GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
IMSERSO
CREAP
Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial

APOYO ENTRE IGUALES EN SALUD MENTAL

Manual para formación de profesionales

IMSERSO. 2026

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Edita: © Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20260511-manual_apoyo_entre_iguales_salud_mental.pdf/679b1578-4549-5919-0476-d4a0f8fad831

https://cpage.mpr.gob.es/

NIPO: 235-26-001-2

Fecha edición: 2026

Coordinador

Juan Lázaro Mateo. *Director Gerente del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).*

Autores

Juan Lázaro Mateo. Director Gerente del Creap. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

Ana Isabel Ruiz Sánchez. Técnico de Apoyo Mutuo en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

César Ferrer Fas. Técnico de Apoyo Mutuo en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Gemma Climent Martínez. Psicóloga en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Ana Orduña Ruiz. Psicóloga en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Isabel Barragán Martín. Psicóloga en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Óscar Pérez Aguado. Psicólogo en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Astrid Leila Blanco Romero. Terapeuta ocupacional en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Esther Jara Cases. Terapeuta ocupacional en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Paco Cháfer Ortiz. Educador social en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Colaboradores:

Anna María Segarra. Psicóloga en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.

El Creap ostenta y se reserva los derechos de las imágenes y gráficos utilizados en este documento. La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en enero de 2026.

Índice

ÍNDICE 3

BLOQUE 1: FUNDAMENTOS DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 6

BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LAS CONCEPCIONES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD 7
Modelo biopsicosocial de salud 8

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE 8
Clasificación, trastornos y características 10

ABORDAJES CLÍNICOS Y SOCIALES 38
Intervenciones sanitarias 39

Intervenciones psicosociales 42

MODELOS DE TRABAJO EN SALUD MENTAL 45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 51

BLOQUE 2: CUIDAR A QUIEN CUIDA 54

Introducción al Rol del Cuidador 55

El estrés en cuidadores: impactos negativos de la sobrecarga 56

La importancia del bienestar emocional y psicológico del cuidador: autocuidados y estrategias de afrontamiento del estrés 58

Recursos de utilidad y de apoyo para cuidadores 61

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 67

BLOQUE 3: EL ESTIGMA EN LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 70

DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍAS DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL 71
Definición y tipologías del estigma en salud mental 71

Consecuencias del estigma en salud mental 72

INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL ESTIGMA 73
Estrategias para afrontar el estigma 74

Dinámica 1: Ponerse en los zapatos del otro 74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 77

BLOQUE 4: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA 78

COMUNICACIÓN VERBAL EFICAZ 79
Comunicación eficaz y asertiva 79

Comunicación verbal en el ámbito terapéutico 82

COMUNICACIÓN NO VERBAL Y SINCRONÍA 85
Paralenguaje 94

La sincronía 95

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 97

BLOQUE 5: EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO 101

Introducción al acompañamiento terapéutico en Salud Mental 102
Orígenes Históricos y Evolución Conceptual 102
Definición Operativa y Rasgos Distintivos 102
Objetivos generales 102
Fundamentos y filosofía del Acompañamiento Terapéutico 104
El Rol del Acompañante Terapéutico (AT) 104
Claves de la Intervención en Acompañamiento Terapéutico 105
El Acompañamiento Terapéutico en el Marco Interdisciplinario 106
Competencias del Acompañamiento Terapéutico 107
Buenas Prácticas Clínicas 108
Herramientas y Técnicas Útiles 109
Estrategias clave basadas en evidencia científica 110
Supervisión Profesional 111
Autocuidado y Prevención del Burnout 112
Riesgos, límites y derivaciones 112
Modelos de Implementación en Servicios de Salud Mental 113
Equipos Interdisciplinarios 113
Modalidades Intensivas Domiciliarias y Comunitarias 113
Dimensiones Éticas y Vínculo Terapéutico 113
Procesos de Supervisión y Autocuidado 114
Relevancia para la Formación de Profesionales 114
Fundamentación Teórica 114
Evidencia Empírica sobre Eficacia 115
Marco Normativo 116
Implicaciones 117
Implicaciones para la persona atendida 117
Implicaciones para los familiares 118
Implicaciones para el grupo de ayuda mutua 118
Referencias bibliográficas del bloque 120

BLOQUE 6: ÉTICA Y DERECHOS EN SALUD MENTAL 125

Conceptos básicos de la ética 126
La ética en la rehabilitación psicosocial 128
La toma de decisiones éticas 129
Factores que influyen en las decisiones 129
Malas praxis profesionales 130
Privacidad y confidencialidad 131
Aplicación de principios éticos para las buenas prácticas 133
Consentimiento informado 136
Transgresión de los límites profesionales 137

Los derechos humanos en salud mental 142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 145
BLOQUE 7: EL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO 150
CONCEPTO Y EVOLUCIÓN 151
COMPONENTES DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PAI) 152
FASES Y COMPONENTES DE LA RECUPERACIÓN EN EL PAI 157
La recuperación y sus fases 157
Componentes de la recuperación 158
Dinámica: “Mapa de recursos y metas” 159
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 161
BLOQUE 8: LOS GRUPOS DE APOYO MUTUO (GAM) 164
INTRODUCCIÓN AL APOYO MUTUO 165
La figura del Técnico de Apoyo Mutuo 165
FUNCIONAMIENTO Y MODERACIÓN GAM 166
La Moderación del grupo 170
Técnicas de dinamización de grupos de apoyo mutuo 173
Postura del dinamizador en grupos terapéuticos 174
Buenas prácticas en el apoyo mutuo 175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL BLOQUE 177

1

Bloque 1: Fundamentos de la discapacidad psicosocial

Breve aproximación histórica de las concepciones sobre salud y enfermedad

Las concepciones de salud y enfermedad han evolucionado a lo largo del tiempo reflejando las transformaciones sociales, culturales y científicas de cada época. Comprender esta evolución es fundamental para situar la emergencia del modelo biopsicosocial, que surge en el siglo XX como una respuesta crítica al reduccionismo del modelo biomédico y como una propuesta integradora de las dimensiones biológica, psicológica y social del proceso salud-enfermedad.

En las civilizaciones antiguas, la salud se entendía principalmente como armonía o equilibrio. En Egipto y Mesopotamia, se concebía como un don de los dioses, y la enfermedad como castigo o consecuencia de transgresiones morales o religiosas. Los tratamientos incluían rituales, plegarias y remedios naturales (Porter, 2003).

En la antigua Grecia, Hipócrates (siglo V a. C.) formuló el modelo humoral, según el cual la salud dependía del equilibrio entre los cuatro humores del cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La enfermedad era el resultado del desequilibrio de estos fluidos, influido por factores ambientales, emocionales y conductuales (Castro, 2005).

Durante la Edad Media, en Europa, la influencia del cristianismo reintrodujo una visión teológica y moral de la enfermedad. La salud era un estado de gracia divina, mientras que la enfermedad se interpretaba como castigo o prueba espiritual. Los hospitales surgieron ligados a instituciones religiosas y su finalidad era tanto el cuidado físico como el consuelo espiritual del enfermo (Lain, 1978).

Con el Renacimiento se produce una revalorización del cuerpo y del conocimiento empírico. Sin embargo, el verdadero cambio de paradigma ocurre en el siglo XVII con el dualismo cartesiano propuesto por René Descartes, quien separó la mente del cuerpo. Esta división permitió el estudio del cuerpo humano como una máquina, favoreciendo el desarrollo de la anatomía y la fisiología, pero estableciendo una frontera rígida entre lo físico y lo mental (Navarro, 2009).

Durante los siglos XIX y XX, con los avances de la microbiología y la farmacología, se consolidó el modelo biomédico. Según este modelo, la salud es la ausencia de enfermedad, y la enfermedad se define como una alteración biológica o funcional del organismo (Engel, 1977). Este enfoque ha sido eficaz en el tratamiento de enfermedades agudas, pero presenta limitaciones al reducir la salud a lo biológico e ignorar los factores psicológicos y sociales. De hecho, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió el concepto de salud más allá de la ausencia de enfermedad: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades" (OMS, 1948, p. 1). Esta premisa sentó las bases que orientaron el desarrollo de un modelo de salud más comprehensivo.

Modelo biopsicosocial de salud

El modelo biopsicosocial es un modelo propuesto por George L. Engel (1977) que surge como alternativa al modelo biomédico. El modelo biomédico considera la enfermedad como un fenómeno biológico únicamente. Propone que la enfermedad está causada por un patógeno como es un virus o una bacteria. Deja de lado los aspectos psicológicos de la persona y se centra únicamente en lo biológico. En cambio, el modelo biopsicosocial conceptualiza la salud y la enfermedad como el resultado final de la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales. Plantea una perspectiva más holística del individuo. Entiende que la persona tiene que estar activa en su proceso de mejora o prevención y que el comportamiento es un factor que está implicado en todos los procesos de enfermedad (inicio, desarrollo y mantenimiento de la alteración). Asimismo, este modelo a diferencia del modelo biomédico, propone que existen trastornos y enfermedades crónicas que requieren también de un tratamiento psicológico y no solo médico.

Los factores que incluye este modelo, como se ha comentado, son los factores biológicos, psicológicos y sociales. Concretamente, dentro de los factores biológicos se incluye la fisiología, el género, la edad, la predisposición, el sistema inmune, entre otros. Este factor es el que predomina en el modelo biomédico. Los factores psicológicos consisten en aquellos aspectos más centrados en la esfera personal como por ejemplo los pensamientos, emociones, conductas, estilos de afrontamiento, personalidad, autoeficacia y conductas de salud, entre otros. Por último, dentro de los factores sociales se encuentra por ejemplo las relaciones interpersonales, las dinámicas de apoyo social, el estatus socioeconómico, la satisfacción laboral, circunstancias familiares, etc. Según este modelo, es importante que se tengan en cuenta estos tres factores de forma conjunta para el cuidado de la enfermedad, promoción de la salud y para explicar los procesos patológicos.

Definición del Trastorno Mental Grave

Introducirnos en las perspectivas históricas sobre salud y enfermedad nos ha servido para poner en contexto las necesidades de atención de las personas afectadas en su salud mental en la actualidad. Para Gallach & Huertas (2000), a diferencia de lo que

ocurre en la enfermedad física, donde el término grave compromete la vida del sujeto, en el trastorno psiquiátrico esa gravedad se define por las repercusiones que va a tener la alteración en su propia vida y la de sus familiares, ya que, a la evolución natural de la dolencia, se le suman como factores prolongadores o cronificantes: el deterioro producido por el tratamiento, la incomprensión y el hándicap social que perpetúan el aislamiento. Es por ello, que en la década de los 80, en coherencia con las premisas de la reforma psiquiátrica y al nuevo modelo asistencial, el concepto de enfermedad mental crónica se sustituyó por enfermedad mental grave y duradera. El término TMG es la expresión más utilizada en la literatura, haciendo referencia este concepto al conjunto de patologías que tienen en común dificultades funcionales similares como consecuencia de los síntomas que presentan (Schinnar et al., 1990).

López & Laviana (2007) exponen que, a pesar de la heterogeneidad con que se define el término TMG, puede constatarse en la bibliografía un acuerdo sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa:

a. Una *sintomatología* que podría resumirse, en términos generales, como "*psicótica*", en la medida en que genera dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales. Lo que, traducido a diagnósticos, suele incluir fundamentalmente la Esquizofrenia y otras psicosis delirantes (grupo diagnóstico mayoritario), psicosis afectivas y algunos tipos de trastornos de personalidad (los más "*cercanos*" a las psicosis).

b. Una *evolución prolongada* en el tiempo (fijada habitualmente en más de dos años), lo que implica una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.

c. Un componente de *discapacidad*, que suele medirse con instrumentos estandarizados y que implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.

En definitiva, el término TMG engloba personas diagnosticadas de una alteración mental, cuya sintomatología, en conjunción con otros factores intelectuales, culturales, sociales o familiares, presenta un curso incapacitante y de larga evolución que interfiere de manera significativa en su funcionamiento general. En coherencia, para poder hablar de esta afectación se requiere de una valoración de todas las áreas de funcionamiento en la que existe alguna dificultad para la persona (Ruggeri et al., 2000).

Clasificación, trastornos y características

Sistemas de clasificación

El diagnóstico es el proceso de identificar una enfermedad por sus signos y síntomas. Los sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales más utilizados son el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) que han venido desarrollando la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) respectivamente. Ambos sistemas proporcionan un lenguaje común y criterios para identificar y clasificar los trastornos mentales, lo que facilita la investigación, la comunicación entre los profesionales y la aplicación de tratamientos efectivos.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado (habla), comportamiento motor anormal o muy desorganizado (incluida la catatonía) y síntomas negativos (American Psychiatric Association [APA], 2023).
La esquizofrenia afecta a un 1% de la población, y tiene un carácter heterogéneo (cada persona tiene unas características que no tienen que ser iguales para todos)
En la mayoría de las personas que sufren esquizofrenia los primeros síntomas aparecen en la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Diferencias de género:
- Parece ser una enfermedad que afecta más a los hombres que a las mujeres.
- Edad de Inicio:
    - Hombres: Entre los 18 y los 25 años.
    - Mujeres: Entre los 25 y 35 años.

Estos datos no significan que no pueda iniciarse a edades diferentes. Recordemos que tiene un carácter heterogéneo. Entre un 25% a 40% de los pacientes presentan síntomas positivos residuales crónicos aun siguiendo el tratamiento farmacológico. Se producen entre los episodios y están asociados a altos niveles de malestar. Algunos pacientes aprenden estrategias de afrontamiento para superarlos y se observa que el hecho de

utilizar estas estrategias y el número de ellas está relacionado con un menor nivel de malestar.

Síntomas y conceptos Básicos

Síntomas Positivos

Son síntomas que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales. Los principales síntomas positivos de la esquizofrenia son: Alucinaciones, Ideas delirantes, pensamiento desorganizado y síntomas motores.

Alucinaciones

Una alucinación es una percepción sensorial con el convincente sentido de realidad de una percepción real (se oye o se ve) pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado (es una percepción sin objeto). Existen varios tipos, relacionados con los sentidos:

- Auditivas: Percepción de sonidos o voces que en realidad no existen
- Visuales: Visualización de imágenes, sean estructuradas o no.
- Gustativas: Percepción de gustos, frecuentemente desagradables
- Olfativas: Percepción de olores, frecuentemente fétidos
- Somáticas: Percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo
- Táctiles: Sensación de ser tocado o tener alguna cosa bajo la piel

Delirios

Los delirios son creencias férreas y a menudo bizarras que la persona da por ciertas, basadas en inferencias incorrectas relativas a la realidad externa y que mantendrá a pesar de los argumentos lógicos o pruebas que demuestren que no son ciertas. Existen varios tipos de delirios como, por ejemplo:

- Celotípico: Saberse engañado por la pareja
- De grandeza: Conocerse con poderes extraordinarios
- De referencia o autorreferencial: Ver que el entorno hace referencias a uno mismo, incluso TV y prensa
- De control: Sentirse controlado corporal o psíquicamente por algo o alguien externo
- Persecutorio: Sentirse perseguido o vigilado
- Somático: Sensaciones extrañas e invasivas en el propio cuerpo
- Erotomaníaco: Convicción del amor de otra persona
- Perjuicio: Saberse perjudicado por alguien
- Ruina o culpa: Saberse arruinado o culpable

- Posesión: Sentirse poseído por una fuerza espiritual maligna o benigna

Comportamiento motor muy desorganizado

El comportamiento motor muy desorganizado puede manifestarse de distintas maneras y evidenciarse en problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo.

El comportamiento catatónico

Es una marcada disminución de la reactividad al medio ambiente. Esto va desde la resistencia a las instrucciones *(negativismo);* a mantener una postura rígida, inapropiada o extraña; a una completa falta de respuestas verbales y motoras *(mutismo* y *estupor).* También puede incluir actividad motora excesiva y sin propósito sin causa obvia *(excitación catatónica).* Otras características son movimientos estereotipados repetidos, miradas fijas, muecas y el eco del habla. Aunque históricamente la catatonia se ha asociado con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos son inespecíficos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales (p. ej., trastorno bipolar o depresivo con catatonia) y en condiciones médicas (trastorno catatónico debido a otra condición médica).

Pensamiento (Discurso) desorganizado

Según la APA (2023), el pensamiento desorganizado (trastorno del pensamiento formal) generalmente se infiere del habla del individuo. El individuo puede cambiar de un tema a otro *(descarrilamiento o asociaciones sueltas).* Las respuestas a las preguntas pueden estar oblicuamente relacionadas o no tener ninguna relación *(tangencialidad).* En raras ocasiones, el habla puede estar tan gravemente desorganizada que es casi incomprensible *(incoherencia* o "ensalada de palabras"). Debido a que el habla levemente desorganizada es común e inespecífica, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para afectar sustancialmente la comunicación efectiva.

Síntomas negativos

Dos síntomas negativos son particularmente prominentes en la esquizofrenia: disminución de la expresión emocional y abulia. También pueden manifestarse como problemas para iniciar y completar tareas, descuido de la higiene personal y apatía general.

Aplanamiento afectivo

La *expresión emocional disminuida* incluye reducciones en la expresión de emociones en la cara, contacto visual, entonación del habla y movimientos de las manos, de la cabeza y la cara que normalmente le dan un énfasis emocional al habla.

Abulia

La abulia es una disminución en las actividades intencionales motivadas e iniciadas por uno mismo. El individuo puede permanecer sentado durante largos periodos de tiempo y mostrar poco interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos incluyen alogia, anhedonia y asocialidad.

Alogia

Se manifiesta por una salida del habla disminuida o pobreza del lenguaje, donde la persona habla muy poco o frases vacías de contenido.

Anhedonia

Es la disminución de la capacidad de experimentar placer. Las personas con esquizofrenia aún pueden disfrutar de una actividad placentera en el momento y pueden recordarla, pero muestran una reducción en la frecuencia de participar en actividades placenteras.

Asocialidad

Se refiere a la aparente falta de interés en las interacciones sociales y puede estar asociada con la abulia, pero también puede ser una manifestación de oportunidades limitadas para las interacciones sociales (APA, 2023).

A continuación, se presentan los criterios de clasificación de los distintos trastornos Mentales según el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5TR] (APA, 2023):

Tabla 1. Trastornos Mentales Graves (APA, 2023)

Esquizofrenia	Criterios Diagnósticos DSM-5-TR
A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3): • Delirios • Alucinaciones • Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia). • Comportamiento muy desorganizado o catatónico	

- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

C. Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de Síntomas

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica.

F. Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia

Trastorno Esquizoafectivo Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

1. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual hay un episodio anímico importante (depresivo mayor o maníaco) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.
2. Delirios o alucinaciones durante 2 o más semanas en ausencia de un episodio anímico importante (depresivo o maníaco) durante la duración de la enfermedad.
3. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las porciones activa y residual de la enfermedad.

Especificar:

Tipo bipolar: este subtipo se aplica si un episodio maníaco es parte de la presentación. También pueden ocurrir episodios depresivos mayores

Tipo depresivo: este subtipo se aplica si solo los episodios depresivos mayores son parte de la presentación.

Trastorno Delirante	Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. La presencia de uno (o más) delirios con una duración de 1 mes o más.

B. Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia.

Nota: las alucinaciones, si están presentes, no son prominentes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado de insectos asociada con delirios de infestación).

C. Aparte del impacto de la(s) idea(s) delirante(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no se ve notablemente afectado y el comportamiento no es obviamente extraño o raro.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo- compulsivo.

Trastorno Esquizotípico	Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por
una incomodidad aguda y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan en la edad adulta

temprana y se presentan en una variedad de contextos, como se indica. por cinco (o más) de los siguientes:

1. Ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y es inconsistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creencia en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).

3. Experiencias perceptivas inusuales, incluidas las ilusiones corporales.

4. Pensamiento y habla extraños (p. ej., vagos, circunstanciales, metafóricos, demasiado elaborados o estereotipados).

5. Sospecha o ideación paranoica. 6. Afecto inapropiado o restringido.

7. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar.

8. Falta de amigos cercanos o confidentes que no sean de primer grado parientes.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista.

Trastorno Esquizofreniforme Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):

- Delirios.
- Alucinaciones
- Discurso desorganizado (frecuentes descarrilamientos o incoherencia)

- Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico
- Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).

B. Un episodio del trastorno dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. Cuando el diagnóstico deba hacerse sin esperar la recuperación, se debe calificar como “provisional”.

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

Trastorno de Depresión Mayor Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento

del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

D. Al menos un episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno BIPOLAR I Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario cumplir con los siguientes criterios para un episodio maníaco. El episodio maníaco puede haber sido precedido y seguido por episodios hipomaníacos o depresivos mayores.

Episodio maníaco

A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 1 semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) están presentes en un grado significativo y representan un cambio notable del comportamiento habitual:

1. Autoestima inflada o grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).

3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin propósito y no dirigida a un objetivo).

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales).

C. El trastorno del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización para evitar daño a sí mismo o a otros, o hay características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio maníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un episodio maníaco y, por lo tanto, un diagnóstico bipolar I.

Nota: los criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se requiere al menos un episodio maníaco de por vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco

A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes durante un período significativo:

1. Autoestima inflada o grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).

3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no es sintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observable por otros.

E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución para que uno o dos síntomas (en particular, aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideren suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni necesariamente indicativos de una diátesis bipolar.

Nota: los criterios A–F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

Trastorno bipolar I

Se han cumplido los criterios para al menos un episodio maníaco (Criterios A–D en “Episodio maníaco” anterior).

Al menos un episodio maníaco no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

Trastorno Bipolar II Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario cumplir los siguientes criterios para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los siguientes criterios para un episodio depresivo mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco

A. Un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes durante un período significativo:

1. Autoestima inflada o grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).

3. Más hablador que de costumbre o presionado para seguir hablando.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Distracción (es decir, atención que se dirige con demasiada facilidad a estímulos externos sin importancia o irrelevantes), tal como se informa u observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. ej., participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no es sintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observable por otros.

E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social o laboral o para necesitar hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra condición médica.

Nota: un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución para que uno o dos síntomas (en particular, aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideren suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni necesariamente indicativos de una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor del TB

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a una condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso descritas en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión

requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

Trastorno bipolar II

A. Se han cumplido los criterios para al menos un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaníaco" anterior) y al menos un episodio depresivo mayor (Criterios A-C en "Episodio depresivo mayor" anterior).

B. Nunca ha habido un episodio maníaco.

C. Al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor no se explican mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superponen a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

D. Los síntomas de depresión o la imprevisibilidad causada por la alternancia frecuente entre períodos de depresión e hipomanía causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno Obsesivo Compulsivo Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como intrusivos y no deseados, y que en la mayoría de los individuos causa marcada ansiedad o angustia.

2. El individuo intenta ignorar o suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos repetitivos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (p. ej., orar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse con rigidez.

2. Las conductas o actos mentales estén encaminados a prevenir o reducir la ansiedad o angustia, o prevenir algún evento o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de manera realista con lo que están diseñados para neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.

Nota**:** Es posible que los niños pequeños no puedan articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (p. ej., toman más de 1 hora por día) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

D. El trastorno no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por la apariencia, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad para desechar o separarse de las posesiones, como en el trastorno por acaparamiento; tirar, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno del movimiento estereotípico; conducta alimentaria ritualizada, como en los trastornos alimentarios; preocupación por sustancias o juegos de azar, como en trastornos adictivos y relacionados con sustancias; preocupación por tener una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; cavilaciones culpables, como en la depresión mayor trastorno; inserción del pensamiento o preocupaciones delirantes, como en el

espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones repetitivos de comportamiento, como en el autismo.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura de la persona, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas varían ampliamente dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad. En general, los trastornos de la personalidad involucran sentimientos, pensamientos y comportamientos que no se adaptan a un amplio rango de escenarios. Estos patrones generalmente comienzan en la adolescencia y pueden llevar a problemas en situaciones laborales y sociales. Varían de leves a graves.

TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

GRUPO A:

Los trastornos de este grupo se relacionan con comportamientos más raros o excéntricos, cercanos a los trastornos psicóticos sin llegar a serlo, con síntomas como desconfianza profunda y persistente hacia los demás, interpretaciones de conductas de otros como malintencionadas o amenazantes, distanciamiento afectivo, baja expresión emocional, conductas excéntricas, etc. Las siguientes tablas muestran sus síntomas y categorías según los clasifica el DSM.

Tabla 2. Trastornos de la personalidad del grupo A (APA, 2023)

Trastorno Paranoide de la personalidad	Criterios Diagnósticos DSM-5-TR
A. Una desconfianza y suspicacia generalizadas hacia los demás, de modo que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:	

1. Sospeche, sin fundamento suficiente, que otros lo están explotando, dañando o engañando.

2. Le preocupan dudas injustificadas sobre la lealtad o confianza de amigos o asociados.

3. Es reacio a confiar en los demás por temor injustificado de que la información se utilice maliciosamente en su contra.

4. Lee significados degradantes o amenazantes ocultos en comentarios o eventos benignos.

5. Persistentemente guarda rencores (es decir, no perdona los insultos, lesiones o desaires).

6. Percibe ataques a su carácter o reputación que no son evidentes para los demás y reacciona rápidamente con enojo o contraataca.

7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación, sobre fidelidad del cónyuge o pareja sexual.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o trastorno depresivo con características psicóticas u otro trastorno psicótico y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno Esquizoide de la Personalidad Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Un patrón generalizado de desapego de las relaciones sociales y un rango restringido de expresión de emociones en entornos interpersonales, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:

1. No desea ni disfruta de relaciones cercanas, incluyendo ser parte de una familia.

2. Casi siempre elige actividades solitarias.

3. Tiene poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

4. Disfruta de pocas actividades, si es que realiza alguna.

5. Carece de amigos cercanos o confidentes que no sean familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a los elogios o críticas de los demás.

7. Muestra frialdad emocional, desapego o aplanamiento afectividad.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno Esquizotípico de la Personalidad Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

A. Un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por una incomodidad aguda y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan en la edad adulta temprana y se presentan en una variedad de contextos, como se indica por cinco (o más) de los siguientes:

1. Ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y es inconsistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creencia en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).

3. Experiencias perceptivas inusuales, incluidas las ilusiones corporales.

4. Pensamiento y habla extraños (p. ej., vagos, circunstanciales, metafóricos, demasiado elaborados o estereotipados).

5. Sospecha o ideación paranoica.

6. Afecto inapropiado o restringido.

7. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar.

8. Falta de amigos cercanos o confidentes que no sean familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo. B. No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o trastorno del espectro autista.

GRUPO B:

Las personas que tienen trastornos del grupo B muestran rasgos dramáticos, emociones sobredimensionadas o múltiples de comportamientos erráticos. Algunos muestran desprecio por las normas sociales y derechos de otros. Otros actúan frecuentemente con impulsividad, engaño, irresponsabilidad o falta de remordimiento. Otros necesitan ser constantemente el centro de atención y otros sienten que son muy superiores al resto de las personas. A continuación, se describen las características de cada uno.

Tabla 3. Trastornos de la personalidad del grupo B (APA, 2023)

Trastorno de la Personalidad Antisocial Criterios Diagnósticos DSM-5-TR
A. Un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, que ocurre desde los 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes: 1. Incumplimiento de las normas sociales con respecto a los comportamientos legales, como se indica realizando repetidamente actos que sean motivo de arresto. 2. Engaño, como lo indican las mentiras repetidas, el uso de alias o engañar a otros para beneficio o placer personal. 3. Impulsividad o falta de planificación anticipada. 4. Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas o agresiones físicas repetidas. 5. Desprecio imprudente por la seguridad propia o de los demás. 6. Irresponsabilidad consistente, como lo indica la falta repetida de mantener un comportamiento laboral consistente o cumplir con las obligaciones financieras.

7. Falta de remordimiento, como lo indica ser indiferente o racionalizar haber lastimado, maltratado o robado a otro.

B. El individuo tiene al menos 18 años.

C. Hay evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de la edad 15 años.

D. La aparición de comportamiento antisocial no es exclusiva durante el curso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Trastorno Límite de la Personalidad Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y marcada impulsividad, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginario. **(Nota:** No incluya el comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5).

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: No incluya el comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5).

5. Comportamiento, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días).

7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (p. ej., demostraciones frecuentes de mal genio, ira constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o severa síntomas disociativos.
Trastorno de la Personalidad Histriónica Criterios Diagnósticos DSM-5-TR
Un patrón generalizado de excesiva emotividad y búsqueda de atención, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Se siente incómodo en situaciones en las que él o ella no es el centro de atención. 2. La interacción con los demás a menudo se caracteriza por comportamientos inapropiados, conducta sexualmente seductora o provocativa. 3. Muestra emociones superficiales y rápidamente cambiantes. 4. Consistentemente usa la apariencia física para llamar la atención sobre ser. 5. Tiene un estilo de habla excesivamente impresionista y carente de detalles. 6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de las emociones. 7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciable por otros o circunstancias). 8. Considera que las relaciones son más íntimas de lo que realmente son.
Trastorno de la Personalidad Narcisista Criterios Diagnósticos DSM-5-TR
Un patrón generalizado de grandiosidad (en la fantasía o el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en la adultez

temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Tiene una grandiosidad y sentido de importancia personal (p. ej., exagera los logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin logros proporcionales).

2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal.

3. Cree que él o ella es "especial" y único y solo puede ser entendido por, o debe asociarse con, otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.

4. Requiere admiración excesiva.

5. Tiene un sentido de derecho (es decir, expectativas poco razonables de un trato especialmente favorable o cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Es interpersonalmente explotador (es decir, se aprovecha de los demás) para lograr sus propios fines).

7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.

8. A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia.

9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, altaneras.

GRUPO C:

Estos trastornos derivan de miedos excesivos, incontrolables y patológicos a diferentes cosas como por ejemplo al rechazo o a la crítica, miedo al contacto interpersonal, miedo a ser abandonados, miedo a que pase algo malo si no se realizan ciertas conductas, miedo intenso a las consecuencias de romper las reglas, etc. A este grupo pertenecen los siguientes trastornos de la personalidad.

Tabla 4. Trastornos de la personalidad del grupo C (APA, 2023)

Trastorno de la Personalidad evitativa	Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:

1. Evita actividades laborales que involucran relaciones interpersonales significativas. Contacto por temor a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2. No está dispuesto a involucrarse con la gente a menos que esté seguro de ser apreciado.

3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o a ser ridiculizado.

4. Le preocupa ser criticado o rechazado en la sociedad situaciones

5. Se inhibe en situaciones interpersonales nuevas debido a sentimientos de insuficiencia.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior a los demás.

7. Es inusualmente reacio a correr riesgos personales o a involucrarse en cualquier actividad nueva porque puede resultar vergonzoso.

Trastorno de la Personalidad Dependiente Criterios Diagnósticos DSM-5-TR

Una necesidad generalizada y excesiva de que lo cuiden que conduce a un comportamiento de sumisión y aferramiento y a temores de separación, que comienza en la adultez temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

1. Tiene dificultad tomar decisiones cotidianas sin una cantidad excesiva de consejos y garantías de los demás.

2. Necesita que otros asuman la responsabilidad de la mayoría de las áreas principales de su vida.

3. Tiene dificultad para expresar su desacuerdo con los demás por miedo a perder el apoyo o la aprobación. **(Nota:** no incluya temores realistas de represalia).

4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por su cuenta (debido a la falta de confianza en sí mismo en el juicio o habilidades en lugar de falta de motivación o energía). 5. Hace todo lo posible para obtener cariño y apoyo de los demás, hasta el punto de ofrecerse como voluntario para hacer cosas desagradables. 6. Se siente incómodo o impotente cuando está solo debido a temores exagerados de no poder cuidar de sí mismo. 7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación cercana. 8. Está preocupado de manera poco realista por temores de que lo dejen solo para cuidar de sí mismo.
Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad
Un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia, que comienza en la adultez temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Está preocupado por los detalles, las reglas, las listas, el orden, la organización o los horarios hasta el punto de que el punto que descuida el objetivo principal de la actividad. 2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la finalización de tareas (p. ej., no puede completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos). 3. Se dedica excesivamente al trabajo y la productividad con exclusión de actividades de ocio y amistades (no justificadas por una necesidad económica evidente). 4. Es demasiado concienzudo, escrupuloso e inflexible en asuntos de moralidad, ética o valores (no explicados por identificación cultural o religiosa). 5. No puede desechar objetos gastados o sin valor incluso cuando no tienen valor sentimental. 6. Es reacio a delegar tareas o trabajar con otros a menos que se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Adopta un estilo de gasto mezquino tanto para sí mismo como para los demás; el dinero es visto como algo que se debe atesorar para futuras catástrofes.

