con los menores.

**Sesión final de devolución:** Entrevista individual con cada familia donde se aborda orientación diagnóstica y plan terapéutico.

## 4. Resultados

Observamos una **marcada discrepancia entre el cribado inicial y la observación clínica**. Se observa un juego dinámico y respetuoso donde la impulsividad emergía asociada a las dificultades vinculares y relacionales. El dispositivo permitió transitar de una sospecha sindrómica basada en escalas y cuestionarios a una comprensión psicodinámica y evolutiva de la sintomatología del menor.



## 5. Discusión o Conclusiones

Podemos concluir que el grupo de observación actúa como un **filtro de calidad diagnóstica**, evitando etiquetar a menores de TDAH en un alto porcentaje de la muestra.

La intervención pasa de un **enfoque** centrado en el síntoma (TDAH) a uno **centrado en el vínculo y la relación**.

Destacar que el trabajo en equipo facilitó que las familias aceptaran una orientación distinta a la esperada, reduciendo la presión por la medicalización.

El grupo **permitió transformar la acción impulsiva en palabra y juego**, revelando la verdadera naturaleza del malestar del menor.

## 6. Bibliografía:

- Fernández, J. & Masip, C. El grupo terapéutico como motor del Desarrollo. *Sepypna*
- González Villanueva, A et al. Entre la acción y el pensamiento; el grupo terapéutico. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente*
- Martín, L García, M. Terapia de grupo en trastornos del comportamiento infantil. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*
- Torrás de Bea, E. Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y adolescencia.

# Déficits en la simbolización y construcción de la identidad: intervención terapéutica en hospital de día infantil.

Córdoba Sanchis, Sara<sup>1</sup>; Polanco Correa, Arturo Miguel<sup>2</sup>; Alcamí Álvarez-Arenas, Julia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga clínica en Neural Mentalia - Área norte

<sup>2</sup> Psiquiatra en Neural Mentalia - Área norte

<sup>3</sup> Psiquiatra

## Introducción

La capacidad de simbolización constituye un hito fundamental en el desarrollo emocional y cognitivo infantil. Según Stanley I. Greenspan, el pensamiento simbólico emerge en el contexto de interacciones emocionales tempranas que permiten al niño representar internamente sus experiencias. Cuando estas interacciones se ven alteradas, puede observarse un desarrollo madurativo detenido y dificultades en la simbolización, manifestadas en pensamiento concreto, dificultades en la regulación emocional y conductas disruptivas. Desde la perspectiva de Donald Winnicott, el juego y el espacio transicional entre el niño y las figuras cuidadoras constituyen el terreno donde se desarrolla la capacidad simbólica. La ausencia de este espacio puede limitar la posibilidad de elaborar experiencias emocionales a través del juego y la representación. La construcción de la identidad en la infancia depende en gran medida del desarrollo de la capacidad de simbolización, que permite al niño representar sus experiencias emocionales y relacionales. Cuando estos procesos se encuentran detenidos, la expresión de la experiencia psíquica puede aparecer predominantemente a través de la conducta.

## Objetivos / hipótesis

Describir la evolución clínica de un niño con detención del desarrollo simbólico tratado en hospital de día infantil y analizar la intervención desde los modelos teóricos de Greenspan y Winnicott en relación con los procesos de construcción de la identidad.

Se plantea la hipótesis de que las dificultades en la simbolización y en la investidura del lenguaje pudieron funcionar parcialmente como organización defensiva en un contexto familiar marcado por la presencia de un secreto sobre el origen del paciente.

## Justificación

El Hospital de Día infantil puede constituir un entorno terapéutico intensivo que favorezca la reactivación de procesos evolutivos detenidos mediante experiencias emocionales correctoras y la creación de un entorno relacional mentalizador.

Desde el modelo evolutivo de Greenspan, el desarrollo del pensamiento simbólico requiere un entorno relacional que facilite la organización emocional de la experiencia. En contextos donde ciertos contenidos relacionales permanecen no mentalizados o implícitamente prohibidos, el desarrollo de la simbolización puede verse limitado. Desde la perspectiva de Winnicott, el acceso al juego y al espacio transicional depende de un entorno que tolere la emergencia de la realidad psíquica del niño.

La presencia de un secreto familiar puede restringir este espacio, limitando la posibilidad de simbolizar determinados aspectos de la experiencia.

## Intervención

El tratamiento se desarrolló en el marco del Hospital de Día como entorno terapéutico intensivo, funcionando como una familia terapéutica sustitutiva.

Los ejes de intervención fueron:

- Favorecer procesos de separación-individuación.
- Fortalecimiento de las funciones yoicas.
- Desarrollo de la simbolización mediante juego y experiencias relacionales.
- Creación de un entorno mentalizador.
- Exposición progresiva a la frustración y a la realidad.

De forma paralela se realizó trabajo psicoterapéutico con la familia orientado a disminuir la sobreprotección, favorecer la diferenciación del menor y elaborar progresivamente el secreto familiar.

## Resultados

Durante el proceso terapéutico se observó:

- Mayor capacidad de regulación emocional.
- Incremento del uso del lenguaje como medio de expresión.
- Aparición progresiva de recursos simbólicos.
- Aumento de la tolerancia a la frustración.
- Mayor autonomía respecto a la figura materna.

Posteriormente, la familia valoró que el menor había desarrollado recursos yoicos suficientes para abordar la revelación del secreto familiar, que fue finalmente comunicada durante el proceso terapéutico.

Actualmente el paciente se encuentra en proceso de reincorporación satisfactoria al entorno escolar.

## Discusión y conclusiones

En este caso, la escasa investidura del lenguaje y de los procesos simbólicos podría entenderse parcialmente como un fenómeno defensivo vinculado a la presencia de un secreto familiar. La limitación en el desarrollo de lo simbólico habría funcionado como un modo de evitar la representación mental de contenidos potencialmente conflictivos.

La evolución clínica sugiere que el fortalecimiento de las funciones yoicas y la creación de un entorno terapéutico mentalizador permitieron ampliar el espacio simbólico del paciente, facilitando posteriormente la elaboración psíquica de contenidos familiares previamente no representados.

El desarrollo de la simbolización no solo permitió una mejor regulación emocional, sino también una mayor integración de aspectos de la identidad del paciente.

Este caso pone de relieve cómo las dificultades en la simbolización pueden estar vinculadas no solo a factores individuales del desarrollo, sino también a dinámicas relacionales familiares que condicionan qué aspectos de la experiencia pueden ser pensados, nombrados y representados.

## Método

### Diseño

Diseño estudio de caso clínico.

### Muestra

Niño de 10 años derivado a Hospital de Día Infantil por alteraciones graves de conducta y episodios de agitación en el contexto escolar, asociado a trastorno expresivo del lenguaje.

### Evaluación clínica inicial

- Desarrollo madurativo detenido.
- Importantes dificultades en la simbolización.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Conductas disruptivas como forma predominante de expresión emocional.

### Contexto familiar

- Sobreprotección parental significativa.
- Escasa diferenciación respecto a la figura materna.
- Presencia de un secreto familiar relacionado con el origen del paciente.

## Referencias

Greenspan, S. I., & Shanker, S. G. (2004). The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans. Da Capo Press.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1998). The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth. Addison-Wesley.

Winnicott, D. W. (1971). Playing and reality. Tavistock Publications.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. International Journal of Psycho-Analysis, 34(2), 89-97.

Fonagy, P., & Target, M. (1997).

Attachment and reflective function: Their role in self-organization.

Development and Psychopathology, 9(4), 679-700.

# Tratamiento de la psicosis desde el CSM infantojuvenil: un abordaje psicoanalítico

XXXVII Congreso Nacional de Sepypna

Carmen García Oliver - Psiquiatra en equipo infantojuvenil del CSM Ciudad Lineal, HRyC

Roberto Crespo Rubio - Psiquiatra interconsulta infantojuvenil, HGUGM

## Introducción, Objetivos e Hipótesis

### Introducción

En la actualidad, el abordaje de la psicosis en la adolescencia se realiza principalmente en los Centros de Salud Mental (CSM), debido a la limitación de los recursos asistenciales intensivos, tanto en términos de disponibilidad como de duración de las intervenciones.

### Objetivos e Hipótesis

El acompañamiento terapéutico (acompañado de una propuesta farmacológica en muchos casos), entendiendo la psicosis como defensa según la propuesta psicoanalítica, permite:

- Favorecer la adherencia al seguimiento
- Disminuir la angustia ante los síntomas
- Favorecer la recuperación funcional
- Disminuir la categorización de los menores por un diagnóstico

Para ello es necesario conocer las intervenciones posibles y la diferenciación técnica frente a otras estructuras neuróticas en la adolescencia.

## Justificación

En este contexto, resulta fundamental que los profesionales de los CSM puedan sostener y acompañar a estos pacientes a lo largo de su proceso terapéutico, tanto en momentos de estabilidad clínica como durante episodios agudos, ofreciendo un abordaje adecuado desde la práctica clínica.

## Método: Intervenciones terapéuticas psicoanalíticas

Presentación de intervenciones terapéuticas según la perspectiva psicoanalítica para trabajar con la psicosis en adolescentes.

1

### Construcciones imaginarias

- Ayudar en la construcción del delirio para que no "roce" con la realidad. Ej. perseguidores como dioses en vez de que sean los padres.
- Otorgar sentido a las vivencias y relacionarlo con emociones. Ej. "Parece que cuando te sientes más solo es cuando comienzan estas voces".
- Prestar menos atención al "síntoma" y más al desarrollo identitario. Ej. no insistir en disminuir uso de pantallas sino preguntar y comprender a qué juega, con quién, etc.
- Favorecer la creación de narrativas y creatividad, que puede ser la forma de ordenar su mundo. Ej. acompañar la creación de historias: videojuegos y sus personajes, escritura, juegos de creación de historias, etc.

1

### Cambio de posicionamiento terapéutico

De interpretativo a acompañamiento, otorgando una mirada de afecto que repare historias vinculares pasadas.

2

### Control de daños

Ingreso en caso de riesgo vital, dificultades en la contención familiar.

3

### Salir de la omnipotencia

Derivar a recursos intensivos cuando se considere necesario.

CASO 1

### Chico de 16 años

Episodios de agresividad hacia sus padres en contexto de estructura psicótica. Trabajo relacionado con la creación de una "novela" en la que el protagonista tiene que repetir su historia una y otra vez hasta que sea correcta, pero cada vez que se repite, tiene un clon nuevo.

Mediante esta historia y acompañando con preguntas, permite que este chico pueda plantearse cuestiones sobre su propia identidad.

CASO 2

### Chico de 17 años

Episodio psicótico agudo con delirio de dobles. Tras un ingreso debido a las dificultades de contención familiar, se pudo comenzar a relacionar la aparición de dobles de sus padres con historia vincular deficitaria, otorgándole un sentido al delirio que le está permitiendo terminar 2º Bachillerato.

## Discusión y Conclusiones

En el acompañamiento de las psicosis, es necesario que el terapeuta se coloque, como decía Lacan, como el "secretario del alienado".

De este modo, se puede acompañar el proceso sin culpabilización, sosteniendo el ritmo que marca el paciente y permitiendo el despliegue de la propia identidad y no su encajonamiento en lo "esperable para su edad".



### Sin culpabilización

Acompañar el proceso sin culpabilizar al paciente por sus vivencias o síntomas.



### Ritmo del paciente

Sostener el ritmo que marca el propio paciente a lo largo del proceso terapéutico.



### Despliegue identitario

Permitir el despliegue de la propia identidad y no su encajonamiento en lo esperable.

# FACTORES SOCIALES Y DIAGNÓSTICOS EN LA PREVALENCIA DEL TDAH: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marie-Christin Kraneis (PIR 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

José Torres Priego (PIR1) Hospital de Baza



## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos **más diagnosticados** en el mundo, con una prevalencia estimada del **5,3% a nivel mundial y un 6,8% en España** (Catalá-López et al., 2012). La prevalencia en **población pediátrica** se estima entre un **2 y 12%** (Rusca-Jórdan).

Tradicionalmente se ha explicado principalmente por factores **neurobiológicos**. Sin embargo, investigaciones recientes y literatura crítica señalan la influencia de factores **sociales, culturales y educativos** en la construcción y expansión del diagnóstico. El incremento de casos ha generado **debate** sobre la posible **patologización de conductas infantiles** que no se ajustan a las normas escolares y sociales.

## JUSTIFICACIÓN

El aumento del diagnóstico de TDAH ha generado **controversia** sobre la posible **medicalización** y **patologización** de ciertos comportamientos infantiles. Explorar los factores sociales, educativos y culturales implicados permite **ampliar la comprensión** del fenómeno y contribuir a enfoques más **integrales** y **contextualizados** en su evaluación y abordaje.

## OBJETIVOS

- Identificar **factores** que influyen en la **alta prevalencia** del TDAH y en el aumento de este diagnóstico en las **últimas décadas**.
- Determinar elementos del mundo social que rodea y sostiene el diagnóstico.

## MÉTODO

### Diseño del estudio:

- Revisión narrativa de la literatura científica (**2016-2026**)
- **Bases de datos:** PubMed, Medline, Scopus

**Palabras clave:** TDAH, sobrediagnóstico, prevalencia, factores socioculturales

Análisis cualitativo de los **4 artículos científicos** seleccionados (revisión sistemática y revisiones de la literatura)

## REFERENCIAS

1. Londoño Paredes, D.E. (2017). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(132), 477-496.
2. Ñañez González, N.C., Duque Fonseca, N., Betancur, M.Y. (2019). Sobrediagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH). Universidad Católica de Pereira.
3. Rivera Babuena, F. (2026). La prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. Psicología Educativa, 2(22), 81-85.
4. Rodríguez Márquez, C.A., Alamano, V., Cejas, J., Marcos, T. (2025). TDAH en contextos Latinoamericanos: Un análisis crítico del diagnóstico, la escolarización y los procesos de medicalización. Debates críticos. Revista interdisciplinaria de ciencias sociales y de la salud, 2(2025).

## RESULTADOS

### Factores diagnósticos

- Posible **sobrediagnóstico** asociado a herramientas de evaluación con baja especificidad basadas en **juicios subjetivos de padres y docentes**.
- **Variabilidad en criterios diagnósticos** e instrumentos clínicos.
- Alta **comorbilidad** con otros trastornos.

### Factores sociales y educativos

- Tendencia a **patologizar comportamientos infantiles** que no se ajustan a la disciplina escolar ("fracaso escolar") y/o a las normas sociales.
- **Cambios sociales** como transformación de estilos de crianza, mayor participación laboral de los padres, externalización del cuidado infantil.

### Factores socioculturales

- **Globalización de modelos diagnósticos** y tratamientos, especialmente del sistema estadounidense.
- Ideal contemporáneo de **individuo autónomo, autorregulado y productivo** (individualismo y capitalismo).
- El diagnóstico puede ofrecer **explicación médica al malestar cotidiano**.

### Medicalización

- Uso de fármacos para **adaptar la conducta a las expectativas escolares y sociales**.
- **Riesgos del sobrediagnóstico:** estigmatización, problemas de autoestima, ansiedad o depresión, efectos secundarios farmacológicos.

## CONCLUSIÓN

El incremento del diagnóstico de TDAH puede reflejar, en parte, procesos de **patologización** de la infancia.

Es necesario promover **evaluaciones diagnósticas rigurosas** y **contextualizadas** para evitar diagnósticos erróneos y medicalización innecesaria. Se requiere una **perspectiva holística**, que considere tanto factores neurobiológicos como sociales y culturales.

Futuras investigaciones deberían incluir **enfoques antropológicos y sociológicos**, especialmente en países con baja prevalencia del diagnóstico. Es fundamental fomentar entornos escolares, familiares y comunitarios inclusivos, que **promuevan el bienestar emocional y social** de los niños.

### LIMITACIONES

- **Escasez de estudios** sobre consecuencias del sobrediagnóstico en población infantil.
- Posibles **conflictos de interés** y **limitaciones metodológicas** en parte de la literatura científica.



# SCROLL, LIKES Y AUTOLESIONES

## UNA REVISIÓN NARRATIVA EN LA ERA DE TIKTOK

Laura Martín Chica. Residente de Psicología Clínica R1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada)  
Belén Castellano Ruiz. Residente de Psicología Clínica R2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)  
Ana Haro Soler. Residente de Psicología Clínica R1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada)  
Eva Flores Cervera. Residente de Psicología Clínica R3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada)

### INTRODUCCIÓN

En la última década, las redes sociales han transformado la socialización adolescente. **TikTok** se ha convertido en una de las plataformas líderes con un sistema de recomendación (algoritmo) que prioriza la alta estimulación visual. En España, el **61% de los adolescentes usa TikTok**, pasando una media de 1,5 horas diarias en la aplicación.

Sin embargo, esta arquitectura digital ha facilitado la aparición de **comunidades centradas en la Autolesión No Suicida**. El consumo de estos videos puede incrementar el riesgo al normalizar conductas autolesivas, e incluso contribuir al aumento de la frecuencia de las autolesiones; al mismo tiempo que contribuye a la construcción de identidad digital y genera un sentimiento de pertenencia al conectar con pares que atraviesan experiencias similares.

### JUSTIFICACIÓN

Existe una **desconexión entre la rapidez con la que evoluciona el entorno digital y la capacidad de los profesionales de la salud para comprender estas nuevas dinámicas de interacción digital**. Esta revisión surge ante la necesidad de **comprender cómo el consumo de contenido en esta red social actúa como un mecanismo complejo de riesgo y protección**, moldeando la interacción de los adolescentes con la autolesión en el contexto digital

### OBJETIVO

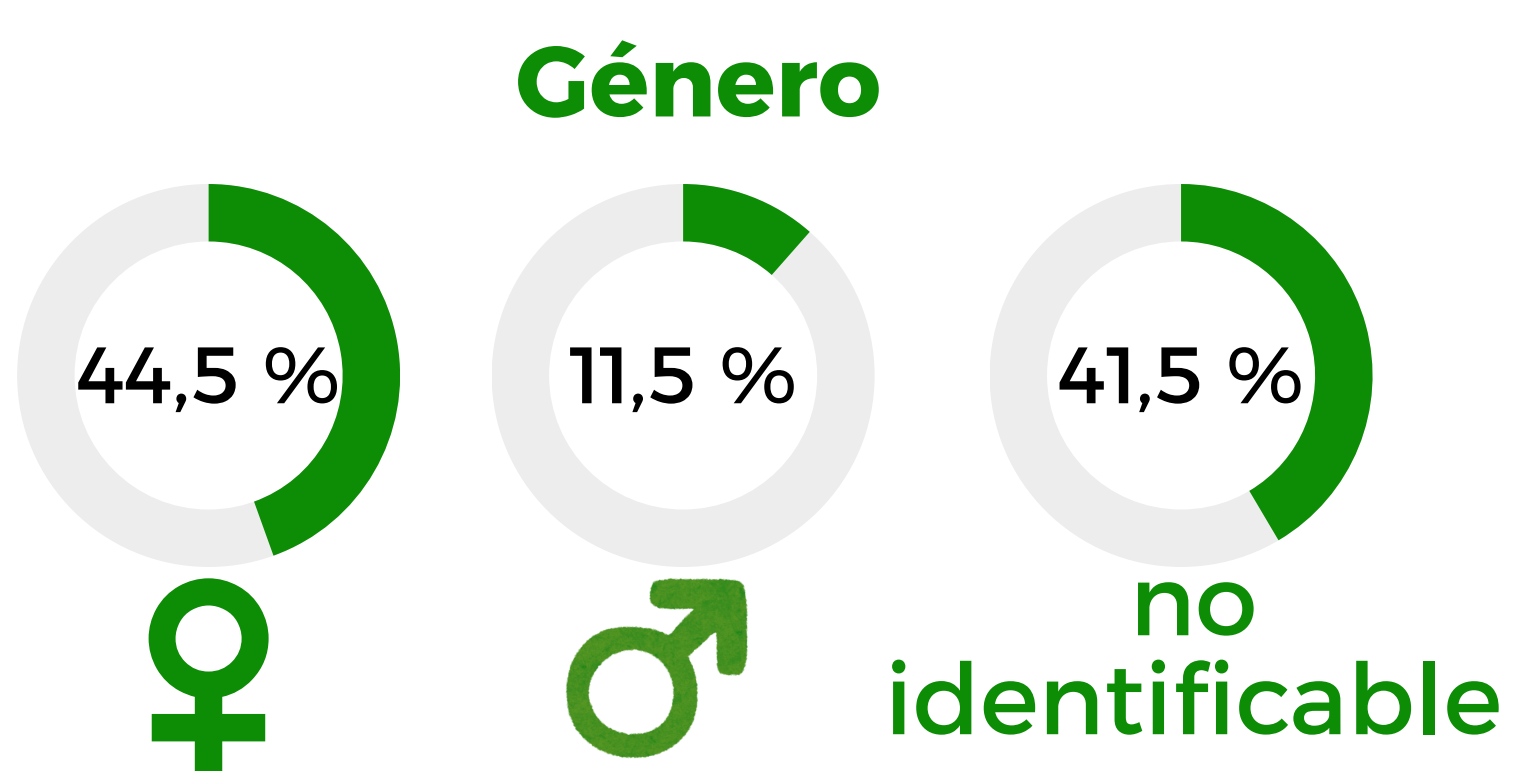
Analizar la **evidencia actual** sobre la naturaleza del contenido, las experiencias juveniles y el impacto de **TikTok** en relación con las **autolesiones** en la población adolescente.