8. Muestra rigidez y terquedad.

Abordajes clínicos y sociales

En la atención a las personas con sufrimiento psíquico o trastorno mental grave (TMG), se dispone hoy de un amplio repertorio de intervenciones sanitarias y psicosociales. Desde el ámbito sanitario se incluyen los tratamientos farmacológicos, la terapia electroconvulsiva y las diferentes formas de psicoterapia clínica individual y grupal (Guideline Development Group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness, 2009; World Health Organization [WHO], 2025). Desde el ámbito social y comunitario se desarrollan intervenciones psicosociales como las terapias psicológicas estructuradas, el trabajo social, la rehabilitación psicosocial y formativo-laboral, los programas de integración comunitaria, las intervenciones de apoyo entre iguales y el entrenamiento en habilidades para la vida independiente (Anthony, 1993; Chiappini et al., 2023; Killaspy et al., 2022; WHO, 2021).

A pesar de la amplitud de este abanico terapéutico, los TMG suelen cursar como condiciones de larga duración, con inicio temprano, baja tasa de remisión completa y un impacto mantenido en el funcionamiento social y laboral a lo largo de décadas (Chiappini et al., 2023; WHO, 2025). En este contexto, el énfasis actual se desplaza desde la idea de "curación" entendida como desaparición total de síntomas hacia el modelo de recuperación, que pone el acento en que las personas puedan construir una vida satisfactoria y con sentido, con participación comunitaria y ejercicio de sus derechos, aun conviviendo con síntomas o limitaciones residuales (Anthony, 1993; Killaspy et al., 2022; WHO, 2021).

La evidencia indica que ninguna intervención aislada es suficiente para garantizar por sí sola una vida plena y una inclusión social exitosa en el caso de los TMG. Las guías de práctica clínica y los estudios observacionales apuntan a que las intervenciones psicosociales (psicoterapia, rehabilitación, apoyo comunitario) mejoran el funcionamiento y la calidad de vida cuando se añaden al tratamiento farmacológico de base (Chiappini et al., 2023; Guideline Development Group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness, 2009). Del mismo modo, metaanálisis sobre depresión y otros trastornos graves muestran que la combinación de tratamiento farmacológico y psicológico obtiene mejores resultados clínicos que el uso exclusivo de medicación (Mavranezouli et al., 2024; Pampallona et al., 2004).

En coherencia con este enfoque integral, tanto las revisiones sistemáticas como las guías internacionales recomiendan modelos de atención colaborativa y comunitaria para las personas con TMG, en los que psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental,

trabajo social, rehabilitación y recursos comunitarios coordinan sus intervenciones en torno a un plan individualizado y orientado a la recuperación (Anthony, 1993; Killaspy et al., 2022; Reilly et al., 2024; WHO, 2021). Esta colaboración transdisciplinar, basada en la comunicación fluida y los objetivos compartidos con la propia persona y su red de apoyo, se considera la estrategia más eficiente para favorecer una vida satisfactoria, autónoma y socialmente inclusiva en el contexto de los trastornos mentales graves (Reilly et al., 2024; WHO, 2025).

Intervenciones sanitarias

Tratamientos farmacológicos

El tratamiento farmacológico en el trastorno mental grave (TMG) se basa en el uso de medicamentos psicotrópicos que buscan controlar y aliviar los síntomas, prevenir recaídas y mejorar la funcionalidad y calidad de vida de la persona (OMS, 2010). Según el centro John M. Eisenberg para la Ciencia de las Decisiones Clínicas y la Comunicación del Baylor College of Medicine (2012), los principales grupos son:

Antipsicóticos: Constituyen el pilar del tratamiento de la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos y los episodios maníacos agudos del trastorno bipolar. Los antipsicóticos actúan como un filtro en el cerebro, permitiendo que la persona pueda participar y beneficiarse de otras terapias al disminuir la intensidad de los síntomas psicóticos. Si bien estos medicamentos no curan la enfermedad, ayudan a reducir la vulnerabilidad psicobiológica y resultan especialmente eficaces en la prevención de recaídas, contribuyendo así a mantener la estabilidad clínica de los pacientes. Destacan aripiprazol (Abilify), olanzapina (Zyprexa), quetiapina (Seroquel) y risperidona (Risperdal). La clozapina es el fármaco más eficaz para los síntomas psicóticos resistentes, pero su uso requiere un estricto seguimiento médico debido al riesgo de efectos adversos graves, como la agranulocitosis.

Su acción es más relevante sobre los síntomas positivos de los trastornos psicóticos, como delirios, alucinaciones y agitación, que sobre los síntomas negativos, logrando mejoras significativas en la calidad de vida al reducir en gran medida la presencia y gravedad de estos síntomas. Además, estos fármacos no generan dependencia ni adicción conforme a la evidencia clínica actual. Con el paso del tiempo, suele observarse que los efectos secundarios de estos fármacos disminuyen y resultan menos molestos para la mayoría de los pacientes. Es importante intervenir sobre las creencias erróneas acerca del tratamiento antes de intentar convencer a la persona sobre la necesidad de

tomar medicación, ya que una adecuada psicoeducación favorece la adherencia y reduce el estigma asociado (MSD Manual, 2025).

Antidepresivos: Se emplean en el tratamiento de los síntomas depresivos y, en algunos casos, también en los trastornos de ansiedad. Principalmente se utilizan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por su adecuado perfil riesgo-beneficio, aunque pueden emplearse otros antidepresivos en función de la tolerancia y la respuesta clínica. Destacan fluoxetina, sertralina, paroxetina y amitriptilina. En los cuadros de depresión grave con síntomas psicóticos se recomienda la terapia combinada (antidepresivo más antipsicótico).

Estabilizadores del ánimo: Son fundamentales en el tratamiento y la prevención de recaídas en el trastorno bipolar. Destacan el litio (fármaco de primera elección), el ácido valproico y la lamotrigina, utilizados para el control de las fluctuaciones emocionales.

Ansiolíticos: Se utilizan en el abordaje de la ansiedad e insomnio, o como medicación coadyuvante en situaciones agudas, actuando como fármacos "de rescate". Destacan diazepam, clonazepam y lorazepam.

La elección del tratamiento debe tener en cuenta la evidencia de eficacia, el perfil de seguridad, las características clínicas y la opinión y preferencias de la persona usuaria.

Tratamientos somáticos

Los tratamientos somáticos constituyen intervenciones médicas especializadas que se reservan a cuadros graves o resistentes al tratamiento habitual y requieren un entorno sanitario de alto nivel asistencial.

La terapia electroconvulsiva (TEC): sigue siendo uno de los tratamientos con mayor evidencia para la depresión resistente y determinados episodios afectivos o psicóticos graves, mostrando superioridad frente a la farmacoterapia antidepresiva estándar en la respuesta aguda, especialmente con esquemas bilaterales, aunque con un perfil de efectos adversos cognitivos que obliga a una indicación estricta y a monitorización estrecha (UK ECT Review Group, 2003; Moyano et al., 2024; McIntyre et al., 2021). Entre las técnicas de neuromodulación, la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) ha demostrado eficacia y seguridad en depresión mayor resistente y figura en guías clínicas como opción dentro de las estrategias de neuroestimulación (Miron et al., 2021; Trapp et al., 2024). La estimulación cerebral profunda se mantiene como tratamiento experimental para casos muy seleccionados de trastorno obsesivo-compulsivo o depresión particularmente resistentes, con evidencia

creciente de mejoría sintomática en muestras pequeñas y protocolos altamente controlados (Sheth et al., 2023; Gadot et al., 2022). Finalmente, los tratamientos intravenosos con ketamina y las formulaciones de esketamina, administradas en régimen hospitalario o en unidades especializadas, actúan como antidepresivos de acción rápida en depresión resistente, pero su empleo está condicionado por la variabilidad en la respuesta, la necesidad de monitorización hemodinámica y neuropsiquiátrica, y las incertidumbres sobre seguridad a largo plazo, por lo que se integran en protocolos sanitarios específicos de alto nivel asistencial (McIntyre et al., 2021; Medeiros et al., 2024; Daly et al., 2018).

Terapia Electroconvulsiva: La terapia electroconvulsiva (TEC) es una intervención neuromoduladora utilizada en psiquiatría para el tratamiento de diversos trastornos mentales, especialmente aquellos que no responden adecuadamente a intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas. Consiste en la aplicación controlada de una corriente eléctrica a través del cerebro con el objetivo de inducir una convulsión terapéutica breve, bajo condiciones estrictamente monitorizadas y con asistencia anestésica (American Psychiatric Association, 2001). La convulsión inducida genera cambios neurobiológicos sustanciales que incluyen modificaciones en la neurotransmisión, la conectividad sináptica y la regulación neuroendocrina.

Diversos estudios han demostrado que la TEC es particularmente eficaz en el tratamiento de la depresión mayor resistente, la catatonia y ciertas formas de trastorno bipolar, mostrando tasas de respuesta superiores a las observadas con antidepresivos o estabilizadores del ánimo en condiciones comparables (UK ECT Review Group, 2003). Su acción terapéutica se ha asociado con un aumento de la actividad en redes cerebrales frontolímbicas, así como con la modulación de sistemas neurotransmisores como la serotonina, dopamina y GABA.

El procedimiento se realiza bajo anestesia general de corta duración y con el uso de un relajante muscular para evitar lesiones musculoesqueléticas. La colocación de los electrodos puede ser bilateral o unilateral, dependiendo de los objetivos clínicos y del perfil de efectos secundarios del paciente. De acuerdo con las guías clínicas, la estimulación eléctrica se ajusta para alcanzar un umbral convulsivo terapéutico minimizando la exposición a cargas mayores de las necesarias (American Psychiatric Association, 2001).

Los efectos adversos más frecuentemente reportados incluyen cefalea, confusión transitoria y alteraciones de la memoria, particularmente amnesia anterógrada y retrograda de corto plazo. No obstante, la evidencia indica que estos efectos suelen ser reversibles y se resuelven tras la finalización del ciclo terapéutico (UK ECT Review Group,

2003). La relación riesgo-beneficio se mantiene favorable cuando se aplica en indicaciones adecuadas y siguiendo protocolos de seguridad.

En síntesis, la TEC constituye una herramienta terapéutica altamente efectiva y segura en contextos clínicos seleccionados. Su aplicación se basa en protocolos rigurosos y evidencia científica sólida que respalda su perfil de eficacia en trastornos psiquiátricos graves.

La hospitalización y los tratamientos intensivos: conforman un continuo asistencial estrictamente sanitario que va desde las unidades de agudos hasta los dispositivos de media-larga estancia y los programas intensivos de rehabilitación clínica. Las unidades de hospitalización psiquiátrica aguda proporcionan contención clínica las 24 horas, manejo del riesgo (incluido riesgo suicida y heteroagresividad), ajuste farmacológico complejo y abordaje de crisis, indicándose en episodios graves que no pueden manejarse en el medio comunitario (Johnson et al., 2022). La evidencia muestra que, para una proporción relevante de pacientes, los hospitales de día o programas de hospitalización parcial que ofrecen varias horas diarias de tratamiento multidisciplinar estructurado sin pernocta, pueden ser tan eficaces como el ingreso completo y más coste-efectivos, actuando como alternativa o recurso de transición entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio (Marshall et al., 2011; Flowood, 2022; Schene, 2004). Las unidades de media y larga estancia, junto con los programas intensivos de rehabilitación clínica, se dirigen a personas con trastornos mentales graves y persistentes; su foco es la reducción de síntomas residuales, la mejora del funcionamiento psicosocial y la preparación para la vida en la comunidad mediante intervenciones biopsicosociales prolongadas, equipos multidisciplinares y trayectorias de rehabilitación estructuradas (Caldas de Almeida & Killaspy, 2011; Houngbedji et al., 2025).

Intervenciones psicosociales

La rehabilitación psicosocial consiste en “un conjunto de estrategias de intervención psicológica y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas” (Gisbert et al., 2002). Integra una amalgama de estrategias para un mayor afrontamiento de la vida diaria y los objetivos personales a través de valores como la autonomía, la participación, la normalización y la responsabilización que permita aumentar sus competencias en el funcionamiento psicosocial (Hernández, 2017).

Según González y Rodríguez (2010), los principales tratamientos de rehabilitación psicosocial en TMG son:

Programas de habilidades sociales: Tienen como objetivo potenciar las competencias necesarias para una interacción social eficaz, mediante procedimientos estructurados que favorecen el aprendizaje y la práctica de habilidades específicas adaptadas a los distintos contextos y situaciones en los que participa la persona.

Programas de psicoeducación y prevención de recaídas: Los programas psicoeducativos buscan promover el conocimiento sobre la enfermedad y desarrollar las competencias necesarias para su manejo adecuado. Se estructuran en distintos módulos que abordan áreas complementarias: la psicoeducación sobre la enfermedad, la prevención de recaídas y las habilidades de manejo y autonomía.

Programas de autocontrol y manejo de la ansiedad: Es especialmente relevante para el abordaje psicosocial, ya que la ansiedad interfiere en el funcionamiento diario, dificultando la integración comunitaria y aumentando el riesgo de recaídas cuando los factores estresantes superan la capacidad de afrontamiento. Su objetivo es que la persona identifique las situaciones que le generan ansiedad, aprenda a gestionarlas eficazmente y fortalezca su motivación para afrontar nuevos retos. Para ello, se trabajan contenidos sobre el concepto de ansiedad, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, mejora de la autoestima y afrontamiento de pensamientos negativos mediante una metodología cognitivo-conductual orientada a consolidar su aplicación en la vida cotidiana.

Programas de rehabilitación cognitiva: El deterioro cognitivo es un fenómeno muy frecuente en las personas con TMG y este deterioro influye directamente en la adquisición de nuevas competencias y en la capacidad de adaptación e integración social. El objetivo del programa es mejorar el rendimiento cognitivo mediante la restauración de funciones deterioradas, la compensación de las pérdidas y la optimización de las capacidades conservadas, buscando con ello un mejor funcionamiento psicosocial y una mayor calidad de vida. La intervención parte de una evaluación cognitiva detallada y de una planificación individualizada, abarcando áreas como atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social. Entre los programas de referencia destacan el Tratamiento Psicológico Integrado (IPT) (Roder et al., 1996) o programas informáticos de rehabilitación cognitiva.

Programas de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD): Su finalidad es promover la mejora de la higiene y el cuidado personal, el manejo adecuado en el entorno doméstico y la adquisición de hábitos saludables relacionados con la alimentación, el sueño y otros aspectos del bienestar físico.

Programas de ocio y tiempo libre: Tiene como propósito favorecer la participación de las personas con trastorno mental grave en actividades recreativas y sociales dentro de su entorno comunitario. Más que estructurar su tiempo libre con actividades dirigidas por profesionales, el objetivo es dotarlas de las competencias necesarias para disfrutar e invertir su ocio de forma autónoma, integrada y ajustada a contextos normalizados.

Programas de integración comunitaria: Pretende potenciar el funcionamiento autónomo de la persona en el uso de recursos y servicios disponibles en su entorno. Incluye el entrenamiento en habilidades prácticas vinculadas al manejo del transporte público, la orientación espacial, la utilización de servicios bancarios y postales, así como el acceso y aprovechamiento de distintos recursos comunitarios. Estas competencias se desarrollan preferentemente en contextos naturales, favoreciendo el aprendizaje funcional y la participación activa en la comunidad.

Programas de inserción laboral: Tiene como finalidad fortalecer las competencias necesarias para el acceso y mantenimiento de un empleo. Incluye contenidos orientados a la exploración vocacional, la adquisición de habilidades para la búsqueda y respuesta a ofertas laborales, el desarrollo de hábitos básicos de trabajo y la mejora de las habilidades sociales en el contexto profesional. La capacitación se lleva a cabo preferentemente mediante los recursos formativos y laborales normalizados disponibles en la comunidad, siendo función del programa de rehabilitación preparar a la persona para acceder a ellos y aprovecharlos de manera eficaz.

Programas de psicoeducación para familias: Constituye un pilar fundamental en la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave (TMG). Su desarrollo responde a la necesidad de apoyar a las familias que han asumido un papel central en el cuidado, promoviendo su capacitación e implicación activa en el proceso de recuperación. Estas intervenciones se fundamentan en la evidencia que relaciona las dinámicas familiares y los estilos comunicativos con el riesgo de caída, así como en el reconocimiento del valor del entorno familiar como recurso terapéutico. La Emoción Expresada (EE) es un patrón de comunicación familiar que afecta significativamente al curso de los trastornos mentales graves (TMG). La alta emoción expresada (HEE), caracterizada por críticas, hostilidad y sobreimplicación excesiva, se ha identificado como un predictor robusto de recaídas, incluso en pacientes con tratamiento farmacológico adecuado. Estudios muestran que pacientes en familias con HEE tienen entre 2.5 y 4 veces más probabilidad de recaer que aquellos en familias con baja EE, donde se observan menores tasas de recaídas y mejores resultados funcionales (García Ramos, 2012).

Modelos de trabajo en salud mental

Del modelo institucional al modelo comunitario

Durante la primera mitad del siglo XX, el modelo predominante en salud mental fue el modelo institucional, basado en el ingreso prolongado de personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos. Este modelo consideraba a la enfermedad mental como una condición crónica e incurable, que requería aislamiento social y control clínico (Fakhoury & Priebe, 2007). Como resultado, muchas personas fueron separadas de sus familias, comunidades y de la vida social y productiva, lo que reforzó el estigma y la exclusión.

A partir de la década de 1960, se inició un proceso de reforma psiquiátrica en varios países, impulsado por factores sociales, económicos y éticos. Entre estos, destacan la crítica a los abusos en las instituciones, la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos y el surgimiento de movimientos por los derechos humanos. Así, se promovió el paso hacia el modelo comunitario de atención en salud mental, centrado en brindar apoyo en el entorno natural de la persona, con énfasis en la desinstitucionalización, la inclusión social y el respeto por la dignidad de las personas (Thornicroft & Tansella, 2004). En España este proceso se materializo en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad.

El modelo comunitario se basa en una red de servicios integrados y accesibles, como centros de salud mental, equipos comunitarios, hospitales de día y programas de rehabilitación psicosocial. Además, fomenta la participación activa de la familia y la comunidad, reconociendo su rol fundamental en el proceso de apoyo, cuidado y recuperación (Saraceno, 2001).

Modelo comunitario de atención en salud mental

El modelo comunitario se sustenta en trasladar la atención sanitaria desde instituciones aisladas hacia la comunidad, favoreciendo la integración social, la equidad y el protagonismo de la persona. A continuación, se exponen los principios del modelo comunitario.

1. **Atención pública, equitativa y universal**
   El modelo debe garantizar que todas las personas, independientemente de su contexto socioeconómico, tengan acceso gratuito y equitativo a los servicios (SEPYPNA, s.f.).
2. **Integralidad biopsicosocial**
   Se trata de atender tanto los aspectos biológicos, psicológicos como sociales del individuo, mediante equipos interdisciplinarios que trabajen de manera coordinada (SEPYPNA, s.f.; Studocu, 2013).
3. **Coordinación en red y continuidad asistencial**
   Los servicios especializados deben vincularse con Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación y Justicia, garantizando una atención coherente y continua (FEAP, s.f.)
4. **Participación de usuarios y familias**
   Las personas usuarias y sus familiares deben estar presentes en la planificación y gestión de los servicios, contribuyendo con su experiencia e impulso (Espacio Público, s.f.)
5. **Desinstitucionalización**
   Se promueve el cierre de hospitales psiquiátricos largos y se fortalecen recursos comunitarios como pisos tutelados, centros de día y miniresidencias (Gobierno Vasco, 2014).
6. **Programas inclusivos según necesidades específicas**
   Las intervenciones deben responder a realidades diferenciadas: infancia, adultos, mayores, trastornos graves o adicciones, con recursos diseñados para cada grupo (FEAP, s.f.)
7. **Uso de intervenciones basadas en la evidencia y enfoque en la recuperación**
   Se prioriza la terapéutica científica validada (psicoterapia, rehabilitación, etc.), adaptada al contexto comunitario, y orientada a la recuperación y derechos de las personas (SESPAS 2020).

Recursos disponibles en el modelo comunitario (ejemplos en España)

- **Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral**
  Apoyo en el desarrollo de habilidades sociales, laborales y personales para una mejor integración en la vida cotidiana.
- **Centros de Día y Alternativas Residenciales (viviendas supervisadas, mini-residencias)**
  Espacios donde se brinda cuidado flexible, normalizado y cercano al entorno familiar

- **Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)**
  Profesionales que visitan el domicilio o entorno de la persona para ofrecer acompañamiento y mantener su autonomía e integración
- **Redes del tercer sector (ONGs como Asociación Bienestar y Desarrollo – ABD)**
  Estas organizaciones cubren múltiples necesidades: salud mental, pobreza, migración, infancia y familia, ofreciendo programas integrados de apoyo comunitario
- **Casas Soteria**
  Espacios residenciales alternativos donde se acompañan experiencias críticas, con énfasis en el empoderamiento y el mínimo uso de medicación coercitiva
- **Iniciativas inclusivas como Metzineres**
  Proyecto de Barcelona que ofrece reducción de daños, apoyo psicosocial y comunitario, especialmente para mujeres y personas no binarias en contextos vulnerables.

El modelo de recuperación (recovery)

En paralelo al desarrollo del modelo comunitario, a finales del siglo XX se consolidó un nuevo paradigma en salud mental: el enfoque de recuperación, también conocido como *recovery*. Este modelo fue impulsado por personas con experiencia propia de trastorno mental que comenzaron a reclamar un rol activo en sus tratamientos y en las políticas de salud mental. A diferencia del enfoque clínico tradicional, centrado en la reducción de síntomas, el enfoque de recuperación pone el acento en la vida significativa y el bienestar subjetivo de la persona, más allá del diagnóstico (Anthony, 1993).

La recuperación se entiende como un proceso personal, no lineal y único, donde cada persona define sus propias metas, deseos y formas de afrontar la vida con o sin síntomas. Se trata de recuperar el control sobre la vida, reconstruir una identidad positiva y mantener relaciones significativas. Este enfoque promueve valores como la esperanza, la autonomía, el empoderamiento y la inclusión social (Leamy et al., 2011). Este modelo apuesta por que cada persona sea protagonista de su vida, incluso si mantiene síntomas, ya que lo esencial es recuperar el control y el sentido de pertenencia.

Componentes centrales del modelo de recuperación en salud mental

El modelo de recuperación en salud mental se fundamenta en una visión holística de la persona, que reconoce su capacidad para vivir una vida significativa a pesar de la presencia de síntomas o limitaciones asociadas a un trastorno mental. Este enfoque pone en el centro a la persona, no a la enfermedad, autonomía y sentido de propósito. Diversas investigaciones han identificado los componentes esenciales que estructuran este modelo. A continuación, se presentan los principales elementos del modelo, ampliamente reconocidos en la literatura:

1. Esperanza

La recuperación comienza con la creencia de que el cambio es posible. La esperanza es el motor fundamental que permite a la persona visualizar un futuro distinto, confiar en sus capacidades y mantener el esfuerzo incluso frente a recaídas o momentos difíciles (Anthony, 1993).

"La recuperación es un proceso profundamente personal, que implica desarrollar nuevas formas de vivir con significado, más allá del trastorno" (Anthony, 1993, p. 13).

2. Empoderamiento

Este componente se refiere a que la persona tenga el control de sus decisiones, participe activamente en su tratamiento y se reconozca como protagonista de su proceso de recuperación. Implica pasar de ser “paciente” a ser sujeto activo, con capacidad de elección y agencia (Leamy et al., 2011).

3. Identidad

La enfermedad mental puede afectar la autopercepción de la persona. El proceso de recuperación incluye reconstruir una identidad positiva, que no esté definida por el diagnóstico, sino por los propios valores, deseos y potencialidades (Slade, 2009).

4. Significado en la vida (propósito)

Tener objetivos personales, intereses, ocupaciones significativas y relaciones afectivas es fundamental. La recuperación implica que la persona encuentre

sentido y dirección en su vida, ya sea a través del trabajo, el estudio, el voluntariado o los vínculos sociales (Leamy et al., 2011).

5. Conexión con los demás

El aislamiento social puede ser una barrera importante en la recuperación. Sentirse parte de una comunidad, tener relaciones de apoyo y sentirse comprendido son componentes clave para recuperar la autoestima y la motivación (Topor et al., 2006).

A continuación, se muestra una tabla comparativa entre el modelo comunitario y el modelo de recuperación, en la que se puede observar que ambos modelos son complementarios, por lo que una intervención psicosocial integral, puede incluir aspectos de los dos. Un modelo comunitario bien implementado permite que el modelo de recuperación sea posible. Ambos dejan atrás el modelo biomédico tradicional, promoviendo una visión más humanista, ética y participativa en salud mental.

Tabla 6. Diferencias clave entre ambos modelos

Aspecto	Modelo Comunitario	Modelo de Recuperación
Enfoque	Organización del sistema de atención	Filosofía del tratamiento centrada en la persona
Lugar de atención	Comunidad	Donde la persona elija sentirse apoyada
Énfasis	Accesibilidad, prevención, inclusión	Empoderamiento, autonomía, propósito
Rol del paciente	Usuario de servicios	Protagonista activo en su recuperación
Metas	Reintegración y sostenimiento comunitario	Vida significativa con o sin síntomas

Esta evolución supone la comprensión de que los trastornos mentales graves deben ser abordados de forma integral, con el foco centrado en los aspectos psicológicos y sociales, que son los que pueden permitir a la persona llegar a tener una vida satisfactoria.

Modelo CHIME

El modelo CHIME, desarrollado por Leamy, Bird, Le Boutellier, Willians y Slade (2011) surge en Reino Unido como movimiento internacional de recuperación en salud mental tanto para sus familiares como cuidadores. Este modelo se estructura en cinco procesos fundamentales:

- **C**onnection (Conexión)
- **H**ope and Optimism (Esperanza y optimismo)
- **I**dentity (Identidad)
- **M**eaning in life (Significado en la vida)
- **E**mpowerment (Empoderamiento)

Antes de CHIME la recuperación solía medirse por la reducción de síntomas. Sin embargo, muchos usuarios de salud mental comenzaron a reivindicar que la recuperación también incluye aspectos personales, sociales y existenciales.

Este modelo ha sido ampliamente validado en diferentes contextos, incluyendo estudios en Europa y América Latina, y se ha convertido en una guía útil tanto para profesionales como para personas con problemas de salud mental (Leamy et al., 2011).

Referencias bibliográficas del bloque

Aderson, C., Reiss, D., y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. En *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*, 470-470.

American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed. rev.; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Blanco, A., Navarro, D., y Pastor, A. (2010). Evaluación funcional y diseño del plan individualizado de rehabilitación. En Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Editorial Síntesis.

Caldas de Almeida, J. M., & Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Commission.

Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, 6*(1), 33-42.

Centro John M. Eisenberg para la Ciencia de las Decisiones Clínicas y la Comunicación del Baylor College of Medicine. (2012). *Medicamentos para tratar afecciones de salud mental*. Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI).

Chiappini, S., Di Carlo, F., Mosca, A., d'Andrea, G., Di Paolo, M., Lorenzini, C., Lupica, M. G., Sampogna, G., Pettorruso, M., Fiorillo, A., & Martinotti, G. (2023). Efficacy of psychosocial and psychological interventions… *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 19*, 1887–1897.

Daly, E. J., Trivedi, M. H., Janik, A., Li, H., Zhang, Y., Li, X., et al. (2018). Efficacy and safety of intranasal esketamine in treatment-resistant depression. *JAMA Psychiatry*.

Echevarría, R. G., Crespo, L. G., Crespo, B. G., Méndez, L. P., Fernández, M. A., y Martínez, D. (2014). La al cuidador… *Edumecentro, 6*(3), 128-142.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization… *Psychiatry, 6*(8), 313–316. https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.008

Flowood, M. (2022). Psychiatric partial hospitalization programs: What you need to know. *Current Psychiatry*.

Gadot, R., Chen, H., Saling, M. M., et al. (2022). Efficacy of deep brain stimulation… *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 93*(11), 1166–1177.

Gallach, S. E., & Huertas, Z. M. (2000). Rehabilitación psicosocial… En Escribá, P. & Huertas, M. (Eds.), *Salud mental comunitaria* (pp. 255–294). Nau llibres.

García Ramos, P. R. (2012). Factores asociados a la emoción expresada… *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(4), 235–243.

Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., & Fernández, J. (2002). *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. AEN Cuadernos Técnicos.

González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial… *Clínica y Salud, 21*(3), 319–332.

Guideline Development Group… (2009). *Clinical practice guideline on psychosocial interventions in severe mental illness*. Ministry of Health and Social Policy.

Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial… *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37*(131), 171–187.

Houngbedji, N., Dalton-Locke, C., Hughes, A., & Killaspy, H. (2025). Mental health rehabilitation models… *BMC Psychiatry, 25*, 812.

Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., et al. (2022). Acute psychiatric care… *World Psychiatry, 21*(2), 220–236.

Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., & Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario… *Gaceta Sanitaria, 34*, 81–86. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014

Keshavan, M. S. (2025). Agentes antipsicóticos. En *Manual MSD* (versión para profesionales).

Killaspy, H., Harvey, C., et al. (2022). Community-based social interventions… *World Psychiatry, 21*(1), 96–123.

Laín, P. E. (1978). *Historia de la medicina*. Salvat Editores.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework… *British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social… *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 27*(1), 187–223.

Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission… *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011*(12), CD004026.

Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Pedder, H., Welton, N. J., Dias, S., et al. (2024). A systematic review… *eClinicalMedicine, 75*, 102780.

McIntyre, R. S., Rodrigues, N. B., Lee, Y., & Rosenblat, J. D. (2021). Synthesizing the evidence… *American Journal of Psychiatry*.

Medeiros, G. C., et al. (2024). Personalized use of ketamine… *Translational Psychiatry*.

Miron, J.-P., et al. (2021). Repetitive transcranial magnetic stimulation… *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 11*.

Moyano, B. P., et al. (2024). Prediction of electroconvulsive therapy… *Swiss Medical Weekly*.

Navarro O., L. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia, 10*(1).

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy… *Archives of General Psychiatry, 61*(7), 714–719.

Pérez, J. J. N., y Marqués, Á. C. (2018). Sobrecarga familiar… *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52*, e03351.

Porter, R. (2003). *Locura: Una breve historia*. OUP Oxford.

Reilly, S., Hobson-Merrett, C., Gibbons, B., et al. (2024). Collaborative care approaches… *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024*(5), CD009531.

Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Ariel.

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence… *British Journal of Psychiatry, 177*(2), 149–155. https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149

Saraceno, B. (2001). Más allá de la hospitalización psiquiátrica… *Revista Panamericana de Salud Pública, 10*(2), 105–110.

Schene, A. (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization… *Current Opinion in Psychiatry, 17*(4), 303–309.

Schinnar, P., Rothbard, B., Kanter, R., & Jung, S. (1990). An empirical literature review… *The American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602

Sheth, S. A., et al. (2023). Deep brain stimulation… *Annual Review of Neuroscience*.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service… *British Journal of Psychiatry, 185*, 283–290. https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family… *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9*(1), 17–37. https://doi.org/10.1080/15487760500339410

Trapp, N. T., et al. (2024). Consensus review… *Clinical Neurophysiology*.

UK ECT Review Group. (2003). Efficacy and safety of ECT… *The Lancet, 361*(9360), 799–808.

World Health Organization. (2021). *Community-based mental health services using a rights-based approach*. WHO.

World Health Organization. (2025). *Mental disorders (fact sheet)*. WHO.

Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., et al. (2015). Interventions to improve the experience… *British Journal of Psychiatry, 206*(4), 268–274.

2

Bloque 2: Cuidar a quien cuida

Introducción al Rol del Cuidador

La reforma psiquiátrica llevada a cabo en España durante la década de 1980 supuso un cambio de paradigma en la atención a las personas con trastorno mental grave (TMG). Esta transformación promovió la desinstitucionalización y la creación de dispositivos comunitarios, con el objetivo de ofrecer una atención más integrada y centrada en la persona. (Juan-Porcar et al., 2015).

El concepto de cuidador/a hace referencia a la persona que presta atención y asistencia a otra, procurando su bienestar y evitando posibles daños (Moliner, 1991). Cuando esta labor es desempeñada por familiares o personas del entorno cercano sin recibir remuneración, se habla de cuidado informal. Este tipo de cuidado suele ser proporcionado por miembros de la familia, aunque también puede ser asumido por amigos, vecinos o el grupo de iguales (Crespo y López, 2008).

Diversos estudios sobre el perfil de la figura del cuidador, evidencian la elevada feminización de éste, tanto en cuidados informales como formales, siendo ejercido mayormente por una mujer, con una media de edad de 60 años, generalmente casada, madre de la persona con enfermedad mental y sin empleo remunerado. Ante ello, se hace evidente y necesario el enfoque desde la perspectiva de género en el cuidado informal (Navarro y Carbonell, 2018).

El ejercicio del cuidado implica, por un lado, la capacidad de identificar las necesidades de la persona con TMG y, por otro, el conocimiento necesario para satisfacerlas adecuadamente. Esta responsabilidad requiere una reorganización de la vida cotidiana del cuidador, lo que puede afectar negativamente a otras esferas de su vida, como el ámbito laboral, familiar, social y de ocio (Crespo y López, 2008).