### MÉTODO

Se realizó una **revisión narrativa** sintetizando 6 artículos (2023-2024), incluyendo protocolos de revisión sistemática, análisis cualitativos de comunidades digitales y estudios transversales indexados en PubMed, ScienceDirect y la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.  
**Palabras clave:** TikTok, autolesión, adolescentes.  
**Criterios:** Estudios que analizan específicamente la plataforma TikTok y su relación con conductas autolíticas.

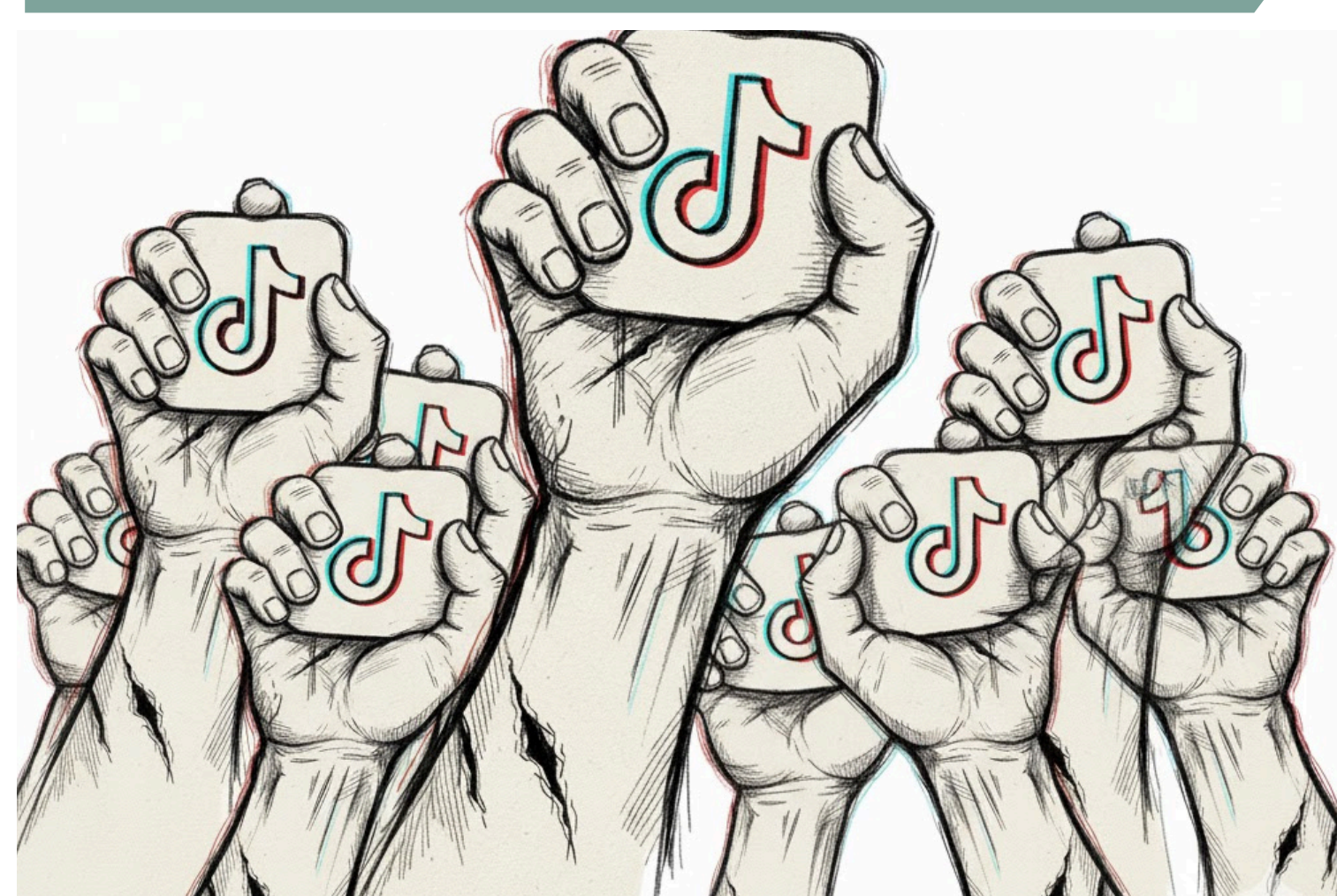
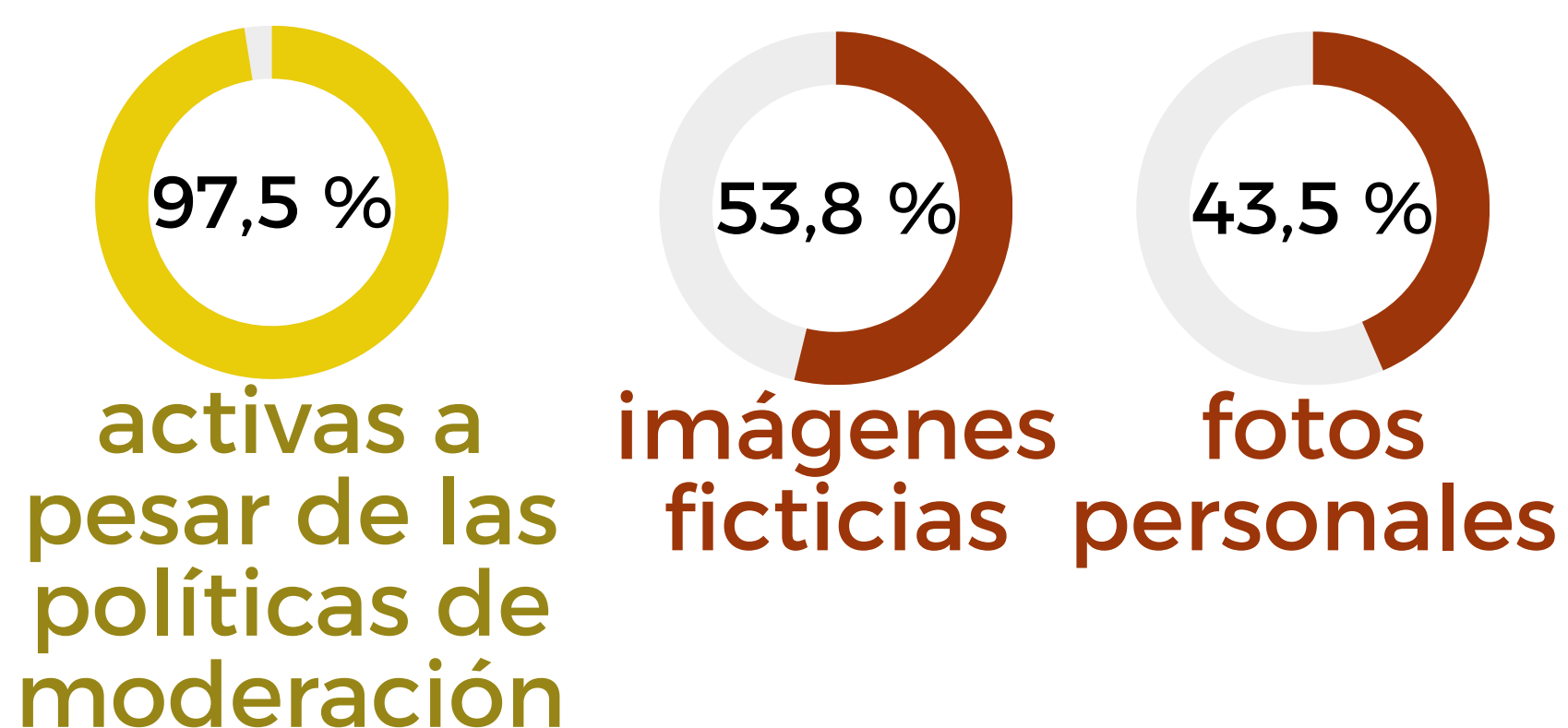
### RESULTADOS

#### Características de los perfiles que publican contenido



#### Estado de las cuentas

#### Anonimato



#### Estrategias comunicativas y lenguaje

Lenguaje **indirecto, eufemístico, codificado**

**Emojis**

**Hastags**

#### Funciones del contenido

**Identidad digital**

expresión de experiencias personales y construcción de narrativa del yo

**Pertenencia**

apoyo entre pares, validación de emociones.

**Afrontamiento**

desahogo emocional, estrategias compartidas de regulación afectiva.

**Riesgo**

normalización, competencia, glamurización

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La evidencia sugiere que TikTok actúa como un **arma de doble filo** en relación con la autolesión adolescente. Por un lado, la dinámica algorítmica puede amplificar la exposición a contenidos que contribuyen a la **normalización** de estas conductas. Por otro, la plataforma ofrece un **espacio de expresión personal**, donde los jóvenes construyen su identidad digital y comparten experiencias de malestar.

TikTok puede representar un **riesgo** en relación con la autolesión, al facilitar la exposición sin moderación

Favorece la creación de **comunidades** de pares, donde los jóvenes encuentran validación emocional, sensación de pertenencia y comparten estrategias de afrontamiento.

Estos hallazgos resaltan la **necesidad de fortalecer la moderación de contenidos y promover un uso más seguro de la plataforma.**

García-Ferrellar, C., Sánchez-Ortiz, J. V., Rojo-Bofill, L. M., & Tabarés-Seisdedos, R. (2025). Effect of TikTok on self-harm and suicidal behavior in the adolescent population: Protocol for a systematic review. JMIR Research Protocols, 14, e78600. <https://doi.org/10.2196/78600>  
Grant-Allen, C., Wang, L., Amini, J., Dhallui, S., Sinyor, M., & Mitchell, R. H. (2025). Self-harm and suicide-related content on TikTok: Thematic analysis. Journal of Medical Internet Research, 27, e77828. <https://doi.org/10.2196/77828>  
Lookingbill, V. (2022). Examining non-suicidal self-injury content creation on TikTok through qualitative content analysis. Library & Information Science Research, 44(4), 101199. <https://doi.org/10.1016/j.lisr.2022.101199>  
Martín Muñoz, D., & Azañón Mezcuidado, D. (2024). Comunidad digital de las autolesiones de los menores en tiktok: Aproximación metodológica cuantitativa y cualitativa. VISUAL REVIEW. International Journal of Visual Culture Review / Revista Internacional de Cultura Visual, 16(4), 61-74. <https://doi.org/10.6216/revvisual.v16.5292>  
Martínez-Pastor, F., Blanco-Ruiz, M., & Feijóo, S. (2025). Digital mental health and hidden support: a qualitative analysis of non-suicidal self-injury communities on TikTok. Frontiers in Digital Health, 7(1645276), 1645276. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1645276>  
Mitchell, R. H., Dhallui, S., Amini, J., Sánchez-Morales, D. A., Lebowitz, R., Tang, V., Zaheer, J., Lewis, S. P., Niederkrotenthaler, T., & Sinyor, M. (2025). 50.3 youth experience of self-harm and suicide-related content on TikTok. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 64(10), S408-S409. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.07.974>

# Impacto del trauma temprano en el desarrollo del self y el neurodesarrollo: presentación de un caso clínico

Teresa Ponte López<sup>1</sup>, Olatz Estévez Caballero<sup>2</sup>, Sergi Andrés Fradera<sup>2</sup>, Cristina M. Rodríguez Herrera<sup>1</sup>  
Centro de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de Rekalde y Bilbao, Bizkaia.

<sup>1</sup> Psiquiatra, <sup>2</sup> Psicólogo clínico.

## INTRODUCCIÓN

Las experiencias traumáticas tempranas pueden tener un impacto significativo en el desarrollo emocional, relacional y cognitivo del niño, interfiriendo en la organización y construcción del self. En algunos casos, la sintomatología derivada del trauma puede solaparse con manifestaciones propias de trastornos del neurodesarrollo, especialmente en el ámbito de la comunicación social, la regulación sensorial y la rigidez conductual. Este solapamiento puede generar dificultades en la formulación diagnóstica y en el planteamiento terapéutico.

## OBJETIVOS

**Objetivo:** Describir un caso clínico de un niño con historia de trauma temprano y sintomatología compatible con trastorno de estrés postraumático, que presenta alteraciones del neurodesarrollo que plantean diagnóstico diferencial con trastorno del espectro autista.

**Hipótesis clínica:** Determinadas manifestaciones observadas podrían explicarse tanto por el impacto del trauma temprano como por posibles alteraciones del neurodesarrollo, lo que requiere una evaluación evolutiva y una formulación clínica integradora.

**Justificación:** La diferenciación entre sintomatología derivada del trauma temprano y trastornos del neurodesarrollo constituye un reto clínico creciente. Diversos estudios han señalado que el trauma relacional temprano puede generar alteraciones en la regulación emocional, la comunicación social y la reactividad sensorial que pueden asemejarse a trastornos del espectro autista. La identificación adecuada de estos procesos resulta fundamental para orientar el abordaje terapéutico y evitar diagnósticos prematuros o reduccionistas.

## METODOLOGÍA: CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un niño de 6 años derivado a consultas de salud mental infantojuvenil desde pediatría, por la aparición en los últimos meses de estado de hipervigilancia, escucha de voces, alteraciones del sueño, episodios de desconexión del medio y preguntas recurrentes sobre la figura paterna (“¿Dónde está papá?”, “¿Se murió?”)

### Experiencias tempranas



### Manifestaciones tempranas

- Retraso en el lenguaje
- Retraso psicomotor
- Dificultades en la interacción social “introvertido”
- Hipersensibilidad auditiva
- Intereses restringidos “trenes”
- Enuresis y encopresis

### Manifestaciones recientes

- Estado de hipervigilancia
- Episodios de desconexión
- Ansiedad de separación
- Escucha de voces
- Interpretaciones autorreferenciales
- Alteraciones del sueño
- Desregulación conductual

## RESULTADOS

- ✓ El cuadro clínico sugiere la presencia de sintomatología compatible con trastorno de estrés postraumático infantil en el contexto de experiencias traumáticas tempranas.
- ✓ Sin embargo, la presencia de determinados rasgos del desarrollo plantea la necesidad de explorar un posible trastorno del espectro autista, manteniéndose actualmente el diagnóstico abierto y en proceso de evaluación evolutiva.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- ✓ Este caso ilustra la complejidad clínica que puede surgir cuando experiencias traumáticas tempranas coinciden con manifestaciones propias del neurodesarrollo, lo que puede generar incertidumbre diagnóstica en las fases iniciales de la evaluación.
- ✓ La exposición a trauma en etapas precoces puede afectar a múltiples áreas del neurodesarrollo infantil, incluyendo la regulación emocional, los procesos cognitivos, el desarrollo del lenguaje y las habilidades de interacción social.
- ✓ La evaluación longitudinal y contextualizada es clave para comprender la naturaleza de los síntomas y orientar el abordaje terapéutico.

## REFERENCIAS

1. Álvarez-Segura M, Lacasa F. Vías de desarrollo del apego desorganizado: maltrato y cuidados tempranos alterados. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2022;39(1):15–28.
2. Early Adversity and Children's Emotion Regulation: Differential Roles of Parent Emotion Regulation and Adversity Exposure. Milojevich HM, Machlin L, Sheridan MA. Development and Psychopathology. 2020;32(5):1788-1798. doi:10.1017/S0954579420001273.
3. Ella Lobregt-van Buuren, Marjolijn Hoekert, and Bram Sizoo. (2021) Chapter 3: Autism, Adverse Events, and Trauma en Autism Spectrum Disorders. Grabrucker AM, editor. Exon Publications. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573608/#Ch3-sec3>

# EMBARAZO TRAS DUELO PERINATAL, UN CASO CLÍNICO

Torres Priego, José (PIR1, Hospital de Baza) y Martín Chica, Laura (PIR1, Hospital Universitario San Cecilio).

## 1) INTRODUCCIÓN

El embarazo que sigue a otro embarazo que no llegó a buen término, donde el bebé falleció durante la gestación, parto o poco después de nacer, suele estar marcado por el miedo a una nueva pérdida o muerte (Fernández y Olza, 2020).

Las investigaciones revelan la existencia de sintomatología ansiosa en el siguiente embarazo de los padres que pasaron por un duelo perinatal previo. De este modo, se requiere atención psicológica durante el embarazo posterior a la pérdida (Ruiz y Rodríguez, 2019). Además, muchas veces se presenta sintomatología depresiva de forma comórbida con progresión diferente según el tipo de pérdida (Ridaura et al., 2017).

Se presenta un caso de una mujer de 32 años, con sintomatología ansioso-depresiva en su tercer embarazo tras pérdida por muerte súbita en el primer embarazo, días antes del parto.

## 3) JUSTIFICACIÓN

Las conclusiones de investigaciones encontradas acerca del embarazo posterior a un duelo perinatal indican la necesidad de nuevas investigaciones centradas en la atención psicológica a las gestantes, así como profundizar en las características de estos embarazos y la sintomatología presentada.

Aunque se trate de un caso clínico aislado, compartir este tipo de experiencias entre profesionales de la salud mental, ofrecen ideas para la intervención de casos similares.

## 5) RESULTADOS

A pesar de que la intervención no ha concluido, se percibe reducción del consumo de cigarrillos de forma intermentente, llegando algunos días a no consumir, siendo la recaída motivada por el consumo del marido.

Por ahora, la sintomatología ansioso-depresiva se mantiene, aunque conforme se avancen en el aprendizaje de los distintos ejercicios de mindfulness, se espera que se vea reducida, al igual que la reducción del empleo del pulsímetro hasta su restricción por completo.

## 2) OBJETIVOS

- Reducción de sintomatología ansiosa-depresiva.
- Reducción o eliminación del consumo de tabaco.
- Reducción del uso de pulsímetro para los latidos del bebé.

## 4) METODOLOGÍA

### Diseño

Diseño de caso único.

### Muestra

Mujer de 32 años, consumidora de tabaco (3-7 cigarrillos diarios) que emplea el pulsímetro para lidiar con ansiedad.