La experiencia del cuidado está mediada por factores subjetivos del cuidador, tales como sus valoraciones, actitudes, emociones y motivaciones. Estas percepciones influyen en la manera en que se vive el proceso de cuidado, pudiendo generar experiencias tanto positivas como negativas (Crespo y López, 2008). De hecho, numerosos estudios han señalado que, junto a las dificultades, muchos cuidadores informales experimentan sentimientos de gratificación y sentido en su labor (González-Fraile et al., 2011). En el caso específico del TMG, el cuidador principal asume responsabilidades inesperadas, no remuneradas y, en muchos casos, no deseadas, ante una persona que ha perdido en gran medida su autonomía funcional.

Diversas investigaciones han evidenciado que la sobrecarga del cuidador constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos en quien cuida. Asimismo, puede alterar la dinámica familiar, llegando en algunos casos a provocar el colapso del sistema de cuidados o la institucionalización de la persona dependiente (Gort et al., 2007).

El concepto de sobrecarga familiar fue definido por Hoenig y Hamilton (1966) como el conjunto de consecuencias negativas derivadas del cuidado de un familiar con enfermedad mental. Esta sobrecarga se manifiesta en dos dimensiones:

- **Sobrecarga objetiva**: hace referencia a las dificultades tangibles, como la gestión del tiempo, las tareas domésticas, el control de la medicación o el apoyo en actividades básicas de la vida diaria.
- **Sobrecarga subjetiva**: alude a la percepción personal del cuidador sobre el impacto emocional, social y familiar que estas dificultades generan en su vida.

A lo largo del tiempo, distintos autores han abordado este fenómeno desde diversas perspectivas:

- **Perspectiva unidimensional**: considera la sobrecarga como la suma de los problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que afectan al cuidador (George y Gwyther, 1986).
- **Perspectiva bidimensional**: distingue entre sobrecarga objetiva y subjetiva, atendiendo tanto a la naturaleza de las demandas como a la percepción del impacto (Montgomery et al., 1985).
- **Perspectiva multidimensional**: entiende la sobrecarga como una experiencia subjetiva compleja, influida por las características del paciente, del entorno familiar, los recursos disponibles y la capacidad de afrontamiento del cuidador (Raina et al., 2004).

El estrés en cuidadores: impactos negativos de la sobrecarga

La figura del cuidador o cuidadora familiar desempeña un papel fundamental en la atención a personas en situación de dependencia, siendo responsable de satisfacer tanto sus necesidades básicas como las instrumentales de la vida diaria (López Gil, 2009). Esta

labor implica una exposición constante a múltiples desafíos y factores estresantes, lo que puede derivar en una pérdida progresiva del control personal. Como consecuencia, es frecuente la aparición de alteraciones físicas y emocionales que pueden desembocar en el denominado síndrome del cuidador (Echevarría et al., 2014). En este contexto, el bienestar del cuidador se ve comprometido por una serie de factores de riesgo que inciden directamente en su calidad de vida (Cabada y Martínez, 2017).

El cuidado de una persona diagnosticada con un trastorno mental grave conlleva un desgaste significativo en términos económicos, psicológicos y personales para quienes asumen la responsabilidad del acompañamiento diario (Ong et al., 2016). Entre los factores que contribuyen al deterioro del estado del cuidador se encuentran la sobrecarga asociada a la atención continuada, la falta de formación específica para proporcionar una atención adecuada, así como la escasa preparación para afrontar las situaciones complejas derivadas del proceso de cuidado (Guerra y Zambrano, 2013). A ello se suma el estigma social y el rechazo que, con frecuencia, acompañan a los trastornos mentales, lo que incrementa la vulnerabilidad psicosocial del cuidador.

Factores principales de impacto negativo en la vida de la persona cuidadora

Los factores que afectan negativamente la calidad de vida de las personas cuidadoras informales están estrechamente vinculados al estrés crónico derivado del ejercicio prolongado del rol de cuidado. Según Ochoa et al. (2017), estos factores pueden clasificarse en diversas categorías:

- **Trastornos del sueño**: Las personas cuidadoras suelen experimentar dificultades para conciliar el sueño, reducción en la cantidad y calidad del descanso, somnolencia diurna excesiva, así como la aparición de síndromes como el de piernas inquietas o la apnea obstructiva del sueño. Estas alteraciones también pueden afectar el ritmo circadiano, comprometiendo el bienestar general.
- **Carga temporal del cuidado**: Este factor se refiere al número de horas diarias que la persona cuidadora dedica a la atención de la persona dependiente, así como a la duración total del tiempo que lleva desempeñando dicha labor.
- **Déficit de apoyo familiar y redes sociales**: La ausencia de una red de apoyo sólida limita el acceso a recursos emocionales, sociales, económicos y psicológicos, incrementando la sensación de aislamiento y sobrecarga.
- **Nivel de competencias y formación**: La falta de conocimientos específicos y habilidades prácticas para proporcionar una atención adecuada constituye un

factor de vulnerabilidad, al dificultar la gestión eficaz de las tareas asociadas al cuidado.

- **Situación económica del hogar**: El nivel de ingresos disponibles en el núcleo familiar condiciona la capacidad para afrontar los gastos derivados del cuidado, lo que puede generar tensiones adicionales y limitar el acceso a recursos externos de apoyo.
- **Estilo de vida y hábitos saludables**: El estado de salud física, el bienestar psicológico y la situación social de la persona cuidadora influyen directamente en su capacidad para sostener el rol de cuidado de manera prolongada.
- **Agotamiento físico y emocional**: El ejercicio del rol de cuidador principal, en muchos casos asumido sin una elección voluntaria ni preparación previa, puede generar un profundo desgaste. Esta situación puede llevar a la persona cuidadora a descuidar sus propias necesidades, perder autonomía, renunciar a proyectos personales y profesionales, y experimentar consecuencias negativas en los ámbitos afectivo, laboral, económico y social (Cabada y Martínez, 2017).

La importancia del bienestar emocional y psicológico del cuidador: autocuidados y estrategias de afrontamiento del estrés

El cuidado informal no solo implica una inversión significativa de tiempo y esfuerzo físico, sino que también conlleva un impacto considerable en el ámbito emocional de la persona cuidadora. En este sentido, el autocuidado adquiere una relevancia equiparable al cuidado brindado a la persona con Trastorno Mental Grave (TMG).

El bienestar emocional y psicológico del cuidador constituye un componente esencial que debe ser atendido de forma prioritaria. El concepto de bienestar se refiere a la capacidad de una persona para sentirse bien consigo misma, lo cual implica una percepción positiva de su identidad, la vivencia de emociones agradables y una actitud constructiva hacia la vida. Este estado de bienestar se encuentra estrechamente vinculado con la salud física, mental y social, y se relaciona con la habilidad para experimentar emociones positivas, mantener relaciones significativas y desarrollarse personalmente (García et al., 2016). Cuando el bienestar está presente, la persona cuidadora dispone de mayor energía y recursos personales para afrontar las exigencias del día a día.

Uno de los factores más determinantes en el mantenimiento del bienestar del cuidador es la forma en que éste afronta el estrés derivado de la sobrecarga del cuidado. El manejo adecuado del estrés requiere la implementación de estrategias prácticas orientadas a reducir la fatiga, fortalecer la salud mental y prevenir el desgaste emocional. La atención constante a una persona con TMG puede afectar negativamente el bienestar físico y psicológico del cuidador si no se incorporan rutinas de autocuidado y hábitos de vida saludables. Estas acciones, conocidas como estrategias de afrontamiento del estrés, han demostrado ser eficaces para preservar la salud integral del cuidador y garantizar la sostenibilidad del proceso de cuidado (Lara Vásquez et al., 2025; García et al., 2016).

Estrategias de afrontamiento del estrés: acciones para el autocuidado.

El cuidado personal, también llamado autocuidado, consiste en dedicar tiempo para realizar acciones que ayuden a mejorar el bienestar físico y mental. Las prácticas de autocuidados pueden abarcar cualquier actividad que ofrezca sensaciones de confort y relajación, como disfrutar de un paseo en la naturaleza, leer, ir al cine o disfrutar de una exposición… Estas actividades, aunque parezcan mínimas, pueden tener un efecto significativo en la vida cotidiana de quienes cuidan de otros, facilitando la gestión del estrés, reduciendo la posibilidad de enfermar y elevando los niveles de energía.

Autocuidado físico

La actividad física regular es una de las formas más eficaces de disminuir el estrés y aumentar el bienestar general. El ejercicio deportivo facilita la producción de endorfinas, que elevan el ánimo de manera natural y ayudan a mitigar los síntomas de la ansiedad y la depresión. Ya sea que prefieras salir a caminar, asistir al gimnasio o hacer yoga, encontrar una actividad física que realmente disfrutes puede ofrecer grandes ventajas para el manejo del estrés.

Incorporar hábitos de vida saludables, como cuidar la alimentación, realizar deporte con regularidad, dormir suficientemente y limitar el consumo de bebidas energizantes y alcohólicas, se consideran prácticas de autocuidado físico, protectoras frente al estrés.

Autocuidado cognitivo

Se refiere a todas las acciones que, de manera intencional y voluntaria, se realizan con la intención de mejorar las funciones cognitivas. Actividades como leer, realizar pasatiempos, estudiar idiomas, meditar o practicar la gratitud, entre otras, ayudan a preservar y mejorar las habilidades cognitivas relacionadas con la atención, la percepción y la memoria.

Meditar de forma regular, así como practicar ejercicios de relajación y mindfulness, ayudan a calmar la agitación, reducir niveles de estrés o ansiedad y fomentar las sensaciones de calma interior y relajación. Dedicar 10 a 15 minutos diarios a estas prácticas mejora la concentración y regula el estado de ánimo (Hervás, G. et all., 2016).

Autocuidado emocional

Es lo que cada persona realiza por su cuenta para optimizar y sostener su bienestar emocional, como establecer objetivos realistas, reconocer sus propios límites y transmitirlos de manera asertiva, así como identificar pensamientos positivos o negativos en el día a día. Determinar qué se debe hacer en este momento y qué puede posponerse. Aprender a establecer límites o decir "no" de forma asertiva. Mantener el equilibrio emocional se ve favorecido al ajustar las expectativas y aceptar que no todo está bajo control. Delegar tareas cuando sea posible y aceptar ayuda de familiares o amigos evita la sobrecarga.

La salud emocional es un aspecto significativo en la vida; posibilita el desarrollo de todo el potencial que permite trabajar de manera productiva y afrontar las tensiones de la vida diaria, ayuda a trabajar en equipo y a contribuir con la sociedad (González y Ponce, 2018).

En este punto, la ayuda psicológica, bien sea en terapia individual o en grupos de cuidadores, brinda un lugar seguro para manifestar los sentimientos. La resiliencia se fortalece y la sensación de aislamiento disminuye cuando las experiencias se comparten.

Autocuidado espiritual

Este elemento suele ser el más desatendido cuando se abordan los autocuidados, pero existe suficiente evidencia científica sobre su conexión con una mejor salud y una mayor calidad de vida, brindando consuelo a muchas personas, así como fuerza y desarrollo personal. La espiritualidad implica cultivar experiencias de vida y buscar una conexión con lo sagrado, la comunidad, la naturaleza y uno mismo (Navas et al., 2006). El autocuidado espiritual se refiere a establecer vínculos con tus valores y lo que realmente te importa. Está relacionado con tu ser interior. Algunas formas de practicar el autocuidado espiritual incluyen: desarrollar una rutina diaria de meditación o mindfulness, escribir un diario de gratitud o pronunciar afirmaciones que refuercen tu sentido de identidad y propósito.

Autocuidado social

El autocuidado social se refiere a todas las acciones que desarrollamos en relación con familiares, amigos, pareja y las personas que nos rodean a lo largo de la vida. Se refiere al tiempo y a las actividades que compartimos con los demás, así

como a las vivencias que surgen al fortalecer esos vínculos. El autocuidado social nos permite reconocer que no estamos aislados. No se trata solamente de realizar actividades con otros sin más, sino de decidir hacer cosas con quienes realmente nos aportan bienestar.

Recursos de utilidad y de apoyo para cuidadores

Las personas cuidadoras enfrentan desafíos tanto físicos como emocionales que requieren herramientas útiles y apoyo continuo. Hay varias alternativas de apoyo social, recursos educativos y servicios profesionales que contribuyen a aliviar la carga y mejorar la calidad del cuidado.

Acceso a cursos de formación especializada

Existen cursos de formación especialmente dirigidos a cubrir muchas necesidades en cuanto a conocimientos técnicos y/o prácticos de las personas cuidadoras: cuidados básicos, nutrición, administración de medicamentos, movilización y prevención de caídas, o primeros auxilios, entre otros. Muchos de estos cursos se ofertan desde los propios centros de salud, servicios sociales y asociaciones de pacientes. Algunos de éstos también los podemos encontrar en Internet, en forma de guías prácticas, videos o cursos online, permitiendo el acceso gratuito y ágil a la información.

Programas de Respiro

Son servicios orientados a aliviar la carga de las personas cuidadoras, permitiéndoles tomarse un tiempo libre (horas o días) mientras un profesional atiende a la persona que necesita ayuda. Este tipo de programas, generalmente tienen un coste económico, pues lo prestan, mayormente, entidades privadas, si bien existen algunas entidades públicas que ofrecen subvenciones para sufragar sus costes.

Servicio de información y orientación telefónica

Las líneas telefónicas de información y orientación a cuidadores, constituyen una herramienta útil para el asesoramiento, pues proporcionan soporte inmediato ante dudas médicas o sobre la organización del cuidado. Especialmente útil ante situaciones de emergencia, o cuando la ayuda profesional no se dispone de manera cercana.

Acceso a apoyo profesional

El apoyo psicológico es fundamental para enfrentar el estrés y la ansiedad que conlleva el cuidado a largo plazo. Psicólogos especializados en el bienestar del cuidador ofrecen terapia individual o grupal, adaptada a las necesidades específicas de cada persona.

Los trabajadores sociales brindan orientación sobre trámites para obtener ayudas económicas, acceso a servicios públicos y gestión de recursos para cuidadores. Su intervención facilita la organización y reduce la carga administrativa.

En situaciones más complejas, los cuidadores pueden consultar a equipos compuestos por médicos, enfermeras y terapeutas ocupacionales. Estos profesionales no solo se encargan del paciente, sino que también ofrecen consejos al cuidador sobre la gestión del cuidado diario.

Algunos seguros de salud y programas del gobierno financian parte de estos servicios, lo que permite acceder a ayuda profesional a un costo aceptable. Conocer estas opciones ayuda a tomar decisiones más informadas y sostenibles.

Grupos de apoyo y redes sociales

Un grupo de apoyo dirigido a cuidadores ofrece la oportunidad de compartir vivencias con personas que atraviesan circunstancias similares. Estas sesiones, tanto presenciales como virtuales, crean un entorno seguro para expresar emociones y recibir orientaciones prácticas.

Las asociaciones de pacientes y diversas fundaciones suelen organizar encuentros periódicos que favorecen la construcción de redes basadas en la confianza. Participar en estas iniciativas contribuye a reducir la sensación de aislamiento y facilita el acceso a información relevante.

En las redes sociales existen comunidades privadas donde los cuidadores intercambian sugerencias sobre productos, servicios y estrategias de autocuidado. Aunque no sustituyen la atención profesional, estos espacios fortalecen el sentido de pertenencia.

Un aspecto destacable es la posibilidad de establecer vínculos duraderos con otros cuidadores, los cuales pueden convertirse en una fuente constante de apoyo social y respaldo emocional.

Algunos programas y aplicaciones de utilidad y de apoyo

SERCUIDADORA, PROGRAMA DE CRUZ ROJA

Este programa de Cruz Roja dirigido a personas cuidadoras no profesionales, ofrece talleres, grupos de apoyo y herramientas que les ayudan a realizar mejor su tarea de cuidar a personas mayores/dependientes.

Dispone de múltiples recursos audiovisuales (infografías, vídeos, guías…), así como canales de contacto a través de correo electrónico, whatsapp o línea telefónica, para

atender las posibles dudas o consultas que las cuidadoras puedan tener en el desempeño de sus funciones.

Toda la información, disponible en:

https://www2.cruzroja.es/sercuidadora

Aplicaciones de utilidad para personas cuidadoras

Existen numerosas aplicaciones para dispositivos electrónicos, especialmente para smartphones, tablets o herramientas web, cuya finalidad es ayudar en la planificación y/o en el desempeño de la tarea de cuidado. Algunas de éstas, pueden resultar especialmente útiles tanto para cuidadores, como para personas dependientes perceptoras de los cuidados.

A continuación, presentamos una selección a modo de muestra de las múltiples opciones de apps que pueden ser de interés para las personas cuidadoras.

MYTHERAPY ALERTA MEDICAMENTOS, RECORDATORIO DE MEDICACIÓN



Aplicación para teléfonos smartphone, que ayuda en la tarea de recordar las diferentes tomas de medicación. Su funcionamiento es sencillo e intuitivo. Una vez introducida toda la información relativa al tratamiento (nombre del medicamento, horario, número de veces al día…), la aplicación se ocupará de recordar cuando hay que tomarla. Disponible en:

https://play.google.com/store/apps/mytherapy

TOM, RECORDATORIO DE MEDICACIÓN



TOM, es otra app para teléfonos smartphones, cuyo cometido es el de gestionar el tratamiento farmacológico. Permite añadir cualquier tipo de medicamento, escanear códigos de barras o buscar información como el prospecto. También permite crear alarmas de recordatorio, según sus necesidades. Disponible en:

https://www.tommedications.com/es/

NEUROBICS, JUEGOS MENTALES



Esta aplicación de juegos gratuita, está diseñada para desafiar tus capacidades mentales de forma amena y divertida. Como si fuera un gimnasio para tu cerebro, ofrece un entrenador personal que te ayuda a mejorar el rendimiento cognitivo.

Ofrece una amplia variedad de juegos, desde ejercicios de atención, memoria visual y rompecabezas, hasta juegos de lógica, rutinas de entrenamiento personalizadas y desafíos diarios. Disponible para dispositivos Android y Windows.

LOCALIZADOR FAMILIAR ANDROID



Aplicación para dispositivos Android que ayudan a localizar en tiempo real mediante el uso de tecnología GPS. Especialmente útil para aquellas personas con problemas de orientación y/o pérdidas de memoria, pues ayuda a sus familiares a conocer su paradero mediante el rastreo del gps de su teléfono móvil. Disponible en:

https://play.google.com/store/apps/localizador familiar android

THERAPYSIDE, ENCUENTRA TU PSICÓLOGO ONLINE



Plataforma online líder en servicios de terapia virtual, con profesionales titulados en diferentes áreas o especialidades, como la ansiedad, estrés, depresión, autoestima, duelo, sexualidad o terapia de pareja, entre otras. Esta plataforma ofrece sesiones de terapia por videollamada, con la garantía de que sus más de 1.000 profesionales están colegiados y cuentan con amplia experiencia.

Disponible en formato app para dispositivos móviles iOS y Android, así como en formato web en: https://www.therapyside.com/es-es

INSIGHT TIMER, MEDITACIÓN Y MINDFULNESS



Aplicación de meditación y mindfulness que ofrece una extensa biblioteca de ejercicios guiados de meditación, música de relajación, charlas e incluso cursos dirigidos por expertos en este campo. Esta aplicación, se presenta como un recurso para ayudar a reducir el estrés, mejorar el sueño y cultivar el equilibrio emocional a través de prácticas diarias. Disponible en varios idiomas, presenta un amplio abanico de ejercicios y actividades según el estado de ánimo que se pretenda desarrollar. También incluye sesiones en vivo y foros de intercambio de experiencias.

APP disponible para dispositivos con sistemas iOS y Android, accesible desde la siguiente web: https://insighttimer.com/

MINDFULNESS FOCUS NOW



App gratuita y disponible en español para realizar sesiones guiadas de mindfulness. Ha sido diseñada para facilitar el proceso de aprendizaje de focalización de la atención y la propia conciencia. Consta de cinco sesiones guiadas de forma sencilla y natural, que puedes hacer centradas en un aspecto, como respiración,

escáner corporal, fenómenos de la conciencia, conciencia abierta. Disponible a través de plataformas iOS y Android.

PORMÍ

Aplicación gratuita creada por la Fundación Cermi Mujeres con el objetivo de ayudar a las mujeres con discapacidad que sean, o puedan llegar a ser, víctimas de la violencia de género. Ha contado con el asesoramiento técnico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Policía Nacional, Cruz Roja y de las entidades miembros del Cermi. Ofrece información sobre recursos disponibles, como teléfonos y servicios específicos, así como canales de denuncia, asistencia pedagógica o asesoramiento legal, entre otros.

Disponible a través de plataformas iOS y Android.

PREVENSUIC

Primera app en español para la prevención del suicidio. Es una iniciativa de acceso gratuito de la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio dirigida tanto a personas que presentan ideas suicidas y sus personas de apoyo, como a profesionales sanitarios. Posibilita la creación de un Plan de Seguridad con el que localizar contactos y centros de atención. Contiene consejos generales para la persona y su entorno. Proporciona enlaces con documentos de interés de instituciones. Ofrece datos estadísticos e información sobre conductas suicidas.

Disponible en: https://www.prevensuic.org/

E-MOTIONAL TRAINING

Un programa de rehabilitación online diseñado para pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista y trastorno límite con problemas de cognición social. Desarrollado por el Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, perteneciente a la Fundación Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Actualmente está implementado en algunos hospitales de Galicia. Consta de varios módulos y un videojuego. Cuenta con el Premio Nacional Innova eVia al Mejor Proyecto en Innovación de Salud 2015. El videojuego, que incluye Second Chance, recibió el Premio Nacional al mejor videojuego de salud en 2016. Desde su página web puede accederse a trabajos científicos relacionados con el desarrollo y uso del programa.

Disponible en: https://www.e-motionaltraining.com/

ASAENET

App gratuita impulsada por la Asociación de Allegados y Personas con Enfermedad Mental de Córdoba (Asaenec) para crear redes de ayuda formadas por personas con trastorno mental, personas de apoyo y especialistas. A modo de red social, permite interactuar con otras personas y dar y recibir apoyos de manera inmediata. Además, incorpora un sistema de alarmas personales para recordar eventos importantes como citas, actividades o tareas. Disponible en: http://asaenec.org/asaenet/

PACÍFICA

Esta app gratuita está disponible en español y ha sido concebida para ayudar a mejorar el manejo del estrés y la ansiedad. Su funcionamiento se basa en los principios de la terapia cognitivo-conductual y ejercicios de relajación. Herramientas diseñadas por psicólogos. Posibilidad de registrar notas específicas con el fin de reconocer patrones y observar la evolución. Retos diarios y metas concretas relacionadas con el estilo de vida. Comunidad de usuarios con los que es posible compartir experiencias y consejos. Disponible a través de plataformas iOS y Android.

GRADIOR

Software de Rehabilitación Neuropsicológica del Deterioro Cognitivo destinado a dar apoyo a los profesionales en el ámbito de la evaluación y rehabilitación cognitiva. Gradior se utiliza en más de 450 centros a nivel nacional e internacional dentro del sector socio-sanitario. Dispone de más de 40.000 ejercicios dinámicos divididos en modalidades de atención, percepción, memoria, cálculo, orientación, lenguaje y razonamiento con 43 submodalidades cognitivas. El profesional puede diseñar intervenciones personalizadas y adaptadas.

Disponible en: https://www.gradior.es/

Referencias bibliográficas del bloque

Cabada Ramos, E. y Martínez Castillo, V. A. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. Psicología y Salud, 27(1), Article 1. DOI: 10.25009/psicysalud.2017.v27.n1.2436 [psicologia...alud.uv.mx]

Crespo, M., & López, J. (2008). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo de un programa de intervención psicoeducativa. IMSERSO. ISBN: 978-84-8446-097-8. URL: http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3248

Crespo, M., y López, J. (2008). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Edit. Madrid Pirámide Coop. ISBN: 9788436820898

Echevarría RG, Crespo LG, Crespo BG, Méndez LP, Fernández MA, Martínez D. La atención al cuidador, problema de salud necesario de abordar en los estudios médicos. Edumecentro. 2014;6(3):128-42. URL: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53780

García, F. E., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. Psicoperspectivas, 15(3), 101–111. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-770

George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26(3), 253–259. https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253

González-Fraile, Eduardo, Bastida-Loinaz, María Teresa, Martín-Carrasco, Manuel, Domínguez-Panchón, Ana I., & Iruin-Sanz, Álvaro. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). Psychosocial Intervention, 27(3), 113-121. https://dx.doi.org/10.5093/pi2018a20

Gort, A. M., Mingot, M., Gomez, X., Soler, T., Torres, G., Sacristán, O., Miguelsanz, S., Nicolas, F., Perez, A., de Miguel, M., & Cabau, J. (2007). Use of the Zarit scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. International journal of geriatric psychiatry, 22(10), 957–962. https://doi.org/10.1002/gps.1770

Guerra Martín, María Dolores, & Zambrano Domínguez, Encarnación María. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. Enfermería Global, 12(32), 211-221. Recuperado en 12 de noviembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400012&lng=es&tlng=es.

Hervás, Gonzalo, Cebolla, Ausiàs, & Soler, Joaquim. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. Clínica y Salud, 27(3), 115-124. https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002

Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. The International journal of social psychiatry, 12(3), 165–176. https://doi.org/10.1177/002076406601200301

Juan-Porcar, M., Guillamón-Gimeno, L., Pedraz-Marcos, A., & Palmar-Santos, A. M. (2015). Family care of people with severe mental disorders: an integrative review. Revista latino-americana de enfermagem, 23(2), 352–360. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0138.2562

Lara Vásquez, C. V., Cortez González, L. C., Cortes Montelongo, D. B., & Nuncio Domínguez, J. L. (2025). Estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales de adultos mayores. Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental, 2(1). https://doi.org/10.29059/rmsca.v2i1.22

López, D. (2008). Familia y esquizofrenia. Contribución de la familia a la recuperación del paciente. Salamanca: Amarú Ediciones. ISBN: 9788481962956

López Gil, Mª Jesús, Orueta Sánchez, Ramón, Gómez-Caro, Samuel, Sánchez Oropesa, Arancha, Carmona de la Morena, Javier, & Alonso Moreno, Francisco Javier. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(7), 332-339. Recuperado en 12 de noviembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&tlng=es.

Moliner, M. (1991). Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos.

Montgomery, R. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. Research on aging, 7(1), 137–152. https://doi.org/10.1177/0164027585007001007

Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 34(1), 19–26. http://dx.doi.org/10.2307/583753

Navarro Pérez JJ, Carbonell Marqués A. (2018). Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. Rev Esc Enferm USP. 52:e03351. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017029403351

Navas, Carmen, Villegas, Hyxia, Hurtado, Ricardo, & Zapata, Deliana. (2006). La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. Revista Venezolana de Oncología, 18(1), 28-37. Recuperado en 12 de noviembre de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000100006&lng=es&tlng=es.

Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. Psychology Research and Behavior Management, 9, 211–218. https://doi.org/10.2147/PRBM.S112129

Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., Russell, D., Swinton, M., King, S., Wong, M., Walter, S. D., & Wood, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. BMC pediatrics, 4, 1. https://doi.org/10.1186/1471-2431-4-1

Silva Fhon, Jack Roberto, Gonzales Janampa, Judyth Tereza, Mas Huaman, Teresa, Marques, Sueli, & Partezani Rodrigues, Rosalina Aparecida. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería, 34(3), 251-258. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704

3

Bloque 3: El estigma en la discapacidad psicosocial

Definición y tipologías del estigma en salud mental

Definición y tipologías del estigma en salud mental

El estigma en salud mental se entiende como un proceso sociocultural por el que un individuo es reducido "desde una persona completa a una devaluada" debido a la posesión de una característica (p. ej., un trastorno mental) que es considerada como «marcada». King et al. (2004) señalan que "Stigma defines people in terms of some distinguishing characteristic and devalues them as a consequence" (p. 176). Este enfoque alude al clásico trabajo de Erving Goffman (1963) sobre «marcas» sociales. En el contexto de salud mental, se distinguen diversas formas de estigma:

- **estigma público:** Es el conjunto de actitudes y creencias negativas de la sociedad hacia personas con trastornos mentales. Algunos tipos de estigma público son por ejemplo:
  - Estereotipos: representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo, la faceta cognitiva del estigma.
  - Prejuicios: es cuando se experimentan reacciones emocionales negativas al estar de acuerdo con el estereotipo. Se manifiesta en forma de actitudes y valoraciones.
  - Discriminación: comportamiento de rechazo que pone a la persona afectada en situación de desventaja social. Es la consecuencia final en que desembocan el estereotipo y el prejuicio.
- **auto-estigma**: Es la internalización de esos prejuicios por parte de la persona con enfermedad mental.
- **estigma estructural:** Es el conjunto de normas, políticas o prácticas institucionales que restringen oportunidades a esas personas (Latalova & Prasko, 2023).

Este marco teórico permite entender el estigma no sólo como un acto individual, sino como fenómeno sociocultural complejo que reproduce desigualdades simbólicas (Latalova & Prasko, 2023).

Prevalencia y correlatos del estigma

En cuanto a la prevalencia de la auto-estigmatización en personas con trastornos mentales graves, la bibliografía sobre la esquizofrenia informa que, en promedio, el 31,3 % de los pacientes con SMI reportan niveles elevados de auto-estigma; la frecuencia era mayor en Asia sudoriental (39,7 %) y Oriente Medio (39,0 %) (Yue et al., 2021). Esta variabilidad geográfica sugiere que factores culturales pueden modular la auto-estigmatización. Por otro lado, en España, Zamorano et al. (2023) documentan que se detectan tres dimensiones del estigma (cognitiva, emocional, conducta) en población general y profesionales de salud.

Respecto a los correlatos, se ha observado que la percepción o experiencia de estigma por parte de proveedores de salud, las creencias de peligrosidad o impredicibilidad, y la escasa formación en salud mental favorecen mayores actitudes estigmatizadoras (Zamorano et al., 2023). Asimismo, los estudios sobre profesionales de enfermería identifican que la literatura al respecto está creciendo pero muestra una concentración de trabajos en países occidentales (Sánchez y col., 2022).

En resumen, la evidencia empírica sugiere que el estigma es frecuente, aunque con variabilidad, y está asociado a múltiples factores individuales (edad, cultura, experiencia de contacto), así como contextuales (formación, entorno laboral).

Consecuencias del estigma en salud mental

El estigma tiene efectos adversos significativos en múltiples ámbitos. Por ejemplo, en la revisión de Kågström et al. (2025) se indica que si bien se asocia de modo consistente con resultados negativos en salud, uso de servicios, psicosociales, económicos y estructurales, la evidencia causal sigue siendo más limitada. También, en el contexto de la adherencia al tratamiento se ha documentado que mayor auto-estigma se asocia a menor adherencia terapéutica y peores resultados clínicos (Corrigan & Watson, 2002). Un estudio cualitativo de King et al. (2004) con 46 personas describió que el estigma podría influir en la aceptación del diagnóstico, en la adherencia al tratamiento y en la funcionalidad social.

Además, el estigma puede actuar como barrera para la búsqueda de ayuda, para revelar los síntomas, y para el empoderamiento personal. En su revisión integradora, Roehrle et al. (2017) encontraron que una mayor auto-estigmatización se relacionaba con menor participación en los servicios de salud mental y con menor recuperación posible.

En definitiva, el estigma no es sólo un fenómeno de actitudes: puede materializarse en discriminación, exclusión, demora en el tratamiento, y empeoramiento de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

Intervenciones para reducir el estigma

Dada la magnitud del problema, se han desarrollado intervenciones para contrarrestar el estigma. En profesionales sanitarios, Tan et al. (2020) (realizaron metanálisis de intervenciones) encontraron que la combinación de educación con contacto (directo o indirecto) con personas con enfermedad mental resultaba más eficaz que sólo educación. Más recientemente, una revisión meta-analítica (2022) indica que, si bien hay reducción de estigma público o auto-estigma mediante estrategias de educación o de promoción de contacto, muchas de las revisiones son de calidad relativamente pobre, y el mantenimiento a largo plazo del efecto es incierto (Norton & col., 2022). En jóvenes, una revisión sistemática y meta-análisis de intervenciones web-basadas encuentra efectos positivos en alfabetización en salud mental, estigma y actitudes de búsqueda de ayuda (Nazari et al., 2023). En el contexto específico de China, Kirran (2024) revisó nueve ensayos con la población general y halló impactos modestos en estereotipos y conocimiento, pero ninguna evaluación de discriminación, y calidad metodológica media. Por lo tanto, aunque existen intervenciones prometedoras, las evidencias sugieren que aún queda camino por recorrer para establecer prácticas robustas con efectos sostenidos.

El estigma en salud mental constituye un importante obstáculo para la atención, la recuperación y la plena participación social de las personas con trastornos mentales. Su manifestación es múltiple, pública, estructural y está asociada a numerosos factores individuales y contextuales. Las consecuencias para la salud, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y la inclusión social son bien documentadas, aunque la evidencia causal precisa aún es limitada. Existen intervenciones que generan cambios positivos, pero su generalización y efecto sostenido requieren más investigación de calidad. Conocer mejor los mecanismos del estigma, adaptar las intervenciones culturalmente y evaluar su impacto a largo plazo, son pasos clave para reducir esta barrera y fomentar la equidad en salud mental.

Estrategias para afrontar el estigma

- **Búsqueda de apoyo social:** encontrar apoyo en otras personas importantes como familiares, amigos, personas de apoyo y profesionales (especialmente técnicos de apoyo entre iguales). Lo más necesario es que las personas donde se busca el apoyo sean significativas.
- **Cambiar la interpretación de la situación**: tener en cuenta diferentes enfoques, siendo lo más realista posible, y tener comportamientos no dañinos hacia uno mismo, o la comunidad.
- **Educar e informar**: se trata de transmitir la verdad sobre las personas diagnosticadas de salud mental para corregir las ideas equivocadas que tiene la sociedad.
- **Revelar la situación**: la revelación puede ser de tres formas, selectiva, eligiendo a personas que confío que me entenderán, indiscriminada (no esconderlo a nadie) y transmitir tu experiencia abiertamente para servir como ejemplo ayudando a otras personas.
- **Ser asertivo**
- Recordarme **mensajes positivos** en situaciones estigmatizantes que generan malestar. Ej. “Que alguien me discrimine es injusto y no significa que seas digno de ello”
- **Indiferencia, distanciamiento**: Cambiar la forma de ver la situación para que sea lo menos dañina posible.
- **Tomármelo con humor.** Quitarles importancia.

Dinámica 1: Ponerse en los zapatos del otro

Duración: 20 minutos
Objetivo: Reconocer el estigma en salud mental y sus efectos, fomentar la empatía y reflexionar sobre los prejuicios.
Materiales: Tarjetas con situaciones o frases (ver ejemplo más abajo), Cronómetro, Papel y bolígrafos (opcional)

Desarrollo de la dinámica

1. Introducción (3 minutos)

Explica brevemente qué es el estigma en salud mental: prejuicio, discriminación y miedo hacia personas con trastornos mentales.

Destaca que también afecta a familiares y amigos (estigma secundario).

Presenta la dinámica: “vamos a ponernos en los zapatos de otras personas para ver cómo se siente ser juzgado por algo que no define quién eres”.

2. Actividad principal: “Tarjetas de la vida” (12 minutos)

Paso 1: Repartir a cada participante una tarjeta con una situación relacionada con salud mental. Ejemplos:

- Te diagnostican esquizofrenia y tus amigos empiezan a tratarte diferente porque “algo malo debe pasar en tu familia”.
- Tienes ansiedad severa y tus compañeros te culpan por no superarla.
- Tienes depresión y tus familiares te dicen que “no es para tanto”, lo que te hace sentir incomprendido.
- Te diagnostican trastorno bipolar y tus vecinos dejan de invitarte a reuniones sociales.
- Tuviste un episodio psicótico y en tu trabajo evitan asignarte proyectos importantes.
- Tienes un TMG y tus amigos comentan “menos mal que no es conmigo”.
- Tu hermana tiene depresión postparto y algunos familiares cuestionan tus decisiones de apoyo.
- Tienes un problema de adicciones y problemas de salud mental; sientes vergüenza de hablar de ello en público.
- Tienes trastorno obsesivo-compulsivo y cuando hablas de él, otros hacen bromas.
- Tienes depresión mayor y nadie en tu alrededor comprende tu agotamiento.
- Recibes tratamiento psiquiátrico y algunas personas te hacen sentir que es un “problema familiar privado” que no debes contar.
- Tienes ansiedad y te das cuenta de que otros te juzgan por “no poder controlarla”.
- Tienes depresión y temes que en clase o en el trabajo te traten diferente.
- Sufres esquizofrenia y algunos familiares te culpan por “no manejar bien la situación”.
- Tienes diagnosticado un problema grave de salud mental y sientes que tu opinión no cuenta en reuniones sociales o familiares por miedo al juicio.
- Tienes depresión y tus amigos no entienden por qué no sales de casa.
- Tu hijo tiene ansiedad y la familia te culpa por su comportamiento.
- Tienes esquizofrenia y quieres buscar empleo.

- Te han diagnosticado un trastorno bipolar y tu vecino te trata diferente.
- Eres cuidador de un familiar con discapacidad psicosocial y sientes que nadie te escucha.

Paso 2: Cada persona lee su tarjeta en voz alta (1 min por persona aprox.).

Paso 3: Reflexión individual (2 min): cada participante escribe o piensa cómo se sentiría en esa situación.

Paso 4: Compartir en pequeños grupos de 3-5 personas (6 min):

Cómo se sintieron

Qué tipo de prejuicio o estigma percibieron

Qué podrían hacer para apoyar a alguien en esa situación

3. Puesta en común (4 minutos)

Cada grupo comparte brevemente una conclusión o aprendizaje con todos.

El facilitador puede enfatizar:

Cómo el estigma afecta emocional, social y laboralmente

La importancia de la empatía, la escucha y el apoyo

Que todos podemos contribuir a reducir el estigma en nuestro entorno

4. Cierre (1 minuto)

Pregunta rápida al grupo: “Después de esta dinámica, ¿qué es lo primero que cambiarías en tu comportamiento o en tus ideas sobre salud mental?”

Agradece la participación y recuerda que el estigma es algo que se combate con comprensión y acción.

Referencias bibliográficas del bloque

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *The paradox of self-stigma and mental illness*. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 35-53. https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35 SCIRP+22024.sci-hub.box+2

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). *Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness – qualitative study*. The British Journal of Psychiatry, 184(2), 176-181. https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176 PubMed+1

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2023). Social stigma towards mental health problems in Spain: A systematic review. *Clínica y Salud, 34*(1), 23-34. https://doi.org/10.5093/clysa2023a5 SciELO España+2Dialnet+2

4

Bloque 4: Habilidades de comunicación en la relación de ayuda

Comunicación verbal eficaz

Comunicación eficaz y asertiva

La comunicación asertiva representa un estilo saludable en el que se reconocen y defienden los propios derechos al tiempo que se respetan los derechos de los demás. Este enfoque favorece relaciones más equilibradas y evita tanto la pasividad como la agresividad. Según Hargie (2023), la comunicación interpersonal puede conceptualizarse como una "actividad hábil" que implica no solo lo que se dice, sino cómo se dice y en qué contexto.

Reglas básicas de comunicación eficaz

- **Definir claramente los objetivos de la comunicación**: Es fundamental preguntarse qué esperamos que ocurra tras la comunicación y qué queremos transmitir. Como señalan Stapleton y Cairns en Hargie (2023), la claridad del propósito mejora la efectividad del mensaje.
- **Dedicar el tiempo y la atención necesarios**: Escuchar lo que nos quieren decir y reflexionar sobre lo que queremos decir. La escucha atenta es parte del proceso de comunicación hábil (Woollard y Jenkinson, 2016).
- **Reducir al máximo el número de intermediarios**: Cuantos menos "saltos" tenga el mensaje, menor la probabilidad de distorsión. Este principio resulta de entender la comunicación como transferencia de significado en contexto. (Ntshuntshe, Gqeba y Gqeba, 2020).
- **Actitud positiva hacia la comunicación y hacia la misma interacción**: Una actitud constructiva favorece la apertura, la colaboración y la reducción de defensas.

Estrategias para mejorar la comunicación verbal

- Comunicación clara, sencilla y específica: Evitar ambigüedades, jerga innecesaria, y adaptar el lenguaje al interlocutor. Hargie (2023) sugiere que el "modelado de las preguntas" (por ejemplo, abiertas o cerradas) ayuda a estructurar la conversación.
- Sincronía verbal: Adaptar el vocabulario, el estilo lingüístico, evitar tecnicismos si no son necesarios, y demostrar escucha activa.

- Sincronía emocional: Reconocer y mostrar, a través del lenguaje verbal, el estado emocional del otro, lo cual favorece la empatía.
- Sincronización temática: Utilizar temas que interesen al otro, establecer puntos de conexión comunes, para que la conversación sea significativa para ambas partes.

Métodos para fortalecer la comunicación asertiva

- *Disco rayado*: Repetición calma, firme y serena de una frase que expresa nuestra necesidad principal. Ejemplo: "Como dije antes, mi principal interés en este momento es…"
- *Banco de niebla*: Admitir que el interlocutor tiene algo de razón, pero mantener nuestra propuesta. Ejemplo: "Sí, claro que lo que me cuentas es correcto, así que creo que lo mejor es seguir mi sugerencia."
- *Información libre*: Usar una parte de lo que el interlocutor ha dicho como soporte para nuestra propuesta. Ejemplo: "Como mencionaste anteriormente, creo que mi propuesta se adapta a tu respuesta."
- *Aserción negativa*: Reconocer una cualidad negativa de nuestra propuesta con naturalidad y decisión. Ejemplo: "Claro que está claro, estoy de acuerdo contigo en que la opinión es negativa…"
- *Interrogatorio negativo*: Invitar al otro a expresar críticas verdaderas para poder gestionarlas. Ejemplo: "¿No crees que lo que me ofreces me traerá problemas en mi trabajo?"
- *Compromiso viable*: Ofrecer una solución de compromiso en la que ambas partes hagan concesiones sin que nadie salga perjudicado. Ejemplo: "En este caso, prometo hacer más de mi parte, sabiendo que tú también estás dispuesto a ceder…"

Por ejemplo, a partir de una situación estresante identificada, se puede determinar qué técnica es la más adecuada para la comunicación persuasiva. Luego, en parejas, simular esa situación usando una de las técnicas anteriores favorece el aprendizaje experiencial.

Escucha activa

La escucha activa es la capacidad de escuchar al emisor de un mensaje prestando atención no solo a las palabras, sino a la información global que transmite. Hargie (2023) la considera una de las habilidades esenciales de la comunicación interpersonal.

Propósito de la escucha:

1. Comprender el mensaje que recibimos.
2. Animar al otro a seguir comunicando su mensaje con preguntas como "¿Cuéntame más?"
3. Hacer que la otra persona se sienta cómoda dando información.
4. Reconocer los sentimientos que la otra persona manifiesta.
5. Identificar el momento para dar feedback.

¿Cómo escuchar eficazmente?

- Con el cuerpo: acercarse al hablante, postura alineada, mirada a los ojos, asentir.
- Con lo que se dice: utilizar tono de voz, volumen que demuestre interés; hacer resúmenes de lo que se ha dicho para comprobar la comprensión.
- Estar atento a sus reacciones: descubrir el sentimiento que la otra persona está manifestando.

¿Qué no debemos hacer mientras escuchamos?

- Interrumpir, juzgar, encasillar al interlocutor, dar consejos prematuramente, desestimar sus sentimientos, mandar, discutir o mostrar aburrimiento.

La empatía

La empatía es un requisito básico para la comunicación asertiva. Se define como la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus emociones, pensamientos y perspectivas, y responder de manera sensible a lo que vive. Hargie (2023) y otros autores consideran que sin empatía la comunicación pierde profundidad y conexión real.

Incluye dos aspectos principales:

- **Empatía cognitiva:** comprender lo que otra persona siente o piensa, sin estar sintiendo lo mismo.
- **Empatía emocional**: resonar o experimentar, en cierta medida, la emoción del otro, contagiándose de su estado emocional. Esta no es recomendable en la relación terapéutica, porque la persona que recibe ayuda es quien necesita contagiarse de una emocionalidad más equilibrada, no le sirve que otros se contagien de su malestar.

Propósitos de la empatía:

1. Comprender mejor a los demás.
2. Fortalecer las relaciones interpersonales a través de la confianza y el respeto.
3. Reducir conflictos, ya que al comprender la perspectiva del otro es más fácil evitar malentendidos.
4. Fomentar el apoyo emocional.
5. Promover la cooperación y el trabajo en equipo.
6. Desarrollar habilidades sociales y comunicativas.
7. Impulsar la tolerancia y el respeto hacia experiencias distintas a la propia.

Comunicación verbal en el ámbito terapéutico

En el ámbito terapéutico, la comunicación verbal no solo cumple el rol informativo o conversacional, sino que se convierte en un instrumento de sanación, validación y acompañamiento. Según Sharma y Gupta (2023), la "comunicación terapéutica" es un enfoque que combina métodos verbales y no verbales con el objetivo de ayudar al paciente a expresarse, comprenderse y avanzar en su proceso.

Principios y funciones de la comunicación verbal terapéutica

- La comunicación terapéutica actúa dentro de la relación de ayuda, donde el terapeuta favorece la expresión del paciente, el reconocimiento de sus emociones, y la construcción de significado (Ntshuntshe, Gqeba & Gqeba, 2020).
- Esta comunicación se da en un contexto de confianza, explícito o implícito, que permite al paciente compartir aspectos vulnerables. La ausencia de una vía verbal de comunicación puede agravar los problemas relacionales o personales.
- Las técnicas verbales en terapia incluyen preguntas abiertas, reflejo de contenido y emoción, normalización de experiencias, signposting (señalización de etapas en la conversación), resumen y cierre.

Estrategias de comunicación verbal en terapia

- **Preguntas abiertas vs cerradas**: Las preguntas abiertas permiten al paciente iniciar la exploración de aquello que le preocupa; las cerradas sirven para

concretar información relevante. (Ver sección de Hargie sobre "verbal communication skills").

- **Reflejo y normalización**: El terapeuta verbaliza lo que el paciente ha dicho para confirmar que lo ha escuchado correctamente, y reconoce que lo que siente es comprensible en su contexto. Esto fortalece la alianza terapéutica.
- **Signposting (señalización del proceso terapéutico)**: El terapeuta informa verbalmente al paciente de la fase que se está abordando ("ahora exploraremos…", "vamos a cerrar este tema") para dar estructura y seguridad al proceso.
- **Feedback adecuado al momento emocional**: Escoger cuándo y cómo intervenir verbalmente según el estado emocional del paciente, sin apresurar el proceso, pero sin dejar que se estanque. (Sharma & Gupta, 2023).
- **Uso del lenguaje adaptado**: Considerar el nivel del paciente, evitar tecnicismos innecesarios, respetar su ritmo verbal, y mantener coherencia entre lo que se dice y cómo se dice (tono, velocidad, volumen) para generar confianza. (Tortora, 2016).

Aplicaciones específicas

En contextos clínicos de salud mental, la comunicación verbal terapéutica también incluye técnicas de de-escalada verbal para momentos de agitación, cuando se requiere un uso controlado del tono, de la velocidad y del enfoque del discurso para lograr calmar, contener y luego intervenir. (Sharma & Gupta, 2023).

Además, la investigación reciente ha comenzado a explorar cómo el estilo verbal del terapeuta (por ejemplo, pausas, entonación, longitud del habla) se relaciona con la percepción de empatía por parte del paciente, lo cual puede tener implicaciones en el resultado terapéutico. (Tao, Lee, Chui & Luk, 2022).

Ejemplo de intervención verbal en terapia

Un terapeuta podría utilizar la técnica de "normalización" diciendo: "Veo que lo que me cuentas te produce mucha ansiedad; es comprensible que te sientas así dado lo que has vivido", lo que verbalmente valida al cliente y abre espacio para explorar más. Luego, podría aplicar "signposting": "Ahora, podríamos ver cómo esa ansiedad se manifiesta en

tu cuerpo, si te parece bien". De esta forma, la comunicación verbal no estaría solo informando sino guiando, acompañando y construyendo la experiencia compartida.

Tabla 8. Consejos para la comunicación en el apoyo entre iguales. (Zabaleta, 2021)

Frases que demuestran empatía en la relación de apoyo:

- Utilizar frases reflejo: Comprendo que… (Repetir lo que ha dicho con otras palabras)
- Utilizar frases identificativas: Siento que…
- Expresar el sentimiento que transmite el usuario: (percibo tristeza en tus palabras)
- Demostrar que le entiendes por experiencia: Te entiendo, a mi pasó que…

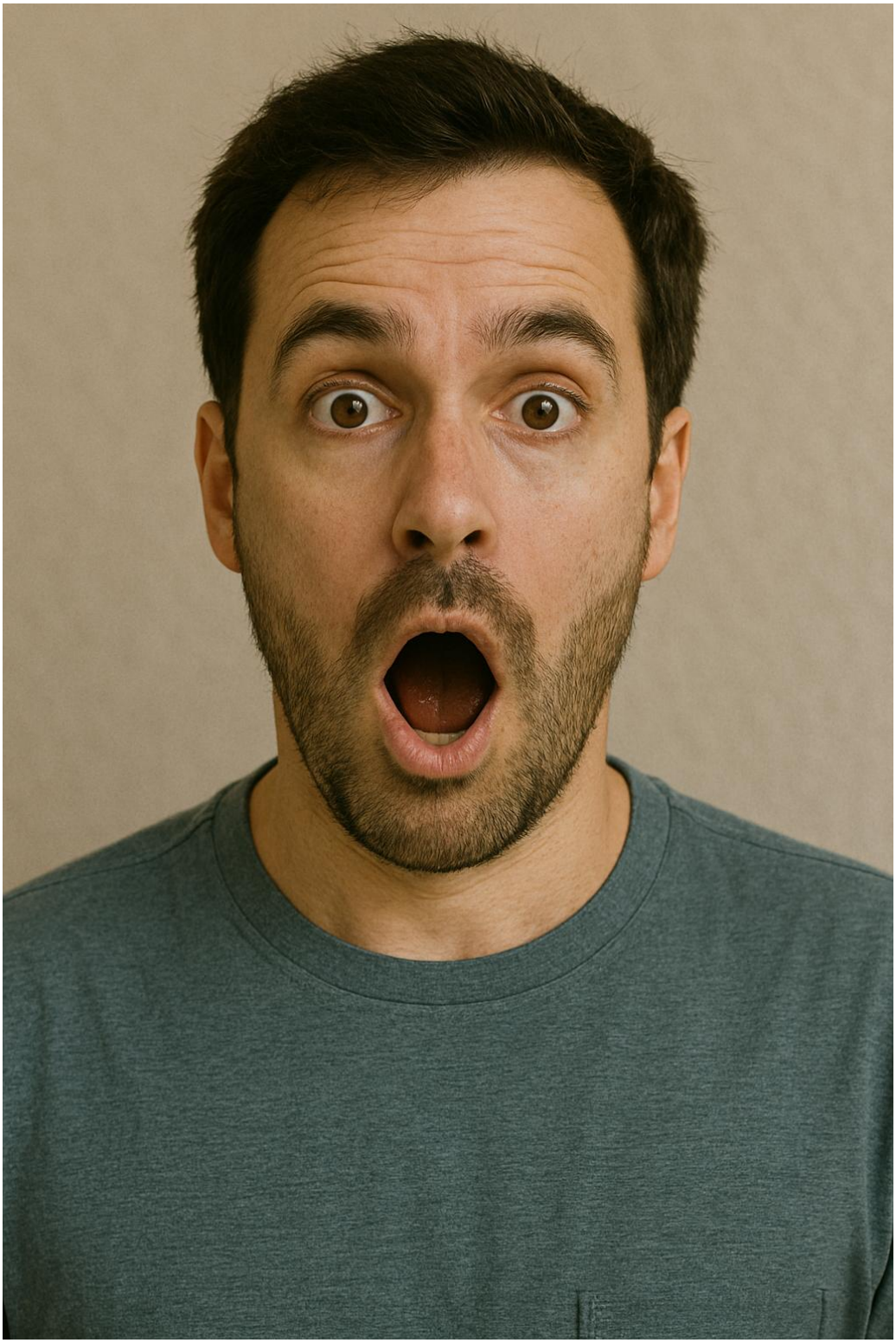
Comunicación no verbal y sincronía

La expresión facial de las emociones

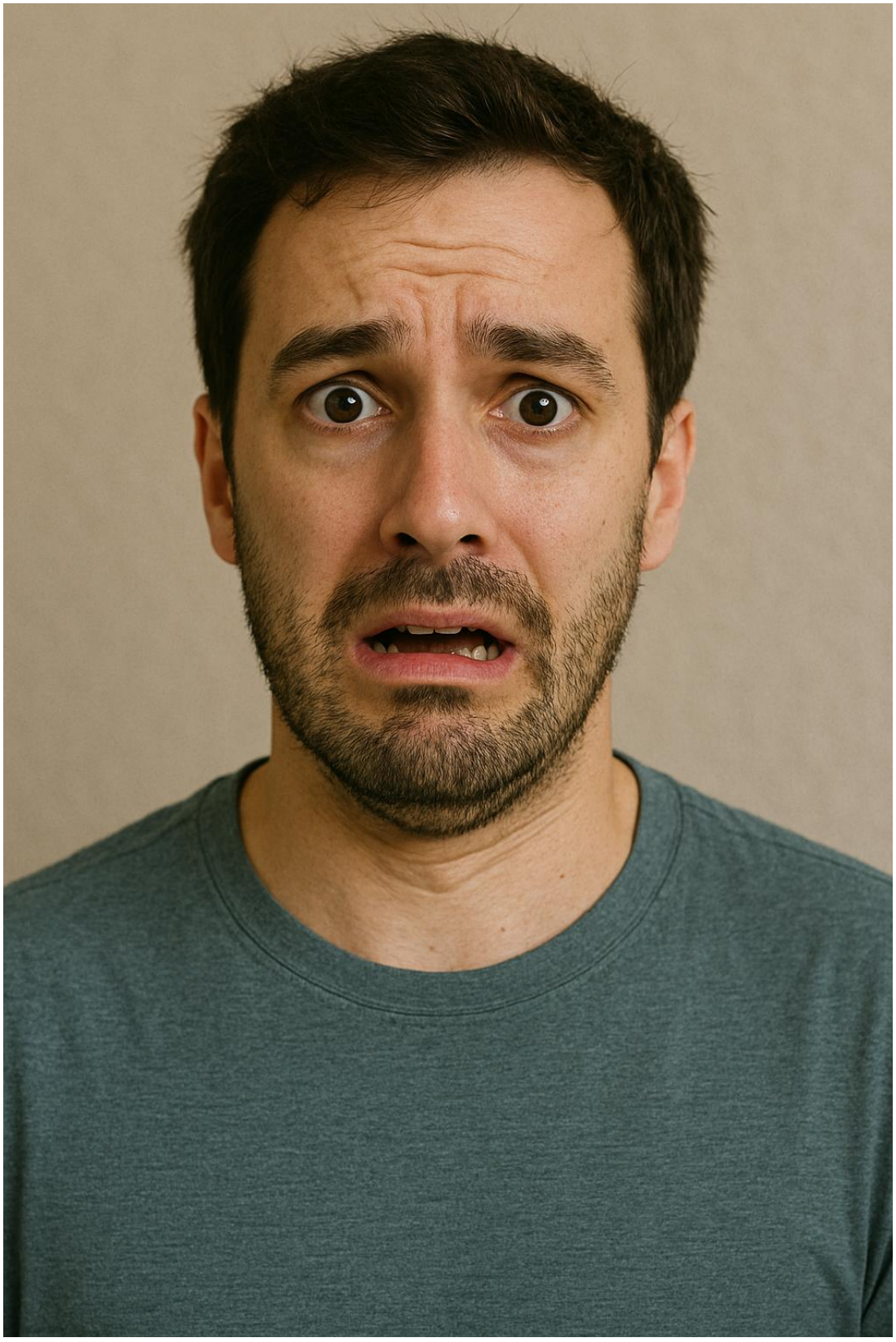
La expresión facial es uno de los canales más estudiados de la comunicación no verbal. Paul Ekman y Wallace Friesen (1971) demostraron que ciertas expresiones emocionales básicas: alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco, presentan patrones universales identificables en diversas culturas. Estas expresiones, asociadas a movimientos musculares específicos, fueron analizadas minuciosamente en lo que los autores denominaron el Sistema de Codificación de la Acción Facial (FACS), que permite describir las unidades musculares implicadas en cada expresión (Ekman & Friesen, 1978).

La precisión con la que las personas decodifican las expresiones faciales depende de factores situacionales y culturales; por ejemplo, aunque la expresión de emociones básicas es universal, las normas de exhibición, modulan su intensidad o su visibilidad según el contexto social (Matsumoto et al., 2008). Por tanto, el rostro constituye un canal privilegiado para inferir estados emocionales, intenciones y reacciones inmediatas en la interacción comunicativa.

A continuación se mostramos ejemplos de expresiones faciales que muestran las emociones básicas. Te animamos a que intentes reconocer cada una de ellas.

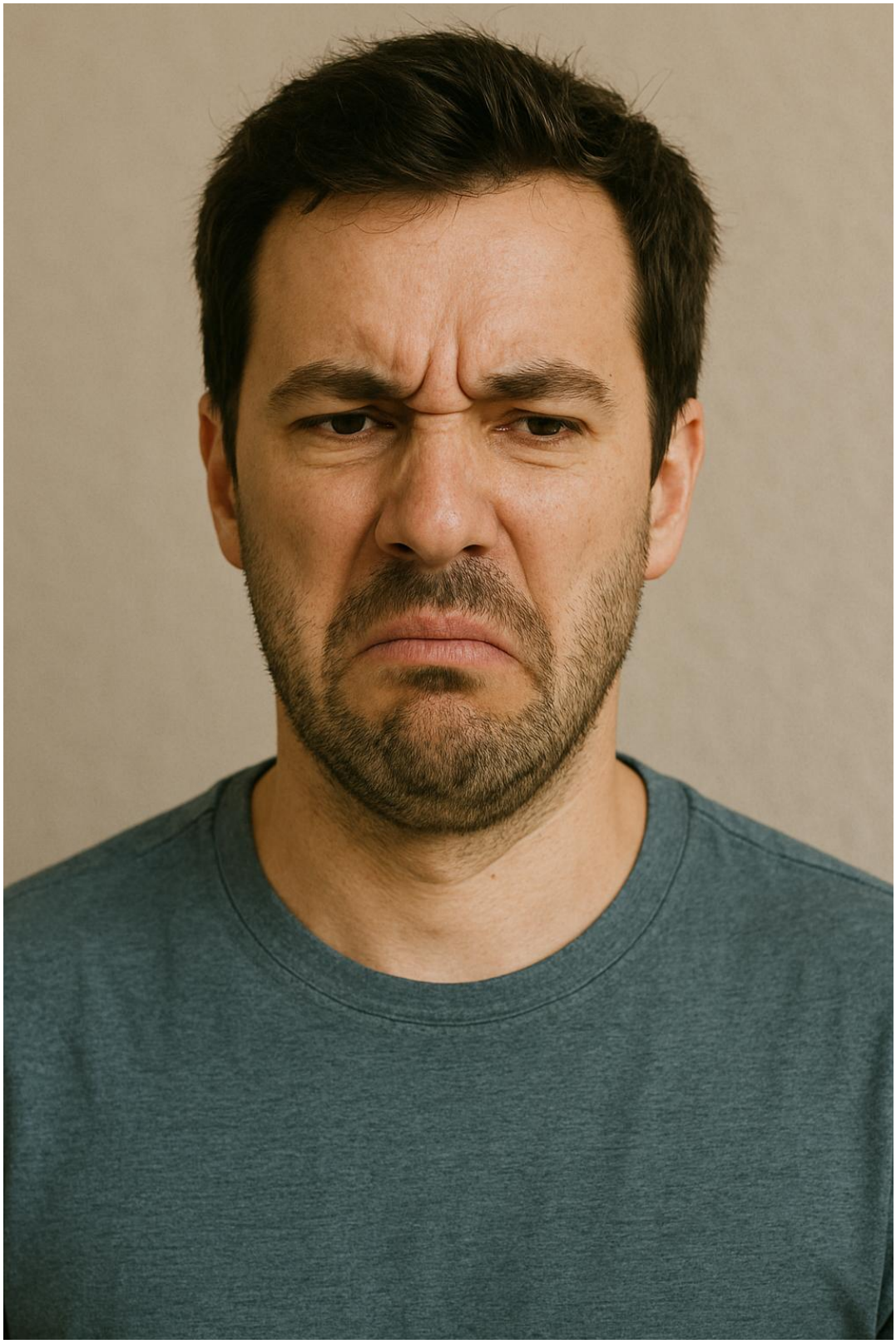












Las expresiones faciales de las imágenes anteriores muestran respectivamente sorpresa, tristeza, miedo, felicidad, ira y asco. Seguro que las has acertado. El resto de expresiones emocionales se desarrollan en la infancia, pero estas seis se heredan genéticamente porque tienen funciones de supervivencia y socialización. En las ecografías 4D ya se puede observar como los fetos muestras estas expresiones, es decir, no se aprenden, se nace con ellas y se realizan de forma inconsciente.

Por último te animamos a que identifiques qué emoción representa la expresión facial que se muestra en la siguiente imagen.



En esta última imagen se representa un ejemplo de expresión facial neutra. Es decir, no afectada por ninguna emoción. Mucha gente relaciona la expresión neutra con estados emocionales negativos, como el enfado o la tristeza, porque tienen una apariencia seria. Esto se debe a la ausencia de tensión en los músculos faciales que es provocada por las emociones, y la ausencia de emociones conlleva ausencia de movimientos musculares.

Se debe tener cuidado con no interpretar un rostro neutro, inexpresivo, como reflejo de emociones negativas, para evitar el efecto "Otelo". Este efecto de la percepción emocional se da cuando interpretamos erróneamente una expresión facial por asociarla al contexto (Ekman, 2001). Por ejemplo, en un juicio, los acusados pueden ser más fácilmente evaluados como culpables, si se observa en ellos un rostro neutral y se interpreta como de desprecio, asco u otra emoción. O en una sesión terapéutica se pueden generar malentendidos si se interpreta un rostro neutral como reflejo de que la persona atendida está molesta o enfadada con el terapeuta.

Hay una gran cantidad de bibliografía sobre la expresión facial de las emociones, ya que su conocimiento ayuda a comprender mejor a las personas y es la parte del cuerpo que más comunica de forma no verbal, lo cual es muy útil en la relación terapéutica. En los libros especializados se muestran también las expresiones de las emociones secundarias como la vergüenza, la culpa, el deseo, etc., que aparecen con la socialización y no son innatas.

El lenguaje corporal

La comunicación no verbal constituye un sistema complejo de señales que complementan, matizan o incluso contradicen los mensajes verbales. Abarca múltiples canales como visión, audición, espacio, tacto, entre otros, que operan simultáneamente y que influyen en la percepción interpersonal y en la interpretación de las interacciones (Knapp et al., 2014; Poyatos, 1994). Este capítulo aborda tres dimensiones fundamentales: la expresión facial de las emociones, el lenguaje corporal y el paralenguaje, además de otros aspectos relevantes.

El lenguaje corporal comprende movimientos, posturas, orientación corporal, gestos, contacto visual, y el uso del espacio. A través de estos elementos se transmiten actitudes, niveles de dominancia, accesibilidad y disposición interpersonal.

Posturas y orientación corporal

Las posturas reflejan la actitud general de una persona. Birdwhistell (1970) observó que las posturas abiertas suelen asociarse con receptividad, mientras que las cerradas pueden sugerir defensividad o distanciamiento. La orientación del cuerpo hacia o lejos del interlocutor también indica grados de interés o evasión (Knapp et al., 2014).

Gestos

Los gestos pueden clasificarse en ilustradores, emblemas, reguladores y adaptadores (Ekman & Friesen, 1969).

- Gestos ilustradores: como acompañar verbalizaciones con movimientos de manos, refuerzan el contenido del mensaje.
- Emblemas: son gestos con significado cultural específico (por ejemplo, el pulgar arriba).
- Reguladores: ayudan a coordinar turnos conversacionales, como asentir para indicar seguimiento.
- Adaptadores: son conductas de ajuste o autorregulación, a menudo inconscientes, que pueden reflejar tensión o incomodidad.

Proxémica

Edward T. Hall (1966) describió la proxémica como el estudio del uso del espacio interpersonal. Distinguió zonas espaciales: íntima, personal, social y pública, cuyo uso varía según la cultura, la relación entre interlocutores y el contexto. La gestión de la distancia contribuye a comunicar cercanía, respeto, autoridad o informalidad.

Contacto visual

El contacto visual es un indicador clave de participación e implicación. Su interpretación depende del contexto: mantener la mirada puede sugerir sinceridad o interés, pero un uso excesivo puede percibirse como agresivo (Argyle & Dean, 1965). Además, las normas culturales determinan cuánto contacto visual es apropiado.

Paralenguaje

El paralenguaje engloba los aspectos vocales no verbales del habla, tales como volumen, tono, velocidad, ritmo y pausas. Estos elementos modulan el significado del mensaje verbal y expresan estados emocionales, actitudes o intenciones comunicativas (Poyatos, 1994).