### Instrumentos

Autorregistro pensamiento-emoción, acción, registro de cigarrillos y registro de frecuencia de uso del pulsímetro en el pre-post de intervención con monitorización en cada sesión semanal.

### Intervención

Aplicación de terapia cognitivo-conductual, activación conductual, relajación y ejercicios de mindfulness de Kabat-Zinn, desde febrero hasta mayo de 2026, inclusivos.

## 6) DISCUSIÓN

El embarazo posterior a una pérdida perinatal puede acarrear conexión con aquél embarazo, trayendo el recuerdo y, con este, la aparición de síntomas ansiosos.

Los propios síntomas ansiosos pueden derivar en la sintomatología depresiva, con sentimientos de culpabilidad por la idea de «dañar al bebé».

Se requiere realizar una reestructuración cognitiva de las creencias sobre el nuevo embarazo y los mitos sobre la ansiedad. Las conductas de búsqueda de seguridad son comunes e incrementan la sintomatología ansiosa, a pesar de la idea contraria de las pacientes.

Dotar de estrategias de tolerancia y reducción de la activación supone que la paciente aprenda a gestionar las situaciones de ansiedad.

Se necesita mayor investigación en este campo.

# LA TRAMPA DEL SILENCIO: CUANDO QUERER PROTEGER AL NIÑO COMPLICA SU DUELO

Beatriz Mateos Pintado<sup>a</sup>; Alicia Pérez Huete<sup>b</sup>; Lara Fernández Vela<sup>a</sup>; Elena Moruzi<sup>b</sup>; Carla Tejero Berzosa<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

<sup>b</sup> Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

<sup>c</sup> Psicóloga Clínica de la USMIJ del Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)

## INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica se evidencia un patrón recurrente de ocultación de la muerte al menor tras un fallecimiento en el sistema familiar. Hay modelos teóricos que explican que el adulto es incapaz de tolerar el sufrimiento del niño, y miente para protegerse a sí mismo, impidiendo que el menor pueda darle sentido a la experiencia y elaborar el duelo.

## ¿POR QUÉ CUESTA HABLAR DE LA MUERTE?

- Sociedad hedonista: con tendencia a la evitación del sufrimiento.
- Proceso de desnaturalización de la muerte: desplazamiento del proceso natural y comunitario al ámbito hospitalario, transformando la experiencia de duelo de un ritual social a uno individualista.



Esta desnaturalización de la muerte en el contexto de sociedad hedonista ha generado adultos que evitan hablar de la muerte y que carecen de estrategias de afrontamiento de la pérdida que transmitir a los niños, por lo que piensan que ocultándoles la muerte pueden evitar su dolor, pero complican el duelo del niño sin quererlo.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Analizar la literatura científica en busca de información respecto al impacto emocional que tiene la falta de comunicación a los menores en el proceso de duelo mediante una revisión bibliográfica.
- Revisión de bibliografía del tema en MEDLINE, PsycInfo, Dialnet y Google Scholar, así como en manuales físicos.
- Reflexión en base a estudio de caso.

## RESULTADOS

- Pensamiento mágico (< 7 años): el niño rellena el hueco de información con fantasías terroríficas.
- Dificultades en el apego: desconfianza hacia el adulto una vez revelado el secreto del fallecimiento. En la adolescencia puede vivirse como una traición y aparecer ideación suicida entendida como una fantasía de reunión con el objeto amado perdido.
- Manifestaciones somáticas del duelo no expresado: cuando no puede haber expresión verbal (debido al secreto familiar o por proteger al padre superviviente) el sufrimiento psíquico encuentra una vía de escape en la expresión somática, es decir, el cuerpo habla lo que la familia calla.

## CASO J:

- J. (11 años) presenta ansiedad por separación y conductas de comprobación a su llegada a consulta, su madre niega saber el desencadenante. A la exploración, emerge fallecimiento de la abuela que ocultaron durante 8 meses argumentando que ella "estaba de vacaciones". La revelación tardía de la muerte influyó de manera negativa en la elaboración del duelo de J., derivando en miedo a la desaparición imprevisible de sus figuras de apego. El plan terapéutico se centró en el procesamiento del duelo de la abuela y en trabajar con el menor la ansiedad por separación.

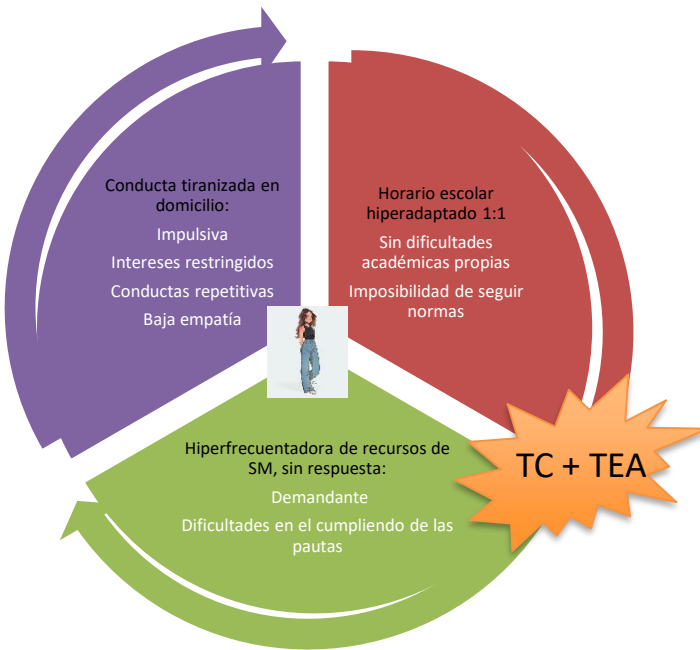
## CONCLUSIONES

- Se concluye que sería conveniente que el adulto actúe como filtro de la información al menor y no como un muro que le impida contactar con el dolor de la experiencia, puesto que de lo contrario el malestar se expresará, entre otras formas, de manera somática.
- El papel del adulto sería el de facilitar la elaboración del duelo en el menor y acompañar durante la pérdida, en contraposición a la ocultación del fallecimiento debido a la complicación posterior del duelo en el menor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby, J. (1999). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Morata.
- García-León, F., Lázaro-Jiménez, M., Rodríguez-Hernández, R., Guijo-Gestoso, C., García-Infante, J., Valderrama-Gutiérrez, M. C., y Astudillo-Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, (30), 39-46. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062002000400004>
- Guillén Guillén, E., y Gordillo Montaña, M. J. (2012). Crecer con la pérdida: El duelo en la infancia y la adolescencia. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 493-498.
- Olivas, M. C., Ferrer, B. S., Royo-Isach, J., y Andreu, M. A. (2017). Modelo IDA para la intervención en duelo infantil. Psicosomática y Psiquiatría, (1), 6-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6114011>
- Pombo Sánchez, A. (2019). El duelo en la infancia. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (42), 75-83. <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/367796>
- Sanz, P. R., García, M. C., Extremera, M. R., y Sotorrió, E. I. (2024). El duelo infantil no complicado: Aspectos psicológicos que lo favorecen o dificultan. Una revisión. Cuidar: Revista de Enfermería de la Universidad de La Laguna, (4), 13-35. <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2024.04.02>

## Introducción



## Objetivos

- ❖ Autoregulación emocional y conductual
- ❖ Psicoeducación individual y familiar
- ❖ Modelaje del abordaje por parte de progenitora, en hábitos de regulación emocional y uso de redes sociales
- ❖ Coordinación con centro escolar para orientar y dar apoyo en la adaptación necesaria.
- ❖ Mediación familiar

## Justificación

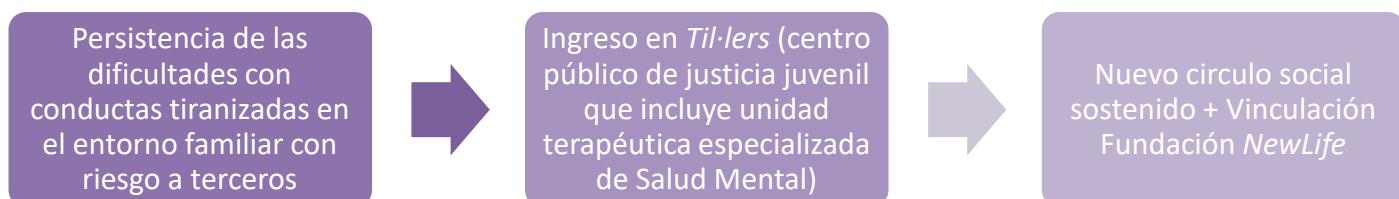
Necesidad de un cambio en el modelo de intervención clásico, que no puede dar respuesta a un perfil de tan alta complejidad con impactos emocionales y conductuales en el día a día

## Método

Se incluye a la chica en un programa de alta complejidad (Equipo Guía) de intervención comunitaria con adaptación individualizada y acompañamiento en todas las áreas (familiar, social y académica)

- ❖ Visitas semanales presenciales tanto con la menor como conjuntas con la progenitora
- ❖ Disponibilidad continuada (en horario laboral) tanto para la menor como la familia
- ❖ Acompañamiento y coordinaciones con diversos recursos
- ❖ Reuniones con referentes interdepartamentales mensuales; revisión de evolución, valorar necesidades colaborativas

## Resultados



## Conclusión

- ✓ Los diagnósticos en la primera infancia evolucionan clínicamente y existe la necesidad de replantear las comorbilidades
- ✓ La hiperjustificación e hiperadaptación de las conductas a través de la psicopatología, puede llevar a importantes interferencias en todos los ámbitos que rodean al menor
- ✓ Las familias presentan la necesidad de ser escuchadas, acompañadas y no juzgadas

## Introducción

Trastorno  
Psicótico  
(predominio  
clínica  
negativa)



Trastorno  
por  
sustancias  
(OH, THC,  
Cocaína,  
MDMA)



Conductas tiranizadas en  
domicilio + conductas de  
riesgo (robos, peleas y  
fugas → consecuencias  
legales)

## Hipótesis

Existe una pérdida de la autoridad en el entorno familiar asociada a dificultades del menor, consumo elevado de tóxicos y situaciones de riesgo, que configuran un riesgo de la propia integridad

## Objetivos

- Clarificación de situaciones de riesgo, manejo y posibilidades de cambio
- Acompañamiento familiar emocional, así como en la posibilidad de activación de departamento judicial
- Soporte en la tramitación del ejercicio de capacidad

## Justificación

Imposibilidad de seguimiento por dispositivos comunitarios de salud mental + cuadro clínico vulnerable con inviabilidad de manejo en el domicilio a pesar de progenitores protectores

## Método

Se incluye al chico en un programa de alta complejidad (Equipo Guía) de intervención comunitaria con adaptación individualizada y acompañamiento en todas las áreas (familiar, social y académica)

- Visitas semanales presenciales y/o telefónico principalmente con progenitores
- Disponibilidad continuada (en horario laboral)
- Acompañamiento y coordinaciones con diversos recursos
- Reuniones con referentes interdepartamentales mensuales; revisión de evolución, valorar necesidades colaborativas

## Resultados

- Ingresos largos en unidades de salud mental
- Imposibilidad de activación departamento de protección al menor
- Concienciación de la familia para activación de justicia → Ingreso en Til·lers (centro público de justicia juvenil que incluye unidad terapéutica especializada de Salud Mental)

## Conclusión

- Las dificultades para realizar un trabajo interdepartamental, limitan la intervención individualizada y centrada en el menor
- La hiperjustificación e hiperadaptación de las conductas a través de la psicopatología focalizan la intervención en el departamento de salud como único responsable
- Las familias necesitan ser escuchadas, acompañadas y no juzgadas

# Grupo de parentalidad para p/madres de niños/as en fase de latencia en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Fernando Orellana Rico <sup>FEA</sup> Psiquiatría, Cristina García Suárez <sup>Enfermera</sup> especialista en Salud Mental  
USMI-J UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio Andaluz de Salud

## INTRODUCCIÓN

En las USMIJ están desarrollando programas especializados para la atención a la salud mental de la población menor de edad. Se accede desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria si éstas lo consideran indicado una vez valorado/ intervenido sobre el caso.

En la práctica habitual y en nuestro entorno, los menores de 6 años acuden en su mayoría para valoración de un posible TEA, y de forma menos prevalente para el diagnóstico y el tratamiento de otro tipo de situaciones.

Es en los mayores de 6 cuando empezamos a ver otro tipo de casuística. Coincide esta etapa con el periodo de latencia, en el que esperaríamos encontrar un trabajo destinado a la sublimación, a la renuncia de los deseos edípicos con tal de llevar la pulsión hacia otras metas y, en general, a una atemperación de la descarga motora. Sin embargo en la clínica destacan trastornos de conducta, clínica obsesiva, ansiosa y/o depresiva, problemáticas de aprendizaje, a veces por circunstancias más traumáticas o adaptativas, a veces sobre la base de rasgos o trastornos autistas, y otras asentados en resoluciones edípicas precarias.

Es decir, nos encontramos con chicos y chicas ya en Primaria pero con problemas que vienen gestándose desde antes y que adquieren una dimensión mayor ante los retos escolares y familiares propios de la edad. Al sufrimiento de ellos se suma el de los padres y madres y, en su caso, de hermanos/convivientes. Todo esto genera un impacto importante y condiciona la demanda que, no siendo abordable al completo en USMC, es derivada a USMIJ.

## CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Grupo cerrado. 8 sesiones. 90 minutos/sesión cada 2 semanas. Feb-mayo 2026.

Equipo terapéutico: psiquiatra terapeuta y enfermera observadora/co-terapeuta.

### Criterios de inclusión.

Padres y madres de menores de 6 a 9 años en tratamiento en consultas de USMIJ. Se realiza entrevista previa con los padres y madres sobre cuestionamientos y preguntas internas acerca de las dificultades e insatisfacciones en el ejercicio de la parentalidad y se entregan cuestionarios ECBI, PSI-SF y CFRP-18.

### Criterios de exclusión.

Padres y madres de menores en tratamiento en Hospital de Día.  
Edad de los menores mayor a 10 años.  
Ausencia de cuestionamientos paternos/maternos sobre su propia conflictiva.

Se incluyeron a un total de 10 personas (4 parejas parentales y 2 madres), de las cuales 3 no acuden a las primeras sesiones y se les da por autoexcluidas.

## JUSTIFICACIÓN

La hipótesis que sustenta el planteamiento de esta intervención es que en una parte importante de los casos graves, el trabajo de latencia (y el de resolución edípica previo) está atravesado por dificultades parentales en sus propios tránsitos por estos momentos. Siguiendo este planteamiento, consideramos pertinente no solo el trabajo con los menores sino también la implementación de un espacio de escucha y de trabajo de los padres y madres en el que abordar específicamente los elementos claves de esta etapa.

En nuestro contexto institucional actual planteamos el inicio de un grupo psicoterapéutico para padres y madres en el que trabajar aspectos de la parentalidad ligados a sus propios duelos narcisistas, la articulación de los deseos edípicos y la inmersión en el trabajo de latencia. Elegimos el abordaje en formato grupal para poder extenderlo a varias familias y porque a nuestro entender favorece la toma de conciencia de la universalidad de ciertos conflictos y a la vez la consideración de la especificidad de cada menor/familia/padre.

## COMENTARIOS SOBRE EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

En la dinámica de presentación en la sesión inicial fue significativo notar cómo para cada miembro de la pareja parental resonaban aspectos distintos del mismo hijo que "los llevaba" al grupo, lo cual dio pie a empezar a introducir las diferentes identificaciones, proyecciones y vínculos. Estas diferencias dentro de la pareja parental también se manifiestan, como era de esperar, en la relación con el menor, lo cual también es un elemento a señalar y trabajar. A lo largo de las primeras 4 sesiones destacan comentarios relativos al desamparo que pueden sentir los niños en el ámbito escolar, las quejas por algunas actuaciones de las instituciones educativas, la extrañeza ante comportamientos infantiles de los propios hijos, los ecos de experiencias infantiles de los propios padres, y la toma de conciencia de la transmisión no verbal de la autoridad, del cuidado o de la rivalidad.

Las intervenciones del equipo terapéutico van en la línea de señalar el material explicitado tratando de favorecer la identificación de aspectos de los hijos que puedan ser reflejo de temas propios de los padres. Se subrayan los elementos ligados a la diferenciación de espacios (colegio/familia), de intereses (juego/ estudio), de exigencias externas asociadas a la edad (aspectos más propios de la etapa de educación infantil/primaria), de vínculos (con padre/madre/otros adultos significativos).

Del lado de las dificultades, además de lo inherente a las fases iniciales de un grupo, encontramos el abandono de tres participantes antes del inicio, lo cual hace que acudan solamente los progenitores de 4 menores (7 adultos), con el riesgo de tener pocos participantes si algún menor enferma o concurren otras circunstancias familiares que terminan afectando a dos asistentes. También ha llegado a ocurrir que, dentro de una pareja, se le pueda "encargar" a uno de los miembros que acuda por los dos. Se ha sumado a esto la baja laboral de uno de los integrantes del equipo terapéutico. No obstante, el clima general es de interés y participación y parece haberse llegado a una buena cohesión grupal que creemos que permitirá continuar con el trabajo inicialmente planteado.

## LIMITACIONES

Este trabajo se presenta a la mitad de la intervención, con lo que nos faltan aún los datos y las valoraciones que podrán obtenerse al final.

La intervención puede ser considerada demasiado breve. Se valorarán, en función de la evolución y de la experiencia, cambios en el formato (aumentar el número de participantes, cambiar a grupo abierto y/o prolongar la intervención, entre otras).

La versión utilizada del CFRP-18 es la validada en padres de menores entre 0 y 5 años. Aún no se dispone de la versión para niños de mayor edad, por lo que sus resultados deben considerarse con esta salvedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Díaz-Herrero, Á., Brito de la Nuez A.G. López-Pina, J.A., Pérez-López, J. & Martínez-Fuentes, M.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J.A., Pérez-López, J., Brito de la Nuez A.G. & Martínez-Fuentes, M.T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 990-997.
- García-Tornel Florensa, S., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Mas Alguacil, J. C., Vilamala Serra, C., Baraza Mendoza, C., Villena Collado, H., González García, M., Hernández, M. C., & Trinxant Doménech, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5).
- Gordo, L., Iriarte Elejalde, L., & Martínez Pampliega, A. (2020). Versión española del Cuestionario de Función Reflexiva Parental (CFRP-18). *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(55), 5-17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.01>
- Junta de Andalucía (2008). Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

	ECBI		PSI-SF			CFRP-18				
	Intensidad	Problema	EP	RDPH	ND	PM	CEM	IC		
1	140	22	46 (Pc 98)	28 (Pc 91)	47 (Pc 98)	2,83	3,167	6,33		
2	149	22	45,81 (Pc 98)	39 (Pc >99)	47 (Pc 98)	2,83	2,5	6,5		
3	153	20	33 (Pc 85)	28 (Pc 91)	39 (Pc 95)	1,5	2,83	5,83		
4	145	20	31 (Pc 80)	27 (Pc 90)	33 (Pc 85)	1,5	3	6		
5	171	23	30,54 (Pc 77)	-	49 (Pc >99)	3,33	3,33	5,17		
6	136	24	30 (Pc 75)	34 (Pc 99)	40 (Pc 96)	2,83	4	5,17		
7	144	27	52 (Pc >99)	28 (Pc 91)	33 (Pc 85)	2	2,5	5,5		
>131 Sospecha de comportamiento problema	>15 El comportamiento causa relaciones conflictivas en la convivencia	Puntuaciones > percentil 85 se valoran como de alto estrés.	1-2: Funcionamiento reflexivo adecuado	3-5 Rango adaptativo	<4 Baja curiosidad mentalizadora	<3 Dificultad para entender la mente del niño	4-5 Interés moderado	>3 Riesgo de baja mentalización parental	>6 Sobre-certeza	>5 Buena mentalización parental

# EL MALESTAR ESCONDIDO: EL TCA EN VARONES ADOLESCENTES, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y ABORDAJE DESDE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS

AUTORES:

DIAZ RUBIO, ANDREA (PIR4 HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA)

MEMBRIVE GALERA, JUAN ANTONIO (FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA, USMIJ-HUVN, GRANADA)

MORILLAS GARCÍA, ISABEL MARÍA (PIR4 HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA)

SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

## INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa en el varón ha sido históricamente invisibilizada por la feminización del diagnóstico. Desde el psicoanálisis, su comprensión exige ir más allá de la restricción alimentaria para analizar las defensas y la construcción identitaria en la adolescencia.