Volumen y tono

El volumen puede asociarse con seguridad, autoridad o intensidad emocional, mientras que un volumen bajo puede transmitir reserva o duda. El tono, relacionado con la cualidad emocional de la voz, permite inferir estados afectivos como entusiasmo, ironía o tensión (Knapp et al., 2014). Los tonos agudos se

relacionan con emociones activadoras como la alegría, la sorpresa o el miedo, y los tonos bajos se relacionan con emociones de baja activación como la tristeza.

Prosodia

Es la melodía de la voz, que cambia según la cultura, el país e incluso la persona. La prosodia incluye patrones de entonación, acento y variaciones melódicas. Estos elementos ayudan a segmentar el discurso, marcar énfasis y expresar la actitud del hablante (Crystal, 1969).

Velocidad del habla

Hablar rápidamente puede comunicar urgencia, excitación o nerviosismo, mientras que un ritmo lento puede expresar reflexión, solemnidad o cansancio. La velocidad también incide en la percepción de credibilidad y competencia comunicativa (Knapp et al., 2014).

Pausas y silencios

El silencio puede cumplir funciones comunicativas importantes: señalar desacuerdo, generar tensión, invitar a la reflexión o mostrar respeto. Hall (1966) observó que el valor atribuido al silencio depende culturalmente, siendo más aceptado en algunas sociedades que en otras.

La sincronía

La sincronía se define como la coordinación temporal y rítmica de los comportamientos no verbales entre dos o más individuos durante la interacción (Condon & Ogston, 1966). Este fenómeno comprende la correspondencia en gestos, posturas, ritmo del habla, miradas y microajustes corporales, y constituye un indicador clave de sintonía interpersonal, rapport y alianza. En el ámbito de la intervención psicosocial, la sincronía adquiere especial relevancia porque refleja el nivel de conexión entre el/la profesional y la persona ayudada, y puede influir en la eficacia de la intervención (Bernieri & Rosenthal, 1991; Ramseyer & Tschacher, 2011).

Fundamentos de la sincronía no verbal

Condon y Ogston (1966, 1967) demostraron que los movimientos humanos durante la conversación se organizan en patrones temporales coordinados, incluso a niveles microcinéticos. Posteriormente, investigaciones en psicología social y clínica

confirmaron que las personas tienden a ajustar espontáneamente su comportamiento no verbal a aquel de su interlocutor, fenómeno conocido como *mimicry* o *behavioral matching* (Chartrand & Bargh, 1999).

En contextos de ayuda, la sincronía es un indicador de participación, empatía y mutua disposición. Además, cumple una función reguladora: facilita la fluidez conversacional y reduce la incertidumbre comunicativa (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990).

Sincronía y relación de ayuda en intervención psicosocial

Diversos estudios muestran que niveles elevados de sincronía se asocian con una mejor alianza terapéutica, mayor confianza y mayor implicación del usuario (Ramseyer & Tschacher, 2011; Koch et al., 2020). En la intervención psicosocial, donde la calidad del vínculo es decisiva, la observación de la sincronía permite evaluar el nivel de conexión emocional y sintonía relacional.

Evaluación de la sincronía del usuario

El/la profesional puede observar:

- **Correspondencia postural**: Ver si el usuario realiza un ajuste gradual de su postura y orientación corporal, para igualarla a la del terapeuta.
- **Ritmo de movimientos**: balanceos, cambios de peso, gestos repetitivos similares a los del terapeuta.
- **Sincronía vocal**: Observar si hay coincidencia en las pausas, velocidad y entonación del habla.
- **Patrones de mirada**: Si hay sincronización en la toma y liberación del contacto visual.

Una disminución de sincronía puede indicar distancia emocional, resistencia, ansiedad o ruptura del rapport (Bernieri & Rosenthal, 1991).

Referencias bibliográficas del bloque

Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry, 28*(3), 289–304.

Bernieri, F. J., & Rosenthal, R. (1991). Interpersonal coordination: Behavior matching and interactional synchrony. En R. S. Feldman & B. Rimé (Eds.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (pp. 401–432). Cambridge University Press.

Birabwa-Oketcho, H., Kakembo, N., Ssempebwa, J., Nakisalire, R., Kigozi, F., & Khalid, A. (2023). The effectiveness of a solution-focused approach to care planning (DIALOG+) among people with severe mental illness and epilepsy in Uganda. *Global Mental Health, 10*, e70.

Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context: Essays on body motion communication.* University of Pennsylvania Press.

Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2016). *Nonverbal communication* (2nd ed.). Routledge.

Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception–behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(6), 893–910.

Condon, W. S., & Ogston, W. D. (1966). Sound film analysis of normal and pathological behavior patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 143*(4), 338–347.

Condon, W. S., & Ogston, W. D. (1967). A segmentation of behavior. *Journal of Psychiatric Research, 5*(3), 221–235.

Crystal, D. (1969). *Prosodic systems and intonation in English.* Cambridge University Press.

Cruz, M., et al. (2011). Psychiatrist–patient verbal and nonverbal communication in a community mental health setting. *Psychiatric Services, 62*(11), 1361–1368.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399–410.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica, 1*(1), 49–98.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 17*(2), 124–129.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial Action Coding System: A technique for the measurement of facial movement.* Consulting Psychologists Press.

Ekman, P. (2001). *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340.

Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension.* Anchor Books.

Hall, E. T. (1983). *The dance of life: The other dimension of time.* Anchor Books.

Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(6), 403–409.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(4), 265–273.

Hamann, J., Mendel, R., Cohen, R., Heres, S., Ziegler, M., Bühner, M., & Kissling, W. (2011). Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *Journal of Psychiatric Research, 45*(9), 1344–1351.

Hamann, J., Holzhüter, F., Blakaj, S., Becher, S., Haller, B., Landendörfer, P., ... & Heres, S. (2017). Shared decision making PLUS: A cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia. *BMC Psychiatry, 17*, 136.

Hargie, O. (Ed.). (2023). *The Handbook of Communication Skills* (5ª ed.). Routledge.

Hassan, I., McCabe, R., & Priebe, S. (2007). Professional–patient communication in the treatment of mental illness: A review. *Communication & Medicine, 4*(2), 141–152.

Knapp, M. L., Hall, J. A., & Horgan, T. G. (2014). *Nonverbal communication in human interaction* (8th ed.). Wadsworth.

Koch, S. C., Tschacher, W., & Bender, S. (2020). Moving synchronously in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of nonverbal interpersonal movement. *Frontiers in Psychology, 11*, 2050.

Lavelle, M., Dimic, S., Wildgrube, C., McCabe, R., & Priebe, S. (2015). Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 131*(3), 197–205.

Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(6), 925–937.

McCabe, R., Heath, C., Burns, T., & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: Conversation analytic study. *BMJ, 325*(7373), 1148–1151.

McCabe, R., & Priebe, S. (2008). Communication and psychosis: It's good to talk, but how? *The British Journal of Psychiatry, 192*(6), 404–405.

McCabe, R., Khanom, H., Bailey, P., & Priebe, S. (2013). Shared understanding in psychiatrist–patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient Education and Counseling, 93*(1), 73–79.

McCabe, R., John, P., Dooley, J., Healey, P., Cushing, A., Bremner, S., & Priebe, S. (2018). Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO): Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 209*(6), 517–524.

Ntshuntshe, Z., Gqeba, N. y Gqeba, M. (2020). *Asesoramiento y terapia.* Asesoramiento y terapia, 99. IntechOpen: London.

Ntshuntshe, Z., Gqeba, N., & Gqeba, M. (2020). *Verbal Communication in Counselling and Therapy.* University of Fort Hare.

Omer, S., Golden, E., Priebe, S., Giacco, D., Bird, V., & Slade, M. (2016). Exploring the mechanisms of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+). *PLOS ONE, 11*(2), e0148415.

Pelletier, L., et al. (2021). Educational tools to improve the therapeutic relationship and communication skills in psychiatry: A review. *Academic Psychiatry, 45*(6), 743–753.

Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal* (3 vols.). Istmo.

Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martínez-Leal, R., ... Wright, D. J. (2007). Structured patient–clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 420–426.

Priebe, S., Kelley, L., Omer, S., et al. (2013). Effectiveness of structured patient–clinician communication using DIALOG+ in community mental health care. *BMC Psychiatry, 13*, 173.

Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 284–295.

Raisi, Z., et al. (2025). The barriers to therapeutic communication in psychiatric wards: A qualitative study. *BMC Nursing, 24*, 31.

Sharma, N. P., & Gupta, V. (2023). Therapeutic communication. In *StatPearls*. NCBI Bookshelf.

Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry, 1*(4), 285–293.

Woollard, J., & Jenkinson, J. (2016). Habilidades de comunicación verbal. En *Habilidades básicas para el CASC* (pp. 12–18). Real Colegio de Psiquiatras; AMA: Filadelfia.

Zabaleta, R. (2021). *Desarrollo y evaluación del Programa de formación ¡ACOMPÁÑAME!* (Tesis doctoral, Universidad de Burgos).

Zangrilli, A., Ducci, G., Bandinelli, P. L., Dooley, J., McCabe, R., & Priebe, S. (2014). How do psychiatrists address delusions in first meetings in acute care? A qualitative study. *BMC Psychiatry, 14*, 178.

5

Bloque 5: El acompañamiento terapéutico

Introducción al acompañamiento terapéutico en Salud Mental

El acompañamiento terapéutico (AT) es una modalidad de intervención clínica y comunitaria que se realiza fuera del consultorio, dirigida a personas con sufrimiento psíquico grave o crónico, y se fundamenta en ofrecer apoyo psicosocial cotidiano para promover autonomía, inclusión y recuperación (Castel, 2014; Tavolacci et al., 2021). El AT surge en Argentina en la década de 1970, inicialmente asociado a la desinstitucionalización, y hoy es reconocido en diversas regiones como un pilar para la integración social en salud mental (Castel, 2014; Gonçalves-Pereira et al., 2013).

Orígenes Históricos y Evolución Conceptual

El AT nace en Buenos Aires a partir de experiencias pioneras del Instituto "A Casa", que incorporó "acompañantes" al dispositivo de hospital de día para pacientes psicóticos resistentes al abordaje asilar (Castel, 2014; Schvarstein, 1990). El recurso se consolida en América Latina durante los procesos de reforma psiquiátrica, al proponerse como estrategia de desinstitucionalización y restitución de derechos en contextos comunitarios (Basaglia, 2013; Castel, 2014). En la última década, estudios cualitativos europeos destacan su creciente adopción en programas de salud mental comunitaria en España y otros países, donde se valora su capacidad para articular redes sociosanitarias y reducir la rehospitalización (Rodríguez-Díez et al., 2013; Tavolacci et al., 2021).

Definición Operativa y Rasgos Distintivos

Se entiende el AT como una intervención de baja exigencia y carácter no directivo, centrada en la vida cotidiana del usuario (Schvarstein, 1990; Castel, 2014). Está basada en el "estar con" —presencia sostenida y continente— más que en la aplicación de técnicas estandarizadas (Castel, 2014; Schwengeler, 2024). Ocurre en espacios públicos o privados ajenos al ámbito hospitalario (hogar, trabajo, ocio) y se adapta a las necesidades singulares de cada persona (Schwabstein, 1990; Schwengeler, 2024). Su distintivo principal radica en trasladar el encuadre terapéutico al escenario natural del paciente, lo que facilita la generalización de aprendizajes y la construcción de vínculos significativos en contextos reales (Schvarstein, 1990; Schwengeler, 2024).

Objetivos generales

- Sostener el proyecto terapéutico indicado por el profesional referente (Schvarstein, 1990; Schwengeler, 2024).

- Reducir internaciones innecesarias y prevenir recaídas (Schvarstein, 1990).
- Fortalecer redes de apoyo comunitario y familiar (Gradior, 2023; Schwengeler, 2024).
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y ocupacionales (Schvarstein, 1990; Mindfulness Canarias, 2025).

Tabla 9. Principios éticos del acompañamiento terapéutico

Principio	Descripción	Fuente
Respeto por la dignidad	Reconocer a la persona como sujeto de derechos, evitando toda práctica discriminatoria	AATRA, 2010; Pérez Ayala, 2017
Autonomía y consentimiento informado	Garantizar la participación activa del acompañado en la toma de decisiones	Schwengeler, 2024; Abeijón, M, 2018
Beneficencia y no maleficencia	Actuar en beneficio del usuario, minimizando riesgos y daños potenciales	Reos, 2017; Psicología y Mente, 2024
Confidencialidad	Proteger la información sensible y limitar su divulgación a fines terapéuticos	AATRA, 2010; Cuadernos de Bioética, 1999
Justicia	Asegurar acceso equitativo a intervenciones de calidad, sin distinción de género, etnia ni condición socio-económica	Yepes, C. & Ocampo, A. 2018; Pérez Ayala, 2017

El Código de Ética de la AATRA subraya que los acompañantes deben actualizar sus competencias, mantener supervisión continua y velar por la armonía entre colegas sin encubrir conductas inapropiadas. (AATRA, 2010; Reos, 2017)

Fundamentos y filosofía del Acompañamiento Terapéutico

El AT representa una clínica reformulada y ampliada, menos prescriptiva y que estira los bordes más allá del paradigma biomédico hegemónico. En lugar de centrarse únicamente en la enfermedad, busca incluir al sujeto y su contexto para el análisis y las prácticas, escuchando la palabra del usuario y reconociéndolo como sujeto, no como objeto de las intervenciones de salud (Schwengeler, 2024; Inesalud, 2025).

Sus principios fundamentales incluyen:

- Centrado en la persona: Busca acompañar a los individuos en sus momentos de vulnerabilidad sin alejarlos de sus espacios y actividades cotidianas. La persona es el centro de la intervención y se fomenta su protagonismo, apoyándola en la toma de decisiones sin influir en ellas (Schwengeler, 2024; 2avia, s.f.).
- Evitar la institucionalización y la cronificación: Es un dispositivo ambulatorio que ofrece tratamiento desde los vínculos, lazos sociales y singularidades del paciente, evitando la hospitalización y desvinculación de sus entornos durante crisis emocionales, depresivas o psicóticas. Busca salir de posiciones que puedan llevar a la cronificación de la enfermedad. (Schwengeler, 2024; Inesalud, 2025; Ghía, s.f.)
- Abordaje socio-comunitario: El AT se incluye en el tratamiento interdisciplinario de usuarios en situaciones de crisis o problemáticas recurrentes, abordado desde un enfoque psicoterapéutico y social. Prioriza un modelo sociocomunitario basado en la salud, compartiendo impresiones subjetivas de situaciones comunes desde una perspectiva terapéutica y facilitando la vinculación social. (Schwengeler, 2024; Dialnet, 2023).
- Reconocimiento de la capacidad: Parte de la presunción de capacidad de todas las personas y la concreción de sus Derechos Humanos y Sociales (Ghía, s.f.; 2avia, s.f.).

El Rol del Acompañante Terapéutico (AT)

El acompañante terapéutico es un profesional capacitado que trabaja en conjunto con el psicólogo o psiquiatra, brindando apoyo en el entorno habitual del paciente (Centro Rie, 2019; Mindfulness Canarias, 2025). No es un psicólogo, pero su labor es complementaria, y tiene formación en técnicas de contención emocional, intervención en crisis y estrategias de afrontamiento (Instituto IEA, 2023; Mindfulness Canarias, 2025). Su figura se convierte en un otro, un testigo que aloja, un prójimo cercano que promueve la autonomía, la creatividad y la disposición al cambio (Gradior, 2023; Mindfulness Canarias, 2025).

Las funciones principales de un acompañante terapéutico son:

- Contención emocional: Estar presente para brindar apoyo emocional en momentos de crisis o angustia (Centro Rie, 2019; Mindfulness Canarias, 2025). En situaciones de desborde, su presencia y el uso de la palabra ayudan a contener la agitación física y mental (ConsultAR Group, 2023; Gradior, 2023).
- Promoción de la autonomía: Ayudar al paciente a desarrollar o recuperar habilidades necesarias para una vida independiente (Centro Rie, 2019; Mindfulness Canarias, 2025). Fomentar la independencia en tareas de autocuidado, toma de decisiones y gestión del tiempo (Centro Rie, 2019; Institut IEA, 2023)
- Asistencia en la vida diaria: Apoyar en tareas cotidianas como la gestión del hogar, asistencia a consultas médicas o la integración en actividades sociales (Centro Rie, 2019).
- Reforzamiento de estrategias terapéuticas: Asegurarse de que el paciente aplique en su día a día las herramientas psicológicas aprendidas en terapia, facilitando esta transición (Centro Rie, 2019; Institut IEA, 2023)
- Orientación social y familiar: Facilitar el lazo social, promoviendo nuevas inscripciones sociales en lo educativo, laboral o recreativo (Prevenció Salut Mental, 2014). Intervenir en la situación familiar para contribuir a la relación entre la persona y su familia (Gradior, 2023; Prevenció Salut Mental, 2014).

A diferencia del rol del analista, el AT tiene libertad en el uso de la palabra en el "palabrerío cotidiano", presentándose como un semejante (Schvarstein, 1990; Mindfulness Canarias, 2025). No interpreta, no realiza silencios ni puntuaciones, y no promueve ni utiliza la transferencia en el sentido terapéutico formal, sino que esta se da en el plano de la simpatía o semejanza imaginaria (Schvarstein, 1990; Gradior, 2023). Además de hablar, el AT permite hablar y contiene el momento desde su rol (Schvarstein, 1990).

Claves de la Intervención en Acompañamiento Terapéutico

La eficacia del AT se sustenta en elementos clave que configuran su práctica:

- El Vínculo Terapéutico: Constituye el territorio de intervención y es la base para cualquier intervención, cimentada en la confianza, cercanía, libre de prejuicios y jerarquías (Chevez Mandelstein, 2012; Flückiger, 2018; Botella & Corbella, 2003). Es una relación dinámica, en constante movimiento y transformación (Mindfulness Canarias, 2025; Alejandro Chevez, 2012). Su objetivo primordial es que se dé un vínculo positivo y una confianza entre el acompañante y el acompañado. Este vínculo ayuda a identificar limitaciones, superar miedos e implementar estrategias de respeto, claridad, empatía, confianza, colaboración y autenticidad (Flückiger, 2018; Mindfulness Canarias, 2025).

- Lo Cotidiano como Territorio de Intervención: El AT se despliega en lo "cotidiano", desarrollando una intervención que se define como "intervenir sin interrumpir" para adaptarse a la rutina de la persona usuaria. Es en el día a día donde las herramientas psicológicas adquiridas en terapia se integran efectivamente y se potencia la autonomía de la persona atendida (Mindfulness Canarias, 2025; Chevez Mandelstein, 2012). Trabajar con lo real, in situ y en el momento, aporta coherencia y agilidad al proceso terapéutico (Mindfulness Canarias, 2025; Schwengeler, 2024).

- Importancia del Entorno Social: El AT se lleva a cabo en el propio entorno del acompañado, considerando su contexto social, familiar, laboral o educativo. El entorno es un elemento muy determinante, ya que ayuda a que los cambios se mantengan a largo plazo al integrar estrategias en la vida diaria (Chevez Mandelstein, 2012). Permite a la persona usuaria sentirse parte de una comunidad, lo que aporta recursos para su rehabilitación y bienestar (Schwengeler, 2024)

- El Encuadre: Es el marco de referencia que legitima la relación y da sentido a las intervenciones. Determina las reglas, pautas y acuerdos (dimensión nomológica) (39); las distancias y cercanías de los espacios (dimensión topológica); y los momentos del tratamiento y su configuración terapéutica (dimensión temporal) (Chevez Mandelstein, 2012; Schwengeler, 2024)

- Herramientas y aptitudes del AT: Además de su presencia, el acompañante utiliza su cuerpo, la palabra, la escucha activa, la creatividad y la recreación, junto con habilidades personales que le permiten desenvolverse con "espontaneidad trabajada" (Chevez Mandelstein, 2012). Requieren aptitudes de escucha, técnicas de indagación, apoyo emocional y gestión del trabajo en red. (Brookline College, 2024; Schwengeler, 2024).

El Acompañamiento Terapéutico en el Marco Interdisciplinario

El acompañamiento terapéutico se concibe como parte de un trabajo interdisciplinario (Schwengeler, 2024). El acompañante no trabaja solo, sino que forma parte de un equipo que incluye a psicólogos clínicos, psiquiatras, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud (Schwengeler, 2024; Balsategui, 2017). Este enfoque asegura una atención integral y permite que el acompañante ajuste su intervención según las indicaciones del equipo (Schwengeler, 2024; Impronta Psicología Madrid, 2023).

La coordinación es fundamental y se realiza tanto a nivel interno del equipo multidisciplinar como con otras instituciones como las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales. Entidades como 2avia, Fundación Rey Ardid y Fundación Arcadia

ejemplifican esta estructura, con equipos que incluyen perfiles variados y realizan reuniones de seguimiento, evaluación y coordinación (Schwengeler, 2024).

Competencias del Acompañamiento Terapéutico

El acompañante terapéutico requiere habilidades relacionales (vínculo, escucha, validación emocional), técnicas (psicopatología, manejo de crisis), comunitarias (mapeo de recursos y redes) y éticas (autonomía, confidencialidad, consentimiento), así como estrategias de supervisión y autocuidado profesional para prevenir el desgaste o burnout (Farkas et al., 2005; Basaglia, 2013).

Tabla 10. Competencias clave del acompañamiento terapéutico

Dimensión	Competencias Clave	Descripción Operativa
Sociales	Empatía, escucha activa, comunicación interpersonal	Facilitar la creación de un vínculo terapéutico seguro
Emocionales	Autocontrol, motivación, flexibilidad	Gestionar la propia afectividad para sostener al paciente en crisis
Técnico-profesionales	Conocimiento del ámbito, dominio de técnicas de intervención, registro clínico	Aplicar herramientas psicoeducativas y conductuales adaptadas al caso
Éticas	Actuar según principios de respeto y justicia	Ajustarse al marco jurídico y deontológico vigente
Trabajo en red	Coordinación interdisciplinar, derivación oportuna	Participar en reuniones de equipo y articular recursos comunitarios

Buenas Prácticas Clínicas

Las buenas prácticas clínicas en acompañamiento terapéutico están orientadas a garantizar la seguridad, el respeto por los derechos del usuario y la calidad asistencial en el día a día, integrando la intervención en el contexto más significativo para la persona: su entorno cotidiano y social (Gradior, 2023; Mindfulness Canarias Compassion, 2025). Estas directrices se basan en consenso interdisciplinario y en evidencia científica.

1. Evaluación Inicial

Se recomienda iniciar el acompañamiento con una evaluación integral, que abarque historia clínica, red de apoyos y expectativas de la persona usuaria. Es útil el empleo de escalas validadas, como el Social Functioning Scale, para establecer una línea de base y cuantificar progresos (González-Bernal et al., 2010; Gradior, 2023).

2. Planificación del Acompañamiento

El plan de acción debe elaborarse de forma colaborativa, implicando al usuario, su familia y el equipo asistencial. Los objetivos deben ser SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales), ajustándose a las capacidades y preferencias del usuario (Mindfulness Canarias Compassion, 2025).

3. Intervención adaptada al contexto

El acompañamiento se realiza en los escenarios naturales del usuario (hogar, comunidad, trabajo). Allí se entrenan habilidades de autocuidado, sociales y funcionales, se promueve la participación en actividades comunitarias y se facilita la adherencia al tratamiento médico/psicológico (Centro Rie, 2015; González-Bernal et al., 2010).

4. Gestión de situaciones de crisis

Resulta esencial contar con protocolos claros para la gestión de crisis emocionales o conductuales, incluyendo técnicas de contención, acceso rápido a recursos de emergencia y seguimiento post-crisis. El acompañante debe registrar incidentes críticos y comunicar al equipo toda situación relevante (Gradior, 2023).

5. Registro y Evaluación Continua

Todo proceso debe documentarse con registros clínicos accesibles al equipo, donde se consignen logros, dificultades y recomendaciones. Los informes periódicos facilitan la evaluación y el ajuste del acompañamiento, garantizando continuidad y calidad (Instituto IEA, 2023).

Herramientas y Técnicas Útiles

El acompañante terapéutico dispone de un repertorio de técnicas y herramientas prácticas que facilitan la intervención individualizada, la promoción de la autonomía y el bienestar emocional del usuario. Estas herramientas se aplican según las necesidades, el contexto y los objetivos del acompañamiento, favoreciendo procesos de aprendizaje experiencial y regulación emocional (Schvarstein, 1990; Gradior, 2023).

Tabla 11. Técnicas útiles en acompañamiento terapéutico

Técnica	Propósito	Referencia
Role-playing in vivo	Consiste en escenificaciones o simulaciones de situaciones sociales reales, tanto en entornos protegidos como en el acompañamiento en contexto comunitario. El objetivo es ensayar habilidades sociales, modelar conductas adaptativas y disminuir la ansiedad vinculada a la interacción social. Esta técnica es útil para preparar entrevistas laborales, practicar la resolución de conflictos o mejorar la asertividad	Schvarstein, 1990
Diario de actividades	El uso del diario consiste en registrar las actividades diarias, reflexionando sobre emociones, logros y dificultades. Favorece la autoobservación, ayuda a estructurar rutinas y permite identificar patrones o áreas de desorganización. Este recurso es fundamental en la intervención con personas que presentan problemas de motivación, organización del tiempo o síntomas depresivos	Centro Rie, 2015

Orientación en crisis (modelo ABC)	La intervención en crisis bajo el modelo ABC ("Apertura—Búsqueda—Cierre") se emplea para contener emocionalmente al usuario ante situaciones de desborde, pérdida o emergencia psicológica. El acompañante sostiene al usuario, organiza prioridades de intervención y establece un plan de acción inmediato, brindando seguridad y reduciendo la intensidad de la emoción negativa	Gradior, 2023
Apoyo motivacional breve	Consiste en la utilización de intervenciones focales y centradas en el usuario para fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Incluye refuerzo positivo, establecimiento de metas pequeñas y retroalimentación sobre los logros, basándose en los principios de la entrevista motivacional y el counseling breve	Mindfulness Canarias Compassion, 2025
Mindfulness y respiración diafragmática	El acompañante puede enseñar y practicar técnicas de relajación como la respiración diafragmática y ejercicios de mindfulness. Estas herramientas ayudan a reducir el estrés, la ansiedad y los síntomas de activación fisiológica, favoreciendo el autocuidado y la capacidad de manejar situaciones difíciles de forma autónoma	Instituto IEA, 2023

Estrategias clave basadas en evidencia científica

1. Sesiones de psicoeducación sobre la patología y el rol del AT

La implementación de programas de psicoeducación ha mostrado beneficios significativos en la comprensión de los trastornos mentales, la disminución de la sobrecarga en la persona de apoyo y la mejora de la adherencia y los resultados terapéuticos (Lefley, 2009; Leff et al., 2001). Estos programas incluyen información sobre la patología, pautas de afrontamiento y clarificación del rol del acompañante

terapéutico, mejorando la colaboración entre profesionales, personas de apoyo y usuarios (Pitschel-Walz et al., 2001).

2. Creación de redes de apoyo mutuo y grupos de pares

Participar en grupos de apoyo de pares se asocia con mejores niveles de bienestar psicológico, mayor percepción de soporte emocional y empoderamiento para el manejo cotidiano de la enfermedad (Repper & Carter, 2011; Corrigan et al., 2014). Los grupos de pares y las redes de apoyo mutuo promueven el intercambio de experiencias, disminuyen el aislamiento social y facilitan la integración comunitaria, elementos clave para la recuperación sostenida en salud mental.

3. Articulación con recursos comunitarios (ONG, centros culturales, deportes) para actividades inclusivas

La articulación activa con recursos comunitarios, como ONG, espacios culturales y deportivos, permite a los usuarios participar en actividades inclusivas que favorecen la rehabilitación psicosocial y la disminución del estigma (van Wel & Landsheer, 2011; Corrigan et al., 2014). Estudios recientes confirman que la inclusión en actividades extrahospitalarias mejora la percepción de calidad de vida, fortalece los vínculos sociales y facilita la autonomía funcional (Davidson et al., 2012).

Supervisión Profesional

La supervisión es un “espacio ineludible” que asegura la calidad del acompañamiento terapéutico, previene el desgaste profesional y enriquece la intervención a través del análisis y apoyo entre colegas (Gradior, 2023; Centro Rie, 2015). Se reconoce como una de las garantías más importantes para mantener la eficacia y el carácter ético del trabajo terapéutico.

Modalidades

- Individual didáctica: Supervisión centrada en técnicas específicas y estrategias clínicas, permitiendo al AT resolver dudas sobre intervenciones concretas y mejorar su repertorio profesional (Centro Rie, 2015).
- Mixta: Atiende simultáneamente los aspectos técnicos y personales, ayudando al acompañante a gestionar tanto los desafíos clínicos como el impacto emocional del trabajo. Es la modalidad recomendada en la literatura especializada (Gradior, 2023).

- Intervisión: Se basa en el intercambio entre pares con coordinación rotativa, favoreciendo la horizontalidad y la diversidad de enfoques. Esta forma se ha demostrado eficaz para construir comunidad profesional y compartir buenas prácticas (Centro Rie, 2015; Instituto IEA, 2023).

Frecuencia

Se recomienda al menos dos horas mensuales de supervisión profesional, aunque puede variar según la complejidad de los casos y la experiencia previa del profesional (Gradior, 2023; Mindfulness Canarias Compassion, 2025).

Autocuidado y Prevención del Burnout

El trabajo vincular intenso y la exposición a situaciones emocionales complejas hacen necesario implementar estrategias activas de autocuidado para prevenir el burnout en acompañantes terapéuticos (Instituto IEA, 2023; Mindfulness Canarias Compassion, 2025). Las mejores prácticas incluyen:

- Psicoterapia personal o grupo de reflexión, para procesar emociones y reducir el impacto de casos exigentes.
- Limitación razonable de la carga de pacientes, especialmente en situaciones de alta complejidad (menos de diez usuarios de alta exigencia simultáneos).
- Rotación de tareas y descansos programados, permitiendo recuperar energía y evitar la “fatiga por compasión”.
- Formación continua y actualización científica, garantizando un abordaje innovador y adaptado a las nuevas realidades del campo (Gradior, 2023).

Riesgos, límites y derivaciones

Uno de los pilares en la formación como técnicos de apoyo mutuo consiste en su capacitación para reconocer los riesgos y límites inherentes a su función de acompañamiento. Aunque los alumnos formados pueden ofrecer soporte emocional, psicoeducativo y social efectivo, la evidencia científica señala la importancia de identificar claramente situaciones que requieren la intervención de otros profesionales especializados (Magliano et al., 2006).

Estas situaciones pueden incluir crisis graves de salud mental (intento de suicidio, episodios psicóticos agudos, violencia o autolesiones), presencia de síntomas que

superan el conocimiento técnico o cualquier deterioro súbito del estado del usuario. Es fundamental dotar a los técnicos de criterios objetivos, herramientas de detección y protocolos de actuación ante señales de alarma, remitiendo sin dilación a recursos sanitarios y servicios de emergencia cuando sea necesario.

La articulación directa con equipos de salud mental, médicos de atención primaria y servicios comunitarios asegura la continuidad asistencial, previene el agotamiento de las personas de apoyo y protege la integridad del usuario. Además, fortalece la red de apoyo y reduce riesgos asociados a la actuación fuera de los límites competenciales (Magliano et al., 2006).

Modelos de Implementación en Servicios de Salud Mental

Equipos Interdisciplinarios

El AT se inserta habitualmente en equipos multidisciplinares que integran psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional, siguiendo planes de tratamiento individualizados. Su coordinación con dispositivos de atención comunitaria (por ejemplo, ACT —Tratamiento Asertivo Comunitario— e ICM —Intensive Case Management—) es recomendada por guías internacionales de calidad para esquizofrenia y trastornos mentales graves (Krupa et al., 2002; González-Bernal et al., 2010; Gradior, 2023).

Modalidades Intensivas Domiciliarias y Comunitarias

Programas de intervención intensiva ofrecen acompañamiento terapéutico de alta frecuencia (hasta 20 horas semanales) en etapas críticas, con acceso 24/7 para manejo de crisis. Modelos domiciliarios han demostrado reducir días de hospitalización y mejorar la adherencia farmacológica en pacientes con trastornos mentales graves (Ting et al., 2018; González-Bernal et al., 2010).

Dimensiones Éticas y Vínculo Terapéutico

El vínculo en AT se caracteriza por el equilibrio entre cercanía y profesionalidad, promoviendo una relación horizontal basada en la confianza mutua y la corresponsabilidad. La literatura remarca la necesidad de evitar actitudes paternalistas y sostener espacios de supervisión donde poder procesar la contratransferencia (Flückiger et al., 2018; Gradior, 2023).