En el varón, el síntoma suele organizarse como una "armadura" de resistencia. Según Philippe Jeammet (2005), la restricción y la hiperactividad no buscan fragilidad, sino una "virilidad mineral" que intenta suturar la angustia de castración mediante el control absoluto del cuerpo. A diferencia de la clínica femenina, como señala Domenico Cosenza (2014), el espejo no devuelve una falta estética sino una insuficiencia de poder: el joven busca invulnerabilidad, transformando su cuerpo en un objeto tallado y despojado de grasa para sostener una soberanía narcisista frente al Otro.

Uno de los principales retos clínicos es romper el muro defensivo del paciente. Este blindaje se manifiesta como un "muro del silencio". Para Massimo Recalcati (2004), la anorexia es una "pasión por el muro": la alexitimia no es solo déficit comunicativo, sino rechazo a la palabra. En el varón, este muro se agrava por el estigma de padecer una "enfermedad femenina", lo que dificulta la demanda de ayuda, ya que el síntoma se vive como disciplina heroica. El rechazo al alimento funciona también contra la invasión del deseo materno: si la madre lo es todo, el sujeto solo puede ser nada para diferenciarse.

Finalmente, según Maurice Corcos (2011), esta gestión del vacío expresa una falla en la identificación masculina: ante el miedo a la fusión con lo maternal, el ayuno se convierte en el último bastión de una autonomía precaria. En esta línea, Mara Selvini Palazzoli (1999) entiende la anorexia masculina como una protesta frente a la intrusión materna en una triangulación fallida, donde la restricción alimentaria intenta instaurar un límite y una autonomía que no pudieron construirse psíquicamente.

## MÉTODO (diseño, objetivos e hipótesis, justificación, instrumentos)

El presente trabajo se propone analizar la singularidad de la anorexia nerviosa en el varón adolescente a través de la exposición de datos del proceso de evaluación de un caso clínico (diseño de caso único, un único sujeto), bajo los siguientes ejes específicos:

- Identificar las particularidades ya mencionadas de los trastornos de la conducta alimentaria en varones (la "armadura corporal" y la hiperactividad física como mecanismos de defensa frente a la pasividad, la función del síntoma como una búsqueda de soberanía narcisista e "insuficiencia de poder" en la relación del sujeto con su propia imagen) a través del proceso de evaluación y diagnóstico.
- Visibilizar las dificultades diagnósticas y terapéuticas que impone el estigma de género en los trastornos de la conducta alimentaria masculinos y el uso de las técnicas proyectivas, como el TAT, como alternativa para casos donde existe baja conciencia de enfermedad o dificultades para la expresión abierta de malestares y conflictos.

La HIPÓTESIS de partida es que estos elementos anteriormente descritos podrán evidenciarse a través de la evaluación mediante técnicas proyectivas, como es el caso del TAT. Se justifica esta investigación por las propias dificultades intrínsecas a la formulación del caso, expuestas en los datos del mismo más adelante.

### INSTRUMENTOS

El Test de Apercepción Temática o "TAT" (Murray, 1943) se trata de una técnica proyectiva la cual consiste en presentar láminas con escenas ambiguas para que la persona construya historias sobre ellas. El análisis de estas narrativas permite explorar necesidades, conflictos y dinámicas de personalidad. Al presentarse estímulos ambiguos y de objetivo poco explícitos, este tipo de pruebas dificulta el control consciente de las respuestas, que puede llevar a la minimización u ocultación a la que son susceptibles otras pruebas de autoinforme o psicométricas al uso.

## RESULTADOS

Datos del caso:

- Varón de 14 años de edad que es atendido por disminución significativa del peso corporal de larga duración. Niega cualquier clínica alimentaria y preocupación por la imagen corporal, sin embargo, se evidencia que presenta algunos síntomas propios de este diagnóstico (pérdida ponderal significativa, ejercicio y vómitos compensatorios, etcétera).
- Destaca la nula expresión de malestar, conflicto u otra fuente de trabajo a nivel psicoterapéutico, al menos de forma explícita ("muro del silencio").
- Se administran diversas pruebas psicométricas (MMPI-A, CBCL), con resultados poco concluyentes.
- Otras pruebas administradas fueron el Test de Apercepción Temática y el test del Árbol-Casa-Persona.

TABLA 1. RELACIÓN DE ALGUNAS RESPUESTAS AL TAT CON LOS CONTENIDOS PSICODINÁMICOS Y RELACIONALES ASOCIADOS AL TCA EN VARONES.

Insuficiencia de poder - Lámina 1 (metas, aspiraciones)	"M., desde pequeño, se crió con su madre, estaban muy unidos, no se pueden separar. No tiene padre. Cuando se hizo un hombre, su madre enfermó de Alzheimer, no se acuerda de él, lo que le pone triste, pero la sigue cuidando. Su madre no sabe quién es, pero lo sigue queriendo y Manuel sigue cuidándola tal y como ella lo hizo con él".
Preocupación en relación a la fusión con lo maternal - Lámina 6 (relación hijo-madre)	"Una vez una estructura fue construida por 2 pájaros, estos trabajaron duramente con piedras, crearon alas potentes para cargarlas, construían murallas, estructuras para proteger a otros animales frente a las riadas, siguieron luchando duramente".
Muro o armadura de resistencia - Lámina 11 ("mecanismos de defensa contra la angustia")	"Viene de un pueblo rodeado por la ciudad y en este vive poca gente, él piensa que ahí van a ser mejor por eso siempre dibuja cosas de cómo se imaginaría la ciudad. Siente esperanza e ilusión por descubrir lo de fuera, pero no va a poder salir del pueblo, porque se va a convertir en un adulto aburrido que trabaja".
Búsqueda de invulnerabilidad, sostener la soberanía narcisista frente al otro - Lámina 20	"M., siempre había sido un niño muy peleón (...) aprendió lucha libre, ganó varias veces hasta que un día un hombre mucho más fuerte que él le demostraría que él no es lo más fuerte de este mundo y le derrotaría de tal manera que se arrepentiría de todo lo que ha hecho y haría que nunca más se subiera a un rim abandonando su sueño"

## CONCLUSIONES

El trastorno de la conducta alimentaria en varones presenta ciertas particularidades diagnósticas y fenomenológicas, así como psicodinámicas, que implican dificultades para su evaluación, abordaje y tratamiento. El conocimiento de estas características mencionadas (defensas más resistentes, temor a la fusión materna, déficits en la identidad, síntoma vivido como disciplina heroica, negación de la enfermedad, evitación de la dependencia afectiva) y su evaluación mediante métodos diversos, como puede ser el uso de técnicas proyectivas como el TAT, se propone como una alternativa a la evaluación tradicional que puede aportar, no sólo evidencia que confirme el diagnóstico, sino de aquellas características psicodinámicas del paciente que están a la base de su trastorno alimentario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cosenza, D. (2014). El muro de la anorexia. Editorial Divina Psicoanálisis. (Originalmente publicado en italiano como Il muro dell'anoressia, 2008).
- Corcos, M. (2011). Psicopatología de los trastornos alimentarios. Elsevier Masson.
- Jeammet, P. (2005). La anorexia nerviosa. Paidós Ibérica.
- Marty, P. (1995). La psicosemática del adulto. Amorrortu Editores.
- Recalcati, M. (2004). La última cena: Anorexia, bulimia y obesidad. Siglo XXI Editores.
- Selvini Palazzoli, M. (1999). La anorexia nerviosa. Paidós Ibérica.

# Cuando el diagnóstico se vuelve identidad: una viñeta clínica en la adolescencia



## Autores:

Torres Payerás, Joan (R4 psicología clínica, Hospital San Cecilio, Granada).  
Díaz Rubio, Andrea (R4 psicología clínica, Hospital San Cecilio, Granada).  
Membrive Galera, Juan Antonio (FEA psicología clínica, USMIJ, Granada).  
Melina Belén Kufudakis (Psicóloga Licenciada por la Universidad de Buenos Aires, UBA).  
Rivera Megías, Laura (FEA psicología clínica, Hospital General Mateu Orfila, Menorca).

## INTRODUCCIÓN

En la adolescencia actual, la información sobre los diagnósticos clínicos se encuentra a un clic de distancia a través del teléfono móvil, lo que genera un aumento difícil de manejar de la sobreinformación. Paralelamente, se observan cada vez con mayor frecuencia dificultades en la conformación de la identidad. En este contexto aparece un cierto vacío en relación con el ideal, junto con la búsqueda de una categoría en la que poder verse reflejado, especialmente cuando existe un colectivo con el que identificarse (Pastor Puyol, 2018).

En la práctica clínica es habitual observar la identificación —y posterior demanda de confirmación— con diagnósticos psiquiátricos como TLP, TDAH o TEA, entre otros. A nivel social puede observarse un fenómeno similar, donde los individuos se identifican con distintos colectivos, como grupos religiosos, ideologías políticas o actividades de voluntariado.

Asimismo, algunos profesionales de salud mental plantean el beneficio del diagnóstico como forma de homogeneizar los casos y aplicar una técnica común, en lugar de atender a la singularidad del sujeto (Pastor Puyol, 2018). Este enfoque puede conllevar efectos paradójicos no deseados, como la asunción del rol de enfermo como beneficio secundario (Kwan, 2002) o el refuerzo de un “falso self” (Winnicott, 1965) como pseudo-solución frente a la sensación de vacío.

Según Freud en Psicología de las masas (1921, como se citó en Pastor Puyol, 2018), el vínculo entre individuos dentro de un grupo se establece a través de procesos de identificación. En este marco, la búsqueda de diagnósticos como TDAH o TLP puede favorecer la pérdida de la concepción de la transitoriedad de los malestares, estabilizando la visión de uno mismo (Salcedo-Gómez et al., 2025).

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo de dicho estudio es analizar la funcionalidad de las identificaciones en adolescentes y jóvenes adultos para a través de la observación del propio discurso del paciente en la práctica clínica, para poder hacer una mejor lectura de tal fenómeno cada vez más frecuente y en consecuencia poder realizar un abordaje a nivel de tratamiento más específico de cada caso concreto. Hipotetizando que a través de tal enfoque, poder realizar una intervención terapéutica en la que se producirá una mejor comprensión y evolución, evitando los posibles efectos yatrogénicos de las etiquetas en salud mental.

## JUSTIFICACIÓN

Se justifica la relevancia de esta investigación en pos de ampliar la mirada sobre la demanda de diagnósticos por parte de esta población, así como el beneficio secundario consecuente. De esta manera se busca un acercamiento más concienciado en pos de no caer como profesionales también, en la trampa de los diagnósticos y las soluciones homogéneas basadas en síntomas en vez de singularidades.

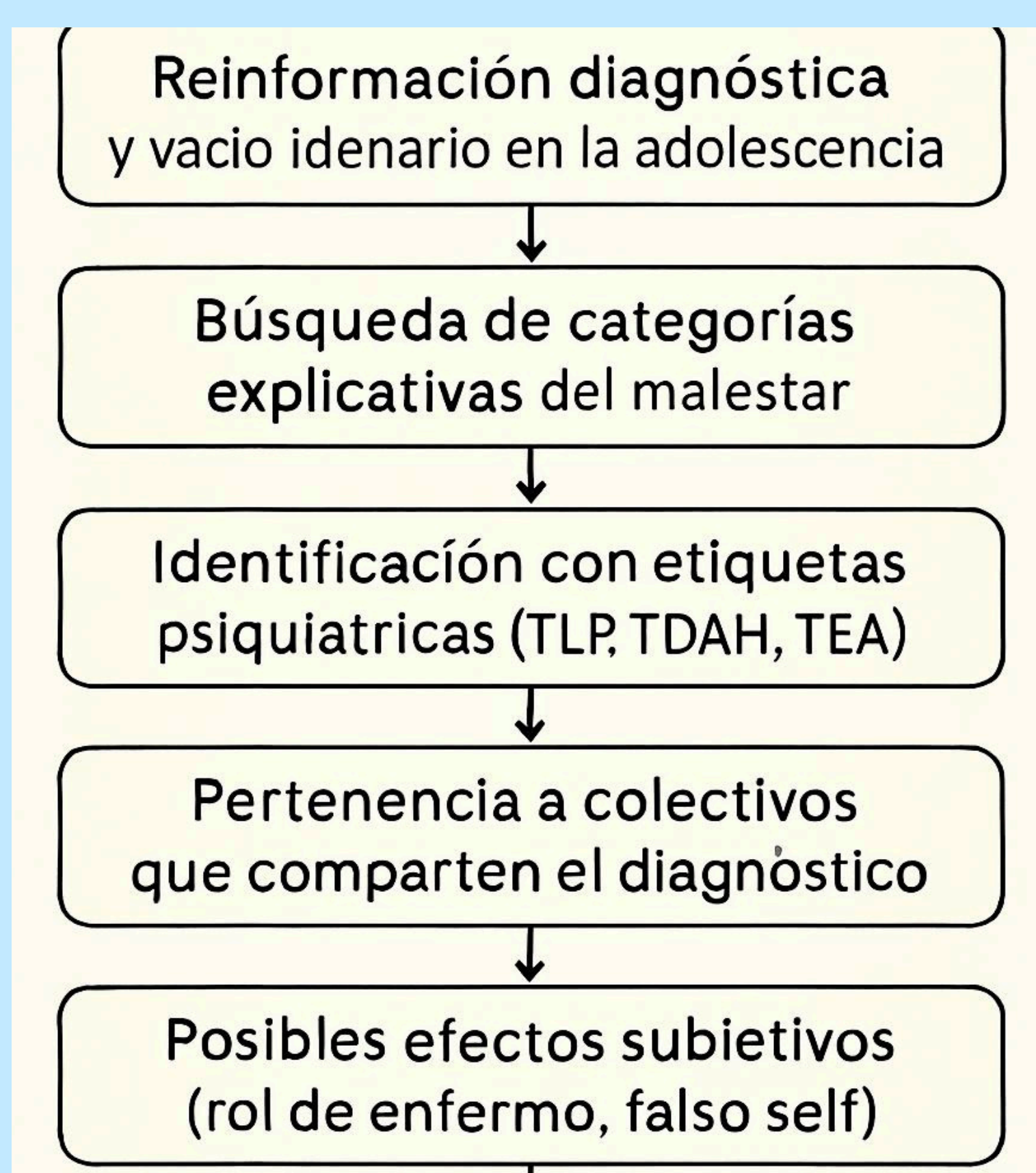
## METODOLOGÍA

Se realiza el análisis de un caso clínico, desde una metodología observacional, consistente en la recogida de datos mediante la entrevista clínica, el análisis del caso y elaboración de hipótesis clínicas, relacionando estos datos con la bibliografía relativa a la concepción psicodinámica.

## DISCUSIÓN

A través de esta viñeta clínica se pretende ilustrar, tal como se mencionaba en la introducción, el proceso de identificación de la paciente con las categorías diagnósticas psiquiátricas y su demanda de que los servicios de salud mental las apliquen. Se observa cómo, de manera en gran parte inconsciente, la paciente recurre a estos apelativos diagnósticos como un recurso para eludir la responsabilidad sobre su situación, al tiempo que manifiesta el intenso sentimiento de incompreensión que percibe de su entorno. Asimismo, la viñeta pone de relieve cómo la identificación con otros pacientes que comparten diagnósticos similares puede reforzar este nombramiento social, generando un sentido de pertenencia al grupo basado en la percepción de “cumplir con las características” de ese colectivo. Esto a menudo conduce a una espiral de identificación mutua, acompañada del miedo a perder la aceptación y el reconocimiento que otorga dicho grupo.

Se busca, mediante esta ilustración clínica, mostrar cómo estos procesos de identificación pueden observarse en la práctica terapéutica, siendo apenas la punta del iceberg de lo que puede generarse a nivel individual a través de la interacción con redes sociales u otros contextos de socialización. El análisis pretende además sensibilizar sobre la posible iatrogenia de la homogeneización diagnóstica, en contraposición con un enfoque psicoterapéutico centrado en la singularidad del paciente, que facilite la construcción de una identidad más adaptativa, orientada hacia un ideal regulador de su goce, en lugar de fijarse únicamente en la identidad diagnóstica.



## RESULTADOS (exposición del caso clínico)

- Mujer, 16 años.
- Ingreso en UHSM.
- Motivo: autolesiones e ideación suicida.
- Otros: consumo de tóxicos (cannabis).
- Historia de ambiente familiar desestructurado (consumo de tóxicos, denuncias por acoso sexual, falta de límites...)
- Repetidos ingresos en UHSM, con limitada capacidad para auto-contención entre ellos.

Desde el primer ingreso, aparecen ingresos cada pocos meses, llegando a ser varios de estos de pocos días por petición de la paciente de proceder al alta voluntaria alegando no tener ideas autolíticas. En el transcurso de sus ingresos, paulatinamente ha ido pidiendo mayor cantidad de diagnósticos, para “poder justificarme al resto de familia y amigos y así entiendan lo que me pasa”. Esto aparece en forma de afirmaciones del estilo: “quiero que me hagan las pruebas de TLP”, “yo soy TDAH, así que si me pongo nerviosa y rompo algo es por eso”, “tengo un amigo que le ocurre lo mismo que a mí y le han diagnosticado TLP”.

Por otra parte, se observa que su red social se ha ido configurando principalmente en el contexto de los ingresos hospitalarios, estableciendo vínculos con personas que también se encontraban ingresadas y presentaban diagnósticos similares a aquellos con los que ella se identifica o solicita. Durante las sesiones se evidencia una importante dificultad para simbolizar el malestar y para aceptar límites, recurriendo en ocasiones a conductas impulsivas dirigidas hacia sí misma o hacia objetos del entorno. Asimismo, se aprecia una marcada ambivalencia en el vínculo con los profesionales: pese a la búsqueda activa de ingresos, el establecimiento de una relación terapéutica estable resulta complejo. Cabe señalar que muchos de estos ingresos se producen tras conflictos con familiares o personas de su entorno cercano.

## Bibliografía Relacionada:

- Pastor Puyol, M. (2018). Identificaciones e identidades... nuevas subjetividades. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (ELP).
- Salcedo-Gómez, Mariana, & Ávalos-Tinoco, Cecilia. (2025). Más allá del diagnóstico: reflexiones sobre la identidad y la clasificación psiquiátrica. Anales médicos (México, Ciudad de México), 70(4), 331-335. Epub 09 de janeiro de 2026. <https://doi.org/10.24875/amh.m25000129>
- Kwan, O., & Friel, J. (2002). Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. Medical Hypotheses, 59(2), 129-134.
- Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. London: Hogarth Press.