Procesos de Supervisión y Autocuidado

Estudios latinoamericanos identifican el descanso programado, la psicoterapia personal y la supervisión mixta como prácticas protectoras frente al desgaste emocional. La regulación institucional mediante protocolos de riesgo y seguros de responsabilidad profesional resulta fundamental para la seguridad de usuarios y acompañantes (Centro Rie, 2015; Mindfulness Canarias Compassion, 2025).

Relevancia para la Formación de Profesionales

Los contenidos curriculares esenciales para la formación en AT incluyen teoría del vínculo y modelos de rehabilitación psicosocial, técnicas de intervención en crisis y gestión de riesgos, y metodologías de investigación-acción y evaluación de resultados (Instituto IEA, 2023; Krupa et al., 2002).

Fundamentación Teórica

El desarrollo del AT está ligado tanto a corrientes psicoanalíticas (como los aportes de Winnicott sobre el "holding" y el sostén emocional) como a la psiquiatría comunitaria de Basaglia, que subraya la importancia de las intervenciones en territorio para la restitución de derechos y la recuperación (Basaglia, 2013; Winnicott, 1965; Castel, 2014). Desde el enfoque conductual, las intervenciones en el entorno real del usuario (acompañamiento combinado con terapia ocupacional u OT, por sus siglas en inglés) demuestran mejoras en desempeño cotidiano y funcionamiento social (Ting et al., 2018).

Investigaciones de corte conductual describen el AT como un dispositivo ecológico de modificación de contingencias en el ambiente natural, capaz de reforzar habilidades de autocuidado y participación social (Krupa et al., 2002; González-Bernal et al., 2010). En línea con modelos contextuales, estudios sobre terapia de aceptación y compromiso (ACT) demuestran reducciones significativas en sintomatología psicótica y evitación experiencial cuando las sesiones se realizan en formato grupal comunitario (Ting et al., 2018; Lentner et al., 2025).

Evidencia Empírica sobre Eficacia

Numerosos trabajos apuntan a los beneficios del AT en variables clínicas y psicosociales.

Tabla 12. Estudios de eficacia del acompañamiento terapéutico

Indicador	Resultados principales	Fuentes
Rehospitalización	Disminución de 25%–40% en reingresos en programas de larga estancia	Rosique et al., 2014
Funcionamiento social	Mejora de puntaje en Social Functioning Scale tras 12 meses de TO+AT	Ferro et al., 2018; Rosique et al., 2014
Calidad de vida	Aumento significativo en escalas de bienestar a los 6 meses	Brondani et al., 2023
Alianza terapéutica	Relación positiva robusta con los resultados clínicos	Valdiviezo-Oña & Montesano, 2024

Además, revisiones sistemáticas subrayan la importancia del vínculo continuo y la presencia empática del acompañante como factor predictor de éxito terapéutico, por encima de la orientación teórica empleada (Valdiviezo-Oña & Montesano, 2024; Flückiger et al., 2018; Brondani et al., 2023).

La evidencia muestra que una alianza terapéutica sólida y la monitorización regular de la relación favorecen resultados positivos, independientemente del enfoque clínico aplicado (Valdiviezo-Oña & Montesano, 2024; Flückiger et al., 2018).

Estudios internacionales subrayan que el AT, especialmente cuando se integra con terapia ocupacional o equipos interdisciplinarios, contribuye a la reducción de rehospitalizaciones (25-40%), mejora del funcionamiento social (medido, por ejemplo, con la Social Functioning Scale - SFS), incremento de la calidad de vida y fortalecimiento de la alianza terapéutica (Ting et al., 2018; Gonçalves-Pereira et al., 2013; Craig & Power, 2012):

> *"La integración de acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional durante 12 meses se asocia a mejoras significativas en escalas de funcionamiento social y reducción de eventos críticos" (Ting et al., 2018, p. 2).*

Por otra parte, la literatura recalca que el éxito del AT depende más de la calidad del vínculo y la presencia empática que de la orientación teórica exclusiva del profesional (Tavolacci et al., 2021; Farkas et al., 2005).

Diversos estudios publicados en revistas científicas evidencian que la participación de la familia y la sensibilización comunitaria incrementan de forma significativa la efectividad del acompañamiento terapéutico (AT) y ayudan a reducir el estigma asociado a los trastornos mentales. La psicoeducación familiar, los grupos de apoyo y las intervenciones sistemáticas que involucran a las familias muestran mejoras sustanciales en la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas y la integración social de los pacientes (Magliano et al., 2006; Anderson & Adams, 1996).

A nivel comunitario, programas de sensibilización y contacto directo con personas con experiencia en salud mental —a través de talleres, charlas y actividades colaborativas— han demostrado una disminución significativa en los niveles de estigmatización y prejuicio social (Corrigan & Watson, 2002; Stuart & Arboleda-Flórez, 2012). Estas estrategias no solo mejoran la percepción pública, sino que también favorecen la participación activa y el bienestar psicológico de las personas atendidas mediante AT.

La conjunción de soporte familiar y apertura comunitaria refuerza el proceso de autonomía, reduce la discriminación y contribuye a mejores resultados terapéuticos en salud mental, según reconocen las principales revisiones sistemáticas y estudios de intervención internacional (Corrigan et al., 2014; Magliano et al., 2006).

Marco Normativo

Argentina

La provincia de Buenos Aires ha oficializado el rol profesional del acompañante terapéutico (AT) mediante la Resolución 592/22, que habilita la matrícula de Técnico en AT y crea un registro específico, logrando así la jerarquización de la actividad y la protección legal del profesional (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022). Asimismo, la Ley 24.901 sobre Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad en Argentina reconoce la figura del AT y obliga a los efectores del sistema de salud a cubrir esta prestación cuando sea indicada para pacientes con discapacidad, consolidando su función dentro del abanico de apoyos reconocidos oficialmente (Ministerio de Salud de la Nación, 1997).

España

En España, aunque la figura del AT no está regulada de forma homogénea a nivel nacional, existe un creciente reconocimiento en servicios sociosanitarios autonómicos. Diversas comunidades autónomas han comenzado a incorporar el acompañamiento terapéutico en programas de salud mental comunitaria, avalando su eficacia para la recuperación psicosocial y la inclusión, especialmente en recursos como las Unidades de Rehabilitación y los dispositivos de apoyo domiciliario (Gradior, 2023; Fundación Rey Ardid, 2024).

Implicaciones

Las implicaciones y la discusión sobre el acompañamiento terapéutico (AT) cobran especial relevancia cuando la figura del acompañante se extiende a familiares, en el marco de la capacitación y formación para grupos de ayuda mutua. La literatura científica apuesta por esta línea, confirmando sus beneficios tanto para las personas atendidas como para quienes ejercen el rol de apoyo.

Implicaciones para la persona atendida

El AT, ejercido por familiares formados, introduce una dinámica de apoyo emocional, seguimiento y vinculación en el contexto cotidiano, que estimula la autonomía y la participación social de la persona usuaria (Leff et al., 2001; Davidson et al., 2012). Al compartir espacios y vivencias con alguien que conoce su historia personal y emocional, se fortalecen la confianza, la contención y el proceso de recuperación. Las personas atendidas tienden a experimentar menores niveles de aislamiento social y mayor adherencia al tratamiento cuando cuentan con el apoyo continuado de familiares capacitados (Pitschel-Walz et al., 2001; Repper & Carter, 2011).

La presencia de acompañantes familiares en la red de cuidados promueve la comprensión mutua y la construcción de objetivos terapéuticos más alineados con sus necesidades reales, incrementando la motivación y el empoderamiento. Además, este modelo permite intervenir inmediatamente en crisis o recaídas, facilitando una respuesta adaptativa y evitando ingresos hospitalarios prolongados (Magliano et al., 2006).

Implicaciones para los familiares

La formación en acompañamiento terapéutico brinda a los familiares habilidades concretas de psicoeducación, manejo de crisis, comunicación asertiva y promoción de la inclusión social (Lefley, 2009; Corrigan et al., 2014). Esta capacitación contribuye a reducir la sobrecarga emocional y el estrés vinculado al cuidado, favoreciendo una vivencia más saludable del acompañamiento y generando efectos positivos en la dinámica familiar.

Los familiares pasan de ser cuidadores pasivos a agentes activos en el proceso terapéutico, lo que puede aumentar su sentimiento de eficacia, la comprensión del curso clínico de la patología y la calidad de las relaciones interpersonales. Es importante señalar que grupos de ayuda mutua para familiares no solo ofrecen soporte emocional, sino que también facilitan el intercambio de experiencias, la creación de redes de contención y el acumulamiento de recursos comunitarios, disminuyendo el estigma y la soledad (Repper & Carter, 2011; van Wel & Landsheer, 2011).

Implicaciones para el grupo de ayuda mutua

La propuesta de formar a familiares como acompañantes terapéuticos y organizar grupos de ayuda mutua desarrolla una estructura horizontal, participativa y comunitaria, en la que todos los miembros pueden beneficiarse de apoyo emocional, consejos prácticos, recursos compartidos y aprendizajes mutuos (Davidson et al., 2012; Corrigan et al., 2014). El grupo actúa como espacio de psicoeducación colectiva, reflexión sobre experiencias y prevención del desgaste emocional.

Las evidencias científicas señalan que la inclusión de familiares en el modelo de AT no solo mejora los indicadores clínicos y psicosociales del usuario, sino que también potencia la resiliencia, la tolerancia a la frustración y el bienestar global de la red de apoyo (Magliano et al., 2006; Leff et al., 2001).

Discusión

La capacitación y empoderamiento de familiares en la práctica del acompañamiento terapéutico, sumado a la organización de grupos de ayuda mutua, ofrece una estrategia innovadora, eficiente y de bajo coste para la promoción de la salud mental comunitaria.

Es fundamental combinar la intervención profesional con el saber vivencial y la perspectiva de los propios usuarios y sus familias.

No obstante, debe considerarse la necesidad de supervisión profesional, apoyo institucional y espacios de formación continua para minimizar riesgos de desgaste emocional y garantizar la calidad asistencial. El reto consiste en mantener un equilibrio entre la espontaneidad y la responsabilidad ética, así como promover el autocuidado en los familiares acompañantes (Lefley, 2009; Pitschel-Walz et al., 2001). Los beneficios de este enfoque son claros: mayor adherencia terapéutica, reducción del estigma, prevención de crisis, mejora en la calidad de vida y construcción de comunidades más inclusivas.

Referencias bibliográficas del bloque

Asociación Argentina de Acompañantes Terapéuticos (AATRA). (2010). Código de ética. https://www.aatra.org.ar/institucional/codigo-de-etica

Basaglia, F. (2013). La institución negada. Barcelona: Barral Editores.

Balsategui, A. R. (2017). Sobre el Equipo Terapéutico en Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría, (12), 33-40. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6381263.pdf

Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología/Annals of Psychology, volumen 19, numero 2. 205-221. https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671Brondani, A. C., Farias, B. G. de, & Palombini, A. de L. (2023). Indicadores cualitativos de procesos y resultados del Acompañamiento Terapéutico. Revista Polis e Psique, 13(1), 121-142. https://doi.org/10.22456/2238-152x.111288

Brookline College. (2024). 12 habilidades esenciales para asistentes de terapia ocupacional. https://www.brooklinecollege.edu/es/blog/essential-skills-for-occupational-therapy-assistants/

Castel, R. (2014). La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Editorial Manantial.

Centro Rie. (2015, diciembre 31). ¿Qué es un Acompañante Terapéutico? Guía Completa y Definición. https://www.centrorie.com.ar/que-es-un-acompanante-terapeutico

Chevez Mandelstein, A. (2012). Evidencia científica para el acompañamiento terapéutico. https://alejandrochevez.es/evidencia-cientifica-para-el-acompanamiento-terapeutico

ConsultAR Group. (2023, agosto 2). ¿Cuáles son las principales funciones de un acompañante terapéutico? https://www.consultargroup.com/funciones-de-acompanante-terapeutico/

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry, 1(1), 16-20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2014). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. Psychiatric Services, 65(10), 1214-1222. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300529

Craig, T., & Power, P. (2012). Recovery from psychosis: Therapeutic optimism and patient-centered care. In G. McCarthy & D. Nash (Eds.), Mental Health and Social Policy (pp. 167-183). London & New York: Routledge.

Abeijón, M. (1999). Ética y salud mental, 4(40), 632–639.Cuadernos de Bioética. http://aebioetica.org/revistas/1999/4/40/632.pdf

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11*(2), 123–128. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

Yepes, C. & Ocampo, A. (2018). Comités de ética y salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 47(1), 1–6. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-comites-etica-salud-mental-S0034745017300677

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. A., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence-based programs: Identifying the critical dimensions. Community Mental Health Journal, 41(2), 141–158. https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6

Ferro, L. F., et al. (2018). Acompañamiento terapéutico en salud mental: estructura y función. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 20(1), 8-21. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672018000100008

Fundación Rey Ardid. (2024). Acompañamiento terapéutico en salud mental comunitaria. https://www.reyardid.org/acompanamiento-terapeutico

Ghia, R. (s.f.). Acompañamiento Terapéutico [PDF]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acompanamiento_terapeutico.pdf

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Sampaio, F., Vaz-Serra, A., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Home-based psychosocial interventions for severe mental illness: Systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 128(3), 177–186. https://doi.org/10.1111/acps.12099

González-Bernal, J. J., et al. (2010). Efectividad de un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes con Trastorno Mental Grave. Revista de

Psicopatología y Salud Mental, 19(2), 91-98. https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/10365/9903

Gradior. (2023). Acompañamiento terapéutico a personas con problemas de salud mental. https://www.gradior.es/acompanamiento-terapeutico-salud-mental/

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Impronta Psicología Madrid. (2023). Especialistas en Acompañamiento Terapéutico en Madrid. https://improntapsicologiamadrid.com/acompanamiento-terapeutico/

Inesalud. (2025). Cómo ayuda el acompañamiento terapéutico en salud mental. https://www.inesalud.com/actualidad-sanitaria/investigacion/acompanamiento-terapeutico-que-es-y-cual-es-su-importancia

Instituto IEA. (2023). Qué es un acompañante terapéutico: funciones y objetivos en salud mental. https://institutoiea.edu.ar/publicaciones/que-es-un-acompanante-terapeutico-funciones-y-objetivos-en-salud-mental

Krupa, T., Radloff-Gabriel, D., Whippey, E., & Kirsh, B. (2002). Reflections on...Occupational therapy and assertive community treatment. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie, 69*(3), 153–157. https://doi.org/10.1177/000841740206900305

Lefley, H. P. (2009). Family psychoeducation for serious mental illness. Oxford University Press.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (2001). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 176, 336–342. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.336

Lentner, S., et al. (2025). Interventions promoting occupational balance in adults: A systematic review. Frontiers in Psychiatry, 16, 1052. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.12176295

Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., et al. (2006). Family burden and coping strategies in schizophrenia: A large scale, cross-sectional survey across Europe. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(11), 943-952. https://doi.org/10.1007/s00127-006-0095-5

Mindfulness Canarias Compassion. (2025). Acompañamiento terapéutico: funciones y beneficios. https://www.mindfulnesscanariascompassion.com/acompanamiento-terapeutico-funciones-y-beneficios/

Ministerio de Salud de la Nación. (1997). Ley 24.901 de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677/actualizacion

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Resolución 592/22: Registro de Técnicos en Acompañamiento Terapéutico. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/acompanantes-terapeuticos/normativa-de-jerarquizacion/

Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(3), 587–601. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300012

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 27(1), 73–92. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006858

Prevenció i tractament en salut mental. (2014). Acompañamientos terapéuticos. http://prevenciotractamentsalutmental.cat/es/prevencio-salut-mental/serveis-que-oferim/acompanyaments-terapeutics/

Psicología y Mente. (2024). ¿Cuáles son los pilares éticos de la psicoterapia? https://psicologiaymente.com/clinica/cuales-son-pilares-eticos-de-psicoterapia

Reos, F. R. (2017). Ética y acompañamiento terapéutico. Revista ATRRA, 6, 13–28. https://www.aacademica.org/000-067/976.pdf

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of Mental Health, 20(4), 392–411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Rodríguez-Díez, C., Demetrio, F., Díez, N., & Sánchez, R. (2013). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital de día. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(119), 653–669. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300010

Rosique, M.T., Demetrio, F., Díez, N., & Sánchez, R. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital de día. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(119), 653–669. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000300010

Anderson, J., & Adams, C. (1996). Family Interventions In Schizophrenia: An Effective But Underused Treatment. *BMJ: British Medical Journal*, *313*(7056), 505–506. http://www.jstor.org/stable/29732680

Schvarstein, L. (1990). Acompañamiento terapéutico: teoría y clínica. Editorial Paidós.

Schwengeler, C. C. (2024). El rol del acompañamiento terapéutico en salud mental [Trabajo fin de grado, Universidad de Zaragoza]. https://zaguan.unizar.es/record/154216/files/TAZ-TFG-2024-963.pdf

Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2012). Community attitudes toward people with mental illness: A cross-cultural review. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 21(4), 343-352. https://doi.org/10.1017/S1121189X00001788

Tavolacci, M. P., Vol, S., & Ladner, J. (2021). Community mental health teams and reduction in hospitalization: A review. International Journal of Social Psychiatry, 67(1), 53–62. https://doi.org/10.1177/0020764020937246

Ting, H. W., Tsay, W. I., Lin, M. F., & Lin, K. C. (2018). Effectiveness of occupational therapy home-visit programs for people with schizophrenia and their caregivers: A randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 18(1), 212. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1772-0

Valdiviezo-Oña, J., & Montesano, A. (2024). Monitorización de resultados en psicoterapia: estado actual y perspectivas futuras en Iberoamérica. Revista de Psicoterapia, 35(127), 39-52. https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39762

van Wel, F., & Landsheer, J. A. (2011). Social participation in mental health care: The influence of relationship networks and community integration. Community Mental Health Journal, 47, 735–744. https://doi.org/10.1007/s10597-011-9369-x

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press.

2avia. (s.f.). Acompañamiento terapéutico. https://2avia.org/acompanamiento-terapeutico/

6

Bloque 6: Ética y derechos en salud mental

Conceptos básicos de la ética

Mediante la ética intentamos fundamentar racionalmente los valores, las normas, los comportamientos y los juicios morales, distinguiéndose así de la moral entendida como el conjunto de normas, valores y costumbres vigentes en una comunidad (Cortina, 1994). Su propósito principal es ofrecer criterios para la toma de decisiones responsables, especialmente en contextos donde los dilemas se vuelven evidentes debido a la complejidad social, tecnológica o profesional.

Uno de los conceptos esenciales de la ética es el de valor moral, entendido como aquellas cualidades que permiten evaluar las acciones como moralmente buenas o malas. Los valores morales no solo orientan decisiones individuales, sino que también articulan la convivencia social, como la justicia, honestidad, solidaridad o respeto (Rachels & Rachels, 2019). Junto a los valores, las normas morales representan reglas que guían la conducta y que suelen estar justificadas por esos mismos valores. La ética busca determinar qué valores y normas son racionalmente justificables, frente a otros que pueden estar basados únicamente en tradiciones o costumbres.

Otro elemento fundamental es el juicio moral, que consiste en la capacidad de evaluar situaciones o acciones a partir de criterios éticos. Según Kohlberg (1981), el juicio moral se desarrolla por etapas, desde una orientación basada en la obediencia o el interés personal hasta formas más avanzadas en las que la persona fundamenta sus decisiones en principios universales como los derechos humanos o la justicia. De este modo, la ética proporciona el marco conceptual mediante el cual se ejercita y perfecciona el juicio moral.

Históricamente, se han distinguido diferentes corrientes dentro de la ética. La ética de la virtud, iniciada por Aristóteles, sostiene que la moralidad se fundamenta en el desarrollo del carácter y las disposiciones virtuosas, como la prudencia o la templanza (Aristóteles, trad. 2009). Por otro lado, la ética deontológica, representada por Immanuel Kant, propone que las acciones son moralmente correctas cuando se realizan por deber y conforme a principios racionales universales, como el imperativo categórico (Kant, trad. 2012). Finalmente, el utilitarismo, desarrollado por autores como Bentham y Mill, argumenta que la corrección de una acción depende de sus consecuencias y que debe buscarse el máximo bienestar para el mayor número posible de personas (Mill, 1863/2010).

En contextos profesionales, estos conceptos se operacionalizan mediante principios éticos que orientan la práctica. En el ámbito biomédico, por ejemplo, se han consolidado los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia como pilares fundamentales para la toma de decisiones clínicas y de investigación (Beauchamp &

Childress, 2019). Estos principios permiten aplicar la reflexión ética a situaciones reales, facilitando la resolución sistemática de dilemas complejos.

Principios de la bioética

La bioética es la rama de la ética que reflexiona sobre cómo actuar respecto a todo lo que está vivo y se fundamenta en cuatro principios básicos propuestos por Beauchamp y Childress (2019): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El principio de **autonomía** reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su salud, respaldado por el consentimiento informado (Faden & Beauchamp, 1986). La **beneficencia** obliga a los profesionales a actuar en beneficio del paciente, promoviendo su bienestar (Pellegrino & Thomasma, 1988), mientras que la **no maleficencia**, derivada del *primum non nocere* hipocrático, exige evitar daños innecesarios (Gillon, 2015). Por último, el principio de **justicia** demanda equidad en la distribución de recursos sanitarios, evitando discriminaciones (Daniels, 2008). Estos principios han sido criticados por su enfoque occidentalizado, lo que ha llevado a propuestas alternativas como la ética del cuidado (Gilligan, 1982) o modelos basados en virtudes (MacIntyre, 2007). En contextos globales, se ha enfatizado la necesidad de adaptarlos a diversidades culturales, como en el caso de las directrices de la UNESCO (2005) sobre bioética universal. Así, aunque los principios clásicos siguen siendo hegemónicos, su aplicación requiere flexibilidad para abordar dilemas contemporáneos, como los derivados de la inteligencia artificial o la edición genética (Charo, 2016).

Principios éticos y deontológicos en la práctica profesional

La ética profesional se fundamenta en principios universales que guían la conducta en el ámbito laboral, destacando la integridad, la responsabilidad y el respeto por los derechos de los demás (Beauchamp & Childress, 2019). Según Cortina (2007), la ética profesional no solo implica el cumplimiento de normas legales, sino también el compromiso con valores morales como la justicia y la equidad. Autores como Velásquez (2012) enfatizan que la toma de decisiones éticas requiere reflexión crítica y consideración de las consecuencias para todos los stakeholders. Además, la confidencialidad y la competencia son pilares esenciales en profesiones como la medicina y el derecho (Lo, 2020), mientras que en campos tecnológicos emergentes, la privacidad y la transparencia adquieren relevancia (Floridi, 2018). Estudios recientes subrayan la influencia de la cultura organizacional en la adherencia a estándares éticos (Trevino & Nelson, 2021), evidenciando que la formación continua y los códigos de conducta son herramientas clave para fomentar prácticas responsables (Rest, 1986). En conclusión, la ética profesional integra principios normativos, contextos específicos y un compromiso con el bien común, requiriendo actualización constante ante los desafíos globales.

Los códigos deontológicos en las profesiones sociosanitarias constituyen marcos normativos esenciales para regular la práctica profesional, garantizando estándares éticos y de calidad en la atención a pacientes y usuarios (Banks, 2016). Estos documentos, como el *Código Deontológico del Trabajo Social* (Consejo General del Trabajo Social, 2021) o el *Código Ético de Enfermería* (Consejo Internacional de Enfermería, 2021), se basan en principios como la dignidad humana, la confidencialidad, la no discriminación y la responsabilidad profesional (Reamer, 2018). Su función no es solo prescriptiva, sino también orientativa, ayudando a resolver dilemas éticos en contextos complejos, como la gestión de datos sensibles o la asignación de recursos escasos (Loewenberg & Dolgoff, 2021). Además, reflejan la evolución histórica de estas profesiones, incorporando desafíos contemporáneos como el uso de tecnologías digitales o la atención a poblaciones vulnerables (Parrott, 2014). Sin embargo, críticos como Hugman (2005) señalan que su efectividad depende de la formación ética continua y de mecanismos de supervisión institucional. En España, organismos como los colegios profesionales velan por su cumplimiento, aplicando sanciones en casos de incumplimiento (Ley 44/2003). Así, estos códigos representan un pacto social que vincula derechos de los usuarios con deberes profesionales, aunque su adaptación a nuevos contextos (como la telemedicina) sigue siendo un reto pendiente (Kaplan y Litewka, 2008).

La ética en la rehabilitación psicosocial

La ética en la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales se fundamenta en el respeto a la autonomía, la dignidad y los derechos humanos, principios reconocidos en instrumentos internacionales como la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006). Este enfoque exige prácticas centradas en la persona, evitando paternalismos y promoviendo la participación activa en su propio proceso de recuperación (Davidson et al., 2021). Cuestiones como el consentimiento informado adquieren especial relevancia, dado que muchos usuarios pueden presentar fluctuaciones en su capacidad de decisión (Roberts y Roberts, 1999). Autores como Lázaro-Mateo, Soldevila-Matías y González-Ayuso (2023), señalan el uso abusivo de los internamientos involuntarios y las retenciones ilegales que se producen en los centros de rehabilitación psicosocial, al no permitir la salida a personas usuarias por motivos clínicos sin ningún auto firmado por un juez, lo cual puede conllevar hasta cuatro años de cárcel para la persona responsable de privar la libre circulación de personas que no han cometido un delito ni se encuentran en la mayoría de estas ocasiones en situación de crisis psicótica con agitación psicomotriz. Autores como Slade (2009) enfatizan la necesidad de equilibrar el apoyo profesional con el empoderamiento individual, evitando estigmas y promoviendo la inclusión social. Además, surgen dilemas éticos específicos, como el uso de intervenciones coercitivas en crisis (Szmukler, 2019) o la

confidencialidad frente a riesgos de daño (Beauchamp & Childress, 2019). La justicia distributiva también es clave, ya que la escasez de recursos puede limitar el acceso a servicios de calidad (Ruger, 2010). En España, la *Estrategia en Salud Mental* (Ministerio de Sanidad, 2022) subraya estos principios, aunque persisten desafíos como la falta de formación ética específica en equipos multidisciplinares (Warren et al., 2014). La ética en este campo, por tanto, requiere un enfoque dinámico que combine evidencia científica, sensibilidad cultural y compromiso con la equidad.

La toma de decisiones éticas

La toma de decisiones éticas es un proceso crucial en múltiples ámbitos e implica elegir cursos de acción cuando los valores morales, las obligaciones y los efectos posibles entran en tensión. En la toma de decisiones influyen factores tanto personales, como organizacionales y sociales (Schwartz, 2015).

Factores que influyen en las decisiones

Factores individuales

- Educación, formación ética, familiaridad con códigos de conducta. Modarres y Rafiee (2011) encontraron que en contadores iraníes estas variables se correlacionan con un mayor nivel de decisiones éticas.
- Emociones: Gaudine y Thorne (2001) exploraron cómo el estado emocional puede afectar tanto el reconocimiento del dilema como la evaluación moral.

Factores organizacionales y contextuales

- Clima ético, códigos de ética formalizados, presión institucional. Por ejemplo, *Factors Impacting Ethical Behavior in Hospitals* analiza cómo en entornos hospitalarios la cultura organizacional y políticas influyen significativamente.
- Intensidad moral del dilema, el grado en que las consecuencias son visibles, la cercanía con quienes son afectados. El modelo de Schwartz enfatiza este factor como modulador de la motivación ética.

Factores sociales y culturales

- Género, religión, diferencias culturales pueden afectar cómo se interpretan los valores éticos y qué se considera deseable o permisible.
- Rol de las normas sociales, de pares, expectativas profesionales. Estas influencias son recurrentes en estudios sobre decisiones éticas en negocios y profesiones de la salud.

Malas praxis profesionales

La mala praxis médica y la responsabilidad profesional constituyen temas centrales tanto en ética clínica como en derecho sanitario. Implican no solo la evaluación de errores técnicos o negligencias, sino también de los deberes éticos que acompañan a la profesión (Strong y Meyer, 1992).

Causas y factores de la mala praxis profesional

Varios factores contribuyen a la mala praxis y al incumplimiento de la responsabilidad profesional:

- **Desconocimiento de estándares clínicos o de práctica actualizada**. Profesionales que no están al día con guías clínicas o con la evidencia científica tienen más riesgo de cometer decisiones deficientes.
- **Sobrecarga laboral, falta de recursos o condiciones institucionales deficientes** que dificultan prestar una atención de calidad.
- **Problemas comunicativos y falta de consentimiento informado claro**. No explicar bien los riesgos, opciones y percepciones del paciente puede llevar a decisiones erróneas o demandas legales.
- **Ética y cultura profesional débil**: falta de compromiso ético, presión por la productividad, temor al litigio, conflicto de intereses.
- **Responsabilidad vicaria**: cuando instituciones, supervisores u otros profesionales son considerados responsables por actos negligentes de sus empleados bajo ciertas condiciones.

Consecuencias de no hacer el trabajo de forma ética y responsable

Las consecuencias de la mala praxis son múltiples:

- Daño físico, psicológico y económico al paciente.
- Pérdida de confianza en el sistema de salud.
- Costos elevados legales y de seguros para los profesionales e instituciones.
- Estrés profesional, burnout, impacto en la reputación.
- Enfoques para mitigación y prevención de las malas prácticas
- Formación ética y técnica constante para profesionales.
- Sistemas de reporte de errores médicos y análisis de eventos adversos para aprendizaje institucional.
- Políticas claras de consentimiento informado y transparencia.
- Supervisión profesional, estándares de práctica, códigos de ética robustos.
- Responsabilidad institucional además de individual, con mecanismos legales y éticos para sancionar negligencia y reparar daños.

Privacidad y confidencialidad

La privacidad y la confidencialidad son pilares éticos, legales y profesionales esenciales en la atención de salud mental. Dado la sensibilidad de la información que se maneja trabajando en la salud mental, los equipos profesionales deben asegurar que los datos personales estén protegidos, que los pacientes sepan quién accede a su información, bajo qué condiciones, y que existan salvaguardas ante posibles vulneraciones, y más todavía actualmente en la era digital de la información (Floridi, 2018).

Desafíos actuales

1. **Intercambio de información digital**
   En entornos donde los registros de salud se comparten electrónicamente, crecen los retos sobre quién accede a qué, cómo se asegura la integridad de los datos, y qué ocurre si hay brechas de seguridad.
2. **Acceso del paciente a sus propios registros**
   Permitir que los pacientes lean sus notas clínicas electrónicamente (sus registros de salud mental) puede mejorar la transparencia, la responsabilidad y el involucramiento del paciente, pero también puede generar tensión con la relación terapéutica si hay contenido que el paciente percibe como dañino, si la escritura

profesional no está adaptada para ese público o si no hay acompañamiento adecuado.

3. **Participación familiar y confidencialidad**
   Cuando pacientes con trastornos mentales graves están involucrados en servicios comunitarios o de salud mental severa, una barrera importante para la colaboración familiar es el deber de confidencialidad: un dilema ético habitual es hasta qué punto compartir información con la familia, especialmente si el paciente se opone.

4. **Privacidad en la era de los datos masivos y Big Data**
   El uso creciente de tecnologías digitales, registros electrónicos, aplicaciones móviles de salud mental, inteligencia artificial, etc., implica mayor riesgo de que la privacidad se vea comprometida por fallos técnicos, brechas de seguridad, o por usos secundarios de los datos sin suficiente consentimiento.

5. **Desconocimiento del paciente sobre sus derechos**
   Muchos pacientes tienen poca claridad sobre sus derechos legales relativos a privacidad y confidencialidad, sobre lo que detalla su consentimiento, y sobre quién puede acceder a su información. Este desconocimiento puede generar barreras para que ejerzan un control consciente.

Aplicación de principios éticos para las buenas prácticas

Las buenas prácticas en rehabilitación psicosocial requieren la meditada aplicación de los principios éticos. En la siguiente tabla mostramos ejemplos de aplicación de la ética en la atención a personas con trastornos mentales graves.

Tabla 13. Ejemplos de aplicación de los principios éticos en salud mental.

Principio ético	Descripción breve	Ejemplo en atención a personas con TMG
Autonomía	Respetar la capacidad de decidir.	Explicar opciones de tratamiento con lenguaje claro y permitir elección informada.
Beneficencia	Promover el bienestar.	Elaborar un plan terapéutico personalizado que mejore la calidad de vida.
No maleficencia	Evitar causar daño.	Seleccionar fármacos con menor riesgo de efectos adversos y ajustar dosis gradualmente.
Justicia	Garantizar equidad y acceso igualitario.	Asegurar acceso a programas de inserción laboral y viviendas supervisadas sin discriminación.
Confidencialidad	Proteger la información personal.	No compartir datos clínicos sin consentimiento, salvo riesgo grave.
Veracidad	Informar con claridad y honestidad.	Comunicar cambios en diagnóstico o pronóstico de forma transparente y responsable.
Responsabilidad profesional	Actuar con competencia y ética.	Actualizarse en tratamientos basados en evidencia y coordinarse con el equipo.