# LO INDICIARIO: RECONOCIENDO EL TRAUMA EN MUJER ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. ESTUDIO DE CASO DURANTE INGRESO EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Claudia Ruiz-Zuluaga, Álvaro Rodríguez-Torres  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## 1 INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual en mujeres y las alteraciones conductuales pueden ocultar experiencias de abuso sexual y físico sostenido, dificultando su detección temprana y retrasando intervenciones cruciales. La sintomatología se manifiesta frecuentemente mediante episodios de agresividad, somatizaciones o crisis de ansiedad, lo que complica el reconocimiento del origen traumático. Este estudio de caso explora los efectos devastadores de la violencia en la constitución psíquica de una adolescente con discapacidad intelectual, utilizando la entrevista clínica para escuchar el trauma y las posibilidades de intervención terapéutica e interdisciplinaria.

## 2 OBJETIVOS Y MÉTODO

Se presenta la revisión de un caso clínico de una adolescente de 14 años con discapacidad intelectual y trauma complejo, ingresada durante 27 días en la unidad de hospitalización breve del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se describe la evolución clínica y el abordaje terapéutico, enfatizando la entrevista clínica como herramienta central para la identificación del trauma, posibilitando vincular los signos y somatizaciones de la menor con experiencias traumáticas no verbalizadas. El tratamiento se llevó a cabo mediante un enfoque interdisciplinario coordinado con diferentes agentes del sistema nacional de salud.

## 3 JUSTIFICACIÓN

Se observa en la paciente un historial extenso de atención en salud mental, que incluye seguimiento ambulatorio en psiquiatría y psicología, varias atenciones en urgencias por crisis de ansiedad y episodios disociativos. Como antecedente inmediato al ingreso, la menor permaneció dos días en un centro de menores. Cuenta con diagnóstico de discapacidad intelectual, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de conducta limitado al contexto familiar, trastorno de las emociones y retraso en el desarrollo psicomotor. Absentismo escolar y ausencia de amistades. Estos antecedentes evidencian una exposición sostenida a factores de riesgo psicosocial, constituyendo indicadores clínicos de alarma ineludibles que dan cuenta del efecto desorganizador de lo traumático.

## 4 RESULTADOS

La paciente relata por primera vez durante el ingreso, la situación de abuso a la que estuvo sometida desde los 5 años, posibilitada por la renegación y desmentida familiar. Verbaliza los episodios de maltrato físico y abuso sexual sostenidos en el tiempo, perpetrados por la abuela y varios adultos, creciendo en un contexto familiar vulnerable y negligente, caracterizado por separación parental temprana, crianza por los abuelos en un pueblo rural, dificultades de vinculación con la madre y ausencia de relaciones con pares. Al ingreso, mostraba elementos de alto voltaje emocional: ansiedad intensa y ansiedad de separación, flashbacks traumáticos, conductas autolesivas, agresividad, síntomas somáticos y disociativos como dolor abdominal, náuseas y miedo intenso. Durante la hospitalización se implementó una intervención integral que incluyó psicoterapia individual y familiar, trabajo narrativo centrado en la experiencia traumática, regulación emocional, evaluación psicométrica (WISC-V: CI 56) e intervención farmacológica, promoviendo la organización de los fragmentos de su historia. Desde el inicio, la menor verbalizaba querer demandar; fue imprescindible la orientación con la madre para la interposición de la denuncia que inicialmente mostraba resistencia para desarticular el ambiente renegatorio donde se sucedieron todos los abusos y romper el pacto de silencio establecido en la familia haciéndolo público en una denuncia. En palabras de la madre "no me lo creía hasta que le vi moratones"; en palabras de la paciente "mi tío lo sabía y cuando venían hombres a casa se iba". Conforme avanzaban las entrevistas su pensamiento se fue organizando hasta elaborar un relato claro y coherente de su historia. En la adolescencia, tras la menarquia, la paciente comenzó a comprender la dimensión de la genitalidad y la intencionalidad del abuso, desarrollando defensas psicológicas para manejar este conocimiento traumático. La evolución clínica evidenció mejoría en el control emocional, reducción de síntomas somáticos y crisis de ansiedad, manteniendo recuerdos traumáticos con impacto leve-moderado "tenía una cosa en el pecho todo el rato, ahora no". Este caso resalta la importancia de intervenciones integrales eficaces que combinan abordaje psicoterapéutico, acompañamiento familiar y asesoramiento legal, que enfatiza cómo el trauma se inscribe en la experiencia corporal y psíquica del sujeto y adquiere sentido a través de la reconstrucción narrativa y el efecto subjetivante a través del reconocimiento de la verdad.

## 5 CONCLUSIONES

- Necesitamos utilizar nuestra contratransferencia y todas nuestras herramientas para tomar una posición de claro sostén cuando una situación de maltrato está a la vista. Indicadores como intensa angustia, voz entrecortada, palpitaciones, llanto intenso, temblores, sensación de terror, dan cuenta de que la menor está atravesada corporalmente por un traumatismo.
- Resulta fundamental diferenciar la discapacidad intelectual de base del posible arrasamiento del aparato psíquico derivado de la exposición prolongada a violencia extrema. Aunque la paciente presenta limitaciones cognitivas compatibles con una discapacidad intelectual, su historia vital está marcada por abusos y situaciones de violencia sostenida desde la infancia, lo que ha impactado significativamente en la organización y funcionamiento de su aparato psíquico.
- El reconocimiento del abuso, la denuncia, el acompañamiento del entorno y la intervención psicológica adecuada son factores clave para la elaboración del trauma y la reconstrucción subjetiva de las víctimas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Susana Toperosi. (2022). *En carne viva*. Topía Editorial.
- Giberti, E. (2016). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes: Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bustamante Paz, M., Elizondo Macho, J. R., Lizarraga Marañón, R., & González del Campo, J. (2020). Screening de abuso sexual infantil: presentación de la herramienta web para discriminar la existencia de una sospecha fundada de abuso sexual infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (68), 69–74

# PSICOTERAPIA GRUPAL EN TRASTORNO MENTAL GRAVE DURANTE EL PERIODO DE LATENCIA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL



Francisca Cristina Jiménez Vado<sup>1</sup>, Desirée García Tristell<sup>1</sup>, María José Ortega Cabrera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga Interna Residente; <sup>2</sup> Psicóloga Especialista en Psicología Clínica  
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

## INTRODUCCIÓN

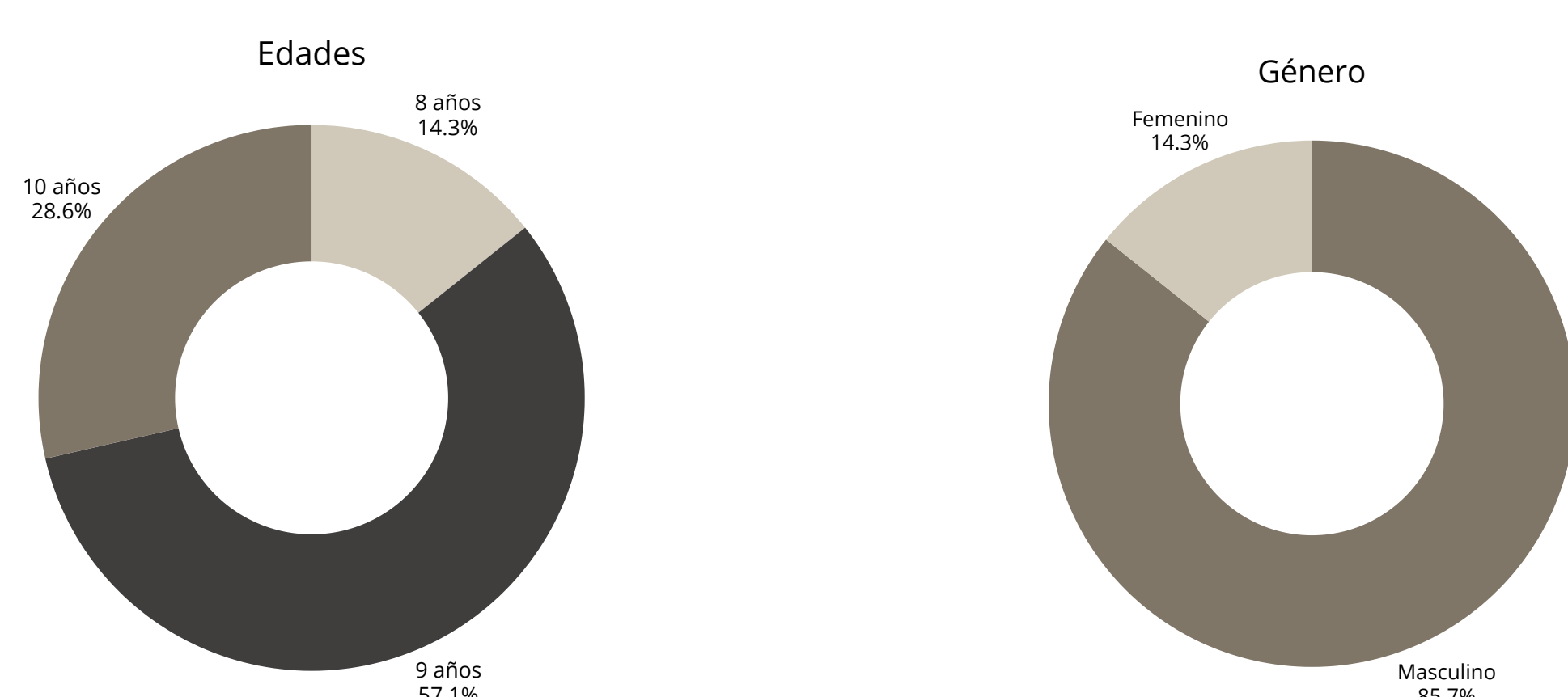
La **fase de latencia**, comprendida aproximadamente entre los **6** y los **12** años, constituye un periodo fundamental del desarrollo psicoafectivo infantil (1). Durante esta etapa se **consolidan** importantes **avances** en el desarrollo intelectual, moral y social, facilitando la adaptación al entorno escolar y la ampliación del mundo relacional del niño (2). En la práctica las **dificultades** en el tránsito por la latencia, se manifiestan con problemas de conducta, ansiedad, inhibiciones o dificultades en las relaciones entre pares, alertadas como problemas, en los casos más graves, por el contexto escolar (3). La evidencia científica recomienda el **abordaje psicoterapéutico grupal** con los pacientes y sus familias, posibilitando la detección y **tratamiento temprano** de alteraciones en el desarrollo con alto riesgo de trastorno mental en la adolescencia y/o la vida adulta (4)

## JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) es un dispositivo de atención especializada que atiende a **población infantil** afectada por **trastorno mental grave**, con amplia demanda de pacientes en este rango de edad. Ha implementado programas terapéuticos para la población de mayor riesgo desde una **perspectiva integradora, multiprofesional e interdisciplinar**, un acompañamiento **ambulatorio intensivo** durante el curso escolar en el que se trabaja de forma simultánea en grupo terapéutico con los pacientes y las familias.

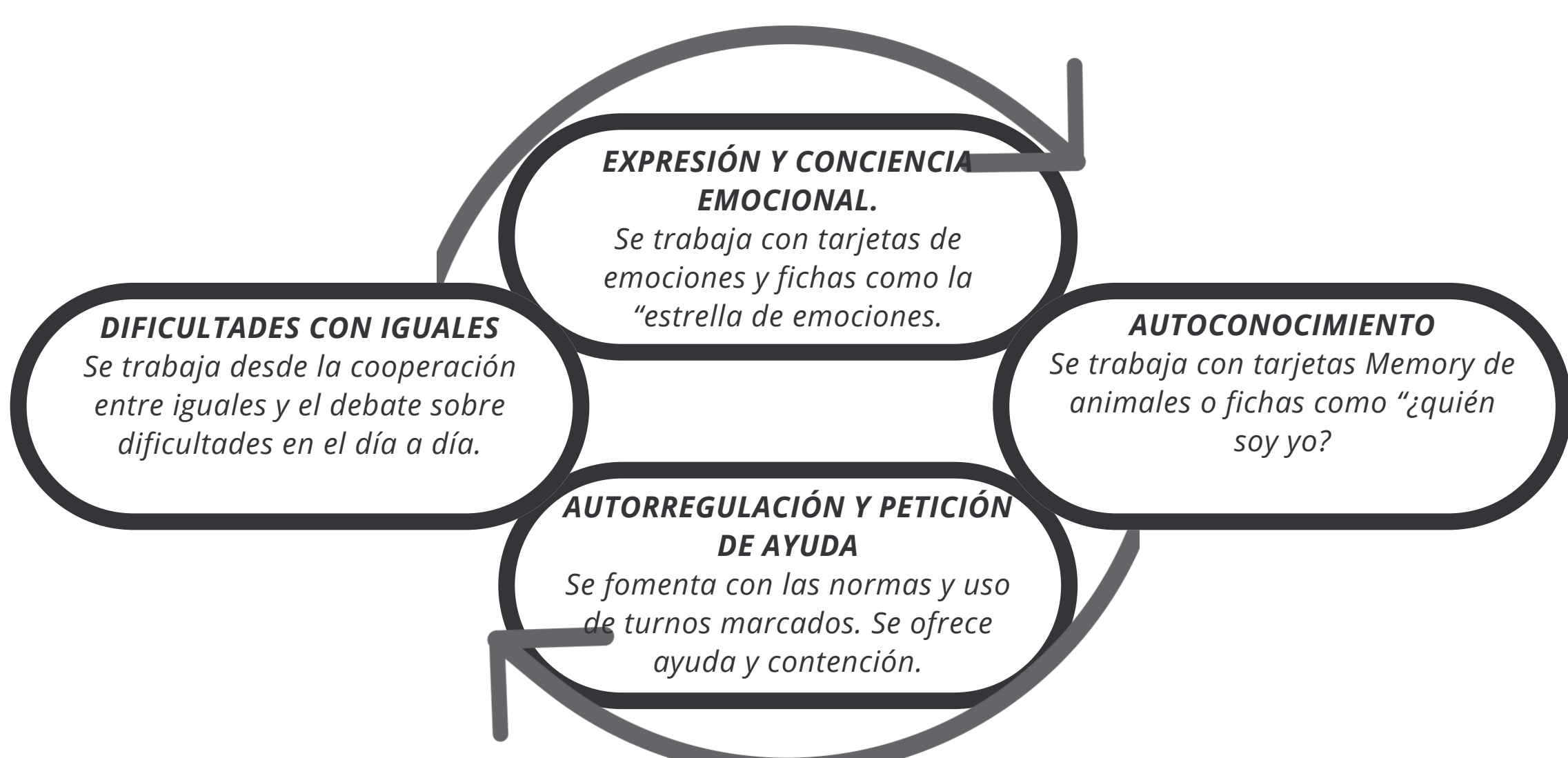
## RESULTADOS GRUPO DE MENORES

**Participantes.** Se trata de un grupo cerrado de 7 participantes (6 varones y 1 mujer), con edades comprendidas entre 8 y 10 años. Todos ellos en seguimiento por dificultades graves en ámbito escolar y relacional. El enfoque es transdiagnóstico.



**Objetivos.** Fomentar el autoconocimiento, la conciencia emocional y la comunicación asertiva a la par que promover organización del día a día y brindar los apoyos necesarios a las dificultades en las funciones ejecutivas. Por otra parte es un espacio de seguridad que permite, exponer sus experiencias y desarrollar nuevas formas de autorregulación y de petición de ayuda.

**Contenido de las sesiones.** Inician con una conversación breve. Posteriormente a través de distintas actividades y materiales lúdicos se desarrollan los objetivos expuestos. Para finalizar se da un espacio de ocio libre que permite observar la interacción entre iguales, las necesidades de apoyo y heteroregulación que precisan los participantes y las preferencias de ocio personales.



### ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS TEMAS ABORDADOS EN LAS SESIONES

## OBJETIVO

El trabajo expuesto tiene como finalidad realizar un **análisis descriptivo** del perfil de *usuarios* y *familias*, del *enquadre* y del *procedimiento* psicoterapéutico **grupal transdiagnóstico** durante el curso escolar 2025-2026 .

## METODOLOGÍA

Se analizan de forma **cualitativa** las *historias clínicas*, los *protocolos* y *registros* de las sesiones del programa intensivo de tratamiento multidisciplinario e interprofesional con inicio coincidente con el año académico 2025/2026, llevado a cabo en **sesiones quincenales de 1,5 horas** de duración. La atención se realiza en **dos espacios**, uno propio para los menores y otro en paralelo para los padres de los mismos

El equipo terapéutico que incluye profesionales de Psicología Clínica, Enfermería, Terapia Ocupacional, Pedagogía Terapéutica y Residentes de Salud Mental, se constituye como **equipo reflexivo pre y post**.

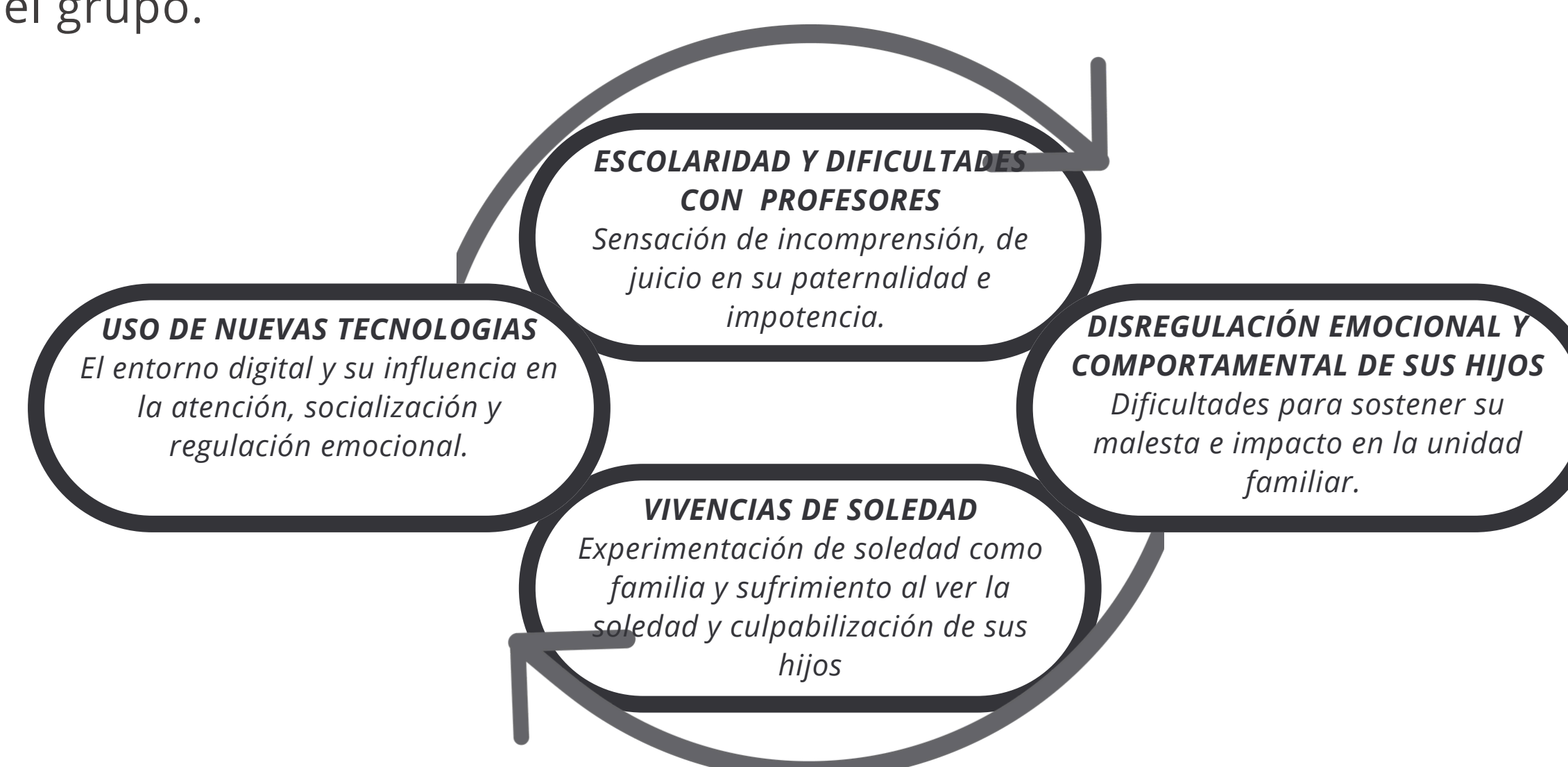
## RESULTADOS GRUPO DE PADRES

**Participantes.** Está compuesto por los progenitores del grupo de menores. Es frecuente que acuda un solo progenitor o que acudan acompañados por otros miembros de la fratria, incorporándose al grupo uno de ellos.

**Objetivo.** Aportar una visión más amplia del niño en su momento de desarrollo evolutivo, favoreciendo la comprensión de las dificultades emocionales, relacionales y comportamentales de sus hijos.

**Contenido de las sesiones.** Inicialmente se mantiene una sesión con los padres, se solicita el consentimiento informado para la intervención psicoterapéutica grupal de los menores y se realiza una evaluación desde enfermería a través del Cuestionario *APGAR Familiar*, el Cuestionario *ZARIT* y el Cuestionario *Duke-unk*.

Las siguientes sesiones tienen formato reflexivo. Los temas que surgen lo hacen de forma recurrente, aunque se hacen más prominentes algunos de ellos según el momento en que se encuentre el grupo.



### ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS TEMAS EMERGENTES DURANTE LAS SESIONES

## CONCLUSIONES

Un programa como el aquí expuesto, con una visión transdiagnóstica en formato grupal enmarcado dentro de una atención ambulatoria intensiva interdisciplinar y multiprofesional es especialmente útil al permitir la **detección e intervención precoz** de alteraciones en el desarrollo durante la latencia. Coincidiendo con la bibliografía existente este **valor se incrementa** al hacer partícipes del mismo tanto a los menores que manifiestan las dificultades como a sus **familias**, sirviendo como un espacio para fomentar el vínculo y mejorar la comprensión de una manera holística, **previniendo la cronificación** de las manifestaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, B. (2024). Fortaleciendo vínculos. El trabajo con padres durante el período de latencia. *En clave psicoanalítica*(24),17. (4)
- Escudero Alvaro, C. (2005). Psicoterapia de grupo con niños en edad de latencia. *Norte de salud mental*(24), 38-40. (3)
- Freud, S. (1981b). *Tres Ensayos para una Teoría sexual* (L. López -Ballesteros, Trad.). En Obras Completas (Tomo II, pp. 1169-1237). Biblioteca Nueva (obra original publicada en 1905). (2)
- López Barros, L.E. y Russo de Sánchez, A.R. (2006). La latencia. *Revista psicogente*, 9(15), 66-93 (1)

# Intervención grupal para promover la comunicación y el vínculo madre-bebé: base para el desarrollo de la identidad

Etna Miale, Marta Gomà, Antonia Llairó, Cristina Gunther



## INTRODUCCIÓN

- **Primeros 1000 días:** etapa clave donde se establecen las bases biológicas, emocionales y relacionales del desarrollo infantil (Gomà et al., 2020; Pacheco et al., 2018).
- **Teoría del apego:** el desarrollo del bebé se organiza a través de la relación con sus cuidadores, que sustenta la regulación emocional, la exploración y los modelos internos de relación (Bowlby, 1969; Fraley & Shaver, 2008).
- **Intervenciones vinculares:** las intervenciones tempranas madre-bebé buscan fortalecer la experiencia relacional para favorecer la organización emocional y las bases de la identidad del niño (Schore & Schore, 2008; Nanzer et al., 2022).
- **Lenguaje a los 18 meses:** momento sensible para la comunicación, donde emergen la iniciativa comunicativa, la mirada compartida y los primeros intercambios simbólicos en interacción con el cuidador.
- **Dificultades tempranas:** los problemas en el lenguaje pueden interferir en la simbolización y en las relaciones; intervenir desde el vínculo y la co-regulación favorece el desarrollo comunicativo y la regulación emocional.

### JUSTIFICACIÓN

- Ausencia de programas preventivos madre-bebé en Atención Primaria de Salud orientados a facilitar la comunicación de los niños a través de la relación con sus cuidadores principales en el período sensible para el desarrollo del lenguaje.
- Necesidad de intervenciones precoces, accesibles, focalizadas e integradas en el sistema público, sobretudo para población vulnerable.

## OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad del vínculo, de la relación.

2. Favorecer el desarrollo de la comunicación y socioemocional.

3. Valorar la viabilidad de su implementación en atención primaria de salud.

## METODOLOGIA

**Diseño** Estudio cuasi-experimental pre-post sin grupo control en el contexto de una intervención grupal madre-bebé desarrollada en un Centro de Atención Primaria.

**Muestra** Población vulnerable. Participaron cinco diadas madre-bebé derivadas desde la revisión psicológica de los 18-24 meses, realizada en el Centro de Atención Primaria.

### Criterio de inclusión:

- Riesgo leve en el área comunicativa del ASQ-3 y en el vínculo con el PIR-GAS.

### Criterio de exclusión:

- Puntuaciones con riesgo elevado: → derivación a servicios especializados de atención temprana.
- Desarrollo dentro de la normalidad: → seguimiento habitual en pediatría.

### Instrumentos

- ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaire, Third Edition (Squires, J. et al., 2009)– cribado del desarrollo infantil.
- PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (ZERO TO THREE, 2005) – evaluación de la calidad del vínculo madre-bebé.

### Intervención

Se realizó un **grupo terapéutico madre-bebé** compuesto por ocho sesiones semanales de 90 minutos de duración.

Se basa en el juego compartido entre madre y bebé en un contexto grupal.

Se utilizan actividades estructuradas y progresivas en complejidad. Las dinámicas incluyen juegos como soplar burbujas, sonidos, canciones, el juego del “tat”, dibujo, cuento, cocinitas...

La intervención se centró en:

- promover la comunicación y el lenguaje
- observar la interacción madre-bebé
- favorecer la mirada compartida y los turnos comunicativos
- ofrecer un modelado de estrategias de regulación emocional
- fortalecer la función reflexiva parental

## RESULTADOS

Los resultados muestran **mejoras en el desarrollo comunicativo y en la calidad del vínculo madre-bebé tras la intervención grupal.**

- En el área de **comunicación (ASQ-3)**, la mayoría de las diadas presentaron una **evolución positiva (60%)**. En varios casos las puntuaciones aumentaron desde rangos de riesgo leve hacia valores dentro de la normalidad, mientras que en otras se mantuvieron estables.
- En relación con la calidad del **vínculo (PIR-GAS)**, se observaron **mejoras en todas las diadas (100%)**. Las puntuaciones posteriores reflejan interacciones más recíprocas, mayor sensibilidad materna y un incremento de la mirada compartida y la iniciativa comunicativa del niño.

## DISCUSIÓN

El grupo terapéutico actuó como un espacio de **co-regulación y observación compartida**, facilitando que las madres reconocieran y respondieran de forma más contingente a las iniciativas comunicativas de sus hijos. Estos cambios en microprocesos interactivos —como la mirada compartida, la espera o la reparación relacional— favorecieron la aparición de **nuevas competencias comunicativas**.

Desde una perspectiva evolutiva, el **fortalecimiento del vínculo** se entiende como un mecanismo clave en la organización temprana de la regulación emocional y del self. Los resultados apoyan el **potencial preventivo de intervenciones grupales breves en Atención Primaria** para promover trayectorias evolutivas más adaptativas en la primera infancia.

## CONCLUSIONES

- Las **intervenciones tempranas centradas en el vínculo** pueden favorecer mejoras en la interacción madre-bebé y en el desarrollo comunicativo infantil.
- La **mejora del vínculo** actúa como base para otros ámbitos del desarrollo, proporcionando al niño una **base segura** desde la cual explorar y desarrollar competencias relacionales y comunicativas (Fraley & Shaver, 2008).
- **Los cambios en la interacción diádica** contribuyen al desarrollo comunicativo y al proceso de **diferenciación entre el yo y el otro**, fundamental para la construcción temprana de la identidad (Stern, 1985; Fonagy et al., 2002).



# Anorexia nerviosa de inicio en la adolescencia: formulación psicodinámica del caso desde la Terapia Focalizada en la Transferencia

Villa Lozano, A. \*, Muñoz Pascual, E. \*, Gómez de Salazar González, P. \*, Martín González, M. \*, Navarro Rivera, T. \*\*

\* Residente de Psicología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

\*\* Psicóloga Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La definición clásica de la anorexia incluye rechazo a mantener un peso normal, miedo a engordar y distorsión de la imagen corporal (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)).

Perspectivas más recientes la formulan no como una enfermedad, sino como un **intento de solución** ante conflictos psicológicos, relacionales y evolutivos (Torres Macho, 2013). Cosenza (2013) la define como una posición subjetiva organizada alrededor de un **rechazo radical a la dependencia del Otro**. Mediante el control del cuerpo y la negativa a comer afirma una **autonomía absoluta y una identidad basada en la autosuficiencia**.

Por otro lado, Kernberg (2006) considera que, en algunos casos, la anorexia puede entenderse como **una defensa narcisista basada en el control omnipotente del cuerpo**, utilizada para **proteger una identidad frágil** propia de organizaciones límite o narcisistas de la personalidad. Esto permitiría a la persona regular afectos intensos de dependencia, culpa y vergüenza, a la vez que mantener una imagen idealizada de sí mismo.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso de anorexia nerviosa con debut en la adolescencia, contextualizando la aparición del síntoma en relación con factores familiares y biográficos relevantes, y realizar una formulación clínica del caso desde el modelo de Terapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

## CASO CLÍNICO. N.

N. es una mujer de 25 años ingresada en la UHB del HGUGM por **alto riesgo vital**, con IMC de 12.9.

### ANTECEDENTES

En seguimiento desde los 14 años en Salud Mental.

Tto combinado ambulatorio, ingreso en UHB y Hospital de Día, en H. Niño Jesús, HURyC, H. U Santa Cristina y Clínica Ita.

Escasa efectividad de los tratamientos, frecuentes abandonos.

### DIAGNÓSTICOS

- Anorexia nerviosa.
- Organización límite de la personalidad con rasgos narcisistas.

## ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Padre: Relación de **intimidad y seducción, sexualización** velada de N.  
Oscila entre la **idealización y la agresión y humillación**.  
*"es el mantenedor de mi enfermedad"*

Conflictividad marital. Divorcio y posterior reconciliación.  
Su padre coloca a N. en el rol de **confidente, poniéndola en contra de su madre**.



**Madre volcada** en los cuidados de su **hermano**, que padece discapacidad física.

**Padre ausente** largas temporadas por trabajo

*Sensación de no ser mirada ni reconocida en su infancia.*

## CONCEPTUALIZACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE N. (MODELO RADIOS).

- **Díadas relacionales:**
- **Afectos Dominantes:**

Vergüenza intensa, envidia, rabia negada o proyectada miedo al abandono y ansiedad relacionada con pérdida de control.

### Negación de la propia agresividad.

- **Defensa primitivas**

Escisión, negación, omnipotencia e identificación proyectiva

- **Difusión de identidad:**

**Inestabilidad** de la autoimagen  
Dependencia de la **mirada del otro**.  
Dificultad para integrar aspectos contradictorios del self.

- **Organización de la personalidad**  
Organización límite con rasgos narcisistas.

- **Síntoma (Función dinámica).**

Self Idealizado  
Objeto Admirador

Admiración- Vergüenza

Self Humillado  
Objeto Crítico.

Self Víctima  
Objeto agresor

Miedo- Rabia

Self Agresor-  
Objeto Víctima.

Self dependiente  
Objeto Cuidador

Idealización - Desprecio

Self autosuficiente  
Objeto innecesario

## FUNCIONES DEL SÍNTOMA ALIMENTARIO.

- **Relación conyugal de los padres**  
El deterioro físico y el riesgo vital **movilizan al sistema familiar**, favoreciendo la **cohesión y evitando la separación** parental.
- **Relación con el padre**  
Permite mantener una posición infantilizada, **evitando la sexualización** por su parte.
- **Relación con la madre**  
Facilita **recibir cuidado y atención** cuando, históricamente, la atención se ha centrado en su hermano.
- **Identidad**  
El trastorno alimentario parece contribuir a **regular un narcisismo frágil**, manteniendo una **identidad cohesionada basada en el control, la disciplina y la superioridad moral**.

## 1. Introducción

En la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes se observan cuadros clínicos caracterizados por sintomatología aguda, elevada carga emocional, alteraciones en la regulación afectiva y dificultades interpersonales. Los ingresos hospitalarios suponen una pérdida de autonomía para los pacientes, una separación respecto de sus familias y otros componentes de **alto impacto emocional**, que favorecen la aparición de comportamientos regresivos y de dependencia del entorno hospitalario<sup>1</sup>.

Las intervenciones grupales pueden ofrecer un **espacio de expresión emocional, fomento de la mentalización, cohesión entre iguales y adquisición de recursos de afrontamiento**. En nuestra unidad de hospitalización breve de psiquiatría de adolescentes se realiza un grupo psicoterapéutico diario como parte del abordaje integral asistencial. El presente trabajo describe sus características principales.

## 3. Método

### Muestra:

- ❖ Adolescentes hospitalizados de entre 12 y 17 años.
- ❖ Motivo de ingreso frecuente: descompensación aguda y/o conductas de riesgo vital (intentos autolíticos, TCA, alteraciones de conducta graves...).
- ❖ Máximo 10 participantes por grupo.

### Encuadre:

- ❖ Duración intrasesión: 1h (de 12 a 13hs)
- ❖ Frecuencia sesiones: diaria de lunes a jueves
- ❖ Abierto: composición de participantes variable en función de nuevos ingresos, altas y situación clínica.
- ❖ Se decide la participación en el grupo en la reunión diaria de equipo, en base al estado psicopatológico, capacidad de vinculación, nivel de desorganización y criterios clínicos.
- ❖ La actividad es conducida por dos psicólogas clínicas de la unidad de forma alterna.
- ❖ Normas básicas: respeto mutuo, confidencialidad, turno de palabra, ocultar autolesiones y evitar interrupciones con salidas innecesarias.

## 5. Observaciones clínicas (resultados)

En nuestra experiencia, el grupo supone un espacio de **contención y simbolización**, favoreciendo que los adolescentes se sientan escuchados y validados entre ellos. Permite compartir su malestar emocional así como reflexionar y ensayar formas más adaptativas de lidiar con sus problemas y mejorar sus estrategias de **comunicación y asertividad**. Además, el grupo fomenta la **observación de dinámicas interpersonales**, necesidades de pertenencia y dificultades de adecuación al grupo/normas que son clínicamente relevantes para la comprensión del caso y la coordinación con el equipo.

Hemos observado los siguientes *beneficios*:

- ❖ **Disminución del aislamiento** en algunos pacientes y mejora de su integración con iguales.
- ❖ Validación y **reconocimiento** entre iguales.
- ❖ Mayor **tolerancia a la espera**, al turno de palabra, a los silencios.
- ❖ **Toma de conciencia** del funcionamiento interpersonal de cada miembro.
- ❖ Mejor **identificación emocional**, de desencadenantes y consecuencias en algunos pacientes.

Presenta retos como la rotación de pacientes, la heterogeneidad clínica, la diferente capacidad de insight y la gestión de episodios de desregulación emocional.

## 7. Referencias bibliográficas

- (1) Belloso Roperio, J. J., Díaz Medina, M., & López Moreno, T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 759-774.  
(2) Díaz de Neira Hernando, M., Marín Vila, M., & Martínez González, L. M. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87.  
(3) Torras, E. (2002). Grupos de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33(34), 135-135.

## 2. Objetivos

**Principal:** describir el funcionamiento del grupo psicoterapéutico diario.

### Específicos:

- ❖ Favorecer la **expresión emocional** y la **comunicación** interpersonal.
- ❖ Promover la **reflexión** sobre la experiencia subjetiva de cada paciente y su malestar actual.
- ❖ Potenciar habilidades de **regulación emocional** y afrontamiento.
- ❖ Facilitar la **cohesión** grupal y el **apoyo** entre iguales.
- ❖ **Observación del comportamiento** de los pacientes en un espacio grupal, complementario a la exploración en entrevistas individuales.
- ❖ **Observación del clima grupal** que suele relacionarse con el ambiente general de convivencia en la unidad.

## 4. Desarrollo del grupo

El grupo se plantea como un espacio terapéutico de **orientación integradora** (aspectos psicodinámicos, dialéctico-conductuales...).

### Esquema diario de la sesión:

1. Explicación de las normas.
2. Presentación breve de los nuevos integrantes.
3. Elección de un tema por parte de los adolescentes o propuesta de una tarea por parte de las profesionales.
4. Desarrollo del tema.
5. Despedida en caso de alta.
6. Resumen diario y ronda final.

### Aspectos trabajados en las sesiones:

- ❖ **Identificación, expresión y regulación emocional.**
- ❖ **Conflictos interpersonales.**
- ❖ Elaboración de la **vivencia de ingreso.**
- ❖ **Conciencia de enfermedad** y capacidad de **petición de ayuda**
- ❖ Formas de **afrontamiento** y autocuidado.
- ❖ **Análisis funcional** de situaciones problemáticas.
- ❖ Impulsividad y **autolesiones**
- ❖ **Temores** relacionados con el alta, la vuelta a su vida diaria y con la posibilidad de cambio.

Se promueve la reflexión compartida y la elaboración de situaciones grupales surgidas en el **aquí y ahora del propio grupo<sup>2</sup>** (silencios, conflictos, ausencias, angustias...). Aunque no es un objetivo del grupo, dadas las características vitales de los pacientes, es habitual la escucha y contención activa de narraciones de eventos traumáticos.

La función de las profesionales es doble: tolerar y sostener la angustia y explicar e interpretar lo que sucede en el grupo<sup>3</sup>.

## 6. Conclusiones

El formato grupal para realizar intervenciones psicoterapéuticas con adolescentes es una práctica clínica de gran utilidad e interés<sup>2</sup>. Su inclusión dentro de la actividad de una unidad de hospitalización breve aporta un espacio psicoterapéutico estable, estructurado y flexible en un contexto de especial vulnerabilidad. Constituye un valioso recurso dentro del abordaje integral del adolescente hospitalizado.

## 1. Introducción

En la actualidad existe una preocupación creciente por la salud mental de los adolescentes, lo que hace necesario comprender la complejidad y vulnerabilidad propias de esta etapa del desarrollo. La **adolescencia** se caracteriza por intensos cambios físicos, emocionales y relacionales en los que el sujeto debe reorganizar su identidad y redefinir sus vínculos interpersonales y familiares <sup>1</sup>.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el **trauma** puede entenderse como un acontecimiento que desborda la capacidad del psiquismo, comprometiendo los procesos de simbolización y elaboración. En la adolescencia, además, las transformaciones puberales y el proceso de separación-individuación pueden reactivar huellas traumáticas tempranas e interferir en la construcción identitaria y en la capacidad de mentalización <sup>2, 3</sup>.

## 5. Trabajo terapéutico

El abordaje terapéutico se orientó a favorecer procesos de simbolización y mentalización en un contexto de elevada desregulación emocional y dificultades relacionales <sup>3, 5</sup>.

Principales ejes del trabajo terapéutico:

- Establecimiento de un **encuadre estable y continente**, ofreciendo un espacio seguro que permitiera diferenciar la relación terapéutica de experiencias relacionales previas vividas como intrusivas o negligentes.
- Construcción progresiva del **vínculo terapéutico**, atendiendo a las oscilaciones transferenciales y utilizando la contratransferencia como herramienta clínica para comprender aspectos no verbalizados.
- Favorecer procesos de **mentalización y simbolización**, acompañando el pasaje desde la actuación hacia la posibilidad de reconocer y elaborar los estados emocionales <sup>3, 5</sup>.
- **Intervención con la familia**, orientada a favorecer una mayor comprensión del funcionamiento emocional de la paciente y promover un entorno relacional más continente <sup>4</sup>.
- Acompañamiento en la **elaboración de experiencias traumáticas**.

## 6. Observaciones clínicas (resultados)

Durante el proceso terapéutico se observó una evolución progresiva.

En los primeros momentos predominaban la **inhibición**, el **mutismo** y una marcada **dificultad para identificar y expresar** estados emocionales, con tendencia a la **actuación** a través de conductas autolesivas y otros síntomas somáticos y disociativos.

A lo largo del proceso terapéutico se observó:

- ❖ Mayor capacidad de **reconocimiento** emocional y de **mentalización**.
- ❖ Mayor capacidad para solicitar **ayuda** y **regularse**.
- ❖ Mejoría en el **contacto** con el equipo terapéutico y con iguales.
- ❖ Inicio de **elaboración de una narrativa** de experiencias traumáticas.
- ❖ **Reincorporación** progresiva al ámbito escolar y establecimiento de **nuevos vínculos**.

A pesar de esta evolución favorable, persistían dificultades en la regulación emocional y episodios de acting out, aunque con mayor capacidad posterior de reflexión y elaboración.

## 8. Referencias bibliográficas

(1) Jeammet P. *La identidad y los trastornos de la identidad en la adolescencia*. Barcelona: Gedisa; 2008.  
(2) Daurella N. Trauma y retraumatización. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2012;20:7-16.  
(3) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002.

## 2. Objetivos

Explorar la **expresión clínica** del trauma en la adolescencia y analizar el papel del **trabajo terapéutico** en la evolución clínica de una adolescente con historia de trauma relacional.

## 3. Método

### Diseño

Estudio de un caso clínico desde una perspectiva psicodinámica.

### Encuadre

La paciente fue atendida en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría Infantojuvenil. Durante el ingreso se realizaron sesiones individuales de 45-50 minutos con una frecuencia de cinco sesiones.

Paralelamente se realizaron intervenciones familiares con una frecuencia semanal o quincenal de una hora de duración.

## 4. Descripción del caso

Adolescente de 14 años con antecedentes de seis ingresos previos por ideación autolítica y conductas autolesivas que ingresa nuevamente por la misma sintomatología.

Presentaba una clínica compleja caracterizada por sintomatología **ansioso-depresiva**, conductas **autolesivas** recurrentes y gestos **autolíticos** reiterados, junto con **alteraciones senso perceptivas** visuales y auditivas. Además, presentaba disconfort con **imagen corporal** y cuestionamiento de su **identidad** de género. Previamente, había presentado conductas purgativas y restricciones.

En la exploración inicial destacaba marcada inhibición, escaso contacto ocular, mutismo parcial y gran **dificultad** para elaborar o relacionar su sintomatología con experiencias vitales. Presentaba además aislamiento social e incapacidad para sostener la asistencia escolar.

En su biografía destacaban **vivencias traumáticas**, incluyendo exposición a situaciones de violencia y abuso, en un contexto familiar con escaso sostén emocional y dificultades para la elaboración de los conflictos que parecían guardar relación con vivencias de elevado impacto emocional en generaciones previas.

En este contexto se observaban importantes dificultades en los procesos de mentalización y simbolización tanto en la paciente como en su entorno familiar.

## 7. Conclusiones

La adolescencia constituye una etapa de especial **vulnerabilidad** en la que las experiencias traumáticas pueden tener un impacto significativo y reactivarse. Asimismo, el trauma no pertenece únicamente a la historia individual del adolescente, sino que puede inscribirse en una cadena de **transmisión transgeneracional**<sup>4</sup>.

En estos casos, es importante una **intervención terapéutica** que favorezca la **mentalización y la simbolización**, permitiendo la elaboración de estas experiencias y así la posibilidad de construir un relato propio <sup>3</sup>. De manera que, la adolescencia representa un periodo de riesgo, pero también constituye una oportunidad para que lo traumático encuentre nuevas vías de simbolización<sup>3, 5</sup>.

(4) Díez Grieser MT. Trauma y mentalización: implicaciones clínicas en la transmisión intergeneracional del trauma. *Aperturas Psicoanalíticas*. 2015;49.

(5) Lanza Castelli G. La mentalización de la afectividad. *Aperturas Psicoanalíticas*. 2011;38.

# Implementación de un grupo terapéutico basado en juego y mentalización para preadolescentes con síndrome de Asperger

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil - HUVN Granada

Haro Soler, Ana. Residente de Psicología Clínica del Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

Santos Tarilonte, Paulino. Residente de Psicología Clínica del Hospital Universitario San Cecilio (Granada)

González García, Paula. Residente de Psicología Clínica del Hospital Universitario San Cecilio (Granada)



## INTRODUCCIÓN

- Los niños con trastorno de Asperger presentan dificultades nucleares en la reciprocidad social, la comprensión de estados mentales y la regulación emocional. Estas dificultades suelen hacerse más evidentes durante la preadolescencia, etapa en la que las demandas sociales aumentan y adquieren mayor complejidad.
- Las intervenciones grupales constituyen un dispositivo terapéutico relevante para el trabajo clínico con esta población, ya que permiten abordar las dificultades sociales en interacción directa con iguales. Diversos estudios han señalado la eficacia de los programas grupales para el desarrollo de habilidades sociales en jóvenes con TEA (Bauminger, 2007; Rao et al., 2008). Además, desde una perspectiva psicodinámica, el grupo ofrece un espacio donde pueden elaborarse las dificultades intersubjetivas que emergen en la interacción entre los participantes (Bion, 1961; Hobson, 1993).
- El presente trabajo describe la implementación de un dispositivo grupal centrado en el uso del juego y en el análisis de las situaciones interpersonales que emergen durante el proceso grupal.

## OBJETIVOS

Describir la implementación de un grupo terapéutico dirigido a preadolescentes con síndrome de Asperger orientado al desarrollo de habilidades sociales y mentalistas a través del juego y de la elaboración de las dinámicas relacionales del grupo.

## METODOLOGÍA

- Se implementó un grupo terapéutico con ocho niños de entre 9 a 12 años diagnosticados de Asperger. Las sesiones se realizaron semanalmente durante el curso escolar, con una duración de 90 minutos y en formato de coterapia.
- Las sesiones se organizaban en tres momentos principales:
  - Dinámica inicial: breve reto lúdico (video, acertijo, o desafío físico) para motivar y activar la participación de los niños.
  - Asamblea inicial: espacio de conversación sobre acontecimientos de la semana que permitía trabajar iniciativa comunicativa, escucha y turnos de palabra.
  - Juegos en subgrupos: juegos de mesa, juegos de reglas, juegos estratégicos y cooperativos orientados a favorecer interacción social, regulación conductual, planificación y comprensión de normas.
  - Asamblea de cierre: reflexión sobre la sesión y feedback grupal.
- Durante el desarrollo de estas actividades se prestaba especial atención a las situaciones relacionales emergentes. Cuando aparecían conductas inadecuadas, la situación se analizaba con el grupo explorando cómo se habían sentido los distintos miembros, cuál creían que había sido la intención de la conducta y qué alternativas de respuesta podían haberse utilizado. Este procedimiento permitía trabajar la regulación conductual a través de la reflexión grupal y la toma de perspectiva.

### GRUPO DE PADRES

Grupo mensual de padres. Este espacio tenía como objetivos compartir experiencias entre familias, comprender las dificultades asociadas al diagnóstico y trabajar estrategias para la gestión de conflictos, el establecimiento de límites y la promoción de la socialización en el contexto familiar.

### SESIÓN DE MENTALIZACIÓN

Con los niños se realizaba simultáneamente al grupo de padres una actividad específica centrada en habilidades mentalistas. Durante las sesiones se visionaban cortometrajes y se debatía a través de preguntas diseñadas para identificar emociones, comprender las intenciones de los personajes y reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones.

### COORDINACIÓN CON LOS CENTROS ESCOLARES

Se establecía coordinación con los centros escolares para recoger información sobre el funcionamiento del niño en el colegio, su integración social, posibles dificultades de aprendizaje o problemas de conducta. Esta información permitía adaptar el trabajo terapéutico a las necesidades individuales de cada participante y ofrecer orientación a las familias.

## RESULTADOS

- El grupo terapéutico basado en el juego facilita la interacción entre iguales y permite trabajar habilidades de reciprocidad social, la comprensión de estados mentales y la regulación emocional.
- Durante el desarrollo del grupo se observó una mayor participación espontánea, mejoras en el respeto de turnos y mayor capacidad de entender estados mentales, mayor tolerancia a la frustración y reducción de conflictos durante el juego.

## CONCLUSIONES

- Los grupos terapéuticos centrados en juego, interacción social y mentalización constituyen un recurso clínico útil para el trabajo con preadolescentes con síndrome de Asperger.
- El grupo terapéutico basado en el juego facilita la interacción entre iguales y favorece la aparición de situaciones relacionales que pueden ser elaboradas en el propio proceso grupal.
- El análisis compartido de estas experiencias permite trabajar la comprensión de estados mentales, la regulación emocional y la adaptación social.

# ¿QUÉ RETALES DEL NEOLIBERALISMO SE ENHEBRAN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD?



LAURA PÉREZ ROBADOR (MIR3 PSIQUIATRÍA), RAQUEL GARCÍA-PAGE FERNÁNDEZ (MIR3 PSIQUIATRÍA); HU JOSÉ GERMAIN DE LEGANÉS.

## INTRODUCCIÓN

El sujeto atravesado por el lenguaje emerge contingente, dividido e inconsistente. Es **desde esta falta** desde donde **se construye el vínculo con el otro**. Desde la llegada del sujeto al mundo, **las identificaciones articulan la relación con los otros, permitiendo fijar “alguna cosa del ser”**.

Cuando los sujetos hablan, producen discursos. **Obtenemos ideales del discurso del otro, que acaban cristalizando en una identidad, un sujeto con un yo**. Es a través de estas identificaciones que podemos enunciar un “yo soy”. La mirada del otro retorna una ilusión de unidad.

**Cada época promueve -y produce- subjetividades atractivas para los sujetos**, “variaciones condensadas de las posibilidades del ser”.

La contemporaneidad actual viene marcada por los **discursos del neoliberalismo**, un esquema donde se imbrican, íntimamente y con sus particularidades, lo estatal/institucional, económico y tecnológico, y **que forja, con sus lógicas, modelos concretos de producción de subjetividad**.

## OBJETIVOS

Se propone encontrar **paralelismos entre las formas de subjetivación contemporánea**, también objetivables en el día a día de la clínica, y las **lógicas** que atraviesan el **modelo de funcionamiento neoliberal**.

## JUSTIFICACIÓN

Se antoja **imposible disociar las formas de subjetivación** y los malestares que en ocasiones pueden acompañarlas (con especial frecuencia en la etapa adolescente), **del contexto** y la matriz contemporánea en que se forjan.

## MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura, que desde la teoría política, el análisis sociológico y el psicoanálisis, estudia las formas contemporáneas de producción identitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher M. *Realismo capitalista*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Caja negra, 2016. ISBN 97871622457
2. Fisher M. *Deseo Postcapitalista. Las últimas clases*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Caja negra, 2024. ISBN 9789878272160.
3. Brown W. *Estados del agravio: poder y libertad en la modernidad tardía*. Madrid, España: Lengua de Trapo; 2019. ISBN 9788483812419.
4. García López I. *Calla i paga. Encuentros entre política i psicoanàlisi*. Barcelona, España: Edicions del Periscopi; 2022. ISBN 978841733995.
5. Fernández-Savater, Amador. *Capitalismo libidinal*. Barcelona, España: NED Ediciones; 2024. ISBN 9788419407252
6. Foucault M. *El sujeto y el poder*. *Rev Mex Sociol*. 1988;50(3):3. Disponible en: <https://www.philosophia.cl/biblioteca/Foucault/>

## RESULTADOS

Hablar de **neoliberalismo** supone hacerlo de algo que va más allá de un modelo de funcionamiento económico, que se extiende en la configuración de un conjunto de prácticas y de normas construidas política, jurídica e institucionalmente.

Su particular modus operandi, vehiculizador de un poder **no centralizado, desregulado y deslocalizado**, que subcontrata sus actividades (“técnicas posmodernas del poder”), **permea** y traduce en una forma de sociedad, e incluso, en una forma de existencia, que ha sido definida como **“tentacular, errante y porosa”**.

Este *tejido* viene a dejar tras de sí **“retales”** que se enhebran inevitablemente en los procesos de construcción identitaria contemporáneos:

- **Cuerpo social desmembrado** → Sujetos desarraigados, descontextualización radical del sujeto.
- **Hiperconectividad, interpasividad** → Precariedad del lazo con el otro.

- “Neoburocracia”, **autoevaluación constante** → **Importa más la representación**, el continente, que lo que alberga (ej. redes sociales). Generación representaciones.

- **Efecto globalizador + homogeneizador del mercado** → Homogeneización y estandarización masivas, **“impotencia reflexiva”**.
- **Sujeto “empresario de sí”, sujeto que hay que construir** → Mercado identitario, identidad bien de consumo, **“etiquetas” (también clínicas)**

- **Capitalización de los afectos**, sentido de capacidad y valía de un individuo en el registro de los afectos individuales → Politización del malestar, patologización, “heridas en la base del sentimiento de identidad”, capitalización simbólica del daño, **“identidades heridas” vaciadas de agencia**.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

**La razón neoliberal y los mecanismos con que opera enraíza profundamente en la enunciación del “yo soy” del sujeto contemporáneo**. En una sociedad en la que el sujeto se define como “una empresa de sí mismo, que ha de construirse”, que olvida lo estructural social, hiperindividualizada, precaria, deslocalizada, que exige una permanente necesidad de adaptación y que dificulta el lazo con el otro, **el mapa para la forja de “una idea de ser” se ve desdibujado**. Aparecen “representaciones”, “etiquetas” de identidades, muchas veces cimentadas en el daño que las propias dinámicas contemporáneas producen, y que en ocasiones la propia institución psiquiátrica, en el terreno de la clínica, fomenta, impregnadas también sus prácticas por la lógica neoliberal.

**Resulta obligado no olvidar qué retales salpican la tierra que ve crecer las plantas.**

# ADULTEZ EMERGENTE E IDENTIDAD EN UN MUNDO GLOBALIZADO

García-Page Fernández, Raquel; Pérez Robador, Laura María  
Residentes de Psiquiatría en Hospital José Germain

Contacto: raquel.garciapage@salud.madrid.org



## INTRODUCCIÓN

El término de adultez emergente fue acuñado a principios de los años 2000 por Jeffrey Arnett para designar una etapa de transición entre la adolescencia y la adultez temprana, entre los 18 y los 30 años, en sociedades industrializadas. La conceptualización de este término se basa en el pensamiento de teóricos previos, entre otros, en “Los estados de identidad clásicos” de James E. Marcia.

Estatus de identidad	Compromiso	Profundidad	Alternativas	Características
Moratoria	Bajo	Bajo	Alto	Compromisos débiles y alta consideración de alternativas identitarias a lo largo del tiempo.
Logro	Alto	Alto	Bajo-Decreciente	Identidad consolidada tras exploración profunda; menor reconsideración posterior.
Cierre	Intermedio	Moderado-Bajo	Bajo	Compromisos relativamente estables con menor exploración activa que en el logro.
Difusión	Bajo	Bajo	Bajo	Falta de compromiso y exploración.

En la construcción de la identidad, se espera un desarrollo fortalecido en individuos con altos niveles de compromiso y bajas fluctuaciones diarias. Sin embargo, al mismo tiempo, la exploración y la apertura a cambiar los propios compromisos también se consideran un aspecto vital para el desarrollo positivo de la identidad.

## OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo principal pensar en torno a la construcción de la identidad en la franja de edad mencionada desde la conceptualización de la adultez emergente como un fenómeno dinámico y culturalmente situado. En esta línea, buscamos explorar las posibles trayectorias identitarias y las dificultades que entraña la construcción del self en contextos de globalización.

## DISCUSIÓN

La adultez emergente guarda como característica principal la **alta variabilidad demográfica**, algo que no sucede en otras etapas vitales, en las que los hitos y las expectativas quedan más homogéneamente definidas. Según la literatura, factores como la responsabilidad personal, la capacidad de tomar decisiones autónomas y la independencia económica se erigen como los principales indicadores de transición a la vida adulta. Elementos como los cambios frecuentes de residencia, la formación académica prolongada y la inestabilidad laboral, reflejan el **carácter experimental** de esta etapa. Sin embargo, dichos parámetros son también marcadores de desigualdad social, convirtiendo la adultez emergente y su carácter de no normatividad en los roles, en una fuente de discrepancias entre las trayectorias reales y las expectativas culturales sobre los momentos adecuados para consolidar los aún considerados como hitos de la madurez. El factor crítico para la salud mental, por ende, no sería alcanzar los hitos, sino hacerlo dentro de los **plazos culturales considerados apropiados**. Así, la incertidumbre y la comparación, se encuentran en la base de los riesgos psicológicos de la adultez emergente.

En este contexto, los procesos de construcción identitaria se ven atravesados por dinámicas culturales propias de la globalización y el capitalismo tardío. El concepto de **identidad bicultural** nos permite comprender cómo son dichos procesos en la intersección entre una identidad local y una vinculada a la cultura global (modelos occidentales, mercados liberales e individualismo). Cuanto mayor sea la distancia o menor el acompañamiento entre ambas posiciones, niveles mayores de **estrés aculturativo** encontraremos en los individuos.

Surge así, más que una “difusión de identidad”, una **confusión** identitaria situada en un contexto sociopolítico concreto. Esta perspectiva lleva el debate más allá del ámbito clínico, pudiendo pensar sobre el papel de la salud mental como marco normativizador de determinadas trayectorias vitales.

## CONCLUSIÓN

La adultez emergente constituye un periodo central en sociedades contemporáneas para la formación de la identidad. Las tendencias descritas como propias de esta etapa hacia la inestabilidad, exploración, enfoque en uno mismo y optimismo, deben ser cuestionadas en base a las nuevas tensiones que la globalización, la hiperconectividad y el capitalismo tardío introducen en los procesos de construcción identitaria. Dichas tensiones, parecen estar prolongando la etapa de exploración, surgiendo entonces, malestares en relación con el ajuste de expectativas y los tiempos para el cumplimiento de las mismas. De igual modo y, desde una visión interseccional, surgen nuevas trayectorias hacia la adultez que se desvían de las tradicionales y abren nuevos debates y posibilidades.

# Uso de loot boxes en niños y adolescentes y su asociación con gaming disorder, juego monetario y psicopatología: una revisión sistemática

Autores: Sáez-Montoya I, Muñoz-Forner I, Viñas-Gutiérrez F, Sanjuán-Ortiz C, Rojo-Bofill LM.

Institución: Hospital Universitario y Politécnico La Fe | Contacto: isaezmont@gmail.com

## 1. INTRODUCCIÓN

Las **loot boxes** (cajas botín) son mecanismos de monetización en videojuegos que otorgan recompensas aleatorias. Se pueden adquirir de forma gratuita, con dinero real o con la moneda del juego. Al abrirlas, el jugador obtiene una selección aleatoria de objetos virtuales, como armas, vestimentas o monedas del juego.

Estudios recientes sugieren asociaciones entre el uso de loot boxes y el desarrollo de trastorno de juego por internet (IGD), trastorno de juego patológico (PG) y otros problemas psiquiátricos en menores de 18 años.

## 2. OBJETIVOS

- Sistematizar la evidencia sobre la relación entre uso de loot boxes y trastornos del juego en menores.
- Analizar la asociación con juego monetario patológico y otros trastornos psiquiátricos.
- Identificar factores de riesgo y mecanismos subyacentes.

## 3. JUSTIFICACIÓN

**Relevancia clínica:** Comprensión de nuevos factores de riesgo en salud mental infanto-juvenil.

**Prevalencia creciente:** 40-60% de adolescentes reportan exposición a loot boxes.

**Vacío legislativo:** Necesidad de evidencia para políticas de protección al menor.

## 4. MÉTODO

**Diseño:** Revisión sistemática siguiendo directrices PRISMA.

### Criterios de Inclusión (PICO):

- P:** Menores <18 años
- I:** Uso de loot boxes
- C:** No usuarios de loot boxes
- O:** Juego patológico, juego monetario, trastornos psiquiátricos.

### Criterios de Exclusión:

- Población adulta >18 años como población principal.
- Sin datos específicos sobre loot boxes
- Estudios no empíricos.

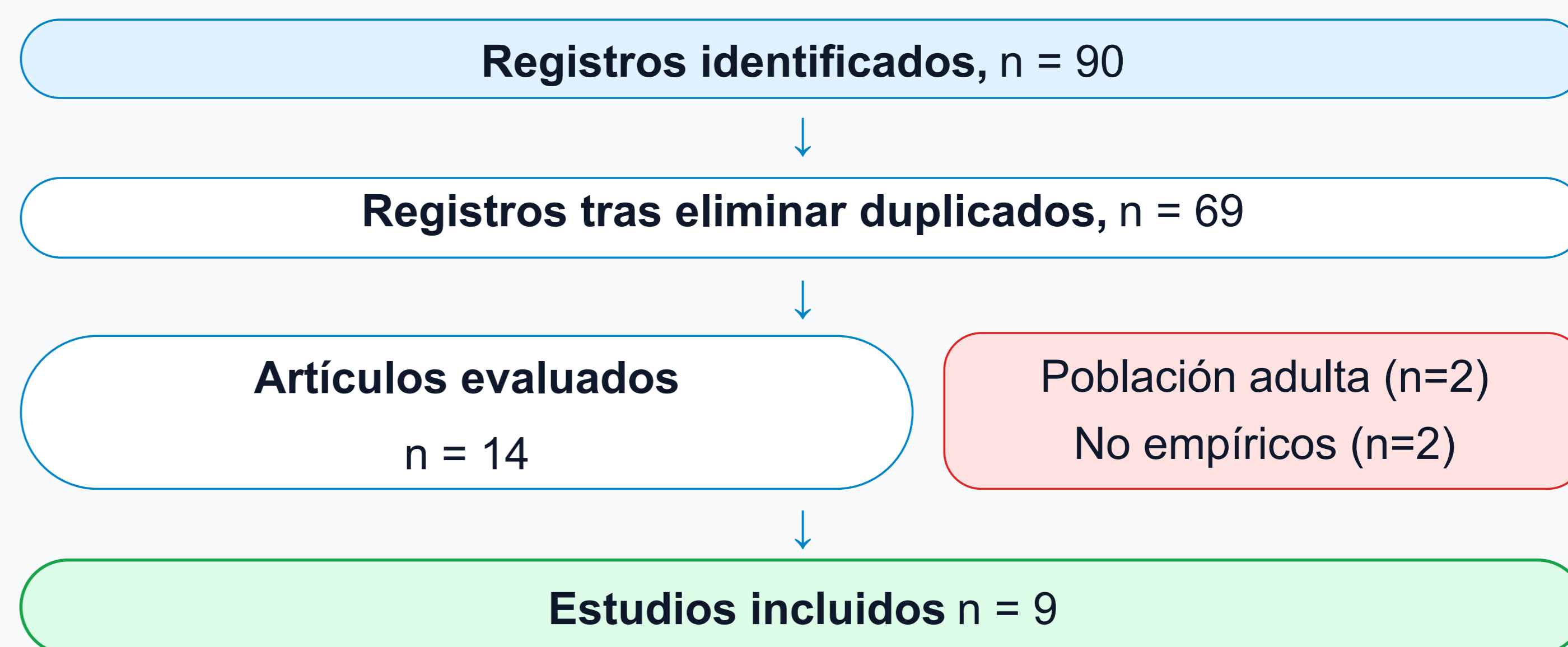
**Bases de datos:** Pubmed, Scopus.

**Muestra final:** 9 estudios: 2 transversales, 7 prospectivos (n >12.000).

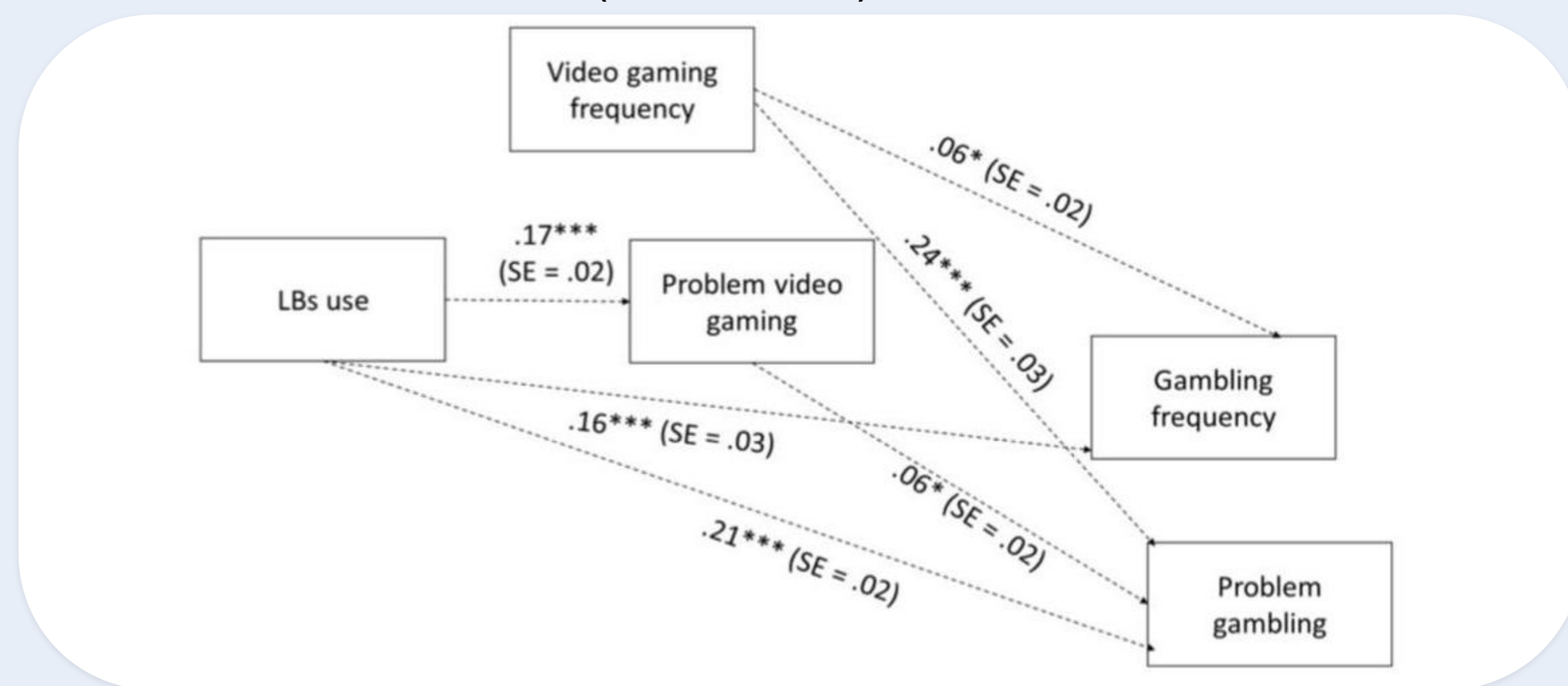
## 5. RESULTADOS - HALLAZGOS PRINCIPALES

Autor, Año	n	Hallazgos Clave
Mosconi et al., 2026	2,8 91	Asociación significativa LB-juego patológico en adolescentes Italianos.
González-Cabrera et al., 2024	1,7 47	LB como mediador entre IGD y juego online patológico.
Hing et al., 2022	1,5 12	Compra LB vinculada a juego patológico (OR 3.7-6.0) controlando juego monetario.
González-Cabrera et al., 2022	1,7 47	Relación bidireccional LB-IGD-juego online.
González-Cabrera et al., 2023	1,2 32	Estudio prospectivo: compra LB predice IGD y juego online a 12 meses.
Sanmartín et al., 2023	1,4 56	LB asociadas con sentimientos de malestar, culpabilidad y sensación de pérdida de control.
Irie et al., 2023	548	Compra LB relacionada con juego problemático y depresión en adolescentes japoneses

## DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA



## MODELO DE MEDIACIÓN (Primi et al.)



## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Hallazgos Principales:

- Asociación robusta:** Evidencia consistente entre uso de loot boxes e IGD, OGD y juego patológico (OR 3.7-6.0)
- Relación mediadora:** Las LB actúan como puente entre trastorno de juego por internet y juego online patológico
- Efecto prospectivo:** La compra de LB predice desarrollo de trastornos a 12 meses
- Comorbilidad:** Asociación con síntomas depresivos en población adolescente

### Conclusiones:

- Las loot boxes representan un **factor de riesgo significativo** para trastornos del juego en menores.
- Se requiere **regulación específica** y políticas de protección a menores.

### Limitaciones:

- Mayoría de estudios transversales (limitación causalidad).
- Heterogeneidad en instrumentos de medida.
- Predominio de estudios europeos (generalización limitada).

## REFERENCIAS

- Mosconi, Giansanto et al. Gaming and gambling behaviours among Italian adolescents: a cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, Volume 11, Issue 1, e8 - e16
- González-Cabrera J et al. The Mediating Role of Problematic Use of Loot Boxes Between Internet Gaming Disorder and Online Gambling Disorder: Cross-Sectional Analytical Study. *JMIR Serious Games*. 2024 Sep 20;12:e57304.
- Hing N et al. Loot box purchasing is linked to problem gambling in adolescents when controlling for monetary gambling participation. *J Behav Addict*. 2022 Apr 5;11(2):396-405.
- González-Cabrera J et al. Loot boxes in Spanish adolescents and young adults: Relationship with internet gaming disorder and online gambling disorder, *Computers in Human Behavior*, Volume 126, 2022, 107012.
- González-Cabrera J et al. Loot box purchases and their relationship with internet gaming disorder and online gambling disorder in adolescents: A prospective study, *Computers in Human Behavior*, Volume 143, 2023, 107685.
- Primi C et al. Loot boxes use, video gaming, and gambling in adolescents: Results from a path analysis before and during COVID-19-pandemic-related lockdown in Italy. *Front Psychol*. 2022 Sep 27;13:1009129.
- Sanmartín FJ et al. Loot boxes use as a new form of gambling within video games. *Adicciones*. 2023 Dec 1;35(4):407-420.
- Grosemans, E et al. More than loot boxes: the role of video game streams and gambling-like elements in the gaming-gambling connection among adolescents. *Journal of Gambling Issues*. 54, 68-97.
- Irie T et al. Online-gaming and mental health: Loot boxes and in-game purchases are related to problematic online gaming and depression in adolescents. *Curr Psychol*. 2023;42(21):20515-26.

# El juego como medio de expresión emocional y facilitador del vínculo terapéutico

Navas Delgado, N.

Psicóloga Clínica, Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

## INTRODUCCIÓN

El **juego** es el **lenguaje natural del niño**, permite expresar e interpretar emociones y pensamientos que pueden ser difíciles de exteriorizar bajo otras circunstancias. Además de ser divertido, es una **oportunidad para que el niño pueda enfrentar conflictos internos** y desarrollar habilidades para resolver problemas, suponiendo un medio necesario en la construcción de su identidad. En este contexto, la terapia de juego se ha consolidado como una intervención psicoterapéutica eficaz en población infantil.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos y revisiones teóricas en las fuentes bibliográficas PubMed y Google académico, en español, empleando los siguientes términos de búsqueda: “*terapia de juego*” y “*juego en psicoterapia*”. Tras excluir todos aquellos trabajos alejados del objetivo a estudiar, se seleccionaron finalmente siete artículos que fueron analizados en profundidad.

## RESULTADOS

Desde una perspectiva general, el término de terapia de juego se ha utilizado desde la década de los 80 como una técnica de intervención terapéutica, pues es una herramienta que facilita la comunicación con el terapeuta, la **expresión emocional** del niño y que promueve la **adherencia al tratamiento** y la construcción de una sólida **alianza**. Del mismo modo, supone un componente esencial en el trabajo con aquellos niños que han sido víctimas de violencia. Se ha demostrado que la terapia de juego no solo facilita la expresión emocional y la comunicación en los niños, sino que también contribuye de manera significativa al establecimiento de una relación de confianza con el terapeuta, elemento muy mermado en aquellos con historias de trauma, y como un medio para **procesar las experiencias traumáticas**. Los materiales comúnmente utilizados se podrían agrupar en las siguientes categorías:

- **Objetos del universo a escala:** permiten representar situaciones, eventos y roles del mundo del niño. Pueden ser antropomórficos (formas de personas, tanto superhéroes o personajes fantásticos, como personas de la cotidianidad), animales (posibilitan la proyección de conflictos y fantasías en las relaciones del niño consigo mismo, con los otros y con el entorno), y los referidos a elementos del entorno y propios de su cultura.
- **Juguetes de construcción:** permiten al niño crear sus propios objetos mediante una actividad de transformación u organización. Pueden ser objetos para armar, rompecabezas, dibujo, plastilina...
- **Objetos didácticos:** sirven como mediadores en procesos de aprendizaje.
- **Cuentos:** el cuento no es un relato acabado, sino un instrumento para la creación y recreación de historias, de juegos, etc.

## CONCLUSIONES

En población infantojuvenil es fundamental aplicar la terapia de juego, pues en definitiva, el juego permite la **exploración de conflictos internos**, y supone una **oportunidad para poder enfrentarse** a ellos; también facilita el **procesamiento de experiencias traumáticas**, la elaboración de **nuevos significados**, la **expresión emocional**, y por último, ayuda en la **construcción de la alianza terapéutica**.

## REFERENCIAS

- Blundon Nash, J., & Schaefer, C. E. (2012). Terapia de juego: prácticas y conceptos básicos. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de terapia de juego* (2.ª ed., pp. 3–13). Manual Moderno.
- Denieul, P. (1981b). Etnotecnología del juego. En R. Jaulin (Ed.), *Juegos y juguetes* (pp. 7–10). Siglo XXI.
- Esquivel Ancona, F. (2010). El juego y la psicoterapia infantil. En F. Esquivel Ancona (Ed.), *Psicoterapia infantil con juego: Casos clínicos* (pp. 61–76). Manual Moderno.
- Ginott, H. G. (1960). A rationale for selecting toys in play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 24(3), 243–246. <https://doi.org/10.1037/h0043980>
- Martínez Córdoba, Y., Muñoz Bermúdez, M., & Zambrano Osorio, V. (2022). *Terapia del juego: un camino para el buen desarrollo de la relación terapéutica en atención de niños y niñas víctimas de maltrato infantil* [Trabajo de especialización, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Pereira (RIBUC). <https://repositorio.ucp.edu.co/entities/publication/2402c99a-9364-44c0-9a87-faf7b95e3184>
- Rosas Bejarano, K., Moreno Jiménez, S., & Gómez Giraldo, V. (2024). *Terapia de juego como técnica psicoterapéutica del enfoque cognitivo-conductual: Conocimientos y experiencias de algunos psicoterapeutas* [Trabajo de especialización, Universidad Católica de Pereira]. <https://hdl.handle.net/10785/16240>
- Vélez Gómez, P., Loaiza Tangarife, D. M., Restrepo Ochoa, D. A., Botero Tobón, M. E., & Vélez Londoño, M. (2010). El juguete como sostén de representaciones en la relación terapéutica: construcciones a partir de la experiencia de psicoterapeutas. *CES Psicología*, 3(2), 4–17.

# Terapia Narrativa de Apego

Navas Delgado, N.

Psicóloga Clínica, Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla

## INTRODUCCIÓN

La terapia narrativa de apego integra elementos nucleares de los enfoques **sistémico**, del **apego** y **narrativo** en la intervención psicoterapéutica. Esto implica considerar los patrones y dinámicas relacionales en la familia, explorar las interpretaciones y narrativas dominantes de cada uno de los miembros, y considerar las necesidades de apego y la manera en que se relacionan a nivel emocional.

## MÉTODO

Se realizó una revisión teórica basada en el análisis del libro “Apego y terapia narrativa: un modelo integrador”. Se examinaron los capítulos relacionados con los fundamentos del apego y su integración con el enfoque narrativo en psicoterapia. A partir de esta revisión se identificaron los conceptos centrales y las principales propuestas clínicas del modelo, con el objetivo de sintetizar cómo la terapia narrativa puede contribuir a la reformulación de las experiencias de apego.

## RESULTADOS

Este enfoque parte de la premisa de que las experiencias tempranas en la infancia conforman un conjunto de relatos y expectativas, que, posteriormente, se generalizarán a otras relaciones fuera del ámbito familiar. Sin embargo, las **narrativas** poseen un **componente activo de construcción y revisión continua**. Por ello, desde este planteamiento cobra especial importancia trabajar con dichos relatos y expectativas para provocar el cambio y la reconstrucción.

Desde este modelo también se exploran con detenimiento las **historias familiares y las experiencias que no han sido relatadas en los cuidadores**, poniendo el énfasis en descubrir las defensas que han adoptado para protegerse y la manera en que los miembros de la familia gestionan sus sentimientos, teniendo en cuenta dichas **experiencias relacionales pasadas**. Hay cuatro fases en el proceso terapéutico:

1. **Crear una base segura:** un espacio de seguridad emocional y contención; aclarar objetivos, conocer a la familia, y evaluar sus recursos y fortalezas.
2. **Analizar el apego y las narrativas dentro de un marco sistémico:** conocer los patrones transgeneracionales de relación y apego.
3. **Considerar las alternativas:** formar historias alternativas, nuevas o modificadas. Analizar los guiones correctivos y duplicados, es decir, hablar con los cuidadores de todo aquello que han aprendido de las experiencias de su infancia, tratando de dilucidar, qué comportamientos desean mantener y cuáles eliminar o cambiar en las relaciones actuales con sus hijos.
4. **Consolidar el cambio y mantener la base terapéutica:** trabajar sobre lo que han podido descubrir, cómo ha sido la experiencia y cómo poder afrontar el futuro.

## CONCLUSIONES

Las personas **no son víctimas impotentes de los estilos de apego que han adquirido en la infancia**, sino que conservan estas experiencias en narrativas, que influyen en su visión del mundo relacional y en su propio autoconcepto sobre lo merecedores que son de amor y afecto. Sin embargo, la Terapia Narrativa de Apego busca reconocer los patrones relacionales que se repiten a lo largo de las generaciones y las experiencias traumáticas no resueltas en el cuidador, en pro de introducir narrativas alternativas a las experiencias actuales.

## REFERENCIAS

Vetere, A., & Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa: Un modelo integrador*. Morata.