Respeto por la dignidad humana	Reconocer el valor intrínseco de la persona.	Evitar etiquetas estigmatizantes y usar lenguaje centrado en la persona.
Autonomía relacional	Facilitar apoyos en la toma de decisiones.	Usar explicaciones repetidas, apoyos visuales o participación de la red en momentos de crisis.
Participación y empoderamiento	Incluir a la persona en decisiones y objetivos.	Invitarla a reuniones de equipo para definir metas personales.
No discriminación	Evitar prejuicios y trato desigual.	Dar el mismo tiempo y calidad de atención sin asumir incapacidad por el diagnóstico.
Consentimiento informado	Asegurar comprensión y aceptación voluntaria.	Revisar riesgos y alternativas antes de una TEC y obtener consentimiento por escrito.

A un nivel más institucional, la ética tiene que reflejarse también en los procedimientos y protocolos. En el siguiente cuadro se muestra una serie de recomendaciones, derivadas de los conceptos tratados en los apartados anteriores.

Recomendaciones del Creap para la ética institucional

Basándose en la teoría y en la evidencia reciente, las siguientes prácticas podrían ayudar a proteger la privacidad y confidencialidad en salud mental:

1. **Consentimiento informado claro y continuo**
   No basta con obtener consentimiento al inicio del tratamiento; debe explicarse claramente los límites de confidencialidad, cuándo puede haber excepciones (riesgo para uno mismo o para otros, obligaciones legales), qué tipo de acceso tendrá el paciente a sus registros, y actualizar esta conversación si cambian las circunstancias.
2. **Transparencia institucional**
   Políticas institucionales que definan quién puede acceder a la información, cómo se almacena, quién la ve, y qué medidas de seguridad técnicas y administrativas hay.
3. **Seguridad técnica robusta**
   Uso de cifrado, control de acceso, registros de auditoría para ver quién accede a qué datos, protocolos de respuesta ante brechas de seguridad.
4. **Formación en ética y sensibilización**
   Para los profesionales de salud mental: sobre la importancia de privacidad-confidencialidad, sus deberes legales, los posibles daños a los pacientes. También para los pacientes: para que conozcan sus derechos, qué esperar, cómo expresar preocupaciones.
5. **Proporcionar acceso al historial clínico bajo condiciones cuidadas**
   Facilitar que los pacientes accedan a sus registros pero con acompañamiento, revisión del contenido sensible, y apoyo en la interpretación, para evitar malentendidos que puedan afectar su salud mental.
6. **Desarrollo de guías específicas**
   para casos complejos, como cuando se involucra la familia, menores de edad, personas con incapacidad de dar consentimiento informado, o situaciones de riesgo.
7. **Supervisión legal y reguladora**
   Asegurar que se revisan y conocen en cada institución las leyes nacionales e internacionales que exijan estándares mínimos de protección, sancionen violaciones y promuevan la responsabilidad institucional.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un principio ético y legal fundamental en los servicios de salud mental. Garantiza que las personas reciban suficiente información, comprendan los riesgos y beneficios, y den su aprobación de forma voluntaria antes de cualquier intervención clínica o investigación. No obstante, en salud mental surgen particularidades que dificultan su implementación plena: condiciones que afectan la capacidad de decisión, estigmatización, ambigüedad legal, y barreras en la comunicación. A continuación, se revisan los elementos esenciales del consentimiento informado, identifica los problemas específicos en salud mental, revisa evidencia empírica reciente, y propone estrategias para fortalecer su aplicación (Roberts, 2002).

Elementos esenciales del consentimiento informado (Roberts, 2002)

Los componentes fundamentales del consentimiento informado son:

1. **Capacidad**: la persona debe tener la capacidad cognitiva, emocional y de juicio suficiente para comprender la información relevante y tomar decisiones.
2. **Información**: debe proporcionarse información clara, comprensible y suficiente sobre la naturaleza del tratamiento/investigación, riesgos, beneficios, alternativas y las consecuencias de no hacerlo.
3. **Comprensión**: no basta con entregar la información; es necesario asegurarse de que el paciente la entienda y aprecie su relevancia para su situación particular.
4. **Voluntariedad**: sin coerción, presión indebida ni manipulación.
5. **Decisión**: la persona, después del proceso, debe poder aceptar o rechazar el tratamiento, o elegir entre alternativas.

Retos específicos del consentimiento informado en salud mental

La salud mental presenta algunas dificultades especiales para aplicar el consentimiento informado:

- **Capacidad comprometida**: trastornos psicóticos, episodios de depresión grave, delirios, fluctuaciones de lucidez, etc., pueden afectar la capacidad de entender y decidir. Es esencial evaluar la competencia decisional.

- **Volatilidad y fluctuación**: la capacidad de decisión puede variar con el curso del trastorno, con tratamiento, con la severidad del episodio, lo que exige revisitar el consentimiento cuando haya cambios clínicos.
- **Estigmatización y poder desigual**: los pacientes a veces sienten temor al ser juzgados, o sienten que no tienen alternativa, lo que puede reducir la voluntariedad.
- **Comunicación y lenguaje**: el uso de jerga, lenguaje técnico o explicaciones incompletas puede dificultar la comprensión. También la ansiedad, confusión, o el estado mental pueden afectar la capacidad de procesar información.
- **Aspectos legales y jurisdiccionales**: las leyes varían respecto a quién decide si el paciente no puede, cuándo se puede usar consentimiento de representante legal, y bajo qué condiciones se pueden obviar las formalidades.

Transgresión de los límites profesionales

Los límites profesionales en salud mental se refieren a las fronteras éticas, legales y terapéuticas que distinguen la relación clínica profesional de otras relaciones personales, sociales o comerciales. Cuando estos límites se transgreden, ya sea por negligencia, mal juicio o abuso de poder, pueden dañarse tanto el paciente como la relación terapéutica, socavando la confianza, la seguridad y la eficacia del tratamiento. En este artículo se examinan las definiciones, los tipos de transgresiones, los factores que las favorecen, sus consecuencias, y las estrategias para prevenirlas (Aravind et al. 2012).

Una *transgresión del límite profesional* se produce cuando el profesional de salud mental cruza lo que debería ser una barrera ética clara con el paciente, lo cual puede variar desde acciones leves (cruces de límites menores) hasta violaciones graves. Algunos ejemplos incluyen:

- Relaciones duales o múltiples, en las que el terapeuta tiene otra relación significativa con el paciente más allá de la terapéutica: amistad, negocio, familiaridad social, etc.
- Contacto fuera del contexto terapéutico sin supervisión o sin que sea en interés del paciente.
- Aceptación de regalos inapropiados, favores, citas sociales, relaciones sentimentales o sexuales con pacientes.
- Uso indebido de medios digitales: contacto por redes sociales, mensajería fuera de horario, divulgación de información confidencial en espacios no seguros.

- Confusión de roles: cuando el profesional no mantiene claridad respecto a qué funciones ejerce, provocando expectativas erradas por parte del paciente o el profesional.

Factores que favorecen la transgresión

Varios factores pueden incrementar la probabilidad de que ocurran transgresiones de los límites:

1. **Contextos rurales o pequeños**: en comunidades pequeñas, es más probable que el profesional conozca socialmente al paciente, lo que hace más difícil mantener límites estrictos.
2. **Ambigüedad en los códigos éticos o falta de formación**: cuando las guías profesionales no brindan ejemplos claros o cuando no se enseña explícitamente cómo manejar situaciones límite.
3. **Vulnerabilidad del paciente**: enfermedades mentales que afectan juicios, dependencia emocional, situaciones de crisis hacen más frágil el manejo de la relación.
4. **Uso de tecnologías digitales**: redes sociales, mensajería, email, contacto extraoficial pueden borrar fronteras si no hay pautas claras.
5. **Presión institucional o carga de trabajo**: profesionales con muchas responsabilidades pueden descuidar supervisión o reflexión ética, lo que puede llevar a lapsus en límites.

Impactos de la transgresión de límites

Las transgresiones profesionales pueden tener consecuencias variadas:

- **Daño al paciente**: pérdida de confianza, confusión, daño psicológico, explotación, percepción de abuso.
- **Deterioro de la alianza terapéutica**, que es crucial para buenos resultados terapéuticos.
- **Consecuencias legales y disciplinarias**: denuncias, sanciones profesionales, pérdida de licencia, reputación afectada.
- **Efecto sobre el profesional**: estrés, culpa, repercusiones emocionales, aislamiento profesional.
- **Impacto institucional**: pérdida de confianza en servicios de salud mental, efectos en la política de ética profesional, mayorización de medidas preventivas.

Recomendaciones del Creap para la prevención y manejo de límites

Para prevenir la transgresión de límites y manejarla adecuadamente cuando surge, se recomiendan las siguientes estrategias:

1. **Formación ética y continua**: incluir en la formación inicial y en educación permanente módulos específicos sobre límites profesionales, relaciones duales, transferencias/contratransferencias, uso de medios digitales, etc.
2. **Supervisión clínica y reflexión ética**: fomentar supervisión regular, grupos de reflexión, asesoría ética que permita discutir casos límite y dilemas reales.
3. **Políticas institucionales claras**: protocolos que definan lo que constituye cruce de límite vs violación, procedimientos para reportar, responder y reparar.
4. **Claridad en los contratos terapéuticos**: al inicio del tratamiento, explicar límites: horarios, contacto fuera de sesión, redes sociales, regalos, términos de privacidad, etc.
5. **Evaluación continua del estado del paciente**: asegurarse de la capacidad para participar en decisiones, detectar vulnerabilidad que pueda facilitar explotación de relaciones personales.
6. **Uso responsable de la tecnología**: establecer políticas sobre redes sociales, email, mensajería, evitando el contacto no profesional o no supervisado.
7. **Autocuidado del profesional**: reconocer propias necesidades, sesgos, vulnerabilidades personales que podrían interferir con el mantenimiento de límites.

Ética en la investigación en salud mental

Algunos estudios actuales que ilustran estos dilemas y cómo se enfrentan en investigaciones reales. Watson, Fletcher-Watson y Kirkham (2023) llevaron a cabo entrevistas cualitativas con personas que tienen enfermedad mental para explorar sus perspectivas sobre compartir datos de salud mental para investigación. Encontraron que, aunque existe un apoyo general hacia el uso de datos para mejorar tratamientos y

servicios, los participantes también tienen preocupaciones fuertes relacionadas con la privacidad, discriminación, y desean que existan salvaguardas como anonimización, control sobre quién accede a los datos, y la capacidad de retirar el consentimiento (Watson et al., 2023).

El informe “Ethical Principles and Practices for Research Involving Human Participants With Mental Illness” de la American Psychiatric Association (2006) enfatiza que los investigadores deben estar formados en ética, en evaluación de capacidad decisional, en gestionar conflictos de interés, y en diseñar estudios que minimicen los riesgos y maximicen los beneficios para participantes con enfermedades mentales. (APA Task Force, 2006).

Sjöstrand, Sandman, Karlsson et al. (2015) investigaron deliberaciones éticas sobre tratamientos involuntarios, pero también sus implicaciones para cómo los profesionales visualizan el consentimiento en investigaciones relacionadas con pacientes que podrían en algún momento estar bajo restricciones involuntarias o tratamiento sin consentimiento pleno. Este estudio muestra cómo los profesionales enfrentan tensiones entre proteger autonomía y cumplir deberes legales o institucionales (Sjöstrand et al., 2015).

Recomendaciones éticas para la investigación

Para asegurar investigación ética con pacientes de salud mental, se sugieren las siguientes prácticas:

1. **Evaluación previa de la capacidad decisional**: usar instrumentos clínicos validados; cuando haya dudas, incluir evaluadores externos o buscar representación legal.
2. **Consentimiento informado adaptado**: información clara, accesible, adaptada al nivel cognitivo y lingüístico del participante; posibilidad de explicaciones adicionales; asegurar comprensión real (por ejemplo, mediante preguntas de verificación).
3. **Mecanismos de supervisión ética robustos**: comités de ética que tengan experiencia en salud mental; revisión continua de riesgos-beneficios; monitoreo de eventos adversos; claridad en roles y responsabilidades del investigador.
4. **Confidencialidad y protección de datos**: anonimización, seguridad técnica, limitar acceso, transparencia sobre quién verá los datos, cuánto tiempo se conservarán, qué ocurrirá con los resultados.
5. **Involucramiento de los participantes en el diseño**: incluir personas con experiencia de enfermedad mental en el diseño del estudio, para asegurar que sus valores, preocupaciones y expectativas se tomen en cuenta.
6. **Justicia en el reclutamiento**: evitar excluir sin justificación a personas con trastornos mentales; asegurar diversidad; compensaciones razonables; considerar barreras logísticas o económicas que puedan impedir participación.

Los derechos humanos en salud mental

Los derechos de los pacientes en el contexto de la salud mental constituyen un componente esencial para garantizar un tratamiento digno, justo y respetuoso de la autonomía. Dado su estado de vulnerabilidad, es particularmente importante que los servicios de salud mental reconozcan, protejan y promuevan estos derechos. En este artículo se presentan los principios éticos y legales clave, los principales desafíos actuales, se revisa evidencia empírica reciente, y se proponen recomendaciones para asegurar su efectivo respeto.

Bartl, G., Stuart, R., Ahmed, N., et al. (2024) realizaron una meta-síntesis cualitativo de experiencias de usuarios de servicios y cuidadores en admisiones hospitalarias involuntarias bajo legislación de salud mental. Encontraron que muchos participantes reportan sensación de pérdida de control, falta de claridad sobre sus derechos, estigma y temor a la coerción (Bartl et al., 2024).

En ocasiones se trabaja con demasiada opacidad hacia la persona y su red de apoyo en salud mental. Esta costumbre se arrastra desde modelos psiquiátricos antiguos. Fagerlund, A., Bärkås, A., Kharko, A., et al. (2024) estudiaron las experiencias de pacientes en atención de salud mental que acceden a sus registros electrónicos en Estonia, Finlandia, Noruega y Suecia. Su estudio evidenció que los pacientes aprecian notablemente y valoran que los profesionales no les impidan, sino que les faciliten, el acceso a sus datos (Fagerlund et al., 2024).

Es fundamental que se respite la dignidad de las personas a las que se ayuda. Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., et al. (2014) exploraron las experiencias de usuarios de servicios de salud mental detenidos, centrándose en cuestiones de dignidad en la atención. Los participantes describen tratamientos que erosionan su sentido de dignidad, falta de respeto en las interacciones, y limitaciones en su capacidad de influir en su propio cuidado (Chambers et al., 2014).

A veces, en cambio, es la actitud de profesionales concretos lo que menoscaba los derechos de las personas atendidas. Su, L., Huang, J., Yang, W., et al. (2012) investigaron las actitudes del personal en hospitales psiquiátricos de Shanghái respecto a los derechos de los pacientes, ética y comités de ética hospitalaria. Encontraron disparidades en la conciencia de derechos entre el personal, y que donde hay mayor formación en ética, mejores percepciones de respeto hacia derechos de los pacientes (Su et al., 2012).

Desafíos en la práctica

Algunos de los retos más frecuentes que obstaculizan el reconocimiento efectivo de estos derechos son:

1. **Internamiento involuntario**: en muchos sistemas legales, existe tensión entre proteger la autonomía del paciente y la necesidad institucional o legal de admitir a alguien sin su consentimiento si representa riesgo para sí mismo u otros. En España, el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, obliga a que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento y el internamiento no podrá prolongarse más de 72 horas.
2. **Experiencias de cuidados bajo detención**: los pacientes internados involuntariamente pueden sentir que sus derechos a dignidad, participación y privacidad se ven menoscabados.
3. **Acceso a los registros electrónicos de salud mental y participación en decisiones**: los pacientes quieren tener acceso y control sobre su propia información, pero a veces hay barreras técnicas, legales o culturales que lo impiden.
4. **Actitudes del personal y cultura institucional**: el personal de salud mental puede no estar completamente sensibilizado respecto a los derechos de los pacientes, lo que puede derivar en prácticas paternalistas o no respetuosas.
5. **Desigualdades legales y servicios insuficientes**: en contextos de crisis, conflictos armados, o en países con recursos limitados, los marcos legales pueden estar desactualizados o ser insuficientes para proteger derechos humanos básicos.

Recomendaciones para proteger los derechos de los pacientes

Para reforzar el respeto y la protección de los derechos de pacientes en salud mental, se pueden adoptar las siguientes medidas:

1. **Legislación clara y vigente**: leyes que establezcan derechos de pacientes, procedimientos para admisión involuntaria, mecanismos de apelación, obligaciones de informar, y sanciones por violaciones.
2. **Transparencia en la atención**: proporcionar al paciente información comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgos, derechos, y quién puede acceder a su información.
3. **Acceso a registros personales**: permitir que los pacientes lean sus propios registros electrónicos, con explicaciones, para fomentar autonomía y control.
4. **Participación del paciente y de los cuidadores**: incluir sus voces en políticas institucionales, diseño de servicios, revisiones éticas, y en la evaluación de calidad de servicios.
5. **Formación continua del personal**: capacitación ética específica, sensibilización sobre derechos humanos, comunicación, trato digno, confidencialidad.
6. **Garantizar dignidad en situaciones de detención**: durante ingresos involuntarios, asegurar condiciones sanitarias, autonomía proporcional, participación, y acceso legal.
7. **Protección de la privacidad y confidencialidad**: protocolos sólidos para manejo de datos, anonimización, acceso restringido, seguridad informática, consentimiento para uso de datos.
8. **Supervisión ética y responsabilidad institucional**: comités de ética, defensorías del paciente, mecanismos de queja accesibles, auditorías y seguimiento de cumplimiento.

Referencias bibliográficas del bloque

American Psychiatric Association Task Force on Research Ethics. (2006). Ethical principles and practices for research involving human participants with mental illness. *Psychiatric Services*, *57*(4), 552–557. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.552

Aravind, V. K., Krishnaram, V. D., & Thasneem, Z. (2012). Boundary crossings and violations in clinical settings. *Indian journal of psychological medicine*, *34*(1), 21-24. https://doi.org/10.4103/0253-7176.96151

Aristóteles. (2009). *Ética a Nicómaco* (J. Pallí Bonet, Trad.). Gredos. (Obra original publicada ca. siglo IV a. C.).

Banks, S. (2016). *Ethics and values in social work* (5th ed.). Palgrave Macmillan.

Bartl, G., Stuart, R., Ahmed, N., et al. (2024). A qualitative meta-synthesis of service users' and carers' experiences of assessment and involuntary hospital admissions under mental health legislations: A five-year update. *BMC Psychiatry*, *24*, Article 476. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05914-w

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., et al. (2014). The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*, *15*, Article 50. https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-50

Charo, R. A. (2016). The legal and regulatory context for human gene editing. *Issues in Science and Technology*, *32*(3), 40–46.

Consejo General del Trabajo Social. (2021). *Código deontológico del trabajo social*. CGTS.

Consejo Internacional de Enfermería. (2021). *Código ético para enfermeras*. ICN.

Cortina, A. (1994). *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.

Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial*. Ediciones Nobel.

Cuijpers, P. (2018). The ethics of internet-based and other self-help therapies for mental health problems: Still not solved after 50 years. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *25*(2), e12238. https://doi.org/10.1111/cpsp.12238

Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Research: Current Reviews*, *41*(1), 09. doi: 10.35946/arcr.v41.1.09

Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.

Fagerlund, A., Bärkås, A., Kharko, A., et al. (2024). Experiences from patients in mental healthcare accessing their electronic health records: Results from a cross-national survey in Estonia, Finland, Norway, and Sweden. *BMC Psychiatry*, *24*, Article 481. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05916-8

Floridi, L. (2018). *The ethics of artificial intelligence*. Oxford University Press.

Gaudine, A., & Thorne, L. (2001). Emotion and ethical decision-making in organizations. *Journal of Business Ethics*, *31*(2), 175–187. https://doi.org/10.1023/A:1010711413444

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Gillon, R. (2015). Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice. *Journal of Medical Ethics*, *41*(1), 111–116. https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102282

Hugman, R. (2005). *New approaches in ethics for the caring professions*. Palgrave Macmillan.

Kant, I. (2012). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (M. García Morente, Trad.). Tecnos. (Obra original publicada en 1785)

Kaplan, B., & Litewka, S. (2008). Ethical challenges of telemedicine and telehealth. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *17*(4), 401-416. https://doi.org/10.1017/S0963180108080535

Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development*. Harper & Row.

Lázaro-Mateo, J., Soldevila-Matias, P., y González-Ayuso, V. (2023). Internamiento involuntario vs. Retención ilegal en pacientes con trastorno mental grave. *Papeles del Psicólogo, 44*(1), 22-27. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3007

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340

Lo, B. (2020). *Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Loewenberg, F. M., & Dolgoff, R. (2021). *Ethical decisions for social work practice* (11th ed.). Cengage.

MacIntyre, A. (2007). *After virtue: A study in moral theory* (3rd ed.). University of Notre Dame Press.

Mill, J. S. (2010). *Utilitarianism*. Broadview Press. (Obra original publicada en 1863)

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental 2022-2026*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Estrategia_Salud_Mental_2022-2026.pdf

Modarres, A., & Rafiee, A. (2011). Influencing factors on the ethical decision making of Iranian accountants. *Social Responsibility Journal*, *7*(1), 136–144. https://doi.org/10.1108/17471111111114594

ONU. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Naciones Unidas. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1988). *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*. Oxford University Press.

Parrott, L. (2014). *Values and ethics in social work practice* (3rd ed.). Learning Matters.

Rachels, J., & Rachels, S. (2019). *The elements of moral philosophy* (9th ed.). McGraw-Hill.

Reamer, F. G. (2018). *Social work values and ethics* (5th ed.). Columbia University Press.

Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*. Praeger.

Roberts, L. W. (2002). Informed consent and the capacity for voluntarism. American Journal of Psychiatry, 159(5), 705–712. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.705

Roberts, L. W., & Roberts, B. (1999). Psychiatric research ethics: an overview of evolving guidelines and current ethical dilemmas in the study of mental illness. *Biological psychiatry*, *46*(8), 1025-1038. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00205-X

Ruger, J. P. (2010). *Health and social justice*. Oxford University Press.

Schwartz, M. S. (2015). Ethical decision-making theory: An integrated approach. *Journal of Business Ethics*, *128*(4), 755–776. https://doi.org/10.1007/s10551-015-2886-8

Sjöstrand, M., Sandman, L., Karlsson, P., et al. (2015). Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, *16*, Article 37. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0029-5

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness*. Cambridge University Press.

Strudwick, G., Yeung, A., & Gratzer, D. (2019). Easy access, difficult consequences? Providing psychiatric patients with access to their health records electronically. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 917. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00917

Su, L., Huang, J., Yang, W., et al. (2012). Ethics, patient rights and staff attitudes in Shanghai's psychiatric hospitals. *BMC Medical Ethics*, *13*, Article 8. https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-8

Szmukler, G. (2019). *Men in white coats: Treatment under coercion*. Oxford University Press.

Trevino, L. K., & Nelson, K. A. (2021). *Managing business ethics: Straight talk about how to do it right* (8th ed.). Wiley.

UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Valente, S. M. (2017). Managing professional and nurse-patient relationship boundaries in mental health. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *55*(1), 45–51. https://doi.org/10.3928/02793695-20170119-09

Velásquez, M. G. (2012). *Ética en los negocios: Conceptos y casos* (7ª ed.). Pearson.

Warren, J., Ahls, C., Asfaw, A. H., Núñez, J. C., Weatherford, J., & Zakaria, N. S. (2014). Ethics issues and training needs of mental health practitioners in a rural setting. *Journal of Social Work Values and Ethics*, *11*(2), 61-75. Artículo de

publicación independiente extraído de: https://www.jswve.org/wp-content/uploads/2014/12/10-011-207-JSWVE-2014.pdf

Watson, E., Fletcher-Watson, S., & Kirkham, E. J. (2023). Views on sharing mental health data for research purposes: Qualitative analysis of interviews with people with mental illness. *BMC Medical Ethics*, *24*, Article 99. https://doi.org/10.1186/s12910-023-00961-6

7

Bloque 7: El Plan de Atención Individualizado

Concepto y evolución

Un Plan de Atención Individualizada (PAI) en el contexto de la rehabilitación psicosocial puede definirse, de forma técnica, como un instrumento sistemático y personalizado que articula la evaluación, planificación, intervención y seguimiento de una persona con trastorno mental grave en el ámbito de la rehabilitación comunitaria, con el objetivo de favorecer su funcionamiento, autonomía, integración social y calidad de vida (Marredo, 2025). El PAI es un documento y proceso dinámico y personalizado que articula las intervenciones transdisciplinares necesarias para favorecer la recuperación, autonomía e inclusión social de la persona afectada. Su objetivo principal es diseñar y coordinar acciones específicas ajustadas a las necesidades biopsicosociales del paciente, promoviendo su bienestar y participación en la comunidad a través de la continuidad de cuidados, requiriendo la revisión y el ajuste periódico (Blanco et al., 2010). Un plan de recuperación es un documento vivo donde la persona recoge sus metas, recursos, señales de alerta, estrategias de afrontamiento y apoyos disponibles. Se relaciona con programas como WRAP y con la planificación colaborativa en servicios orientados a la recuperación (Slade, 2009; Leamy et al., 2011). La evidencia sugiere que los planes de autogestión, especialmente cuando son facilitados por pares, pueden mejorar la continuidad asistencial y reducir reingresos tras crisis (Johnson et al., 2018; Sledge et al., 2011).

El plan de recuperación se ha consolidado en las dos últimas décadas como una herramienta central para operacionalizar la atención orientada a la recuperación en salud mental. Más que un documento estático, es un proceso colaborativo que articula metas y valores de la persona, identifica fortalezas y apoyos, define estrategias de autocuidado y, de forma crucial, anticipa señales de crisis y decisiones preferidas cuando la capacidad de agencia pueda fluctuar. La consolidación del marco CHIME (conexión, esperanza, identidad, sentido y empoderamiento) proporcionó una base conceptual sólida para orientar qué dimensiones deberían inspirar tanto el contenido como la conversación que lo produce (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Esta revisión sintetiza la evidencia sobre qué es y qué incluye un plan de recuperación, cómo se relaciona con resultados clínicos y psicosociales, qué intervenciones lo materializan, y qué factores facilitan u obstaculizan su implementación a escala de servicios y sistemas.

De la recuperación personal al plan de recuperación

La recuperación personal se entiende como un proceso idiosincrásico y no lineal que trasciende la remisión sintomática, centrado en vidas con sentido, autodeterminación y ciudadanía. La revisión sistemática y síntesis narrativa que dio lugar a CHIME integró testimonios de usuarios y literatura empírica, estableciendo un vocabulario compartido para prácticas recuperadoras y para instrumentos de medida orientados al proceso (Leamy et al., 2011). En la práctica asistencial, el plan de recuperación se convierte en la traducción operativa de estos principios: un itinerario con METAS SIGNIFICATIVAS para la persona, apoyado en fortalezas y redes, con acuerdos explícitos para momentos de crisis que minimicen coerción y mantengan la continuidad del vínculo terapéutico.

Componentes del plan de atención individualizado (PAI)

Un plan robusto suele incluir, al menos, cinco bloques interdependientes. A continuación, se presenta un esquema técnico con 6 bloques, basado en la guía de buenas prácticas desarrollada en el Creap por Jorge Marredo (2025):

1. Evaluación o valoración funcional

- Se realiza una evaluación inicial exhaustiva del funcionamiento de la persona en diversos ámbitos vitales (habilidades de vida diaria, sociales, ocupacionales, cognitivas, etc.) y de su entorno. Este paso permite identificar fortalezas, déficits, recursos personales y contextuales, necesidades de apoyo y barreras para la integración comunitaria.

2. Definición de objetivos

- A partir de la evaluación, se generan objetivos personalizados que respondan al proyecto de vida de la persona, su contexto y sus prioridades. La Guía de Buenas Prácticas subraya que los objetivos deben ser impulsados por la propia persona, no únicamente por los profesionales, y reflejar sus aspiraciones. (Marredo, 2025). Los objetivos se pueden dividir en **objetivos generales** (visión amplia de recuperación/integración) y **objetivos específicos/operativos** (metas concretas, medibles, temporalizadas) como lo sugiere la Guía de Funcionamiento de los CRPS.

3. Intervenciones o acciones planificadas

- Una vez definidos los objetivos, se planifican las acciones o estrategias de intervención, individuales y/o grupales, para alcanzarlos. Esto incluye la selección de recursos, programas de rehabilitación (habilidades sociales, empleo, vida diaria, ocio, etc.), apoyos, seguimiento en red con servicios comunitarios.
- Es importante que las intervenciones estén basadas en evidencia y se articulen de forma coordinada, integrando al equipo profesional, a la persona y a su entorno.
- El documento de la Guía de Buenas Prácticas menciona explícitamente que el PAI comprende "evaluaciones exhaustivas, objetivos impulsados por la persona e intervenciones personalizadas" (Marredo, 2025).

4. Cronograma y asignación de responsabilidades

- Técnicamente, el PAI debe incluir un calendario o cronograma de cuándo se van a implementar las acciones, quién es responsable (profesional de referencia, equipo, persona usuaria) y qué recursos se movilizan. Aunque no todos los documentos lo expresan con la misma terminología, la estructuración temporal y de roles es parte de una buena práctica (Guía de Buenas Prácticas).

5. Seguimiento, revisión y evaluación del plan

- El PAI no es un documento estático: debe ser objeto de revisión periódica para adaptarse a cambios en la persona, su entorno o su contexto de vida (dinamicidad).
- Se deben definir indicadores de resultado y de proceso para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos, la eficacia de las intervenciones y la necesidad de reajustes.

6. Documento formal y consentimiento informado

- El PAI debe quedar recogido en un documento escrito que recoja los acuerdos entre la persona usuaria, su entorno (si aplica) y el equipo profesional. Esto favorece la transparencia, la implicación de la persona y la coordinación del equipo.
- Debe contemplar la participación activa de la persona como sujeto del proceso y debe respetar sus preferencias, valores y derechos.

La literatura empírica ha desarrollado formatos que materializan estos bloques con distintos énfasis: planes de acción de bienestar y recuperación, planes conjuntos de crisis, y directivas anticipadas psiquiátricas.

Planes de acción de bienestar y recuperación

El Wellness Recovery Action Plan (WRAP) es probablemente el formato de autogestión más estudiado. Como intervención de apoyo entre pares, estructura una secuencia que va desde el "plan diario de bienestar" y la identificación de desencadenantes, hasta el "plan de crisis" y el "plan posterior a la crisis". Ensayos controlados aleatorizados han mostrado que la participación en WRAP puede reducir síntomas de depresión y ansiedad, incrementar esperanza y percepción de recuperación, y mejorar la autoeficacia para el manejo de la enfermedad, con tamaños de efecto pequeños a moderados y buena aceptabilidad en servicios comunitarios (Cook et al., 2011; Cook et al., 2012). Además de estos resultados, los estudios subrayan la importancia del liderazgo de pares, tanto para la adhesión al programa como para la internalización de narrativas de agencia y posibilidad.

Planes conjuntos de crisis

Los planes conjuntos de crisis o de "de decisiones anticipadas", son acuerdos colaborativos entre la persona usuaria, el equipo y, a menudo, familiares o figuras de apoyo, que especifican señales de deterioro, preferencias y rechazos de tratamiento, datos de contacto, estrategias de desescalada y arreglos prácticos para el manejo de emergencias. En comparación con la atención habitual, ensayos aleatorizados mostraron en su origen que los JCP pueden reducir el uso de internamientos y, de forma más consistente, el uso de medidas coercitivas (Henderson et al., 2004). Estudios posteriores han explorado heterogeneidad en efectos según la calidad de la facilitación, el grado de implementación y la integración del plan en flujos asistenciales, con resultados más mixtos cuando la adherencia al procedimiento o la penetración institucional son bajas (Barrett et al., 2013; Thornicroft et al., 2013). El mensaje convergente es que el "cómo" importa tanto como el "qué": la presencia de una facilitación independiente, el tiempo dedicado a la co-creación y la accesibilidad del plan en momentos críticos se asocian a mayor impacto.

Estas planificaciones permiten a las personas expresar de antemano sus preferencias de tratamiento, nombrar representantes y establecer instrucciones sobre cuidados durante crisis. Ensayos aleatorizados con facilitación guiada han demostrado que aumentan significativamente las tasas de cumplimentación de directivas y se asocian con mejor

alianza y satisfacción, además de correlacionarse con una menor probabilidad de uso de medidas coercitivas en seguimiento observacional (Swanson et al., 2006; Swanson et al., 2008). Evidencia más reciente con facilitación por trabajadores/as de apoyo entre pares indica reducciones clínicamente y estadísticamente significativas en ingresos involuntarios a 12 meses frente a atención habitual, junto con mejoras en empoderamiento y recuperación percibida (Tinland et al., 2022). Estas aproximaciones se alinean con marcos de decisión apoyada en salud mental y derechos humanos, y sitúan al plan de recuperación en el cruce entre autonomía, seguridad y alianza.

Efectividad en resultados de vida y uso de servicios

La literatura sobre efectividad presenta tres líneas convergentes. En primer lugar, en intervenciones de autogestión, los resultados más reproducibles se observan en procesos subjetivos (esperanza, autoeficacia, percepción de recuperación) y en síntomas afectivos, con indicios de beneficio en calidad de vida (Cook et al., 2011; Cook et al., 2012). En segundo lugar, los dispositivos de planificación anticipada de crisis muestran el impacto más consistente en la reducción del uso de coerción, incluido el descenso de ingresos involuntarios, especialmente cuando la facilitación es independiente y el plan es localizable y respetado en la ruta de urgencias (Henderson et al., 2004; Barrett et al., 2013; Thornicroft et al., 2013; Tinland et al., 2022). En tercer lugar, los programas de apoyo a la recuperación que combinan psicoeducación, fijación de metas, resolución de problemas y planes personalizados, como Illness Management and Recovery (IMR), han demostrado beneficios en manejo de la enfermedad, funcionamiento y, en algunos estudios, en síntomas y uso de servicios frente a comparadores activos, aunque los efectos varían por población y fidelidad (Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2014).

Planes de recuperación a escala de equipo y sistema

Una cuestión crítica para los servicios es si intervenir en el nivel del equipo multiprofesional aumenta la “capacidad” para apoyar la recuperación, y, por extensión, mejora la calidad de los planes de recuperación que se co-diseñan. El ensayo REFOCUS evaluó una intervención a nivel de equipos comunitarios para incrementar la focalización en valores, preferencias, fortalezas y metas, y para promover relaciones más colaborativas. Aunque el resultado primario autorreportado de recuperación no mostró diferencias globales, se observaron mejoras en comportamientos del personal relacionados con recuperación y en dominios interpersonales percibidos por pacientes, y datos económicos sugerentes de menores costes netos, particularmente en equipos con alta participación e implementación (Slade et al., 2015). Más allá del resultado

primario, el estudio aportó herramientas y procedimientos transferibles a servicios que buscan institucionalizar prácticas de planificación centrada en la persona.

Co-creación y papel de pares

La participación de apoyo mutuo y de pares expertos es un denominador común de intervenciones que logran mayor adherencia y sentido de propiedad del plan. El liderazgo de pares forma parte del "mecanismo activo" que transforma la narrativa de la enfermedad en narrativa de agencia. En directivas anticipadas, el acompañamiento por pares durante la cumplimentación y la comunicación del documento facilita que el contenido exprese preferencias informadas y posibles de respetar en crisis reales; en el ensayo francés, esta facilitación se asoció a descensos en ingresos involuntarios y mejoras en empowerment y recuperación (Tinland et al., 2022). La implicación de pares también parece mejorar la "vida" del plan, asegurando que no quede como un archivo inerte, sino como un instrumento consultado, actualizado y compartido en la red de apoyos.

Relación con comunicación clínica y toma de decisiones compartidas

El plan de recuperación no es un producto aislado de la conversación clínica, sino su huella. Por eso, intervenciones que estructuran la comunicación, como Dialogo abierto tienden a aumentar la claridad de metas y la priorización de dominios que después se incorporan al plan, y se asocian con mejoras en calidad de vida y satisfacción a medio plazo. Al mismo tiempo, marcos de toma de decisiones compartidas ayudan a traducir información compleja sobre riesgos y beneficios de opciones en acuerdos claros, sostenibles y verificables, que pueden anclarse por escrito en el plan y revisarse cuando cambian las condiciones o preferencias (Slade et al., 2015; Omer et al., 2016).

Fases y componentes de la recuperación en el PAI

Las siguientes fases y componentes del proceso de recuperación de una persona deben contemplarse en el PAI para trazar un proyecto de vida.

La recuperación y sus fases

La recuperación en personas con trastornos mentales graves (TMG) se concibe actualmente como un proceso dinámico, no lineal y centrado en la persona. Este enfoque, ampliamente difundido en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, integra dimensiones clínicas, funcionales y personales que permiten a la persona reconstruir un proyecto vital significativo a pesar de la presencia persistente de síntomas (Anthony, 1993; Liberman, 2008).

1. Fase de moratoria

La fase de moratoria implica un periodo inicial caracterizado por sentimientos de desesperanza, confusión e interrupción del sentido de identidad. En esta etapa, las personas suelen percibir su vida como dominada por la enfermedad, con limitaciones significativas en el funcionamiento psicosocial (Andresen et al., 2003). La moratoria puede incluir negación parcial del diagnóstico, retraimiento social y dificultad para visualizar un futuro posible.

2. Fase de conciencia

Posteriormente emerge un proceso gradual de reconocimiento de que la recuperación es posible, incluso si persisten los síntomas. Esta toma de conciencia implica un cambio cognitivo y emocional que favorece la aceptación del trastorno y la apertura hacia intervenciones terapéuticas y apoyos psicosociales (Andresen et al., 2003). En este punto también comienza a desarrollarse un mayor sentido de autoeficacia.

3. Fase de preparación

En la fase de preparación, la persona se implica activamente en comprender la naturaleza de su trastorno, adquirir habilidades de afrontamiento y establecer metas

realistas para su vida cotidiana. Este proceso requiere educación para la salud, fortalecimiento de habilidades sociales y ajuste del tratamiento farmacológico y psicológico (Liberman, 2008). El apoyo profesional y el entorno sociofamiliar cumplen un papel central para sostener la motivación y reducir los riesgos de recaída.

4. Fase de reconstrucción

Durante la reconstrucción, la persona empieza a aplicar de forma consistente sus nuevas habilidades en entornos reales; esto incluye la participación en actividades formativas, laborales o sociales. De acuerdo con Anthony (1993), esta fase se caracteriza por un crecimiento personal progresivo, donde la identidad comienza a expandirse más allá del rol de "paciente". Las intervenciones de rehabilitación psicosocial resultan especialmente relevantes para promover autonomía y participación comunitaria.

5. Fase de crecimiento

Finalmente, la fase de crecimiento se define por la consolidación de una nueva narrativa personal, orientada hacia el bienestar subjetivo y la resiliencia. La recuperación se experimenta como una trayectoria continua, donde la persona reconoce sus fortalezas, mantiene un proyecto de vida significativo y utiliza estrategias de autorregulación para gestionar posibles crisis futuras (Andresen et al., 2003). En esta etapa, las metas personales se integran en un estilo de vida que prioriza la salud, las relaciones interpersonales y la participación social.

La investigación sobre recuperación personal la describe como un proceso de cambio en el que la persona rehace su vida, redefiniendo metas, valores y sentido, más allá de la desaparición completa de síntomas (Anthony, 1993; Slade, 2009).

Componentes de la recuperación

Leamy y colaboradores (2011) sintetizan la recuperación en cinco procesos clave (modelo CHIME): Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento. Las revisiones muestran que el apoyo mutuo y los servicios orientados a la recuperación tienden a impactar con más fuerza en procesos como la esperanza, la autoeficacia y la calidad de vida, mientras que los efectos sobre síntomas son más modestos y variables (Lloyd-Evans et al., 2014; White et al., 2020; Cooper et al., 2024).

En línea con ello, podemos organizar la recuperación en los siguientes **componentes**:

- **Componentes clave** (adaptando CHIME a un lenguaje sencillo):
    - Encontrar y mantener la **esperanza**.
    - Construir una **identidad positiva**, más allá del diagnóstico.
    - Encontrar **sentido** y propósito en la vida.
    - Asumir **responsabilidad** y poder de decisión sobre la propia vida.
- **Fases del proceso** (no lineales, pueden solaparse o repetirse):

1. **Desorientación / impacto**: incredulidad, confusión, miedo.
2. **Lucha / resistencia**: búsqueda de explicaciones, primera toma de contacto con recursos.
3. **Reorganización**: ensayo de nuevas estrategias, aparición de metas realistas.
4. **Reconstrucción**: mayor estabilidad, consolidación de apoyos, proyectos más amplios.
5. **Integración**: la experiencia de sufrimiento se incorpora a la historia de vida sin definirla por completo (Leamy et al., 2011; Slade, 2009).

Dinámica: “Mapa de recursos y metas”

1. Entregar una hoja con cuatro áreas:
    - **Yo conmigo** (autocuidado, hábitos, fortalezas).
    - **Yo con mi entorno afectivo** (familia, amistades).
    - **Yo con los profesionales**.
    - **Yo con mi comunidad y el apoyo mutuo**.
2. Cada persona anota, en cada cuadrante:

- Recursos que ya tiene.
- Recursos que le gustaría desarrollar.

3. A partir de esta reflexión, se formulan **dos o tres metas** específicas y realistas y **primeros pasos** para avanzar.
4. Se comparte voluntariamente alguna meta en el grupo, enfatizando que el plan es flexible y puede revisarse.

Referencias bibliográficas del bloque

Barrett, B., Waite, F., Rose, D., Parslow, R., & Henderson, C. (2013). Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis: The CRIMSON trial. PLOS ONE, 8(10), e74210. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074210

Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., & Carter, T. M. (2011). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning (WRAP). Schizophrenia Bulletin, 38(4), 881–891. https://doi.org/10.1093/schbul/sbr012

Cook, J. A., Copeland, M. E., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, J. A., Curtis, L. C., Grey, D. D., Nichols, W. W., & Kaufmann, C. L. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatric Services, 63(6), 541–547. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. BMJ, 329(7458), 136. https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Levitt, A. J., Mueser, K. T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watts, K., Barbosa, A., Degenova, J., & Chernick, M. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiunit supportive housing. Psychiatric Services, 60(12), 1629–1636. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1629

Marredo, J. (2025). *Guía de Buenas Prácticas para la Elaboración, Implementación y Evaluación de Planes de Atención Individualizados (PAI/PIA/PIR) en Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: IMSERSO.

Omer, S., Golden, E., Priebe, S., Giacco, D., Bird, V., & Slade, M. (2016). Exploring the mechanisms of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+): A qualitative study of patient–clinician interactions in community

mental health care. PLOS ONE, 11(2), e0148415. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148415

Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2014). A randomized controlled trial of illness management and recovery with an active control group. Psychiatric Services, 65(6), 1005–1011. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300354

Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): A multisite, cluster, randomised, controlled trial. The Lancet Psychiatry, 2(6), 503–514. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., McCauley, B. J., & Kim, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. The American Journal of Psychiatry, 163(11), 1943–1951. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1943

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Wagner, H. R., Moser, L. A., Wilder, C. M., & Gilbert, A. R. (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. The Journal of Mental Health, 17(3), 255–267. https://doi.org/10.1080/09638230802052195

Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Graham, T., Leese, M., Byford, S., & Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomized controlled trial. The Lancet, 381(9878), 1634–1641. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1

Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & DAiP Group. (2022). Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 79(8), 792–802. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627

Williams, J., Leamy, M., Pesola, F., Bird, V., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2015). Psychometric evaluation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). The British Journal of Psychiatry, 207(6), 551–555. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161695

8

Bloque 8: Los grupos de apoyo mutuo (GAM)

Introducción al apoyo mutuo

La figura del Técnico de Apoyo Mutuo

Los y las Técnicos de Apoyo Mutuo (TAM), también llamados técnicos de apoyo entre iguales o *peer support workers*, son personas que han atravesado experiencias significativas de sufrimiento psíquico y de recuperación, y que utilizan deliberadamente ese conocimiento vivido para acompañar a otras personas en procesos similares (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012; Repper & Carter, 2011).

Su trabajo no se trata solo de "contar la propia historia", sino de poner en juego competencias específicas: escucha activa, manejo cuidadoso de la autorrevelación, apoyo a la toma de decisiones, orientación en el sistema de recursos y construcción de esperanza realista (Walker & Bryant, 2013; Shalaby & Agyapong, 2020).

En los servicios de salud mental, los AAM se integran como parte del equipo, con una función claramente diferenciada de la de los perfiles clínicos o educativos:

- **Relación entre iguales**: la base es una relación horizontal, donde la experiencia vivida se reconoce como fuente de conocimiento válido, junto con el saber profesional (Davidson et al., 2012; Borkman, 1999).

- **Orientación a la recuperación personal**: el foco está en apoyar a la persona en sus metas y valores, no solo en la reducción de síntomas (Anthony, 1993; Slade, 2009).
- **Mutualidad**: aunque el AAM tiene un rol laboral, la relación incorpora elementos de reciprocidad, reconocimiento y humanidad compartida (Walker & Bryant, 2013).

El apoyo entre iguales en salud mental se vincula históricamente a los movimientos de derechos humanos y de usuarios/as de servicios, que cuestionaron modelos asistenciales centrados en la tutela y la institucionalización, reclamando voz propia, participación y ciudadanía plena (Campos, 2014; Shalaby & Agyapong, 2020).
En este contexto, entendemos por **apoyo entre iguales**:

- Una relación elegida y basada en la empatía, en la cual ambas personas comparten la experiencia de haber atravesado sufrimiento psíquico.

- Un espacio donde la **experiencia personal reflexionada** se convierte en recurso para otros, evitando tanto el protagonismo como la autoexposición innecesaria.
- Un modelo que reconoce que todas las personas poseen saberes y capacidades que pueden contribuir a la recuperación propia y ajena, desafiando la idea de que solo los profesionales "saben qué hacer" (Borkman, 1999; Repper & Carter, 2011).

Tal y como señalan Lázaro-Mateo, Ruíz y Ferrer, (2025), en la guía publicada por el Creap, para la inclusión de los técnicos de apoyo entre iguales en los recursos públicos de salud mental. A ser esta figura profesional relativamente novedosa en España, algunos de los profesionales de los equipos transdisciplinares en los que se integra por primera vez esta figura, muestran reticencias sobre ella y dudas sobre sus competencias, pero en la guía publicada por el Creap se clarifica de forma bastante visual que las competencias de estos técnicos son perfectamente compatibles con el resto de perfiles profesionales, y se pueden incluir en los recursos sin miedo a los solapamientos de competencias (Lázaro-Mateo, Ruíz y Ferrer, 2025).

Funcionamiento y moderación GAM

Los **Grupos de Ayuda Mutua (GAM)** son espacios donde personas que comparten una dificultad se reúnen para darse apoyo, compartir experiencias y desarrollar estrategias colectivas. La literatura sobre grupos de autoayuda y apoyo mutuo destaca su potencial para mejorar la calidad de vida y la inclusión social (Borkman, 1999; Campos, 2014).

Los **servicios de apoyo entre iguales** formales (AAM contratados en recursos) comparten con los GAM la dimensión de experiencia vivida, pero difieren en aspectos como el vínculo contractual, la coordinación con equipos profesionales y las responsabilidades de seguridad (Repper & Carter, 2011; Chinman et al., 2014).

Normas básicas de un GAM

La investigación científica y las experiencias han demostrado que son necesarias unas normas básicas para un correcto desarrollo del GAM.

- **HORIZONTALIDAD EXPERIENCIA COMÚN:** El principal punto de unión de las personas es compartir experiencias y/o una misma necesidad. La comprensión y el apoyo se basan en la empatía que facilita tener una Vivencia compartida.
- **SIN JERARQUÍAS:** Los Grupos de Ayuda Mutua están basados en la horizontalidad de las relaciones y la igualdad entre las personas que los constituyen. La corresponsabilización requiere que todas las voces tengan la misma autoridad y reconocimiento. Todas las experiencias son igual de importantes y merecen ser compartidas
- **SIN PROFESIONALES:** En los GAM ninguna persona desarrolla un rol profesional (aunque alguien tenga estudios). En los grupos se habla desde la experiencia y no desde el saber académico. Esto también hace posible predicar con el ejemplo, y no al revés, y que se rompan las dinámicas y los roles aprendidos de persona enferma pasiva.
- **VOLUNTARIEDAD ASISTENCIA VOLUNTARIA:** La decisión de recibir y dar apoyo, siempre tiene que ser propia y libre, nacida de una voluntad consciente y en primera persona. Las personas tienen que asistir a los encuentros por iniciativa propia y no sentirse obligadas a vincularse ni a asistir a las sesiones. La voluntariedad es necesaria para el compromiso con el grupo, para crear un clima de confianza y para abandonar el rol pasivo ante las dificultades. No se recomienda incluir a personas que asistan para ser dadas de alta de un servicio, porque las traiga un familiar o por cualquiera otro motivo que no sea su deseo de formar parte del GAM.
- **PARTICIPACIÓN SIN PRESIÓN:** En el GAM somos libres de hablar o de no hacerlo. Nadie se tiene que sentir forzado a exponer sus sentimientos, emociones o pensamientos ante las demás. Escuchar también es una manera válida de participar y ayudar. Cada persona necesita su tiempo para abrirse al grupo.
- **RESPETO VALOR DE LA DIVERSIDAD DE VOCES:** La voz de todas las personas tiene la misma validez e importancia. Valorar la diversidad presupone fomentar que cada persona pueda hacer sentir su propia voz, sus ideas y propuestas. En los GAM no hay una voz única, sino múltiples y diversas, y todas juntas nos enriquecen. Todas las personas somos valiosas por el hecho de ser personas. Un GAM requiere valorar y respetar a todas las participantes, sus ideas, maneras de ser y experiencias de vida, sin juicios.

Acogida de nuevos miembros

Para hacerse la acogida de manera correcta, es recomendable que se realice en dos momentos o etapas sucesivas:

1. Acogida de la persona.

Es un primer momento , orientado a recibir a quien se quiere incorporar al GAM, para conocernos y favorecer un acercamiento emocional. Es una actividad personal, hecha por quien modera el GAM. Sus principales objetivos son:

- Conocer las necesidades.
- Presentarnos personalmente.
- Explicar que es un GAM.
- Ajustar expectativas.

2. Inclusión de la persona en el GAM.

Segundo momento, orientado a facilitar la integración de la persona nueva con el resto de las personas participantes del GAM. Sirve para favorecer la confianza, el aprendizaje de las normas y el buen funcionamiento del grupo. Es una actividad grupal,hecha colectivamente por el resto. Sus principales objetivos son:

- Presentación de los participantes.
- Explicación de las reglas.
- Actualizar pactos adicionales.
- Contextualizar temas de conversación.

Buenas dinámicas para el funcionamiento de un GAM

La investigación sobre grupos y ayuda mutua destaca factores como la auto-revelación cuidadosa, la cohesión, la universalidad (“no soy la única persona con este problema”), el aprendizaje vicario y el altruismo como mecanismos terapéuticos centrales (Yalom & Leszcz, 2020; Corey, Corey, & Corey, 2017).

Algunas buenas prácticas para GAM:

- **Hablar desde la propia experiencia** (“en mi caso…”) en lugar de dar consejos directivos.
- **Usar lenguaje accesible**, evitando tecnicismos que excluyan.
- **Respetar silencios** como parte del proceso, sin forzar a nadie a hablar.
- **Cuidar turnos de palabra** para que todas las personas puedan participar.
- **Revisar periódicamente las normas**, especialmente cuando se incorporan personas nuevas.
- **Aterrizar conversaciones:** intentar hablar desde la experiencia,sin desviarse la conversación hacia la filosofía,temas lúdicos,etc.

Situaciones que distorsionan un GAM

Investigaciones y guías prácticas sobre grupos señalan que ciertas dinámicas pueden dificultar el clima de apoyo: monopolio de la palabra, comparaciones de sufrimiento, presiones para adoptar determinadas creencias o tratamientos, uso del grupo para asuntos ajenos a su objetivo, etc. (Corey et al., 2017; Yalom & Leszcz, 2020).

Reconocer estas situaciones (“monólogo”, “ping-pong” entre dos personas, discusiones teóricas interminables, comparaciones de quién sufre más…) permite al grupo **reconducir** la dinámica apelando a las normas consensuadas y a la corresponsabilidad.

Situaciones que distorsionan un GAM

- El Monólogo

Una persona acapara mucho rato el turno de palabra. Rompe la norma de inclusión. La intervención en el grupo tiene que ser de todos.

- El Ping Pong

Dos o más personas del GAM mantienen la palabra pero no dejan espacio al resto

Rompe la norma de inclusión. Hay que intentar que la participación en el GAM sea mayormente colectiva.

- **El Yo - Yo**

Una persona lleva todos los temas de conversación a sí misma. Hay que reconducir la situación hacia una dinámica más abierta, si no rompe la inclusión de los demás miembros.

- La Discusión

Dos o más personas intentan convencer al resto de una idea o terapia que ellos creen la más adecuada. En este caso se debe recordar que no hay que imponer temas o dar consejos, sino hablar desde la propia experiencia compartiendo esas ideas, o aspectos propios.

- La Tertulia de Bar

Algunas personas hablan de temas lúdicos y/o cotidianos, no relacionados con salud mental. Hay que intentar reconducir el GAM, y aterrizar la conversación hablando temas relacionados con la salud mental, y las propias experiencias.

- **El Sufrímetro**

Una o más personas compiten a ver quién sufre más o quiénes tienen más derecho a sufrir. Invalida las vivencias de los demás y rompe la norma de inclusión grupal.

- Yo te veo bien

Un participante cuestiona la vivencia de otro porque no muestra las señales que se supone debería tener. Esto genera malestar en el GAM. El grupo tiene que aprender a reconocer los estados emocionales de los otros, respetarlos e intentar aprovechar para aprender.

La Moderación del grupo

La **moderación** en un GAM o grupo de apoyo mutuo no se entiende como autoridad vertical, horizontal, sin jerarquías, sino como una **función grupal** que vela por el clima de respeto, inclusión y seguridad psicológica (Yalom & Leszcz, 2020; Corey et al., 2017).

Quien ejerce la moderación:

- Recuerda normas básicas (confidencialidad, respeto, turnos).

- Favorece que la palabra circule y que las personas más silenciosas tengan oportunidad de hablar sin presión.
- Hace visibles las dinámicas que puedan estar dañando al grupo (interrupciones constantes, descalificaciones, etc.).
- Conecta la conversación con el objetivo del grupo cuando se dispersa.
- Propone nuevas dinámicas que puedan enriquecer el grupo.

Aprender a mirar en nuestro interior

Muchas personas internalizan estigma y mensajes negativos (“soy un caso perdido”, “no valgo para nada”), lo que puede debilitar la autoestima y dificultar la recuperación. La literatura sobre autoestigma muestra que las intervenciones lideradas por pares pueden reducirlo y mejorar empoderamiento y esperanza (Davidson et al., 2012; Cooper et al., 2024).

Desde el apoyo mutuo, “mirar hacia dentro” implica:

- Diferenciar entre **etiquetas** (“soy X”) y **experiencias** (“he pasado por X”).
- Reconocer emociones difíciles sin juzgarlas.
- Identificar cualidades y logros que no desaparecen por el diagnóstico ni por las crisis.

Ejercicios como escribir una carta compasiva a uno mismo en un momento difícil, o hacer listas de fortalezas reconocidas por otras personas, pueden ayudar a construir una identidad más rica y menos reducida a la enfermedad.

Combatir el complejo de inferioridad

La comparación constante con ideales de “normalidad” puede alimentar la sensación de inferioridad. Los modelos de recuperación y los estudios cualitativos sobre apoyo mutuo muestran que encontrar pares “más avanzados” en su proceso puede ofrecer modelos realistas y reducir esa sensación de “ser menos” (Walker & Bryant, 2013; Leamy et al., 2011).

El GAM y el apoyo entre iguales favorecen:

- **Normalizar** dificultades (“no soy la única persona a la que le pasa”).
- Reconocer logros cotidianos que suelen pasar desapercibidos.
- Recibir retroalimentación positiva creíble (“yo también me sentía así y poco a poco fui…”).

Sobre las relaciones sociales

El aislamiento social es un factor de riesgo para el empeoramiento del malestar psíquico y para las recaídas. La participación en grupos de apoyo, asociaciones, actividades comunitarias y proyectos de voluntariado se asocia con mayor esperanza, sentido de pertenencia y calidad de vida (Campos, 2014; Shalaby & Agyapong, 2020). La familia y el entorno afectivo cercano son de las principales redes sociales. Programas de psicoeducación familiar han mostrado beneficios en recaídas, funcionamiento y carga familiar cuando se combinan con tratamientos habituales (Worden, 2018; Aguilera, 2013).

El apoyo mutuo incluye:

- Acompañar a la persona en sus primeros pasos en nuevos espacios sociales.
- Validar el miedo al rechazo y a la estigmatización, compartiendo estrategias y experiencias.
- Señalar que no se trata de “relacionarse mucho”, sino de construir **relaciones suficientemente buenas y seguras**.
- Ayudar a la persona acompañada a **expresar a su familia qué tipo de apoyo necesita**.
- Recordar que los familiares también pueden estar en duelo por la vida que imaginaban que tendrían y finalmente no tuvieron.
- Facilitar puentes de comunicación, siempre respetando la confidencialidad y la voluntad de la persona usuaria.

Ventajas de las redes de apoyo de salud mental

Los metaanálisis y revisiones recientes indican que el apoyo mutuo y los programas de pares pueden:

- Aumentar **esperanza, empoderamiento y recuperación percibida**.
- Mejorar la **calidad de vida** y la **participación en servicios**.
- Aportar beneficios también a quienes ofrecen apoyo (mayor sentido, autoestima, habilidades) (Davidson et al., 2012; White et al., 2020; Cooper et al., 2024).

Los efectos sobre síntomas y rehospitalizaciones son más heterogéneos y dependen de la intensidad, el momento de la intervención y su integración en el sistema (Lloyd-Evans et al., 2014; Smit et al., 2023; Puschner et al., 2024).

En términos vivenciales, muchas personas describen que las redes de apoyo les permiten:

- Sentirse acompañadas y no juzgadas.
- Compartir estrategias y “trucos” que no aparecen en los manuales.
- Acceder a información práctica sobre recursos y derechos.

Técnicas de dinamización de grupos de apoyo mutuo

Tipos de roles en grupos

Las investigaciones sobre grupos terapéuticos y psicoeducativos identifican distintos **roles** que las personas pueden adoptar de forma más o menos estable: portavoces, cuidadores, cuestionadores, personas más resistentes, etc. Estos roles pueden facilitar o bloquear la dinámica, y suelen cambiar a lo largo del proceso (Yalom & Leszcz, 2020; Corey et al., 2017).

Es útil distinguir entre:

- **Roles funcionales**: facilitan el clima de apoyo (facilitador, portavoz, mediador, “espejo” que comparte experiencias similares).

- **Roles bloqueadores**: dificultan la participación equitativa (monopolizador, saboteador, evasivo, “payaso”, chivo expiatorio).

Comprender que estos roles no son etiquetas fijas, sino formas de posicionarse ante el grupo, ayuda a trabajarlos sin culpabilizar.

Fases madurativas de un grupo

Los modelos clásicos describen cuatro grandes etapas en el desarrollo de un grupo (Corey et al., 2017; Yalom & Leszcz, 2020):

1. **Formación / inicio**: más ansiedad, dudas, idealización del coordinador, interacción más superficial.
2. **Transición / confrontación**: expresión de emociones más intensas, emergen conflictos y resistencias, se cuestionan normas y objetivos.
3. **Trabajo / productividad**: mayor cohesión, apertura, apoyo mutuo, se abordan temas más profundos y se generan cambios significativos.
4. **Cierre / finalización**: aparecen sentimientos de pérdida y gratitud, se revisan aprendizajes y se planifica la continuidad fuera del grupo.

El dinamizador del grupo de apoyo mutuo debe ajustar su postura en cada fase: más contención y explicitación de normas al inicio; más mediación y tolerancia al conflicto en la fase de transición; mayor fomento de la autonomía en la fase de trabajo; y cuidado especial del duelo en la fase de cierre.

Postura del dinamizador en grupos terapéuticos

La postura del dinamizador/facilitador se puede resumir en:

- **Neutralidad empática**: no tomar partido, validar todas las experiencias, mantener una actitud de curiosidad y respeto (Yalom & Leszcz, 2020).
- **Presencia activa y flexible**: estar atento a lo que se dice y a lo que no se dice (silencios, tensiones, exclusiones).
- **No protagonismo**: facilitar que el grupo sea el principal agente de cambio, devolviendo preguntas al grupo en lugar de responder siempre desde el rol profesional (Rutan, Stone, & Shay, 2014).

- **Contención emocional**: sostener el clima cuando aparecen emociones intensas, sin apresurarse a “arreglarlas”.
- **Postura ética y autoconciencia**: cuidar confidencialidad, diversidad y propios sesgos.

Buenas prácticas en el apoyo mutuo

Diversas revisiones y guías coinciden en un conjunto de **funciones típicas del AAM** (Davidson et al., 2012; Repper & Carter, 2011; Bellamy, Schmutte, & Davidson, 2017):

- **Apoyar procesos de recuperación** desde la experiencia vivida, ofreciendo modelos de esperanza realista.
- Proporcionar un **espacio de escucha y validación**, donde la persona se sienta comprendida por alguien que “ha estado ahí”.
- Facilitar la **vinculación y acogida** en recursos, acompañando en primeros contactos y reduciendo el aislamiento.
- Ayudar a **navegar el sistema de recursos** (servicios sanitarios, sociales, comunitarios), traduciendo lenguaje técnico y opciones disponibles.
- Favorecer el **empoderamiento**, apoyando a la persona a identificar fortalezas, formular metas y tomar decisiones informadas.
- Colaborar en **planes de recuperación y autogestión**, incluyendo señales de alerta, estrategias de afrontamiento y apoyos clave.
- Participar en la **evaluación de procesos y resultados** desde la perspectiva de la experiencia vivida, contribuyendo a la mejora de los servicios.

Recursos sociosanitarios en salud mental

Los recursos comunitarios de atención a la salud mental configuran la “ecología” donde el apoyo mutuo y los agentes de apoyo entre iguales se despliegan. Los principales son: viviendas supervisadas o tuteladas, centros de día, centros residenciales, servicios de acompañamiento domiciliario, programas de empleo con apoyo, asociaciones de

usuarios/as y familiares, servicios municipales, hospitales, unidades de salud mental, hospitales de día y dispositivos de ocio inclusivo.

La Organización Mundial de la Salud recomienda sistemas con fuerte componente comunitario, donde los servicios especializados se articulen con recursos sociales y redes de apoyo mutuo, reduciendo la dependencia de la hospitalización y favoreciendo inclusión, ciudadanía y derechos (World Health Organization, 2014).

Desde el rol del agente de apoyo muto, es importante conocer estos recursos y "traducirlos" a la persona acompañada, explicándole cuales hay en su municipio, qué ofrecen, qué requisitos tienen, cómo acceder, es una parte importante del apoyo a la vida independiente y la participación social.

Referencias bibliográficas del bloque

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2003). *The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37(5), 586–594.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23.

Aguilera, D. C. (2013). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8.ª ed.). Cengage Learning.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

Bellamy, C., Schmutte, T., & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(3), 161–167.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28.

Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Rutgers University Press.

Brown, L. D., et al. (2024). Supporting peer support workers and their supervisors: Evaluation of a training program. *Psychiatric Services, 75*(2), 134–141.

Campos, F. A. L. (2014). Peer support for people with mental illness: A systematic review. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 30*(5), 310–319.

Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(4), 429–441.

Cooper, R. E., Saunders, K. E. A., Shiers, D., Taylor, D., Walters, J., & Gillard, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. *BMC Medicine, 22*, 72.

Corey, G., Corey, M. S., & Corey, C. (2017). *Groups: Process and practice* (10.ª ed.). Cengage Learning.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11*(2), 123–128.

Gillard, S., et al. (2024). Implementing peer support into practice in mental health services. *BMC Health Services Research, 24*, 990.

Hiltensperger, R., et al. (2024). Measuring fidelity to manualised peer support for people with severe mental health conditions: Development and psychometric evaluation of the UPSIDES fidelity scale. *BMC Psychiatry, 24*, 675.

Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., et al. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: A randomised controlled trial. *The Lancet, 392*(10145), 409–418.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.

Lázaro-Mateo, J., Ruíz, A.I. y Ferrer, C. (2025). *Guía de buenas prácticas para la inclusión del agente de apoyo entre iguales en recursos públicos de salud mental*. Madrid: Ministerio de derechos social, consumo y agenda 2030. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap). Extraído de: https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20250609_gbp_inclusion_aai_recursospublicos.pdf/bbae2303-09a3-501c-abfc-6462fa6c8575

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445–452.

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., et al. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry, 14*, 39.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence (NG225).* NICE.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support workers in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392–411.

Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy* (5.ª ed.). Guilford Press.

Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer support in mental health: Literature review. *JMIR Mental Health, 7*(6), e15572.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services, 62*(5), 541–544.

Smit, D., et al. (2023). The effectiveness of peer support interventions for individuals with mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 53*(5), 1–15.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies, 23*(3), 197–224.

White, S., Foster, R., Marks, J., et al. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 20*, 534.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5.ª ed.). Springer.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative.* WHO.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6.ª ed.). Basic Books.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
IMSERSO
CREAP
Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial