

ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº/ **18**

Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG
EDICIÓN BILINGÜE

FENDAS

MGSM
NARRATIVAS
COIDADO
AGOCHO

Nº18

REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CONSELLO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaria

Eduardo Martínez Lamosa / Tesoureiro

Paula Cid Gutiérrez / Vogal

María Salomé Botana Martínez / Vogal

Isabel Figueroa Matallín / Vogal

Marta Millares Otero / Vogal

CONSELLO DE REDACCIÓN

Mª Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE

Lucía Díaz Riola
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

Espiñeira, 10 baixo

15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura de Cibreiro

IMAXE DE PORTADA – Lars H Knudsen / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex

<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

 latindex

Novembro, 2025

Depósito Legal: C 1615-2019

<https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables
das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do
Consello de Redacción

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo/a
seu/súa autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do
COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN Mª Gabriela Domínguez Martínez
08	MGSM / MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL. HISTORIA E PERCORRIDO NA DEFENSA DA ATENCIÓN Á SAÚDE MENTAL BASEADA NOS DEREITOS. Rosa Cerqueiro Landín + Miguel Anxo García Álvarez
28	NARRATIVAS / NARRATIVAS A CONTRAFÍO Voria Stefanovsky + Veruska Vasconcelos
40	COIDADO / O PODER DO COIDADO AFECTIVO NO ALZHÉIMER AVANZADO. DA NEUROCIENCIA ÁS POLÍTICAS DE SAÚDE: UNHA MIRADA CLÍNICA E RELACIONAL Vanessa Vilas-Riotorto
62	FERRAMENTAS — AGOCHO / DO AGOCHO Á RÚA PENSAMENTO: TECENDO VÍNCULOS NAS MARXES INSTITUCIONAIS Carlos Díaz Marcelo + Rocío López Díaz + Elisa Llamas López + Elena Malavé López + Gloria Alonso Toribio
 ANUARIO ABERTO	
72	ARTIGO LIBRE / MODERADORES DE CONTIDO COMERCIAL: EXPOSTOS AO TRAUMA, OCULTOS AO MUNDO – Jennifer Prieto Estévez
88	ARTIGO LIBRE / «EROS NO ESPECTRO» SEXUALIDADE E AUTISMO: UNHA REVISIÓN DA LITERATURA – Aldara Varela Lodeiro + María Candal González
98	CASO 1 / O XOGO COMO PONTE TERAPÉUTICA: ALIANZA E ENFOQUE INTERDISCIPLINAR NO CASO DUNHA MENOR CON AUTOLESIÓN – Sandra Marco Peligro + Sara Vázquez Rumbo
110	CASO 2 / ABORDAXE DA SINTOMATOLOXÍA POSTRAUMÁTICA NUN CASO DE TRAUMA RELACIONAL – Tania Tuñas López + Inmaculada Sangiao Novio
120	COMUNICACIÓN / PROGRAMA “DIÁLOGOS ABERTOS CON SAÚDE MENTAL” – María Candal González + Aldara Varela Lodeiro + Casilda Oujo Fernández
126	COMUNICACIÓN / PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DATOS E IMPRESIÓN DOS DOUS PRIMEIROS ANOS E MEDIO DE IMPLEMENTACIÓN – Anxo Fernández Villar + Cristina García Diez + Nora Suárez Fuentes + Jennifer Cabaleiro Suárez + Jacinto Jose Casas Araujo
134	PÓSTER / ESTUDO SOBRE A IMPLANTACIÓN DA INTERVENCIÓN «AXUDA MUTUA» DO MODELO SAFEWARDS NAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE) Jennifer Prieto Estévez + José Antonio Toro Varela + Marta Cabaleiro Díez + María Rodríguez Álvarez + Olalla Maceira Soto

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora do Consello de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

Cando fixemos a nosa reunión para decidir o tema do *Anuario*, pensamos en falar dos dereitos humanos, da interculturalidade, da perspectiva de xénero, do capitalismo e a saúde mental, da resiliencia. E todo este pensamento materializouse na idea xeral de Fendas. Sabíamos que queríamos falar das brechas nos sistemas, do que falla, pero tamén aportar a esta falta.

As gretas hai que telas en conta cando as vemos, pois poden ser indicativas de problemas estruturais (do sistema) e funcionar, así, coma unha alarma. Unha alarma a escutar, a ver, a amosar creando espazos de reflexión e debate para actuar. Deste xeito, podemos tratar de reparalas, ver a través delas, ou rachalas completamente.

Ás veces, as feridas ou fisuras pódense reparar coma unha peza de porcelana coa técnica do Kintsugi, resaltando a historia da peza con ouro, visualizando as brechas para saber onde estamos e cara a onde nos queremos dirixir sen esquecer o acontecido.

Outras veces aproveitamos eses ocos para mirar e ver que pode haber a través deles, entendendo a fenda como unha oportunidade ou fiestra á que asomarse. Como esa fisgoa na porta pola que todos miramos de nenos para saber que hai ao outro lado.

E, outras veces, hai que rachar con todo, romper a vaixela e volver a construír.

De todo isto fala o *Anuario*, xorde coma espazo de reflexión sobre a fraxilidade e a apertura, a saúde mental inseparable dos dereitos humanos, a necesidade de ter en conta o contexto sociopolítico e económico e das desigualdades, a importancia do compromiso, da mobilización, do activismo e da acción social. Da necesidade de ter outros relatos e outras formas de imaxinar o mundo, xerando narrativas alternativas, pois narrar fortalece e o que non se expresa tende á inexistencia.

Pero falar de fendas tamén é falar de amor, de coidado, de facer presente, de reparar e de

buscar. E, nisto, os autores e autoras foron dabantos cariñosos poñendo o seu tempo e saber no plano do coñecemento.

Abrimos o *Anuario* coa idea da quebra do sistema e a estrutura e a importancia de ver esas brechas e amosalas aos demais para actuar sobre elas, moitas veces sucedendo isto a través de plataformas cidadás, e o facemos co artigo «*Movemento Galego de Saúde Mental. Historia e percorrido na defensa da atención á saúde mental baseada nos dereitos*», dos psicólogos clínicos Rosa Cerqueiro e Miguel Anxo García. O artigo recoulle o contexto social, económico e político de precarización social e a partir do cal se creou esta plataforma e os principios nos que se basean. Con xenerosidade comparten tamén os elementos nucleares a desenvolver desde os movementos cidadáns para acadar os obxectivos de cambio desde a acción social. Malia o traballo feito e os logros claramente obtidos, lémbrannos que non se debe dar por feito que si se respectan os dereitos das persoas psiquiatrizadas pola existencia da normativa, senón que hai que asegurarse de que se fan efectivos; mantendo presente os seus obxectivos nucleares de defensa dunha atención á saúde mental baseada nos dereitos e a defensa dos servizos públicos. O silencio e a inacción non son unha opción desde a perspectiva dos dereitos, asumindo que é a clave da persoa afectada e un acto de reparación social ante colectivos historicamente maltratados, obxecto de prexuízos, discriminacións e violencias.

E a historia dos silenciados, dos que non venceron, dos marxinados, debe quebrar a greta e saír á luz, como nos ensinan Voria Stefano-vsky e Verusca Vasconcelos co seu artigo «*Narrativas a contrafío*»; nai e filla, ambas activistas romanís, unha desde o literario e outra desde a psicoloxía. Aquí a greta ou a fenda é para romper, deconstruír e reconstruír. Comezan o artigo agradecendo a aqueles que narran, entendendo a vida como unha narrativa e o narrar como un acto de existencia, resistencia e supervivencia... e tamén un acto político. Narrar o trauma non borra a ferida, pero a

converte en comunicable e socialmente compartida; pois o trauma necesita ser narrado para ser elaborado. E, así, coma se de un floreiro con gretas se tratara, Voria repara as feridas con ouro relatando e compartindo con magnanimitade a súa historia. E, para engrandecer o relato, remata cunha poesía propia na que pon voz a «Os invisibilizados».

Pero hai ocasións nas que non se pode continuar o relato en primeira persoa e é outro o que ten que seguir narrando cando a persoa non pode falar, cando perde a memoria. No seguinte artigo, a psicóloga clínica Vanessa Vilas nos amosa unha greta de acceso ao coidado daqueles que sufren un gran deterioro cognitivo a través da experiencia afectiva no seu artigo *«O poder do coidado afectivo no Alzheimer avanzado. Da neurociencia ás políticas de saúde: unha mirada clínica e relacional»*. Neste artigo explora o poder do vínculo afectivo en fases avanzadas, integrando achados da neurociencia coa experiencia clínica e o coidado. Analízase como o coidado centrado na empatía e a seguridade emocional impacta na calidade de vida, mesmo cando a linguaxe verbal se perde. Desde a perspectiva da saúde pública e a economía do coidado, propónense políticas que reconeñen e fortalezan o rol de coidadores formais e informais, e a influencia das desigualdades de xénero. A converxencia entre ciencia, clínica e acción política é clave para promover un modelo de atención que valore a afectivididade como recurso terapéutico esencial no Alzheimer avanzado.

O vínculo humano constitúe un recurso terapéutico de primeira orde. No derradeiro artigo do monográfico, *«Do Agocho á rúa pensamento: Tecendo vínculos nas marxes institucionais»*, que conforma o apartado de ferramentas, Carlos Díaz, Rocío López, Elisa Llamas, Elena Malavé e Gloria Alonso, ilustran, a través dun fermoso caso, como a presenza sostida e a flexibilidade institucional poden favorecer procesos de simbolización en adolescentes en situación de retramiento extremo. Amósase a fenda institucional, a súa rixidez, pero tamén a greta

que se abre fóra do cuadrante e do protocolo e que enche de luz o proceso terapéutico. É un artigo no que se abordan as implicacións clínicas do «ir buscar» como acto terapéutico e se propón pensar no xogo do agocho como metáfora dos procesos vinculares e do traballo psicoterapéutico coa repetición e o desexo do outro. Esa presencia persistente que non debe invadir, pero que tampouco se retira, ese Outro que non deixa de buscar e o suxeito que non deixa de intentar aparecer.

E continuamos atrapando a luz que entra polas gretas cos artigos que conforman o Anuario Aberto, neste caso, dous artigos libres, dous casos clínicos e os tres traballos premiados nas XXIX Xornadas da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG.

En *«Moderadores de contido comercial»*, a residente de psicoloxía clínica, Jennifer Prieto, explica o papel desta profesión e o impacto deste traballo nas persoas que o realizan, considerando tamén as condicións laborais e as medidas de benestar que se promoven e abordando os retos futuros, tendo tamén en conta o papel da intelixencia artificial e a ética.

En *«Eros no espectro. Sexualidade e autismo: unha revisión da literatura»*, as residentes de psicoloxía clínica, Aldara Varela e María Candal, describen as particularidades respecto á sexualidade que son propias das persoas cun diagnóstico de TEA e as comparan tamén coa poboación xeral. Un artigo moi interesante no que se revisa unha necesidade moitas veces esquecida.

No caso clínico *«O xogo como ponte terapéutica: alianza e enfoque interdisciplinar no caso dunha menor con autolesións»*, Sandra Marco e Sara Vázquez describen a abordaxe interdisciplinar dun caso clínico cunha paciente de 12 anos con conductas autolesivas, cun enfoque centrado na alianza terapéutica e o uso do xogo como ferramenta de traballo. Resaltan o traballo en equipo e o valor da creatividade na consulta.

Por último, no caso clínico *«Abordaxe de sintomatoloxía postraumática nun caso de trauma rela-*

cional», Tania Tuñas e Inmaculada Sangiao describen un caso de intervención en trauma relacional en contexto de violencia de xénero, abordando as particularidades do TEPT-C e dos aspectos básicos da intervención, como a identificación das situacións de maltrato, os mandatos de xénero e os factores de vulnerabilidade.

Para finalizar, están os traballos premiados nas pasadas Xornadas.

Por unha banda, está a comunicación libre «Programa «*Diálogos Abertos con Saúde Mental*»», de María Candal, Aldara Varela e Casilda Oujo; no que debullan o programa posto en marcha desde a USM de Noia resaltando a importancia das redes e os obstáculos atopados.

Por outro lado, a comunicación libre «*Programa de atención continuada de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria: datos e impresións dos dous primeiros anos e medio de implementación*», de Anxo Fernández, Cristina García Diez, Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro e Jacinto José Casas

E, finalmente, o póster «*Estudo sobre a implantación da intervención «Axuda Mutua» do Modelo Safewards nas UHRP de Piñor (Ourense)*», de Jennifer Prieto, José Antonio Toro, Marta Cabaleiro, María Rodríguez e Olalla Maceira.

Como sempre, agradecer e dar os parabéns ás miñas compañeiras de equipo pola súa implicación, o seu traballo e compromiso; así como ás autoras e aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron, e ás compañeiras do COPG.

Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

MGSM



MOVIMENTO
GALEGO DA SAÚDE
MENTAL. HISTORIA
E PERCORRIDO
NA DEFENSA DA
ATENCIÓN Á SAÚDE
MENTAL BASEADA
NOS DEREITOS

Rosa Cerqueiro Landín

Psicóloga clínica. Portavoz do Movemento Galego da Saúde Mental

rosacerqueirolandin@gmail.com

Miguel Anxo García Álvarez

Psicólogo clínico. Portavoz do Movemento Galego da Saúde Mental

max.ga@telefonica.net

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Cerqueiro Landín, R., & García Álvarez, M. A. (2025). Movemento Galego da Saúde Mental. Historia e percorrido na defensa da atención á saúde mental baseada nos dereitos. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 8-27. <https://coggalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

O Movemento Galego da Saúde Mental (MGSM) é unha plataforma cidadá creada en 2014 co obxectivo de frear o deterioro na atención pública á saúde mental, en recorte de recursos e dotación profesional e retroceso en dereitos, intensificados desde a recesión económica de 2008, a pesar do aumento da prevalencia de problemas de saúde mental.

Aliñados cos principios que marca a *Convención dos dereitos das persoas con discapacidade* e de distintos organismos internacionais como a Organización das Nacións Unidas (ONU), o Consello de Europa ou a Organización Mundial da Saúde (OMS), ao longo destes anos, o MGSM presentou distintas iniciativas e propostas para potenciar un sistema sanitario e social público que disporía dos recursos e investimentos necesarios para dar unha atención de calidade, e realizou accións de denuncia pública e de esixencia de superación de prácticas que vulneran dereitos fundamentais, tal como son o uso de contencións mecánicas e outras prácticas coercitivas ou a limitación inxustificada dos dereitos que asisten ás persoas diagnosticadas.

PALABRAS CHAVE — Dereitos en saúde mental, MGSM, sanidade pública, contención mecánica.

ABSTRACT

The Galician Movement for Mental Health (MGSM) is a citizen platform created in 2014 with the aim of halting the deterioration in public mental health care, the cutting of resources and professional staffing, and the regression of rights, intensified since the economic recession of 2008, despite the increase in the prevalence of mental health issues.

In alignment with the principles set forth by the *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* and various international organizations such as the United Nations (UN), the Council of Europe, or the World Health Organization (WHO), over the years, the MGSM has presented various initiatives and proposals to enhance a public health and social system that has the necessary resources and investments to provide quality care, and to publicly denounce and demand the overcoming of practices that violate fundamental rights, such as the use of mechanical restraints and other coercive practices or the unjustified limitation of the rights afforded to diagnosed individuals.

KEY WORDS — Mental health rights, MGSM, public health, mechanical restraint.

CONTEXTO DE CREACIÓN E PRINCIPIOS QUE BASEAN O MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL

O ano 2014 marcará o inicio do Movemento Galego da Saúde Mental (en adiante MGSM) como plataforma cidadá. En febreiro dese ano, un nutrido grupo de persoas conformarán o grupo promotor da declaración fundacional que en poucas semanas sumará o apoio de centos de persoas a título individual e de asociacións profesionais de saúde mental e doutros ámbitos como os da xustiza, así como asociacións de persoas usuarias e familiares, colexios profesionais e organizacións sindicais.

É moi significativo que este movemento cidadá unise a tantas persoas e colectivos de diversos ámbitos en tan curto período de tempo. Isto só pode entenderse desde o singular contexto social deses anos, que de forma tan precisa se analizaba no Manifesto fundacional, no que tiña que ver coa situación de dano da asistencia á saúde mental en Galicia, en termos de calidade, eficiencia e seguridade, e o deterioro democrático e de perda de dereitos que se estaba a producir, como persoas usuarias e como profesionais.

É crucial recordar o contexto social, económico e político na recesión económica iniciada en 2008. Intensificábanse as consecuencias da crise en todo o Estado español: aumento do desemprego, desafiuazamentos, migracións forzadas, maiores índices de pobreza e desigualdade; en definitiva, a precarización da vida en xeral. E os indicadores sanitarios que se ían coñecendo amosaban unha evolución negativa dos efectos da crise na saúde da poboación e nomeadamente na saúde mental: maior prevalencia de trastornos, maior gravidade destes, maior consumo de

psicofármacos ou o aumento da mortalidade por suicidio (Gili et al., 2014).

A resposta política adoptada a nivel estatal e autonómico á crise económica foi aplicar a doutrina da austeridade e da estabilidade orzamentaria por riba de calquera outro tipo de políticas sociais dirixidas a mitigar os efectos da crise económica na vida das persoas. Montesinos (2022) resume as consecuencias de sucesivas reformas lexislativas e políticas públicas, especialmente a partir do cambio de goberno no Estado español en 2011, que implicaron unha erosión profunda do estado do benestar: a nivel laboral facilitouse o despedimento, a flexibilidade das empresas para modificar as condicións de traballo e reducíronse as indemnizacións por despido improcedente; as reformas do sistema de pensións diminuíron a contía destas e aumentaron as dificultades para acceder ao sistema; en educación creceron as ratios de alumnado por aula, diminuíu a contratación de profesorado, limitáronse as bolsas de estudos e aumentaron os prezos das taxas universitarias e de formación profesional; en materia de dependencia, reduciuse a contía das aportacións económicas do estado e suspendeuse o pago de prestacións xa recoñecidas; a nivel de vivenda, facilitouse o procedemento de desafiuazamentos.

E a nivel sanitario, a aprobación do infame *Real Decreto-lei 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións* foi a estocada final aos dereitos sanitarios máis básicos. Coa escusa de urxencia e excepcionalidade, que non se confirmou posteriormente polo afortunado atraso nos desenvolvimentos normativos e a execución dos mesmos, o goberno popular introducía unha revisión extensa do ordenamento sanitario e dinamitaba o consenso social conseguido ata ese momento. O máis grave da norma foi, sen dúbida, a introdución dos conceptos de «asegurado» e «beneficiario» co único propósito de excluír da asistencia sanitaria ás persoas migrantes sen residencia ad-

ministrativa recoñecida (“sen papeis”); outras medidas propostas nesta lei foron a do copagamento de diversas prestacións e a exclusión do financiamento de diversos medicamentos de uso común. Quebrábanse así os principios fundamentais do noso sistema sanitario: universalidade da atención, equidade, accesibilidade e eficacia.

Sendo este o marco xeral, a análise inicial do MGSM sobre a atención á saúde mental en Galicia, que será recollida na declaración fundacional, sitúa en catro eixos a involución experimentada nos últimos anos, sendo que Galicia xa sufría un atraso histórico con respecto a outras áreas do estado español:

— **Deterioro na prestación de servizos asistenciais:** cunha maior dificultade no acceso ás prestacións sanitarias, con listas de espera crecientes, consultas sucesivas distanciadas no tempo, redución dos tempos de atención, limitacións no acceso á hospitalización psiquiátrica e acurtamento temerario da mesma ou impedimento no acceso a programas de rehabilitación. Isto ten repercusións importantes na seguridade das persoas en condicións más graves e na equidade no acceso aos servizos, sendo que as persoas con trastornos mentais más severos e que contan con menos recursos atópanse en peores situacións.

— **Deterioro do exercicio profesional:** os condicionantes arriba mencionados de maior carga asistencial, pero tamén de maior dificultade para realizar unha práctica asistencial de calidade conforme as competencias profesionais, crearon un contexto laboral de frustración, sobrecarga e esgotamento. E isto estaba a ocorrer nun contexto de precarización máxima no emprego, cunha taxa de reposición que impedía aumentar ou tan se quería manter as dotacións profesionais, con contratacións laborais de absoluta inseguridade, mesmo de días ou mes a mes que facían

imposible unha previsión mínima no traballo e na vida.

— **Desplanificación:** Galicia estaba en inferioridade de condicións en canto á planificación dos recursos en saúde mental. A pesar dos intentos para establecer un mapa de necesidades e de recursos levado a cabo por sendas comisións asesoras en saúde mental e plasma-dos en dous textos, *Documento de bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (1987)* e *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia (1997)*, non é ata o goberno bipartito que se publica o *Plan Estratéxico de Saúde Mental 2006-2011*, pero que se interrompe en 2009 co cambio de goberno, sen visos de recuperar ou reformular no momento de creación do MGSM. Este feito era especialmente grave en situación de crise económica, a pesar de que a OMS advertira no inicio da recesión que as políticas de protección social e sanitarias que se desenvolvesen para mitigar os efectos da crise ían ser definitivas en termos de saúde e vidas.

— **Funcionamento antidemocrático dos servizos e institucións do SERGAS:** o recorte en dereitos asistenciais dos doentes, en dereitos laborais dos profesionais, a sobrecarga sostenida no tempo e a falta de planificación creaba un ambiente de presión e de tensión que empeoraba ao non existir canles de información e participación na elaboración de propostas por parte tanto das persoas usuarias como das profesionais. Non só non se facilitaba, senón que se impedía unha organización máis democrática.

É importante sinalar que desde o inicio da crise económica houbo unha especie de campaña de *marketing* que logrou introducir a idea de responsabilidade/culpa da poboación sobre a orixe da crise. Esta idea chegou a calar en profundidade como para explicar certa inacción social. Mensaxes desde os gobernos como «*vivimos por enriba das nosas posibilidades*», «*facer máis con menos*» e semellantes contribuíron a individualizar en parte o efecto dunha crise mundial

e, ao mesmo tempo, ocultaban con eufemismos a magnitud do dano e sufrimento en curso (desaceleración en vez de crise, reformas en vez de recortes ou taxa de crecemento negativo en vez de recesión).

O Manifesto fundacional do MGSM, presentado aos medios de comunicación en marzo de 2014, contén esta análise da situación, pero tamén toda unha declaración de principios, asumindo o compromiso de actuar, de elaborar coñecemento e propostas alternativas, de informar á poboación, de denunciar e mobiliar para mudar o estado de cousas, de defender o público e esixir o respecto aos dereitos sociais e sanitarios.

O MGSM poñíase en marcha. A primeira acción na que se implica o movemento é un claro exemplo dos principios que van guiar o seu transcorrer: a apostas polo compromiso e a mobilización social para virar os intentos de desmantelamento do público e de conculcación dos dereitos máis básicos. Nesta primeira actuación tras a mobilización de profesionais e persoas afectadas, logrouse paralizar o peche dunha Unidade de Hospitalización Psiquiátrica que pretendían fora definitivo, vulnerando

o dereito á protección da saúde, e tendo que denunciar ao mesmo tempo os intentos de coacción de profesionais que non estaban de acordo cos recortes propostos.

TRAXECTORIA DO MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL NA DEFENSA DOS DEREITOS

Non é posible pola súa extensión nin é o obxecto deste artigo detallar todas as actividades levadas a cabo polo MGSM desde o seu inicio. Si nos parece importante compartir o que cremos son os elementos nucleares a desenvolver desde os movementos cidadáns para acadar os obxectivos de cambio desde a acción social.

1 — As xornadas do MGSM e outros espazos de creación de coñecemento

En primeiro lugar, faise imprescindible dotarnos dun espazo de encontro diverso, aberto e



Foto cedida polos autores

horizontal que facilite xerar novos coñecementos sobre cuestiós arredor da saúde mental, que potencie o debate e reflexión entre todas as persoas participantes e permita ampliar a capacidade de traballo do MGSM, saíndo dos reducionismos nos que con frecuencia se actúa desde o mundo profesional sanitario.

En proceso de preparación das X Xornadas do MGSM, en tódalas edicións a referencia aos dereitos (fundamentais, civís, sanitarios, sociais, laborais...) é unha constante como nexo común e columna vertebral da filosofía do Movemento. Outro dos acenos de identidade do MGSM é a capacidade para integrar a todos os colectivos significados en saúde mental: primeira persoa, profesionais, sindicatos ou redes asociativas.

Foron temas tratados nestes espazos de reflexión e debate: os efectos da crise económica na saúde mental da poboación; a situación dos recursos asistenciais e dotacións profesionais e o seu efecto nunha atención de calidade; as dificultades da primeira persoa para participar de pleno dereito na planificación, organización, xestión dos recursos e propostas de mellora dos servizos sociais e de saúde mental;

controversias arredor dos tratamentos involuntarios; os suicidios; a existencia da contención mecánica e outras medidas coercitivas; a modificación xudicial da capacidade xurídica das persoas con discapacidade; a protección xudicial dos dereitos asistenciais; os discursos do poder en saúde mental; a perspectiva de xénero en saúde mental; a pobreza; as dificultades da mocidade para acadar un proxecto de vida digno; as diversidades; o traballo como fonte de malestar e como posibilidade de recuperación; as violencias; o problema da vivenda... son temas tratados ao longo destes anos, tanto nas xornadas anuais como en distintas mesas redondas realizadas en datas de especial significado.

Fronte a discursos imperantes que individualizan o sufrimento, restrinxido a unha exclusiva orixe biolóxica, as xornadas do MGSM amplían e trasladan á opinión pública o foco de análise e intervención aos determinantes psicosociais da saúde e o malestar, resaltando a importancia da mellora das condicións do existir, en liña cos posicionamentos das principais organizacións internacionais en relación coa saúde e os dereitos humanos e do propio



Foto cedida polos autores

coñecemento científico. Fálase do importante e do socialmente relevante.

2 — Comunicados de denuncia dirixidos a responsables sanitarios, representantes políticos e cidadanía, e os actos de «rúa».

De acordo cos seus principios fundacionais, o MGSM nace con vocación de promover o compromiso, a participación e a mobilización para frear o deterioro na atención á saúde mental, mellorar os recursos asistenciais historicamente carenciais e contribuír a un cambio de paradigma en saúde mental onde os dereitos sexan a pedra angular da atención. Isto non se realiza en abstracto ou soamente desde un plano intelectual e restrinxido a ámbitos, por exemplo, exclusivamente profesionais.

Ao contrario, a cidadanía ten que estar informada, tomar conciencia e resolver cuestiós que lle pertencen como tal, deixando de estar o tema da saúde mental no espazo excluído que tradicionalmente se lle asignou. A través de comunicados públicos, difundidos a través das nosas redes sociais e medios de comunicación, a cidadanía puido estar informada e posicionarse sobre situacions de desigualdade no trato sanitario ou vulneración de dereitos que se están a producir e pódense prever.

Participamos en entrevistas ou elaborando artigos de opinión na prensa escrita, radio e televisión, e como invitados en diversos foros cidadáns, profesionais ou sindicais, na idea de ampliar a información a todos os sectores sociais posibles.

Como representantes da cidadanía, o MGSM fixo partípice en todo momento aos diferentes grupos políticos, e especialmente aos grupos parlamentarios en cada unha das lexislaturas transcorridas, da existencia de diversas irregularidades e situacions de potencial vulneración de dereitos, do estado dos servizos de saúde mental e as súas carencias de planificación,

dotación técnica ou recursos asistenciais, e das propostas de mellora que considerábamos relevantes. Froito desta comunicación, a saúde mental foi un tema recorrente nos debates políticos no Parlamento de Galicia, tanto en comisiós como en pleno, a través de múltiples iniciativas e proposiciós parlamentarias.

Son un exemplo as diversas declaracions públicas realizadas nos anos 2014 e 2015, onde a política de austeridade, recortes e desmantelamento do público levou á Consellería de Sanidade a intentar pechar camas das unidades hospitalarias de psiquiatría e mesmo intentar pechar unha unidade enteira, tendo que desvelar o MGSM os diversos intentos dos gobernantes de maquillar a demanda asistencial con datos falseados, con ordes de non ingresar ou ordenando altas precipitadas cando non temerarias.

Tamén se realizaron diversos comunicados denunciando a falta de profesionais sanitarios de todas as categorías, que en dispositivos más sensibles, como son os de hospitalización ou de rehabilitación (o estado de cousas chegou á mínima dotación profesional posible nunha unidade de rehabilitación, fito que se alcanzou no Hospital Nicolás Peña de Vigo en 2016, cando unha soa profesional TCAE era responsable de cubrir a quenda de noite), xeran situacions de maior risco na seguridade dos pacientes e do persoal, causando mortes por suicidio ou agresiós, ou facilitando a adopción de medidas coercitivas non carentes de risco vital como son as contencións mecánicas. Neste sentido, ademais das carencias de persoal, sinalouse a falta de protocolos de prevención de suicidios no ámbito hospitalario ou de medidas alternativas ás prácticas coercitivas, criticáronse situacions puntuais de vulneración de dereitos e de decisións arbitrarias de restrición de liberdades sen xustificación clínica, como as producidas no Hospital de Calde en 2016.

Elaboráronse comunicados denunciando a creación de novos dispositivos asistenciais

con déficits estruturais e de recursos, como a unidade de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil de Santiago (e os anuncios repetidamente falsos de inminente apertura da súa equivalente na área sanitaria de Vigo), ou os hospitais de día infanto-xuvenís (sen a dotación multiprofesional necesaria, en espazos reducidos e sen prestacións como un comedor ou a figura de docentes, imprescindibles nestas franxas de idade) ou as unidades de hospitalización psiquiátrica de adultos de Vigo (sen profesionais suficientes, sen espazos de descanso reservados para o persoal e masificadas desde un inicio, a pesar de situarse nun hospital recentemente construído).

Tamén foi obxecto de denuncia pública o proceso de externalización/transinstitucionalización fracasada de pacientes ingresados en hospitais públicos cara concertados con devolución ao seu centro público de referencia cando non houbo acordo cos prezos, como ocorreu na externalización de pacientes do Hospital Psiquiátrico de Conxo a un centro privado entre os anos 2011 e 2017. Ou a falta de recursos adecuados nas residencias socio-sanitarias, que sendo como están infradotadas en persoal, tampouco se lles da ás súas profesionais a formación necesaria para abordar novas necesidades, feito que o MGSM leva denunciado xa desde o ano 2016.

Un apartado propio merecen as actuacións do MGSM a partir do coñecemento do informe que o Mecanismo Nacional de Prevención da Tortura (MNP)-Defensor del Pueblo realizou tras a visita a finais de 2017 ao Hospital Psiquiátrico de Conxo. Este organismo público vela polo cumprimento dos dereitos fundamentais das persoas que están en centros de privación de liberdade, entre os que se atopan os hospitais psiquiátricos.

Neste informe, dáse conta de graves vulneracións de dereitos dos e das pacientes ingresados no hospital. É un informe vinculante, no que o goberno galego a través da Administración sanitaria debe responder con celeridade

e resolver todas as cuestións que chocan cos dereitos das persoas que ái residen. Ademais, facía fincapé na situación de precariedade na que estaba o edificio a nivel arquitectónico.

Este documento do MNP pasaría totalmente desapercibido se o MGSM non o divulgara e estivera constantemente enriba para que o goberno cumprira coas súas obrigas. As primeiras respostas da Xerencia da Área Sanitaria só podían cualificarse de vergonzosas. O bo fazer do MNP reclamando e volvendo a visitar o centro e a presión social conseguiron que, aínda que inacabadas, se mellorasen tanto as condicións de vida como asistenciais das doentes. Pero, unha vez mais, queda camiño por percorrer, e como outros aspectos, o conseguido pódese perder se non hai impulso.

Para finalizar esta sección, quixéramos destacar tres grandes accións reivindicativas do MGSM de especial alcance, pola gravidade do que estaba a acontecer e porque salientan a importancia de sensibilizar e concienciar á ciudadanía sobre estas cuestións e promover cambios estruturais no xeito de entender a atención en saúde mental. Estas accións trasladáronse ás rúas, nun maior esforzo de visibilización social.

Campaña Badaladas pola prevención do suicidio

En Galicia, o suicidio foi e é un problema de significada gravidade, sendo a nosa comunidade a que ten a máis alta taxa de mortalidade no Estado Español por esta causa. No ano 2014 alcanzouse o pico máis alto das últimas décadas, con 394 mortes por suicidio. Apenas baixou das 300 mortes anuais en todo este tempo. En Galicia, case cada día falece unha persoa por suicidio.

Sorprendía, pola contra, que ante esta realidade a resposta social estivera instalada nun certo derrotismo ou na inevitabilidade de que apenas se podía facer nada. Forma parte dos mitos que rodean ao suicidio e impiden



Foto cedida polos autores

dar respostas efectivas. Máis sorprendente, se cabe, era a resposta da Xunta de Galicia. Non había mención algúna na avaliación da Estratexia SERGAS 2014 nin visos da elaboración dun plan preventivo.

Desde os inicios, o MGSM puxo en primeiro lugar a súa preocupación arredor do suicidio, recordando que este é un problema de saúde pública de primeira magnitude e así debía concibirse. Requiría un plan específico, multinivel e multisectorial, onde as distintas consellerías e as distintas administracións se coordinasen en accións concretas e definidas.

Iniciamos a campaña Badaladas o 3 de maio de 2016, sostendo todos os días na Praza de Praterías de Santiago de Compostela un acto simbólico no que recordábamos que cada día falece unha persoa por suicidio. Un acto sinxelo, pero constante, que logrou reunir o

apoio de persoas individuais, persoas coñecidas do mundo da sanidade, da cultura, dos movementos veciñais, asociativos, representantes políticos, axentes sociais etc. que cada día viñan fazer soar a badalada. Foi tal o clamor social que se logrou rachar coa campaña de silencio fronte ao suicidio, e é así que o 30 de xuño demos fin á campaña diaria (co acto estendido e simultáneo a todas as áreas sanitarias de Galicia), tras o compromiso do goberno galego de iniciar a elaboración do Plan Galego de Prevención do Suicidio, que veu á luz o ano seguinte.

Cada ano, o 10 de setembro, Día Mundial da Prevención do Suicidio, volvemos a realizar este acto simbólico porque aínda é necesaria unha maior sensibilización social e a reivindicación do que falta por facer a nivel gobernanmental e porque ningún plan funciona sen o compromiso firme e constante e cos medios



Foto cedida polos autores

necesarios, algo que áinda se está moi lonxe de acadar.

Psiquiatria do CHUAC. Cuarto de contención. Peche Xa!

Desde o ano 2016, o MGSM denunciou que, entre outras eivas e irregularidades importantes na Unidade de Hospitalización Psiquiátrica de A Coruña, estaba a existencia dun chamado «cuarto de contención», con tres camas habilitadas para tal fin, mixto, separadas por cortinas e de uso recorrente. Ese mesmo ano, un paciente falecera estando en contención, un incidente crítico de máxima gravidade. Trasladouse aos responsables sanitarios e políticos esta información e a esixencia de pechar tal habitación, así como resolver todas as carencias en recursos materiais e profesionais, e establecer un plan de contención cero. En decembro de 2018 a situación seguía sen resolverse.

Iniciamos unha campaña «Contención cero» o 8 de decembro de 2018, acudindo todos os sábados á praza do Obelisco en A Coruña, nun acto no que se escenificaba unha práctica de contención mecánica. Ao mesmo tempo realizabamos un escrito perante a Fiscalía para informar deste suceso, así como se presentaba por primeira vez no Parlamento de Galicia unha proposición non de lei de erradicación das contencións mecánicas, da man do Grupo parlamentario do BNG.

A campaña finalizouse o 19 de xaneiro de 2019, cando tivemos constancia de que o CHUAC pechara o ignominioso cuarto de contención.

Esta campaña forma parte dun plan máis amplio de erradicación das contencións mecánicas e outras prácticas coercitivas. Mantemos este acto simbólico primeiro o Día Mundial da Saúde Mental e, nos últimos anos, o 10 de decembro, Día dos Dereitos Humanos; porque, de novo, áinda queda moito camiño por percorrer para lograr o obxectivo contención

cero. Novamente, a sensibilización e o apoio social está na base dos cambios.

Vacinación covid para as persoas ingresadas en centros psiquiátricos: #que nin-guén quede atrás.

Desde o inicio da pandemia COVID-19, o MGSM estivo moi pendente de como se estaba a manexar a emerxencia sanitaria nos distintos centros de saúde mental, especialmente nos centros de ingreso, denunciando calquera incidencia que significase un trato diferente a outros colectivos. Nos primeiros meses de pandemia, foi o esforzo do persoal dos centros por reducir as posibilidades de contaxio o verdadeiro «plan de continxencia» que as xerencias non elaboraran. Por parte das autoridades sanitarias non se actuou coa celeridade necesaria nin no momento de máxima activación de medidas nin na fase de reactivación unha vez pasadas as primeiras ondas.

Chega o esperado momento das primeiras vacinacións e con iso a sorpresa de que as persoas residentes nos hospitais psiquiátricos non estaban dentro do grupo de prioridade para vacinarse, sendo que cumplían os criterios de priorización do Ministerio de Sanidade (risco de gravidade, de exposición, de impacto e de transmisión, de intensidade alta en todos eles) e, polo tanto, deberan estar assumidos no grupo I: *persoas internas e persoal sanitario e socio-sanitario en residencias de persoas maiores e con discapacidade.*

Ou ben esquecéranse dos pacientes dos hospitais psiquiátricos ou ben non os tiveron en conta!

Realizouse unha campaña de visibilización a través de redes e presencial, ademais de escritos dirixidos aos responsables políticos, para denunciar esta decisión claramente discriminatoria, contando co apoio total dos e das profesionais do Hospital Psiquiátrico de Conxo, que vían con auténtica sorpresa como o persoal sería vacinado e non os e as pacientes a quen prestaban atención día a día. Logrouse

a pronta vacinación dos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Conxo e do resto de centros psiquiátricos galegos.

3 — Documentos de propostas de mellora na atención á saúde mental

Outro dos obxectivos marcados desde o inicio do MGSM é o de elaborar propostas, ofrecendo alternativas de mellora, creadas de forma participada por todos os colectivos concernidos e integrando as diferentes experiencias e visións.

Para que unha acción sexa realmente efectiva ten que poder construír un espazo de coñecemento, reflexión e debate sobre as cuestións significativas, creando unha masa crítica; ten que ser capaz de informar dese coñecemento, divulgando para sensibilizar e concienciar á ciudadanía; ten que poder ser capaz de denunciar publicamente aquelas situacións que vulneran os dereitos, o bo trato e a mellor atención posible; pero tamén ten que ser capaz de proponer alternativas ás situacións que se pretenden superar. Dicir o que vai mal, pero tamén o que se podería facer.

Neste sentido, o MGSM leva elaborado diferentes documentos de propostas que pretenden recoller toda a complexidade arredor dos procesos de saúde mental e a súa atención desde todos os ámbitos, como os sanitarios, sociais ou xurídicos. A metodoloxía seguida, de grupos de traballo plurais, conformados por persoas provenientes do eido profesional e non profesional, tales como colectivos en primeira persoa, asociacións cidadáns ou sindicatos, vólvese crucial para abordar estas melloras desde os consensos amplos e o recoñecemento mutuo.

Orientacións marco para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (2017)

Desde os seus inicios, o MGSM insistiu na urgencia de elaborar un plan de prevención do suicidio e un plan de saúde mental e denun-

ciou a través de distintas canles o desleixo do goberno galego ante unha cuestión, a saúde mental, na que había indicadores contrastados de aumento exponencial na problemática de saúde mental ao mesmo tempo que se reducían uns recursos xa de por si gravemente deficitarios. A resposta inicial da Xunta de Galicia á proposta realizada desde diversos sectores da sociedade e polos grupos da oposición de xeito unánime no Parlamento de Galicia foi negar o alcance dos danos e da necesidade mesma dunha planificación específica en materia de saúde mental, que nos documentos sanitarios xerais en vigor naquela época, como a Estratexia Sergas 2014, non ocupaban máis que un parágrafo.

Finalmente, a principios do ano 2017, o Conselleiro de Sanidade anuncia que se comezaría a elaborar un plan estratéxico de saúde mental. Conscientes da importancia dun documento planificador, tanto nos aspectos conceptuais de modelo como dos recursos que se provean, a Coordinadora do MGSM formou un grupo de traballo que definise as liñas mestras que deberan orientar o futuro plan galego de saúde mental: un modelo comunitario onde o principal referente foran os dereitos das persoas e enfocado cara a erradicación das prácticas coercitivas, como a contención mecánica; o enfoque de xénero debendo atravesar todas as propostas de planificación e atención; a primeira persoa como interlocutor fundamental; a importancia de guiarse polos datos e indicadores, para poder corrixir os desequilibrios e inequidades existentes; o reforzo da atención primaria e o énfase na prevención; a incorporación de novas categorías profesionais e novas formas de resposta ás necesidades, para avanzar nunha atención verdadeiramente integral; e unha inversión orzamentaria axeitada para que non sexa un «plan no papel» sen posibilidade real de materializarse.

Asistimos nos seguintes anos a unha serie de anuncios dun plan 2017-2020 que non daba cristalizado. Tivo que chegar unha nova crise mundial, esta vez en forma de emergencia

sanitaria pola pandemia COVID-19, de enormes repercusións emocionais nunha poboación máis sensibilizada sobre saúde mental. Insistimos nesa época que un novo anuncio de plan non podía ser unha estratexia propagandística en pleno período electoral. Finalmente, sae á luz o Plan Galego de Saúde Mental post-covid-19. Periodo 2020-2024, a poucas horas de iniciarse a campaña electoral de 2020.

De novo, todo o traballado desde diversos sectores e niveis (desde a rúa ao parlamento; desde os movementos asociativos e profesionais ata os representantes políticos) dá os seus froitos, e o documento planificador inclúe cuestións fundamentais, como todo o que está relacionado cos dereitos. Así, por exemplo, recóllese como obxectivos a implantación da planificación anticipada das decisións ou a erradicación das contencións mecánicas. Agora ben, non basta con declaracións de intencións, senón que eses obxectivos deben concretarse en medidas contrastadas, e iso está lonxe de acadarse, polo que desde o MGSM seguimos traballando por que se culmine en accións concretas, ademais de que se materialicen punto por punto cada unha das liñas programadas, coas asignacións de recursos requiridas.

Grupo de traballo de elaboración da carta de dereitos das persoas usuarias de servizos de saúde mental (2018)

Este é un grupo de traballo especialmente significativo xa que aborda a pedra angular da atención á saúde mental. O respecto aos dereitos das persoas diagnosticadas é unha obriga legal procedente de normas nacionais e tratados internacionais; é tamén un imperativo ético; é a condición principal para o progreso das ideas sobre o «trastorno mental» e o sufrimento psíquico; é a base fundamental da adecuada planificación e dotación dunha resposta asistencial e sanitaria que teña as necesidades da persoa como guía e centro da súa actuación; é o referente principal para guiar

a modificación das actitudes sociais e institucionais sustentadoras do estigma; é o requisito para facer posible o protagonismo das persoas directamente afectadas nos seus procesos de recuperación preservando así a súa condición de cidadás ou ciudadáns; é un medio para o avance na construción dunha sociedade máis plural, cohesiva, inclusiva, igualitaria, e defensora da valiosa diversidade das persoas e colectivos humanos que a integran.

O MGSM acorda así a constitución dun grupo de traballo multidisciplinar co fin de elaborar un documento comprensivo dos dereitos recoñecidos e esbozar propostas para o seu desenvolvemento. Coa participación de persoas do ámbito sanitario, xurídico, e desde o colectivo de primeira persoa, elaborouse unha guía divulgativa sobre os dereitos das persoas usuarias de servizos de saúde mental.

Entre outros: o recoñecemento da personalidade xurídica e da capacidade en igualdade de condicións coas demais persoas en todos os aspectos da vida; a recibir, conforme á lei, o apoio que poidan necesitar no exercicio da súa capacidade, con salvagardas adecuadas e efectivas para impedir os abusos; á liberdade e seguridade persoais. Non se privará ás persoas da liberdade ilegal ou arbitrariamente e calquera medida de privación da liberdade será adoptada de conformidade coa lei, respectando sempre o principio de restrición mímina e, en caso de ingreso ou tratamento non voluntario, respectaranse tódalas garantías esixidas pola lexislación vixente; dereito a coñecer e recibir información sobre os protocolos e procedementos regrados baixo os que se aplicarán as medidas de contención mecánica en caso de ser necesarias; dereito a recibir información en linguaxe comprensible de todo o relacionado co seu proceso. A esta información tamén terán dereito os familiares ou achegados se o doente así o autoriza; dereito a ter un libre exercicio da sexualidade sen que sexa menoscabado pola condición de paciente psiquiátrico; dereito a realizar as reclamacións que se consideren oportunas; dereito a esixir

todas as medidas cautelares cando se produza un ingreso involuntario (presencia de Xuíz e médico forense, e asistencia letrada, segundo ditame...) e un amplio etcétera.

Recursos en saúde mental. Grupo de traballo sobre dotacións profesionais en saúde mental no Servizo Galego de Saúde (2019)

Ao contrario do recomendado polas institucións sanitarias internacionais sobre como reaccionar ante os efectos en saúde mental da crise económica iniciada en 2008, en Galicia a política de saúde mental caracterizouse pola paralización do desenvolvemento de recursos asistenciais e plans en execución (*desplanificación*), pola limitación *de facto* das prestacións recoñecidas como dereitos (*recortes*) e polo traslado a instancias de titularidade privada de funcións e obrigas da rede sanitaria pública (*privatizacións*).

No camiño de reverter esta situación, o MGSM presentara os documentos anteriormente sinalados, de propostas de mellora na planificación e desde unha perspectiva de dereitos. Correspondía agora avaliar o estado da rede pública asistencial de saúde mental, tendo como referencia os documentos planificadores existentes, elaborados e asumidos pola Consellería de Sanidade na historia da Comunidade Autónoma Galega.

Tras a aprobación en 1986 da Lei Xeral de Sanidade, créase en Galicia a **Comisión Asesora en materia de Saúde Mental**, que terá como obxectivos os de asesoramento, realización de estudos e informes sobre aspectos concretos de atención en saúde mental, e elaboración dunha proposta de Plan de Saúde Mental.

Esta Comisión Asesora elabora en 1987 o *Documento de bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental* onde desenvolverán, entre outras cuestiós, unha descripción e funcionamento dos dispositivos de atención á saúde mental,

recursos recomendados e os existentes nese momento, aspectos de docencia, investigación e formación, e a avaliación en saúde mental. En 1996, modifícase a composición da Comisión Asesora e realizan unhas recomendacións para corrixir aqueles aspectos nos que se observa unha desviación dos obxectivos propostos ou que non foran desenvolvidos. Elaborarán en 1997 o documento *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia*.

Ambos documentos da Comisión Asesora resumían o estado da asistencia á saúde mental, as necesidades de recursos materiais e de dotación profesional, e recollían diferentes recomendacións para a mellora da calidade asistencial. Nos anos que transcorren desde o último documento, comprobaríamos que non se chegaron a resolver todos os puntos de mellora tanto na creación de dispositivos como en dotación de persoal, como no modelo asistencial baseado no comunitario.

O MGSM constituíu un grupo de traballo multidisciplinar, co encargo de elaboración do estudo que permitise estimar as necesidades de dotacións profesionais mínimas, desde a certeza que ningún plan de atención sería eficaz sen profesionais que a realicen, nin podería ter credibilidade se non expresa compromisos concretos de dotación dos mesmos no Servizo Galego de Saúde. Non era aceptable ningunha consigna de «*facer máis con menos*» que tanto escoitáramos nos anos anteriores.

O panorama de 2019 en canto a recursos profesionais era desolador. Todas as categorías profesionais adoecían dunha dotación insuficiente para realizar as funcións que teñen asignadas. Conforme ó número de profesionais recomendados, a enfermería estaba nun 49 % da dotación recomendada; a psicoloxía clínica a un 50.2 %; a terapia ocupacional a un 32 %, o traballo social a un 26.8 %, e a psiquiatría a un 68 %. As TCAEs eran as profesionais con mellor dotación con respecto as recomendacións, chegando ó 85 %. En xeral,

tiñamos unhas proporcións de recursos profesionais por debaixo das medias españolas e europeas, e moi por debaixo dos países clasificados como de altos ingresos pola *World Bank Income Group*, entre os que se atopaba España (ratios por 100.000 habitantes).

O documento de traballo do MGSM recomenda en 2019 incrementar 30 celadores, 215 enfermeiros/as de saúde mental, 80 psicólogos/as clínicos/as, 82 psiquiatras, 71 TCAEs, 37 terapeutas ocupacionais e 71 traballadores/as sociais. Sendo un cálculo de mínimos, xa que estabamos a referenciar en base ao documento de 1997, sen ter en conta o aumento da prevalencia de problemas de saúde mental, o aumento da demanda de consultas e o efecto da crise económica.

O documento sobre recursos ten unha repercusión extraordinaria a nivel social e político, xa que concreta os déficits en dotación profesional contabilizando os recursos que existían nese momento e dos que non había información oficial clara. A ausencia de información era unha tónica recorrente que denunciábamos desde o primeiro momento.

O Plan de Saúde Mental poscovid 2020-24, presentado como o plan estatal máis ambicioso ata o momento, recollerá un aumento previsto de 241 profesionais (entre todas as categorías), menos da metade das prazas aconselladas por comisións asesoras de anteriores gobiernos do mesmo signo político. O MGSM segue, a día de hoxe, a confrontar con datos, a ineficiencia do modelo actual e a falta de inversións necesarias para acadar unha atención digna e resolutiva.

Documento marco para a elaboración dun plan galego de erradicación do uso das contencións mecánicas nos servizos de saúde mental (2023)

O MGSM vén desde o ano 2014 sinalando a vulneración de dereitos humanos no eido da saúde mental e esixindo o seu cumprimento.

E, como non pode ser doutro xeito, un dos seus principais campos de acción é precisamente o da necesaria erradicación inmediata da contención mecánica.

Un fito importante neste obxectivo foi a mencionada campaña «Contención cero. Psiquiatría do CHUAC. Cuarto de contención: peche xa!», desenvolvida nos meses de decembro de 2018 a xaneiro de 2019, para denunciar a existencia na planta de hospitalización psiquiátrica de A Coruña dun cuarto expresamente utilizado para tal fin, con trescamas de uso mixto e simultáneo.

Ese mesmo mes de xaneiro de 2019, o MGSM presentou aos grupos parlamentarios unha *Proposición sobre a contención mecánica de persoas atendidas en institucións psiquiátricas e residenciais*, en liña coas recomendacións, propostas e estándares mencionados dos diferentes organismos internacionais. O Bloque Nacionalista Galego asumió este documento, presentándoo no Parlamento de Galicia como Proposición non de Lei. Esta foi debatida o 20 de febreiro de 2019 na Comisión 5^a, de Sanidade, Política Social e Emprego, entrando así a cuestión de forma explícita na actividade parlamentaria. Desafortunadamente a Proposición non foi aprobada, a pesares do apoio unánime da oposición, debido ao voto en contra do partido do Goberno.

Anos despois, a Xunta de Galicia recoñeceu a necesidade de eliminar o uso das contencións establecendo un obxectivo, tenue, de avanzar cara este fin no Plan de Saúde Mental poscovid. Con todo, un obxectivo tan transcendente para a vida das persoas diagnosticadas non pode quedar reducido a un punto máis dun plan máis amplio, senón que require un espazo e concreción detalladas.

Coa idea de compartir o coñecemento, visión e experiencias e resaltar os principios que deben guiar un plan e os fundamentos xurídicos, organizativos e asistenciais, realizamos, en novembro de 2022, unha xornada de traballo onde invitamos a participar a persoas

vinculadas a sectores tan diversos como o dos movementos sociais en defensa dos dereitos, o sector xurídico, profesionais da saúde mental e a atención primaria, atención socio-sanitaria, sindicatos, feminismos e afectadas en primeira persoa.

Desde o principio de que a eliminación das contencións mecánicas non só é posible, senón que é inevitable, enumeramos a lexislación e normativas vixentes, as diferentes experiencias contrastadas a nivel mundial, as recomendacións ofrecidas por diferentes organismos públicos en base a esas experiencias e os puntos que han de incluírse nun plan de «contencións cero».

A contención mecánica é a acción mediante a cal se inmobiliza a unha persoa, usualmente a través de correas de suxección e fixándoa xeralmente a unha cama. Deste xeito limítase radicalmente o seu movemento e a súa autonomía, sendo a persoa reducida ao espazo que ocupa o seu corpo. É esta unha práctica coercitiva, das máis traumáticas a curto, medio e longo prazo, e non é infrecuente que se utilice xunto con outras como a contención farmacolóxica (con fins de sedación para o control do comportamento ou restrición da liberdade de movemento) ou como a redución física da persoa para colocarle as ataduras.

As contencións mecánicas non teñen un carácter terapéutico. Non existen estudos que avalen a efectividade de tales prácticas coercitivas na prevención de comportamentos disruptivos e, porén, si se recolle a existencia de graves efectos negativos na saúde física e mental das persoas que a sofren; e tamén naquelas que se ven na obriga de practicalas.

Debe partirse da idea principal de que a contención é un fracaso no proceso de tratamiento e de que en ningún caso é unha medida terapéutica. A única meta aceptable é a erradicación da mesma en tódolos espazos sanitarios e residenciais. Para lograr o obxectivo de con-

tención cero, deben seguirse unha serie de principios:

Compromiso e liderado institucional: a través de declaración expresa, sostida e con inversión decidida nos recursos necesarios para cambiar a cultura organizacional e o modelo asistencial en saúde mental, desde o enfoque dos dereitos.

Monitorización dos datos: a través de rexistros oficiais e anonimizados, desagregados por unidades, que permita coñecer con exactitude o número de contencións, duración e circunstancias nas que se produciron, incluíndo un espazo reservado para o informe das persoas obxecto da contención

Formación e capacitación dos profesionais: formación continuada, intersectorial e multidisciplinar, que vaia mais aló da formación sobre os procedementos de uso das contencións. Debe formarse en como evitar a contención mais que en como realizala.

Revisión das políticas de prevención da contención e o illamento: a través da avaliación das necesidades en recursos humanos, dos espazos físicos nos centros hospitalarios e residenciais, das normas organizativas evitando arbitrariedades e a creación de equipos de intervención en crise.

Implicación dos/as usuarios/as: na planificación, seguimento e propostas do plan de erradicación, a introdución de profesionais expertos por experiencia, e incrementando a participación das persoas usuarias no funcionamento das salas.

Análise postincidente: debe analizarse cada episodio de contención mecánica realizada, considerada como evento sentinel, a través dunha metodoloxía planificada de cara a esta-

blecer un plan de mellora e de prevención de sucesos futuros.

REFLEXIÓNS SOBRE O FUTURO

Todas as accións do MGSM ao longo destes anos xiran en torno a dous obxectivos nucleares: a defensa dunha atención á saúde mental baseada nos dereitos e a defensa dos servizos públicos.

A perspectiva dos dereitos en saúde mental significa asumir que é a clave da recuperación da persoa afectada e un acto de reparación social ante un colectivo historicamente mal-tratado, obxecto de prexuízos, discriminación e violencias, incluída a estrutural, a que provén das propias Institucións.

A **Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade** recórdanos de forma taxativa que todas as persoas teñen o mesmo valor e, polo tanto, deben ter garantidos os mesmos dereitos.

Os mitos que se manteñen a día de hoxe, a pesar das evidencias, como a suposta perigosidade, imprevisibilidade ou incapacidade xeral e continua, son sostidos a nivel social, incluíndo a sectores profesionais con maior achegamento a persoas con problemas de saúde mental, como poden ser os sanitarios, pero tamén de servizos sociais, xustiza ou das forzas e corpos de seguridade do Estado.



Foto cedida polos autores

Esta realidade facilita que se perpetúe unha cultura da sobreprotección e control, o paternalismo, a asimetría de poder ou a coerción, de tal xeito que medidas que poidan limitar determinados dereitos fundamentais, como a liberdade, a autonomía nas decisións ou a intimidade pódense adoptar de xeito arbitrario, erradamente preventivo ou xeneralizado en base a un diagnóstico determinado e non atendendo ás circunstancias concretas da persoa particular. É o que se ten chamado en diferentes organizacións internacionais como a ONU ou o Consello de Europa «a cultura da coerción».

Afortunadamente esta percepción vai cambiando. Por poñer dous exemplos a nivel do Estado español:

A Lei 8/2021, de 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica, sitúa á persoa, a súa vontade, desexos e preferencias no centro do seu coidado, afastándose do excesivo protecciónismo e eliminando a figura do que chamamos «incapacitación legal», onde a figura dun titor ou titora substituía á persoa con discapacidade nas decisións de amplas áreas da súa vida.

Temos tamén a *Instrucción 1/2022, de 19 de xaneiro, da Fiscalía Xeral do Estado, sobre o uso dos medios de contención mecánicos ou farmacológicos en unidades psiquiátricas ou de saúde mental e centros residenciais e/ou sociosanitarios de persoas maiores e/ou con discapacidade*, que sinala que o uso da contención mecánica debe guiarse necesariamente polos principios de coidado, excepcionalidade, necesidade, proporcionalidade, provisionalidade e de prohibición do exceso, e que han de buscarse alternativas ao uso das prácticas coercitivas.

Con todo, non debemos dar por feito que se respectan os dereitos das persoas psiquiatrizadas pola existencia da normativa, senón que hai que asegurarse que se fan efectivos. E isto está lonxe de conseguirse. Aínda non hai elaborado un plan de erradicación do uso

de contencións mecánicas e outras prácticas coercitivas, o uso da aplicación do Sergas de rexistro das contencións non se utiliza de xeito uniforme, ten frecuentes errores á hora de poder utilizalo e non hai estatísticas autonómicas sobre lugar, tempos, condicións e outros factores de uso das mesmas, como para poder coñecer a realidade e poder abordala co obxectivo «contención cero». A formación sobre o uso de contencións está mais dirixida a facelo ben que a non ter que facelo.

Por outro lado, tamén en relación cos dereitos das persoas con problemas de saúde mental, está a realidade de que con frecuencia sofren condicións de existencia máis desfavorables e teñen menor acceso aos recursos sociais, sanitarios, económicos ou políticos, sendo colectivos en risco de exclusión social.

Queda moito por facer para que a sociedade tome conciencia de que a saúde mental está multideterminada e conéctase intimamente cos determinantes individuais, sociais e estruturais que dan orixe, agravan ou perpetúan a mala saúde mental de individuos e sociedades. Tomar conciencia, supón falar de saúde mental e pobreza, precariedade, violencias, estereotipos de xénero, discriminacións, mala saúde física, carencias materiais ou afectivas e a sinalada exclusión social. Non se pode seguir cos discursos biolóxicos excesivamente reducionistas que pretenden dar unha resposta individual a cuestións que concirnen a toda a sociedade.

E, finalmente, e relacionado con isto último, está a importancia de defender os servizos públicos nos diferentes ámbitos, non só o sanitario, como garantes da universalidade, equidade e xustiza necesarios para reducir as desigualdades sociais que están na base do malestar, físico e mental, cando non da mera supervivencia. As crises son momentos de especial risco de involución en dereitos e afondamento de desigualdades. Puidémolo comprobar durante a recesión económica de 2008, que motivou a creación do MGSM, e



Foto cedida polos autores

puidémolo comprobar na emerxencia sanitaria pola pandemia COVID-19, de efectos sobre saúde mental más controlados porque se levaron a cabo políticas más garantistas de protección social. Aínda así, houbo diferenzas no trato ás persoas con problemas de saúde mental.

Non podemos caer no perigoso erro de pensar que, unha vez consolidados, os dereitos humanos, civís, sanitarios, sociais, van a permanecer de forma definitiva. A terrible realidade actual, de pobos que están sendo exterminados nun novo xenocidio diante do mundo enteiro, é o recordatorio de que os dereitos más básicos poden perderse nun segundo.

Queda traballo por facer e é responsabilidade de todos e todas, desde a sociedade civil a sectores profesionais, políticos ou sindicais. O MGSM é un modesto exemplo de como se

poden conformar accións que unan a persoas para conseguir cambios sociais.

Como dicíamos nun lema inicial: *máis democracia con más xustiza=máis saúde!*

Bibliografía

Lei 8/2021, de 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 3 de xuño de 2021. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9233-consolidado.pdf>

Instrucción 1/2022, de 19 de xaneiro, da Fiscalía Xeral do Estado, sobre o uso dos medios de contención mecánicos ou farmacolóxicos en unidades psiquiátricas ou de saúde mental e centros residenciais e/ou sociosanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 36, de 11 de febreiro de 2022. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221

Gili, M., García-Campayo, J., & Roca, M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>

Montesinos Padilla, C. (2022). Desde el neoliberalismo austericida de Europa hacia la reconstrucción social en España: propuestas para la reforma constitucional. *International Journal of Constitutional Law*, 20, 1590–1617, <https://doi.org/10.1093/icon/moac093>

Movemento Galego de Saúde Mental. *Manifesto Fundacional*. <https://movementogalegosaudemental.gal/manifesto-fundacional>

Movemento Galego de Saúde Mental. *Carta de dereitos dos usuarios dos Servizos de saúde mental*. <https://movementogalegosaudemental.gal/carta-de-dereitos/>

Movemento Galego da Saúde Mental. *Orientacións Marco para a elaboración dun Plan Galego de Saúde Mental 2017*. EXPOSICIÓN PÚBLICA DO BORRADOR DAS LIÑAS MESTRAS PARA O PLAN GALEGO DE SAÚDE MENTAL – Movemento Galego da Saúde Mental

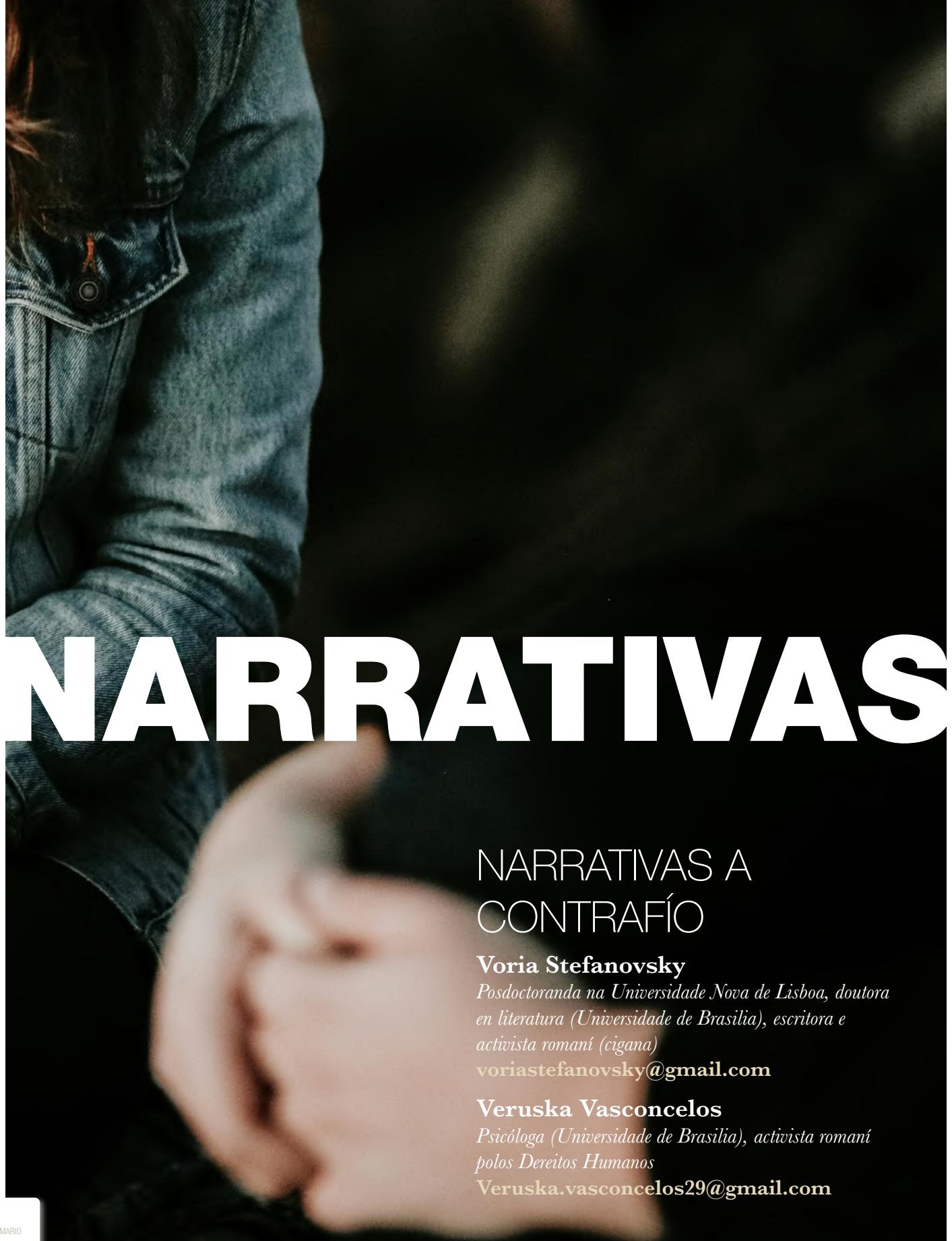
Movemento Galego da Saúde Mental. *Recursos en saúde mental en Galicia. RECURSOS EN SAÚDE MENTAL NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE* – Movemento Galego da Saúde Mental

Movemento Galego de Saúde Mental. *Documento marco do plan de erradicación das contencións mecánicas*. <http://movementogalegosaudemental.gal/wp-content/uploads/2023/05/Documento-marco-plan-erradicacion-das-contencions-mecanicas-en-saude-mental-definitivo.pdf>

Organización das Nacións Unidas. *Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Servizo Galego de Saúde. *Estratexia Sergas 2014*. <http://hdl.handle.net/20.500.11940/8934>

Servizo Galego de Saúde (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Período 2020-2024*. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf>



NARRATIVAS

NARRATIVAS A CONTRAFÍO

Voria Stefanovsky

Posdoctoranda na Universidade Nova de Lisboa, doutora en literatura (Universidade de Brasília), escritora e activista romaní (cigana)

voriestefanovsky@gmail.com

Veruska Vasconcelos

Psicóloga (Universidade de Brasília), activista romaní polos Dereitos Humanos

Veruska.vasconcelos29@gmail.com

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Stefanovsky, V., & Vasconcelos, V. (2025). Narrativas a contrafíos. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 28-39. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Este artigo recolle o testemuño dunha muller xitana no ámbito da saúde mental e a literatura. Desde a miña experiencia vital e profesional, abordo a importancia das narrativas das minorías racializadas e subalternizadas, así como o diálogo interdisciplinar entre a psicoloxía, a crítica literaria, os estudos decoloniais e o feminismo. O relato subliña a necesidade de deconstruir estereotipos e reconstruir identidades feridas polo antixitanismo, destacando a forza das historias e da terapia narrativa como ferramentas para a recuperación do sentido vital e social.

PALABRAS CHAVE — Narrativa, antixitanismo, decolonialidade, literatura testemuñal, saúde mental.

ABSTRACT

This article presents the testimony of a Romani woman in the field of mental health and literature. Drawing on my personal and professional experience, I address the importance of narratives of racialized and subalternized minorities, as well as the interdisciplinary dialogue between psychology, literary criticism, decolonial studies, and feminism. The account highlights the need to deconstruct stereotypes and reconstruct identities affected by anti-Gypsyism, emphasizing the power of stories and narrative therapy as tools for restoring personal and social meaning.

KEY WORDS — Narrative, anti-Gypsyism, decoloniality, testimonial literature, mental health.

NOTA PREVIA

Este artigo foi presentado orixinalmente nas **XXIX Xornadas da Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia** “Desafiando á historia”, celebradas en Ribadavia, en novembro de 2024. O texto recibiu valiosas achegas da miña filla, Veruska Vasconcelos, que, ademais de ser psicóloga de formación, é a miña compañeira na loita activista e en todas as miñas loitas interseccionais: como muller romaní, portadora de discapacidade e dor crónica e, actualmente, tamén migrante.

AGRADECER A QUEN NARRAN

Penso que a miña narrativa se encaixa nun lugar decolonial¹, xa que traio unha voz testemuñal dunha muller romaní, é dicir, xitana, como se nos coñece máis comunmente nas sociedades; xunto a algunas consideracións e diálogos propios da miña formación académica en literatura e do meu labor como escritora.

As miñas aproximacións á psicoloxía como teoría sempre se deron desde a utilidade que esta ten na crítica literaria, utilizada, por exemplo, para estudar os personaxes, as intencións do autor, atopar o lector implícito, interpretar ata revelar os múltiples significados dunha narrativa e a súa inserción no contexto

social da súa producción e recepción. Para os que tamén escribimos, a psicoloxía axúdanos a compor personaxes e tramas verosímiles e coerentes dentro do xénero e do estilo creativo que se quere desenvolver. Para eses mestres, os de literatura botamos man de todo o dispoñible: dialogamos coa psicanálise, coa antropoloxía, coa historia crítica, coa filosofía, a psicoloxía social e, máis recentemente, tamén cos estudos culturais, poscoloniais, decoloniais e feministas.

Dalgunha forma os que amamos e/ou nos dedicamos á literatura terminamos por entender a vida como narrativa, como moi ben argumentou Paul Ricoeur en *Tempo e narración* e en *Si mesmo como outro*, cando traballou os conceitos de identidade narrativa e tempo narrativo (Ricoeur, 1985). Coincido con esa visión, por iso vexo fascinante o traballo que desenvolven algúns psicólogos coa terapia narrativa. Por medio dos relatos logramos integrar a descontinuidade da existencia nunha continuidade de sentido, construíndo un «si mesmo» que é sempre narrado.

Sei que os creadores da terapia narrativa, Michael White e David Epston, nutríronse tamén da *deconstrucción* proposta por Jacques Derrida (1967), unha das moitas prácticas que se usa en análises de textos literarios, especialmente para demostrar que toda historia ten múltiples interpretacións e que nunca existe un único centro de significado. Iso mesmo aplícase á vida: as nosas historias non poden lerse en clave única, senón que están abertas a reinterpretacións, resignificacións e reconstruccións permanentes. A deconstrucción axuda, na literatura e na psicoloxía, a mostrar que aquilo que parecía natural ou fixo é, en realidade, unha construcción e, como toda construcción, pode alterarse. Esas alteracións abren paso a cambios vitais profundos (White & Epston, 1990).

Narrar non é só un acto estético ou terapéutico, senón tamén político. Como muller romaní, tomar a palabra para contarme a mi

1 O enfoque decolonial implica unha crítica activa ás estruturas, saberes e discursos herdados da colonización. Apícase tamén á deconstrucción de discursos hexemónicos que subalternizan as minorías racializadas. Cuestan a hexemonía cultural e epistemolóxica occidental aplicadas a distintas árees, como pode ser a comprensión da saúde mental e a literatura. Desde a perspectiva das minorías racializadas e subalternizadas, o decolonial reivindica as voces, experiencias e coñecementos silenciados polas distintas formas de racismo, como é o caso do antixitanismo, promovendo o diálogo interdisciplinar e a reconstrucción de identidades a partir das súas propias narrativas e sentidos. Subliño a relevancia de recuperar historias e reconstruír subxectividades desde as marxes sociais, culturais e políticas.

mesma sacode séculos de silenciamento, exotización e reducións a estereotipos. Agradecer a quen narra significa recoñecer que cada voz escoitada produce unha greta nas ríxidas interpretacións respecto de nós. A narrativa é a forma na que os xitanos gravamos a nosa historia no tempo, sementando xeración a xeración esas sementes históricas de novas identidades posibles. A figura da narradora romaní, consciente ou non do seu papel histórico, convértese en gardiá da memoria colectiva, narrar é un acto de existencia, resistencia e supervivencia.

PEITEAR A HISTORIA A CONTRAFÍO

Entendo que dita deconstrucción non se aplica soamente á lectura interpretativa, senón tamén ao empeño de «peitar a historia a contrafío», expresión moi coñecida do pensador alemán Walter Benjamin, desenvolvida nas súas *Teses sobre a filosofía da historia* (1940). Dita expresión, que evoco no título deste artigo, refírese tamén a que a historia dos que non venceron, os marxinados, os silenciados, debe saír á luz.

A reflexión que traio esténdese á constatación de que as narrativas de quen formamos parte desas minorías subalternizadas e racializadas están impregnadas de sufrimentos identitarios, estereotipos introxectados e silenciamentos. Estes mecanismos non só operan a nivel colectivo, senón tamén individual. A psicoloxía social destacou procesos como *a introxecção do estereotipo* (Allport, 1954; Steele, 1997), onde un grupo estigmatizado acaba interiorizando as imaxes negativas impostas polo discurso dominante. Cando se nos repetiu por séculos que «non servimos» para os estudos, para determinados traballois ou para falar en espazos públicos, podemos chegar a crelo, producindo así o que a psicoloxía social define como *profecía autocumplida*. Estes procesos devastadores

fragmentan a identidade e esixen arduo agrestamento e deconstrucción para ser superados. As narrativas necesitan deconstruccións e reconstruccións.

É aquí onde a *terapia narrativa e a literatura testemuñal* converxen: ambas poden converterse en escenarios para re-narrar a historia persoal e colectiva, dotando de sentido á experiencia traumática. Narrar o trauma non borra a ferida, pero vólvea comunicable e socialmente compartida, o que impide que se envelene en silencio por unha vida enteira. O trauma necesita ser narrado para poder ser elaborado e, cando o silencio rompe, algo da memoria transfórmase (Cathy Caruth en *Unclaimed Experience*, 1996). Por exemplo, non teño coñecemento de ningunha muller xitana (do meu pasado ou coas que interactúo no presente), que non carguen traumas importantes xerados polo simple feito de haber nado xitanas. Secuelas que non deberían existir, son produtos dun racismo moi específico chamado antixitanismo ou romafobia. Quixen traer un pouco da miña propia narrativa, a modo de testemuño, que exemplifica algo, áínda que dubidei moito sobre a forma de expoñelo. Terminei por elixir a forma dunha narrativa literaria, a que agora empezo².

AQUÍ ESTOU

Entrei e senteime diante da mesa da psicológa, era a primeira cita, gustoúme que houbesse unha mesa entre nós, sentíame algo máis protexida do que me resultaba moi difícil: presentarme, dicirle quen son, de onde vin (espero), sen que iso resultase nalgún oculta-

² O que presento nesta narrativa está baseado totalmente en feitos reais, a opción de darlle unha forma literaria xustifícoa non soamente polo feito de ser escritora, senón porque me resulta máis fácil contalo sen deixarme levar polas emocións que me xeran. Creo que o formato pode facilitar que os lectores se conduzan á situación real vivida na consulta psicolóxica, quizais identificándose coa profesional, quizais comprendendo mellor os procesos explícitos nas miñas digresións e, posiblemente, volvendo máis fluída, ou levadía, a miña narrativa testemuñal.

mento. Aquí estou. Os meus pensamentos son interrompidos pola chegada dunha muller con rostro alegre e pasos apresurados, senta e faíme a pregunta que quixese evitar, xa de primeira:

— *Cal é o teu nome...? Ah xa o atopei: Ana Paula Castello. Como prefires que che chame: Ana ou Paula?, quero chamarche como más che guste.*

— *Se queres chamarme como más me guste...chámame Voria* — díxenlle.

— *Pero Voria é outro apelido ou que?* — preguntoume, ignorando o feito de que para contestarlle tería que contarlle unha longa historia.

Quizais lle tomaría moito más tempo do que podería ela brindarme naquel hospital, onde todo parecía ir á velocidade da luz para ela.

— *É unha historia longa. Pero entendo que debo conta-la, non?* — díxenlle.

— *Si, gustaríame que me contases porque che gusta ser chamada así* — me dixo amigable.

Pensei empezar xa dicíndolle que teño orixe xitana, pero temín que iso lle xerase antipatía cara a min, xa na primeira consulta, antes mesmo de coñecerme. Fixen unha primeira omisión.

— *O que me pasa co nome é que cando nacín puxéronme de nome Voria, e de apelido Stefanovsky. A miña familia tiña un circo, éramos itinerantes. A miña familia saíra desde Rusia a América Latina por decisión do meu avó. El foi sobrevivente do Holocausto e sacounos a todos de Rusia porque temía que os nazis nos atopasen, tiña moitos traumas e aos poucos foi perdendo a saúde mental a raíz deles.*

— *Xudeus?* — preguntoume, case afirmándoo.

Agora tíñalle que dicir o da miña orixe. Ela pensou «xudeus» porque moitos descoñecen ou se esquecen que os nazis exterminaron a máis do 50 % dos romaní de Europa. Chegá-

das a ese punto, propónome crear pontes, non omitir a miña necesidade.

— *Xitanos* — díxenlle.

E, sen sequera respirar, para que non lle dese tempo a esbozar ningún comentario, segúin contando:

— *Cando eu tiña 10 anos, os veciños denunciaron que había unha nena roubada polos xitanos do circo, esa nena era eu. Denunciárono baseados soamente no estereotipo de que a xitana rouba nenos. Vianme moi clara de pel, de ollos e de pelo, así que tamén se basearon no estereotipo que di que os xitanos teñen sempre o mesmo fenotípico e que non existen xitanos louros. Así foi como a policía se nos apareceu ao termo dunha das funcións do circo, na que eu facía de pallasa e contorsionista, e levoume violentamente a un orfanato católico. Alí estiven por dous anos e alí cambiáronme o nome e apelido e déronme documentos. E é por iso que me chamo nos documentos Ana Paula, confeso que ata hoxe moléstame moiísimo escoitalo, canto más pasan os anos máis rabia dáme ese nome.*

— *Guau!, que historia* — díxome ela — *Entendo perfectamente que che moleste, sufriches unha gran violencia... Despois falaremos algo más sobre iso. Onde nacíches?* — seguiu preguntándome.

Podería contestarlle «son brasileira» e listo, pero por algúin motivo xa non quería ocultarlle nada. Desenvolver memorias da narración é unha terapia, xa teño moitas lagoas, necesito pontes. Díxenlle:

— *Téño nacionalidade brasileira, déronma no orfanato aos 10 anos, pero contáronme que nacín en Rusia, de onde saímos cando eu era moi nena. Tampouco se acordan onde estabamos exactamente.*

— *Pero ti, de onde te sentes, de que país, de que lugar?* — preguntoume, buscando algunha resposta exacta, creo.

— *É que, sabes, vivín sempre polo mundo, é dicir, o circo nunca estivo moito tempo nun só lugar, viaxamos desde México ata Brasil continuamente. Cando me levaron a ese orfanato estabamos en Brasil, por iso a nacionalidade. En canto a Rusia, o país sempre aparecía nas historias que escoitaba dos maiores, mesmo o meu*



Foto: Pexels / Witheline

nome, Voria, é o nome dun río en Rusia. Vivín moiísimo tempo tamén en Arxentina e en Uruguai, países moi queridos... O que quero dicir é que a verdade, a verdade, creo que non me sinto de ningún lado, entrégome verdadeiramente ao lugar onde están os meus pés no momento presente. Pero si que sempre me sinto romaní, ou sexa, xitana. Iso sempre.

— Non sabía que se lle di romaní aos xitanos — díxome ela.

— É o máis correcto — díxenlle.

Quixen explicarlle algo máis sobre a nomenclatura, pero non crin que debera desempeñarme como activista naquel momento. Aínda non tiña a seguridade de que a súa empatía comigo fose real ou se estaba soamente sendo unha boa profesional. Xa perdera as contas de cantas veces algunas persoas das máis distintas áreas, especialmente en ámbitos de atención pública, foran soamente «politicamente correctas comigo» e iso porque me vián diferente do estereotipo esperado por eles.

— *Cantos anos tes?* — preguntoume, sacándome do meu fluxo de pensamentos con outra pregunta difícil.

Por sorte, pedíume desculpas, tiña que contestar a unha mensaxe urxente, mentres tanto, puiden pensar un pouco máis. Cando me preguntou iso, tiven a dúbida de se debería contar outra historia. Puf! Xa me sinto a mesmísima Sherezade... Moitas veces quixen ser como as persoas que contestan a todo moi rapidamente. Eu para facer iso teño que ocultar sempre algo e, nalgún lugar, ocultalo faíme sentir incómoda. Pola miña historia de vida, nada é simple, todo se volve complexo. Por moito tempo practiquei a ocultación da miña identidade. O meu avó prohibíanos dicir que eramos xitanos, por medo a que nos pasase o peor.

Decido non contar outra historia, como lle vou a dicir que despois de regresar coa miña familia, tras dous anos no orfanato, prometéronme que seguiría estudiando, pero aos 15 anos casei? O meu entón marido non estaba de acordo coa promesa da miña familia e non

me deixou estudar, ademais, maltratábame físicamente por iso, porque eu ía á escola as escondidas ás veces e foi por iso polo que decidín irme do circo. Acórdome coma se fose hoxe, tiven a axuda de persoas xudías que me coñecían da escola á que asistía antes de casarme. Entre moitas cousas, axudáronme alterando o único documento que eu tiña, e puxéronme cinco anos máis para que logo eu puidese seguir a miña vida máis libremente. Eran outros tempos, eu era soamente unha nena de 15 anos asustada, a proposta pareceume boa e axudoume a sobrevivir sen contar co apoio dos meus. Hoxe iso xérame graza e algo de rabbia, hoxe teño que asumir máis idade da que teño mentres todos prefiren ter menos idade. E, se o conto, haberá quen crean que só quero diminuir a idade.

Cando terminou de contestar a súa mensaxe, díolle:

— *Teño 54.*

— *Botaríache menos idade* — díxome ela, rindo.

— *A verdade é que teño cinco anos menos* — díxenlle — *pero non quería falar de temas tan sensibles. É que para deixar a miña xente aos 15 anos, poder deixar ao meu marido e seguir soa, unhas persoas que coñecín na escola axudáronme cambiando a data do meu nacemento.*

Despois de contarlle a verdade tiven medo. Podería pensar que me relaciono con falsificadores, non sei. Hai tanto tempo diso, e os que me axudaron perdérónse nas entreliñas da miña narrativa fai moito. Mellor fose oculáralo, afíxenme a que todos pensen que os xitanos sempre farán algo mal e sempre estarán no ilegal.

— *Aprendín moito hoxe coa túa historia* — díxome ela — *iso porque me imaxino que moita cousa non me contaches.*

— *Si, sinto que para cada resposta teño un rosario de contos e, se non os conto, non me explico. Pídolle desculpas polo tempo, entendo que o pasamos un pouco, non? Non tiña como evitalo, saber que vivín esas historias é o que me da sentido á vida que levo hoxe. Tívenas*

que resignificar, para que todo iso que vivín tivese algún sentido na miña vida.

— Aínda temos tempo — díxome ela, realmente parecía interesada nas miñas historias — *Que te trouxo a España? A que te dedicas hoxe? Vexo que tes unha historia difícil e que es valente. Se deixaches ao teu marido cando eras praticamente unha nena para seguir estudiando, quero saber, lográchelo...?*

O termo valente deixoume pensando, a min non me tocou outra cousa que ser valente e seguir adiante. Sobrevivir xa é un acto de coraxe cando se nace xitana nunha sociedade que a estas alturas dos séculos segue crendo que os xitanos somos todos iguais, que desconoce os motivos históricos que levaron a que se conforme un imaxinario social deformado polos estereotipos sobre o que é ser xitano. Estereotipos que mesmo se introxectan nalgúns xitanos. Iso porque non lle contei todo o que vivira no orfanato e todo o que traía na miña memoria xa de antes diso... E todo o que me pasou despois do que xa lle contei, por ser xitana, nada máis por iso.

— Véxote algo pensativa, pensas moito? — preguntoume.

— Lamentablemente, si. — díxenlle ríndome.

Pola forma en que ela tamén se ría imaxineime que se identificaba cos que pensamos moito. «*Outra vaca no millo*», pensei utilizando o meu incipiente galego, con ganas de probar se a expresión sería adecuada, pero abortei a idea... igual non lle gusta.

— *Non sei por onde empezar a contestar as preguntas*
— retomei o fío da conversación.

— *Desde o inicio* — díxome, ríndose.

— *Pois veñen más historias... Estarás preparada, tentarei facelas o más curtas posible. Cando cheguei ao orfanato, aos 10 anos, non estaba alfabetizada. O que sabía de ler e escribir aprendérao soa cando tiña a oportunidade de xogar con algunha nena non xitana que sabía ler. Ou cando tentaba descifrar o que o meu avó escribía no seu caderno de anotacións sobre o circo, áinda que el mesturaba moito os idiomas, o mesmo facía*

eu nos meus intentos. No orfanato había unha monxa, a única que me quería, a verdade... Aínda que fun a parar alí por supostamente ser unha nena roubada polos xitanos, alí tratábanme como xitana, é dicir, baixo estigmas, estereotipos e prexuízos de toda sorte. Como dicía, esta monxa queríame, e fixome crer que a miña historia, que era dunha vítima, podería convertela en algo moi grande, e volverme unha heroína. Aconselloume que tiña que estudar moito e ese sería o camiño para un día poder ter ferramentas e axudar á miña xente, para que nunca máis pasase con outras nenas o que me pasou a min. Aquela muller era a única que, de feito, reconeceu que si, que eu era unha nena xitana e estaba alí por unha gran inxustiza. Desde aquel momento metinme na cabeza que seguiría cos estudos como fóra, crin que faría algo no futuro polos meus, convertinme na heroína da miña película. Creo que iso me fixo ser valente, como dicías antes. Eu necesitaba crer en algo que xustificase todo o que me pasaba. Crin que eu era intelixente (porque antes pensaba como moitos nenos e nenas xitanos aínda pensan hoxe, que os xitanos non son para os estudos). Vivir no orfanato era duro, non me sinto cómoda para contar os detalles agora, pero podo dicir que só puiden sobrevivir a todo aquilo porque aquela monxa fixome ver todo desde outra mirada. Por iso puiden lograr terminar todos os estudos que me propuxen ao longo da miña vida, chegou a converterme na primeira muller romaní en concluir un doutoramento en América Latina, iso no 2015.

— *Debes de estar moi orgullosa diso* — díxome nun ton afirmativo.

O seu ton fixome pensar que quizais ela traballaba con terapia narrativa, porque a vía moi a gusto escoitando as miñas historias. Transmitíame a sensación de que desexaba facerme ver todo o que lle contaba, xuntar os tramos da miña historia. Contesteille que, por unha banda, si que me sentía orgullosa porque lograra concluir todos os meus estudos, e iso saíndo de onde saín e a pesar de todas as dificultades, pero, doutra banda, non tiña ningún orgullo, senón tristeza. É algo triste saber que só naquel momento unha de nós en América Latina chegaba a un lugar no que debería xa haber moitas mulleres xitanas máis. E pensar



Foto: Pexels / Fotios Photos

que mesmo en Europa, aínda somos moi poucas.

— *Pero... Non che parece que a culpa diso tamén a terán os xitanos, polo feito de non querer integrarse? Tamén de preferir seguir nos mercadillos, por deixar os estudos, etc.*

Nalgún momento eu sabía que viría ese argumento, pensei, sempre o utilizan os que non coñecen a historia romaní e ignoran a realidade étnica. Creo que terei que poñerme en modo activista, suave porque realmente entendo que esa muller, que me parece mesmo bastante empática e resultame xa moi simpática, é soamente unha persoa máis que descoñece e reproduce o que fai moito se repite desde o sentido común. Nas narrativas dos medios, non podemos esquecemos do peso de «verdade» que teñen esas narrativas xornalísticas.

— *Xa atendiches a xitanos no seu traballo como psicóloga?* — pregunteille.

— *Poucas veces — díxome — non vexo que busquen moito ter atención psicológica, aínda cando son derivados. Pero as poucas xitanas que atendín parecen estar moi ben traballando nos mercadillos, non vexo que se interesen moito en cambiar de vida e non lles gusta falar sobre as súas vidas.*

— *Xa te preguntaches por que reaccionan así esas mulleres?* — pregunteille cambiando un pouco os papeis, nunha manobra máis activista que intencional. A verdade, prefería quedarme eu no meu papel de narradora, xa que ela mo permitía e incentivaba.

— *A verdade, non* — contestoume — *pero entendo o porqué...*

A psicóloga parou de falar, non o podo garantir, pero creo que se comeu unha das expresións galegas recentemente aprendidas por mi, como «*a cabra sempre tira ó monte*». Despois do silencio díxome que prefería saber a miña opinión sobre os seus motivos, cre que lle sería moi enriquecedor. Con esa manobra devolveume ao meu lugar de narradora, era unha profesional con moita experiencia, iso era notable, e observei que tamén era unha muller

diplomática, como tamén o son eu. Aprendín a selo porque fun obrigada a convivir entre dous mundos moi distintos, o dos xitanos e o dos *gadyes*, que aquí se di *payos*. Fun obrigada a volverme unha muller traducida, dalgunha forma.

Empecei a contestarlle:

— *Cóntoche sobre nós as xitanas, e falo de mulleres porque a situación para as xitanas sempre foi moito más difícil que para os xitanos. Aínda que tamén os homes xitanos sufren a opresión de ser racializados, pertencentes a un pobo hiper marxinalizado, a nós súmasenos a subalternización por xénero e por cultura. Son moitas as narrativas por detrás do que pode afirmar unha xitana que di que a deixen coa súa vida e non se metan e a apariencia de estar moi ben. Por detrás está a indefensión aprendida, que non necesito explicar, pero que fai que unha xitana pense: Para que vou facer esforzos se nada vai cambiar? Está a profecía autocumplida, que tampouco necesito explicala — iso é o bo de falar cunha psicóloga, pensei, afórrome explicacións e citas — . Ninguén espera nada diferente dunha xitana, nin sequera ela mesma. Está a introyección dos estereotipos, tan común nas minorías subalternizadas. E está a realidade social: aos xitanos é moi común que non lles dean traballo, se saben que son xitanos, mesmo con formación superior. Non son poucos os que pasaron pola universidade e seguen nos mercadillos. Non lles alugan vivendas, se lles identifican como xitanos. O Secretariado xitano, que é unha institución “paya”, afirma que as estatísticas demosetraron que as xitanas en España, hoxe en día, deixan a escola por non conseguir lidar co racismo e non porque non lles guste estudar ou porque os seus pais non as deixen estudar. Os medios e as institucións tratan aos xitanos soamente como desviacións, casos de asistencia social, obxectos que necesitan axuda, cando deberían ser suxeitos que necesitan dereitos, recoñecemento e voz. Fixate que en Portugal, ata hoxe, as cuestións xitanas son tratadas en institucións que tratan de temas dos inmigrantes, que en Portugal e España os xitanos xa están desde hai 600 anos, que se cumplen o ano que vén, e aínda segue sendo invisibilizada a nosa historia nos currículos escolares, a nosa lingua nai non é reconñecida. A historia xitana en España foi unha das más crueis. Non quero falar sobre os detalles dessa historia,*

sei que o noso tempo xa se está por terminar, tampouco vin exactamente para iso. É unha mochila moi pesada a que carga unha muller xitana vaia onde vaia, e é limitante. Xera impotencia, temos que loitar contra un antixitanismo estrutural e sistémico, que espero eu que non sexa crónico. Creo que os profesionais de saúde, especialmente de saúde mental deberían ter en conta a necesidade de prepararse para lidar con persoas, como as xitanas, que traen narrativas tan distintas. Sería esencial «ler» estas narrativas sen as lentes sociais que comunmente levan postas as maiorías.

—*Voria, antes de que terminemos por hoxe, quixería preguntarque por que viñeches a España, non me contestaches e teño curiosidade.*

O feito de que me tratase polo meu nome real deixoume moi contenta, así que me sentín a gusto para seguir narrando un pouco máis. Non sempre teño ganas de contar a miña historia, excepto cando creo que podo contribuír en algo, para que algunha mente ou algunhas mentes poidan tomar conciencia sobre o enorme descoñecemento que se ten sobre o pobo romaní, incluso o feito de que somos tamén moi diversos entre nós. Deixo os meus pensamentos e contéstolle:

—*Vinme a España por unha invitación, fun premiada en 2022 pola miña investigación doutoral sobre a literatura romaní contemporánea transnacional, como unha escritura de deconstrucción e reconstrucción identitaria. O recoñecemento foi outorgado pola fundación pública Instituto de Cultura Xitana de España, que é parte do Ministerio de Cultura. Creo que foi un dos momentos más emocionantes da miña vida, porque xa recibira premios pola tese, pero non foran outorgados polo meu pobo. Aquel día, en pleno Museo Reina Sofía, nunha cerimonia belísima, eu, que fora mesmo incomprendida pola miña propia familia, que xamais aceptou as miñas eleccións, atopábame con varios xitanos reunidos que si podían comprender que non deixamos de ser xitanas se facemos outros camiños, non esperados polo conservadurismo tradicional. E aquí estou desde aquel día, xa te deches conta de que tamén son activista.*

—*Home — díxome ela ríndose — eu admiro a túa loita, e tamén que a sigas, a pesar de todas as di-*

ficultades e mesmo traumas como os que che pasaron cando nena.

Despedímonos amablemente, quedamos en vernos para unha próxima consulta nalgúns días e quedeime un tempo a soas cos meus pensamentos. Camiñei ata un café e púxeme a pensar en varios temas relacionados co que falara coa psicóloga... Penso que o meu pobo é un pobo traumado por todas as secuelas identitarias que deixou toda unha historia interrumpida e ainda inconclusa. Con intentos de culturicidio, asimilación forzada, leis e pragmáticas crueis, persecucións de todo tipo, xenocidio incluído.

Somos posiblemente a última minoría en organizarse para loitar polos seus dereitos e igualdade, coa adversidade de que temos que loitar tamén internamente. O noso é un pobo que construíu unha identidade de resistencia, xusto pola historia traumática que vivimos como pobo desde a diáspora de India, ingresando a Europa Occidental no século XV. Esa historia traumática lamentablemente non terminou. Pensei nas teorías sobre como se conforman as identidades de resistencia e as dificultades que teñen para cambiar.

Pensei tamén na simpática psicóloga, non sei a súa idade, pero non sería nin moito maior nin moito menor ca min, tal vez mesmo da mesma idade. Estabamos en situacóns tan distintas na vida, eu chegando a España, empezando todo outra vez, tanto por reconstruír... Para non pensar máis pedín un café e escribín unha poesía que pechará o día.

Invisibilizados

*Que hai de historia,
nesa mentira?*

*Que hai de mentira,
nese conto?*

*Que hai de conto,
nesa narrativa?*

*Que hai de narrativa,
nesa lenda?*

*Que é lenda,
nese verso?*

*Que é verso,
nesa historia?*

*Que historia,
é memoria nosa?*

*Que nosa será,
se non a narramos?*

*Que narramos,
se non se escoita?*

*Que se escoita,
se non temos voz?*

*Que voz temos,
se non existimos?*

*Non existimos,
na historia.*

*Na historia,
inventáronos.*

*Inventáronos,
para eclipsarnos.*

*Eclipsados somos,
invisibles.*

Bibliografía

Allport, G. W. (1954). *La naturaleza del prejuicio*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Benjamin, W. (2008). Tesis sobre la filosofía de la historia. *Iluminaciones IV*, 15-32. Taurus. (Manuscrito original de 1940).

Caruth, C. (2016). *Experiencia no reclamada: Trauma, narrativa e historia*. Paidós.

Derrida, J. (1971). *De la gramatología*. Siglo XXI Editores.

Grosfoguel, R. (2013). La descolonización del conocimiento: dialogando con Charles Mills. *Tabula Rasa*, 19, 79-96.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (UNESCO), 168, 533-580.

Ricoeur, P. (1996). *Tiempo y narración I: Configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo XXI Editores.

Steele, C. M. (1997). Una amenaza en el aire: cómo los estereotipos moldean la identidad y el desempeño intelectual. *American Psychologist*, 52(6), 613-629. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613>

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.



CO
R
A
D
O
O
R
I
O
N
E

O PODER DO
COIDADO AFECTIVO
NO ALZHÉIMER
AVANZADO.

DA NEUROCIENCIA
ÁS POLÍTICAS DE
SAÚDE: UNHA
MIRADA CLÍNICA E
RELACIONAL

Vanessa Vilas-Riotorto

Psicóloga Clínica e Experta en Neuropsicoloxía na Sección de Psicoloxía Clínica da Saúde no Instituto de Neurociencias do Hospital Clínic de Barcelona. Máster en Xestión Hospitalaria e de Servicios Sanitarios pola Universidad de Barcelona

vvilas@clinic.cat

ORCID: 0000-0003-1334-7807

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Vilas-Riotorto, V. (2025). O poder do cuidado afectivo no Alzhéimer avanzado. Da neurociencia ás políticas de saúde: unha mirada clínica e relacional. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 40-61. <https://coggalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicaciones>

RESUMO

O Alzhéimer avanzado expón desafíos clínicos, emocionais e sociais que esixen unha abordaxe integral. Aínda cun deterioro cognitivo severo, a resposta socioafectiva conserva marxes de funcionamento que poden sostener a conexión e o benestar. Este artigo explora o poder terapéutico do vínculo afectivo en fases avanzadas, integrando achados da neurociencia —incluído o papel do hemisferio derecho, a teoría polivagal e as neuronas espello— coa experiencia clínica e o coidado. Analízase como o coidado centrado na empatía e a seguridade emocional impacta na calidade de vida, mesmo cando a linguaxe verbal pérdeuse. Desde a perspectiva da saúde pública e a economía do coidado, propónense políticas que reconózcan e fortalezan o rol de coidadores formais e informais. A converxencia entre ciencia, clínica e acción política é clave para promover un modelo de atención que valore a afectivididade como recurso terapéutico esencial no Alzhéimer avanzado.

PALABRAS CHAVE — Alzhéimer, coidado afectivo, neurociencia, apego, políticas de saúde.

ABSTRACT

Advanced Alzheimer's disease poses clinical, emotional, and social challenges that require a comprehensive approach. Beyond cognitive decline, neuroaffective capacities often remain and can sustain connection and well-being. This article examines the therapeutic power of attachment in advanced stages, integrating neuroscience findings —including the role of the right hemisphere, polyvagal theory, and mirror neurons— with clinical experience and caregiving. It explores how care grounded in empathy and emotional safety enhances quality of life, even when verbal language is lost. From the perspective of public health and the care economy, the paper proposes policies to recognize and strengthen the role of formal and informal caregivers. The convergence of science, clinical practice, and policy action is essential to foster a care model that values affectivity as a core therapeutic resource in advanced Alzheimer's disease.

KEY WORDS — Alzheimer, affective care, neuroscience, attachment, health policies.

INTRODUCIÓN

A demencia —coa enfermidade de Alzhéimer como causa máis frecuente— é un dos retos más complexos para os sistemas sanitarios e sociais do século XXI. A medida que a poboación envellece, a súa prevalencia crece de forma sostida, con efectos directos na saúde pública, a economía e a organización social. En España, as estimacións institucionais sitúan na actualidade o número de persoas que viven con demencia ao redor de 0,83–1,0 millóns, e as proxeccións demográficas apuntan a unha duplicación cara a 2050 se se manteñen as tendencias actuais (Alzheimer Europe, 2019, 2024). En termos económicos, a evidencia internacional coincide en que a maior parte do custo social da demencia non é sanitario, senón que procede do coidado social e do coidado informal non remunerado prestado polas familias (Alzheimer's Disease International, 2016). No caso de España, análises recentes sitúan o custo medio anual por persoa ao redor de 24.000 €, con aproximadamente o 87 % soportado polos fogares, o que subliña a necesidade de fortalecer as políticas de apoio ao coidado e aos servizos de longa duración (CEAFA, 2021).

Máis aló das cifras, o Alzhéimer avanza do expón un desafío ético e humano: como acompañar a unha persoa cando a linguaxe verbal e moitas capacidades cognitivas deterioráronse irreversiblemente? Nas fases finais, cando a palabra dilúese e os xestos redúcense ao mínimo, xorde a falsa percepción de que a persoa «xa non está». A medicina tradicional, centrada no biolóxico e funcional, tende a confirmar este baleiro, relegando a dimensión relacional a un plano secundario. Con todo, a investigación en neurociencia contemporánea —incluíndo a teoría polivagal de Stephen Porges, as neuronas espello, a neurocepción, a intersubxetividade e a neurociencia do apego— cuestiona esta mirada reducionista. Mesmo cando o discurso apágase, o corpo segue escoitando: a pel, a respiración, o ritmo car-

díaco e a mirada continúan rexistrando sinais de seguridade ou ameaza.

Neste contexto, a presenza humana adquire un valor terapéutico incalculable. Unha voz acougada, unha man cálida, un contacto visual sostido poden actuar como reguladores emocionais cando todo parece ausente e perdido. O hemisferio derecho, a rede de neuronas espello e os circuitos autonómicos asociados á conexión social manteñen, mesmo en condicións de deterioración severa, unha xanela ou unha greta de acceso á experiencia afectiva. Estas rutas, menos dependentes da linguaxe, permiten que a persoa aínda poida experimentar paz, seguridade e benestar. Mentre quen coida lembra, e reconece.

Este potencial non sempre se reflicte nos modelos de atención actuais, onde a dimensión afectiva do coidado adoita quedar subordinada a aspectos biomédicos e funcionais. Con todo, o vínculo humano —entendido como presenza, sincronía emocional e seguridade percibida— constitúe un recurso terapéutico de primeira orde, capaz de mellorar a calidade de vida, reducir síntomas conductuais e aliviar o sufrimento, tanto na persoa con Alzhéimer como nos seus coidadores.

Comprender por que o coidado afectivo mantén a súa relevancia terapéutica mesmo en fases avanzadas da enfermidade require afondar nos fundamentos neurobiolóxicos da conexión humana. A investigación das últimas dúas décadas achegou evidencias sólidas que vinculan estruturas cerebrais específicas, sistemas neurofisiológicos e redes neuronais coa capacidade de resoar emocionalmente, interpretar sinais non verbais e responder a contextos de seguridade ou ameaza. Este coñecemento non só amplía a nosa comprensión clínica do Alzhéimer, senón que abre oportunidades concretas para redeseñar as intervencións e políticas de coidado.

O presente artigo explora este enfoque desde unha dobre perspectiva: por unha banda, as evidencias neurocientíficas que explican a

persistencia da conexión afectiva no Alzhéimer avanzado; por outra, analiza como estas bases poden e deben traducirse en políticas de saúde que recoñezan e fortalezan o papel do coidado afectivo. Integrando a clínica, a neurociencia e a economía do coidado, proponense estratexias concretas para un modelo de atención integral que sitúe a afectividade no centro, non como un elemento accesorio, senón como un piar esencial da intervención terapéutica e da acción política.

FUNDAMENTOS NEUROCIENTÍFICOS DO COIDADO AFECTIVO

1/ Hemisferio dereito e cognición social

Na arquitectura funcional do cerebro, o hemisferio dereito desempeña un papel central na percepción e procesamento da información socioemocional. A diferenza do hemisferio esquerdo, máis vinculado á linguaxe e ao pensamento analítico, o hemisferio dereito integra sinais visuais, auditivas e somáticas para construír un mapa afectivo da contorna. Esta especialización converteo nun mediador principal da cognición social: a capacidade de recoñecer rostros, interpretar expresións emocionais, captar o ton e a musicalidade da voz, e percibir matices posturais ou xestuais.

En fases avanzadas do Alzhéimer, aínda que a deterioración cerebral é extensa, investigacións neurofuncionais atoparon que certas áreas do hemisferio dereito —como a cortiza insular, rexións temporais anteriores e estruturas frontoparietais— poden conservar actividade funcional suficiente para responder a estímulos emocionais non verbais. Esta fisgoa de función permite que a persoa, mesmo sen comprender o contido literal das palabras, poida reaccionar á calidez dunha voz, a suavi-

dade dunha caricia ou a familiaridade dunha presenza próxima.

Desde a práctica clínica, estes achados explícan, na miña opinión, por que unha contorna cargada de sinais de coidado —mirada cálida e atenta, postura aberta, contacto físico regulado— pode desencadear momentos de conexión, calma ou mesmo de recoñecemento fugaz que as persoas coidadoras recoñecen e senten como xenuínas. Quizais, nese instante, ambas as persoas se sintan afectivamente recoñecidas na *mirada do outro*. O hemisferio dereito, menos dependente da linguaxe e máis orientado á experiencia emocional directa, constitúe así unha vía privilexiada para chegar á persoa cando outras formas de comunicación debilitáronse ou perdéronse.

Nestas fases avanzadas do Alzhéimer, a afectación do hemisferio dereito compromete gravemente a interacción emocional e a comunicación non verbal, compoñentes esenciais do vínculo humano. Comprender esta deterioración axuda a evitar enganos («xa non sente», «non reaccionou») e orienta aos coidadores cara a un acompañamento máis sensorial, relacional e compasivo, sabendo que o corpo aínda pode sentir mesmo cando a mente xa non pode responder *recíprocamente*.

O afecto non é un luxo: é unha vía neurolóxica de intervención, un dereito humano e unha forma de resistencia fronte ao abandono. A teoría polivagal, as neurociencias do apego, a economía do coidado e as voces de quen coída lémbraños que sempre é posible conectar. Mesmo cando non hai palabras. Mesmo cando o único que queda é o tacto, a respiración compartida ou a mirada silenciosa.

Alí onde a linguaxe e a memoria bórranse, o coidado afectivo escribe a súa propia forma de permanencia. É alí, nese espazo sen palabras,



Foto: Fanny Renaud / Unsplash

onde o coidado convértese en memoria encarnada. E onde a humanidade sobrevive.

2/ Teoría polivagal e regulación emocional

A teoría polivagal, desenvolta por Stephen Porges, describe como o sistema nervioso autónomo regula as nosas respotas de conexión social, alerta ou defensa. O concepto de neurocepción —a avaliación inconsciente e continua de seguridade ou ameaza— resulta clave para comprender a conduta en persoas con Alzhéimer avanzado.

En contornas de coidado, a activación do sistema parasimpático ventral, mediada pola rama ventral do nervio vago, favorece estados de calma, cooperación e apertura relacional. Pola contra, sinais percibidos como ameazantes (movementos bruscos, ruídos intensos, tons de voz duros) poden activar circuitos de defensa simpáticos ou dorsal-vagais, producindo axitación, retraimento ou desconexión.

Intervencións como a musicoterapia, o contacto físico afectivo e a modulación prosódica da voz poden estimular a vía ventral vagal, regulando o estado fisiolóxico e emocional. O coidador, a través da súa presenza e coherencia corporal, actúa como un modulador externo da neurocepción, ofrecendo seguridade cando a percepción interna da persoa está comprometida.

Unha presenza que regula cando todo parece perdido

Nas fases finais do Alzhéimer, cando a linguaxe disólvese e as condutas tórnanse mínimas ou ausentes, xorde a falsa percepción de que a persoa deixou de estar. A medicina tradicional tende a confirmar este baleiro, priorizando o biolóxico e funcional sobre o relacional e afectivo. Con todo, enfoques como a teoría polivagal de Stephen Porges e a neurociencia do apego cuestionan esta mirada reducionista e ofrecen unha alternativa profundamente hu-

mana: mesmo cando a palabra desaparece, o corpo segue escoitando.

Neurocepción e seguridade: cando o corpo sabe o que a mente xa non pode nomear

Segundo a teoría polivagal, o noso sistema nervioso autónomo ten a capacidade de detectar sinais de seguridade ou ameaza mesmo sen mediación consciente, un proceso chamado neurocepción. No Alzhéimer avanzado, o sistema vagal ventral —asociado ao benestar e a conexión social— pode seguir activándose mediante claves afectivas: unha voz suave, un contacto físico respectuoso ou unha mirada intencionada e presente. Estes sinais regulan non só as emocións, senón tamén funcións fisiolóxicas como a respiración e o ritmo cardíaco.

3/ Neuronas espello e preservación da empatía

As neuronas espello, explicadas de forma moi breve neste apartado, foron inicialmente localizadas na cortiza premotora e parietal, e permiten «simular» internamente as accións, intencións e emocións dos demás. Este sistema sostén a resonancia afectiva: a capacidade de sentir o que outro experimenta (Bonini et al., 2022). Como desenvolve Marco Iacoboni en *Las neuronas espejo: empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros* (2009), trátase dun substrato neurobiolóxico clave para a empatía e a comprensión intersubxetiva.

No Alzhéimer avanzado, a degradación das redes de memoria declarativa non implica necesariamente a total desaparición deste substrato empático. Probablemente a activación de neuronas espello pode manterse parcialmente, permitindo que xestos simples —un sorriso, arrolar, un suspiro compartido— esperimenten respostas de sintonía emocional.

Para o coidador, comprender este mecanismo significa recoñecer que a persoa pode seguir sentindo xunto a el, aínda que non poida expresalo verbalmente. Na práctica, este achado subliña a importancia da coherencia emocional: o estado interno do coidador pode influir na resposta da persoa coidada.

4/ Fenomenoloxía do vínculo e mente encarnada

En palabras de Siri Hustvedt en *La mujer temblorosa* (2020): «Estamos habitados, ocupados, somos seres plurais e sempre vivimos en relación con ese mundo exterior que percibimos como seres corporais e non soamente como cerebros».

A fenomenoloxía contemporánea ofrece un marco potente para explicar por que o vínculo conserva eficacia clínica cando a linguaxe se perde. Segundo a Thomas Fuchs (2016), a intercorporeidade describe como, no encontro cara a cara, os corpos axústanse nunha coordinación tónica e rítmica. Lémbranos o proceso polo que os afectos xorden e se modulan na interacción como unha resonancia corporal compartida, sen requirir inferencias conscientes sobre «estados mentais ocultos». Na mesma liña, a cognición é indisoluble do corpo (Merleau-Ponty en *Fenomenología de la percepción*; citado en Fuchs, 2016). Na demencia avanzada, esa «mente encarnada» mantén abertas canles non verbais polas que aínda circulan sinais de seguridade. Aínda cando a linguaxe verbal se suspende, o lazo persiste e exprésase desde o encarnado.

En coherencia coa noción de *mente encarnada*, Antonio Damasio propón a hipótese do marcador somático: os sinais viscerais e sensoriais orientan atención, decisión e conduta mesmo cando o razonamento explícito está limitado. En demencia avanzada, esta perspectiva axuda a entender a eficacia de intervencións que

modulan o corpo (prosodia, ritmo, tacto consentido, música).

Pola súa banda, Joseph LeDoux distingue entre respostas defensivas non conscientes organizadas por circuítos subcorticais (p. ex., amígdala e redes asociadas) e a experiencia consciente das emocións apoiada en redes corticais. A súa formulación de vías rápida e lenta de procesamento de claves de ameaza explica reaccións de sobresalto, axitación ou conxelación ante estímulos bruscos (ruídos, tons duros, movementos rápidos), mesmo cando a linguaxe está moi deteriorada. Na práctica, isto reforza a necesidade de ambientes previsibles e sinais de seguridade para previr a activación defensiva e facilitar a corregulación.

5/ Neuroplasticidade e estimulación afectiva

Mesmo en fases avanzadas de demencia, o cerebro conserva certo grao de neuroplasticidade ou mecanismos de compensación. Programas de estimulación multisensorial —que combinan tacto, son, luz, aroma e movimiento— demostraron beneficios na regulación emocional, a redución de axitación e a mellora do benestar subxectivo. Estas intervencións non só buscan preservar funcións residuais, senón tamén xerar asociacións emocionais positivas ou reducir o malestar físico, o que favorece unha mellor calidade de vida. A clave é a personalización: o estímulo debe ter valor para a persoa, evocando experiencias seguras e praceiteiras que activen os seus circuítos emocionais intactos ou en modo supervivencia.

Incluso no Alzheimer avanzado, persisten rutas cerebrais e fisiolóxicas capaces de sostener a resposta emocional, pensemos no sorriso como signo clínico. Así, o coidado —entendido como práctica de acompañamiento afectivo e corporal— pode seguir activando circuítos emocionais de seguridade e conexión, ofrecendo benestar mesmo cando as funcións cognitivas superiores xa non están dispoñibles.

O hemisferio dereito manteñ certo potencial para decodificar sinais afectivos; a teoría polivagal explica como unha contorna segura modula a resposta autonómica; as neuronas espello permiten resoar coa emoción allea e descoñecemos o grao de permanencia do eu e a intersubxetividade porque é un *mapa incógnito* coas nosas ferramentas de investigación actuais. Aínda que desde un modelo científico, as preguntas deben seguir guiando a nosa procura de respuestas.

Con todo, nin estes achados nin achados futuros teñen valor se non se traducen en políticas e prácticas concretas de coidado. A ponte entre a ciencia e a vida cotiá das persoas con Alzhéimer constrúese a través do vínculo humano. Non se trata só de «facer por» a persoa, senón de «estar con» a persoa de maneira que a presenza, o ton, o ritmo e a sintonía emocional convértanse en verdadeiros instrumentos terapéuticos e de coidado.

Con esta base, pasamos dos mecanismos cerebrais á dimensión relacional, onde a teoría do apego, a comunicación non verbal e as intervencións baseadas na presenza ofrecen claves esenciais para acompañar cando as palabras xa non están dispoñibles.

O VÍNCULO COMO FERRAMENTA TERAPÉUTICA

1/ Teoría do apego (Bowlby, Schore)

A teoría do apego, formulada por John Bowlby e ampliada por Allan Schore, sostén que o ser humano nace cun sistema biolóxico orientado a buscar proximidade e seguridade para regular o estrés a través de vínculos significativos. Un apego seguro na infancia constitúe a base para explorar a contorna, xestionar a angustia

e establecer relacóns saudables ao longo da vida.

No Alzhéimer avanzado, este sistema non desaparece; pola contra, pode activarse con facilidade debido á incerteza, as perdas funcionais e a desorientación. Desde a neuropsicoloxía afectiva, Schore subliña que estes procesos están fortemente mediados polo hemisferio dereito e a comunicación non verbal (Schore, 2019). Por iso é polo que a presenza corporal do coidador e o seu ton prosódico regulan con máis eficacia que o contido literal das palabras.

Aínda que a capacidade cognitiva para elaborar ou lembrar vínculos estea comprometida, algúns mecanismos emocionais e neurofisiolóxicos asociados ao apego poden permanecer activos. Na práctica clínica, isto permite recrear microclimas de seguridade que amortecen a ansiedade, reducen as condutas disruptivas e favorecen momentos de calma ou conexión. O coidador, actuando como figura de apego, convértese en regulador externo do estado emocional cando a autorregulación interna está diminuída.

O efecto desta base segura transcende o inmediato: unha contorna afectivamente estable pode atenuar a velocidade da deterioración funcional e mellorar a resposta a intervencións non farmacolóxicas. Así, o vínculo non só sostén a calidade de vida, senón que modula a experiencia da deterioración.

1.1 — Activación do apego en demencia: evidencia observacional (Cassidy e Shaver, 2008)

O *Handbook of Attachment* de Cassidy e Shaver (2008) recolle descripcións clínicas e estudos de campo que mostran condutas de apego claras en residencias e hospitais: procura de contacto, seguimento, chamadas/vocalizacións e protesta ante a separación. No traballo clásico de Miesen (1992) aplicouse un procedemento estandarizado de visita (análogo á situación

estraña de Ainsworth) con tres condiciones: soa, con investigador e con familiar. O momento crítico era o anuncio da saída do familiar, que activaba de maneira fiable o sistema de apego e xeraba condutas de proximidade e protesta. As persoas con mellor funcionamento cognitivo mostraban con más frecuencia «fixación parental» (invocación de figuras de apego, mesmo falecidas) como intento de regular medo e incerteza (Miesen, 1992, citado en Cassidy e Shaver, 2008).

1.2 — Representacións adultas de apego e calidade do coidado

Cassidy e Shaver (2008) sinalan que as representacións de apego na adultez —avaliadas coa Adult Attachment Interview (AAI) — asócianse coa responsividade e dispoñibilidade. No estudo *Daughters of Parents with Dementia* (Steele et al., 2004), resumido en Cassidy e Shaver (2008), unha maior coherencia do discurso na AAI —indicador dun estado de apego adulto máis integrado— relaciónase con maior responsividade e dispoñibilidade durante as visitas e con mellores valoracións globais do vínculo. En conxunto, suxire que representacións de apego máis organizadas axudan ao coidador a evitar o desbordamento emocional, interpretar con maior precisión os sinais do familiar e manter a autorregulación ante a imprevisibilidade propia da demencia (Steele e cols., 2004, citado en Cassidy e Shaver, 2008).

As descripcións de Dasha Kiper (2023) en *Viajes a tierras inimaginables* axudan a ver o que a teoría do apego anticipa: na demencia, non só se activa o sistema de apego da persoa afectada, tamén o do coidador. Cando a enfermidade introduce incerteza e perdas, o coidador tende a buscar control para acougar o seu propio medo; ás veces faino corrixindo, insistindo ou explicando unha e outra vez, coa esperanza de «traer de volta» á persoa. Desde o modelo de apego, iso pode lerse como hiperactivación ansiosa ou como inhibición evitativa (distan-

ciamento afectivo cando a dor desborda). En ambos os extremos, a corregulación reséntese: a persoa percibe a presa ou a retirada e aumenta a súa propia procura de seguridade.

Dasha Kiper recolle, ademais, fenómenos descritos por Miesen (1992, citado en Cassidy e Shaver, 2008), a chamada «fixación parental» —invocar á nai/pai ou buscar unha base segura en obxectos e rutinas— como intento de regulación perante a confusión. En termos prácticos, a protesta ante a separación (chamadas, deambulación, seguimento) é menos un «síntoma» e máis un sinal de apego. A intervención eficaz non é tanto corrixir ou convencer, senón ofrecer base segura: presenza, previsibilidade, unha ancoraxe prosódico e obxectos de continuidade coa autobiografía.

A autora tamén lembra que, baixo estrés, os coidadores recorren a atallos cognitivos («facer o de sempre», «explicar outra vez») que funcionan en situacións normais pero fracasan cando a linguaxe e a memoria están danados. A alternativa é pasar de «corrixir» a validar e acompañar: recoñecer o estado, marcar afectivamente («estou aquí»), interacción con voz lenta, pausas e redirixir con claves sensoriais significativas (música, fotos, tacto consentido).

1.3 — Inversión do apego e base segura na vellez

Nas últimas etapas do ciclo vital pódese producir unha inversión do apego na que os fillos adultos pasan a funcionar como figuras de apego para os seus pais (Cassidy e Shaver, 2008). En demencia avanzada, esta inversión vólvese estrutural: a persoa busca no coidador unha base segura desde a que «explorar» un mundo sensorialmente confuso. Dita base constrúese menos con explicacións e más con sinais corporais e rítmicos (mirada, postura, contacto dosificado, prosodia), en liña co modelo proposto por Schore e a Teoría Polivagal de Porges.

O coidador tamén necesita unha base segura. O seu propio sistema de apego activase; convén coidar ao coidador (tempo, espazos de apoio, psicoeducación, respiro) para sostener a corregulación.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA E PERSPECTIVA DE XÉNERO

1/ Economía do coidado

Mazzucato expón que **a saúde e o coidado xeran «valor público»** e que a economía debe **medir o que importa** con métricas más aló do PIB, incorporando a achega dos coidados —maioritariamente femininos— como infraestrutura esencial para o benestar e a produtividade colectiva. Propón **políticas**

cas orientadas por misións e métricas de co-creación público-comunitaria para guiar o investimento e avaliación.

Nunha sociedade cada vez máis envellecida e cun aumento progresivo de enfermidades crónicas complexas, os coidados informais eríxense como un pilar esencial —aínda que moitas veces invisible— do benestar social e do sostento do sistema de saúde. A súa contribución diaria, silenciosa e constante permite evitar hospitalizacións, mellorar a calidade de vida das persoas dependentes e sostener a cohesión social.

Os custos directos asociados á demencia inclúen hospitalizacións, consultas, medicamentos e recursos sociosanitarios. Con todo, o peso económico real concéntrase nos custos indirectos: tempo non remunerado dedicado ao coidado, redución ou perda de ingresos laborais, renuncia a oportunidades profesionais e desgaste físico e emocional do coidador. Segundo datos recentes, o 87 % do custo anual



Foto: Pexels / Pavel Danilyuk

total da atención en Alzhéimer é asumido polas familias.

Desde unha perspectiva macroeconómica, a contribución dos coidados informais é inmensa: a súa ausencia implicaría un incremento insostible da demanda asistencial no sistema público. Con todo, esta achega segue subestimada nas estatísticas oficiais e escasamente contempladas nas políticas públicas.

2/ Sobrecarga e saúde de coidadores informais

O rol de coidador, particularmente na demencia avanzada, comporta unha carga física, emocional e social de gran magnitud. Con frecuencia, esta sobrecarga tradúcese na chamada síndrome do coidador, un conxunto de malestares que inclúen esgotamento, sentimientos de soildade, depresión, ansiedade e unha deterioración progresiva da saúde física. A atención continuada, moitas veces sen apoios nin substitución adecuados, sitúa á persoa coidadora nunha posición de vulnerabilidade que a converte nunha «paciente oculta» e «silenciada» dentro do sistema sanitario.

A sobrecarga do coidador, o benestar psicolóxico e os aspectos negativos do coidado sobre a saúde correlacionaronse moderadamente coa calidade de vida dos coidadores informais. Os factores asociados á demencia, incluíndo o curso da enfermidade e a súa severidade coa presenza de síntomas neuropsicolóxicos, poden afectar negativamente o rol do coidador informal e producir unha baixa autopercepción da calidade de vida; por tanto, o apoio social e profesional para os coidadores informais é fundamental (Frias, Cabrera e Zabalegui, 2020).

A pesar deste impacto, o apoio estrutural é limitado. A disponibilidade de servizos de respiro, o acceso a atención psicolóxica e programas de formación en coidados especializados son aínda desiguais entre rexións e, con frecuencia, insuficientes. Incluir os resultados

en saúde das persoas coidadoras nos modelos de xestión e recoñecer a saúde do coidador como un obxectivo prioritario das políticas públicas non só é un acto de xustiza social, senón tamén un investimento na sustentabilidade do coidado e do propio sistema sociosanitario ante esta crise anunciada, xa moito antes da pandemia COVID-19 que cambaleou as bases da nosa sociedade e o noso sistema sanitario, e por tanto a nosa vida en democracia.

3/ Desigualdades de xénero

O coidado informal en España —e na maior parte do mundo— continúa recaendo de forma predominante nas mulleres, o que perpetúa desigualdades estruturais en saúde, ingresos, oportunidades laborais e pensións futuras. Tal como evidencia a revisión sistemática e meta-análise de Duangjina e cols. (2025), as mulleres asumen unha carga de coidados significativamente maior, o que incrementa a súa vulnerabilidade á sobrecarga, a deterioración da saúde e a exclusión social. Esta realidade, marcada pola precariedade e a invisibilidade dos coidados no ámbito doméstico, coloca a moitas coidadoras en risco de empobrecedimento e marxinalidade a longo prazo.

Incorporar unha perspectiva de xénero nas estratexias de coidado é imprescindible para romper este ciclo. Iso implica recoñecer formalmente o traballo de coidado, redistribuir responsabilidades entre xéneros, promover servizos públicos universais de apoio e establecer incentivos que compensen o impacto laboral e económico que asumen as coidadoras.

4/ A economía do coidado como sопорte do coidado afectivo no Alzhéimer avanzado

4.1 — Por que importa para o Alzhéimer

O coidado é a base que sostén a vida cotiá e ten un compoñente explicitamente relacional

que o diferencia doutros traballos: atender necesidades físicas, psicolóxicas e emocionais para sostener autonomía e sentido de seguridade; xusto o núcleo do acompañamento en demencia avanzada.

A escala mundial, a economía do coidado xera uns **381 millóns de empregos (11,5 % do total)** e o coidado non remunerado estimase en **11 billóns USD** (*United States Dollar*, polas súas siglas en inglés) anuais; a súa relevancia macroeconómica e social converte calquera estratexia de atención ao Alzhéimer e outras demencias en política de país.

4.2 — Déficits de «traballo decente» que afectan a calidade asistencial

O sector dos coidados afronta escaseza de persoal, rotación elevada, xornadas extensas e riscos psicosociais. En coidados de longa duración europeos documentáronse agresións verbais e físicas ao persoal e en todo o mundo os déficits son máis agudos na economía informal.

4.3 — Demografía, coidados de longa duración e planificación

Care work and care jobs for the future of work (Traballo e emprego no sector da prestación de coidados para o futuro do traballo, é un informe da Organización Mundial do Traballo (OIT) que analiza polo miúdo o traballo de coidados remunerado e non remunerado e a súa relación co mundo do traballo en transformación.

Segundo este informe o envellecemento acelera a **demanda de coidados**: de 2.100 millóns de persoas con necesidades en 2015 pasará a 2.300 millóns en 2030, con especial presión nos coidados de longa duración. Requírese de planificación pública para acceso a estes coidados sen cargas financeiras excesivas.

4.4 —Tecnoloxía: útil, pero non substítue o vínculo

A teleasistencia, a monitorización e a robótica alivian tarefas, pero **non substítúen a naturaleza relacional do coidado**; o seu impacto positivo depende de formación e de pechar fendas dixitais.

4.5 — Xénero e migración

En España no sector dos coidados máis do 85 % das profesionais son mulleres, a metade delas ten máis de 45 anos e unha de cada catro é migrante. O traballo de coidado está altamente feminizado (as mulleres realizan 76 % do coidado non remunerado) e presenta brechas salariais e de formalidade; os traballadores migrantes están sobrerepresentados en domicilios e residencias e sofren maior risco de explotación e violencia. Un traballo que fai enfermar: máis estrés, medicación e baixas. Políticas de igualdade salarial, formalización e protección migratoria son determinantes.

Enfoque das «5 R» da OIT para o coidado: **Recoñecer** o coidado; **Reducir** cargas innecesarias; **Redistribuír** entre Estado, mercado e fogares (e entre xéneros); **Recompensar** con salarios e dereitos; **Representar** aos coidadores no diálogo social.

En síntese, recoñecer, apoiar e integrar o coidado informal no deseño de políticas públicas non só mellora a calidade de vida de quen coida e de quen son coidados, senón que tamén fortalece a sustentabilidade, a eficiencia e a equidade do sistema sanitario. Transformar o actual modelo de coidados nun sistema más próximo e comunitario e, á vez, mellorar a calidade do emprego das persoas que traballan no sector dos coidados de longa duración é unha condición necesaria para un modelo de atención á demencia que sexa verdadeiramente humano, sostible e xusto.



Foto: Pexels / Diogo Miranda

NEUROPOLÍTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS EN SAÚDE

A abordaxe do Alzhéimer avanzado non pode limitarse á práctica clínica ou ao esforzo individual das familias. Requiere un marco político que traduza a evidencia científica e a realidade social en estratexias sostibles, equitativas e baseadas en dereitos. A **neuropolítica** —a intersección entre neurociencia, políticas públicas e ética do coidado— achega un enfoque que recoñece a influencia das condicións sociais, económicas e culturais na saúde e na calidade de vida.

1/ Estratexias nacionais de demencia

En España, o Plan Integral de Alzhéimer e outras Demencias recoñece a necesidade dun diagnóstico temperán, atención integral e apoio a coidadores, pero a súa implantación presenta brechas estruturais e históricas significativas. Persisten desigualdades territoriais no acceso a especialistas, programas comunitarios e servizos de respiro, o que xera un mapa asistencial fragmentado e desequilibrado, signo de clara iniquidade nun derecho á atención en saúde que debe ser un derecho garantido.

O diagnóstico temperá segue sendo un reto: máis do 50 % dos casos detéctanse en fases avanzadas, perdéndose oportunidades de intervención preventiva e de planificación de coidados con vontades anticipadas. A equidade territorial debe ser un eixo central, garantindo que toda persoa con síntomas de demencia, viva onde viva, teña acceso a diagnóstico, tratamento e apoio social sen demoras.

2/ Leccións da Lei ELA

Ley 3/2024, de 30 de outubro, para mejorar la calidade de vida de persoas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y outras enfermedades o

procesos de alta complejidade y curso irreversíble. *Boletín Oficial del Estado*, 263.

A Lei 3/2024 de ELA e o seu plan de despregue ofrecen ancoraxes valiosas para o campo do Alzhéimer, entre outros:

- Coordinación interministerial entre Sanidade, Dereitos Sociais e outras áreas para integrar recursos sanitarios e sociais.
- Recoñecemento automático do 33 % de discapacidade para reducir trámites e acelerar o acceso a prestacións.
- Creación dun Banco Público de Apoios, con axudas técnicas, asistencia domiciliaria e servizos de respiro, coordinados coas comunidades autónomas.

Na Enfermidade de Alzhéimer poderíase reducir de maneira inmediata as barreiras burocráticas e mellorar a resposta do sistema, especialmente en fases avanzadas onde a axiolidade no acceso a recursos é urxente e determinante.

3/ Plan de Acción de Saúde Mental e os Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS)

O Plan de Acción de Saúde Mental 2025–2027 subliña a necesidade de modelos comunitarios, centrados na persoa e baseados en dereitos humanos. Este marco encaixa coas recomendacións da OMS e os Obxectivos de Desenvolvemento Sostible (ODS). Unha editorial en *JAMA (Journal of the American Medical Association)* subliña que «**a evidencia é suficiente** para introducir paquetes de saúde cerebral en Atención Primaria e comunidade» (Schott, 2025). «As intervencións multicomponente **melloran** a cognición en maiores de alto risco, con **maior efecto** en programas **estruturados**» (Baker et al., 2025). Integrar o Alzhéimer nesta axenda implica recoñecer o coidado como un derecho e non só como un servizo. Tamén supón aliñar as políticas de demencia coas envellecemento activo,

garantindo participación social, contornas amigables, igualdade de xénero e acceso equitativo a servizos.

4/ Propostas de política de coidados

En liña coa proposta de Mazzucato, a **economía do coidado** debe incorporarse explícitamente á **contabilidade do valor público**, reformando os sistemas de indicadores para que o impacto sanitario, social e relacional do coidado —hoxe invisibilizado— oriente a planificación e o financiamento.

Para que o coidado afectivo e a atención integral se consoliden como parte da política pública, propónense medidas concretas:

- **Incorporar indicadores de calidad afectiva** na avaliación de centros e servizos, medindo aspectos emocionais, trato digno e satisfacción de coidadores e persoas atendidas.
- **Financiar programas comunitarios estruturados de estilo de vida** (modelo **POINTER**) integrados en centros de saúde e redes locais (deporte, nutrición, maiores), con **indicadores de calidad e adherencia** e acceso equitativo por territorio (Baker et al., 2025; Schott, 2025).
- **Financiamento estable e finalista** para servizos comunitarios e de proximidade, evitando que dependan de proxectos temporais.
- **Formación obligatoria** en comunicación non verbal, teoría do apego e teoría polivagal para profesionais e coidadores formais.
- **Perspectiva de xénero transversal** en todas as políticas de coidado, con medidas para redistribuír responsabilidades e compensar o impacto económico sobre as mulleres.

En resumo, segundo Mazzucato, **medir o que importa** implica recoñecer o coida-

do como **infraestrutura económica**, non como un custo residual. A política sanitaria e social debe pasar da retórica á acción, integrando a ciencia do coidado afectivo en estratexias de gran escala. A sustentabilidade do sistema, a equidade territorial e a xustiza con perspectiva de xénero dependen de recoñecer que coidar ben non é só asistir: é tamén garantir contornas seguras, vínculos significativos e apoios estruturais para quen coida.

PROPOSTAS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

A atención ao Alzheimer avanzado require un modelo que combine prevención, diagnóstico temperá, atención centrada na persoa, apoio a coidadores e innovación tecnolóxica e social. Non se trata só de sumar recursos, senón de aliñar ciencia, práctica clínica e políticas públicas para garantir coidados que sexan ao mesmo tempo efectivos, humanos e sostibles.

1/ Prevención e diagnóstico temperá

A prevención empeza moito antes da aparición de síntomas, actuando sobre factores de risco modificables como perda de audición, problemas de visión, hipertensión, colesterol elevado, diabetes, obesidade, tabaquismo, illamento social e depresión. Incorporar cribados sistemáticos en atención primaria —incluíndo test cognitivos breves e avaliación de factores sensoriais e cardiovasculares— permitiría detectar deterioración cognitiva leve e actuar de maneira precoz.

Evidencia reciente de intervención multicomponente apoia que cambios conductuales combinados —actividade física regular, dieta tipo MIND, estimulación cognitiva e social, e control de factores cardiometabólicos— **melloran a función cognitiva** en persoas maiores con **alto risco de deterioración**,

con efectos maiores cando o programa é **estruturado e acompañado** (*U.S. POINTER, JAMA, 28/07/2025*). Aínda que o ensaio non incluíu un grupo sen intervención (o que obliga a interpretar con prudencia a magnitud absoluta), o achado é **coherente** coa preventión cardiovascular e coa Comisión Lancet 2024 (factores modificables), e reforza a **necesidade de promover protocolos comunitarios** de estilo de vida con seguimento profesional desde Atención Primaria e recursos locais (Baker et al., 2025; Schott, 2025).

A preventión para as persoas coidadoras inclúe os recursos e apoios estruturais para quen coida, cargando sobre os seus ombreiros unha inmensa responsabilidade do conxunto dunha sociedade democrática. Lembremos que as mulleres como «pacientes ocultas», ademais, teñen maior probabilidade de vivir con Alzhéimer.

A formación continua de médicos de familia, enfermería e outros profesionais de atención primaria é clave para reconecer signos iniciais, derivar a especialistas e orientar ás familias sobre recursos dispoñibles. A evidencia mostra que un diagnóstico temperán non só optimiza o manexo clínico, senón que tamén mellora a planificación de coidados e o benestar de coidadores e persoas afectadas.

2/ Atención centrada na persoa e no vínculo

Un modelo de atención integral debe construír plans de coidado individualizados, elaborados coa participación activa da persoa (cando sexa posible) e a súa rede de apoio. Estes plans deben contemplar non só aspectos médicos e funcionais, senón tamén preferencias persoais, historia vital e vínculos afectivos significativos.

En *Viajes a tierras inimaginables*, Dasha Kiper recolle con lucidez e compaixón os paradoxos emocionais que viven os coidadores de persoas con demencia. O libro explora como o vínculo afectivo sostense mesmo cando a men-

te se *desintegra*, e como os coidadores transitan unha especie de dó en vida. A través de relatos íntimos e análises psicolóxicas profundas, Kiper revela unha verdade fundamental: coidar é convivir coa contradición, co amor que doe e coa esperanza que resiste.

A **dimensión afectiva** do coidado debe integrarse como estándar de calidade en todas as fases, favorecendo contornas seguras e predecibles. Isto esixe un cambio cultural: pasar dunha atención centrada exclusivamente en tarefas a un modelo que valore a presenza, a conexión e o benestar emocional como indicadores de éxito.

Dignidade relacional: o dereito a seguir sentindo

Desde esta perspectiva, a dignidade non se define pola capacidade de falar ou razoar, senón pola capacidade de ser sentido/recoñecido ou lembrado e de sentir. O Alzhéimer non borra ao individuo nin a súa historia: escóndea baixo capas de silencio. Acompañar a quen está nesa bruma non é un acto simbólico, senón unha forma radical de recoñecer a súa existencia.

Segundo a teoría polivagal, o noso sistema nervioso autónomo ten a capacidade de detectar sinais de seguridade ou ameaza mesmo sen mediación consciente, un proceso chamado neurocepción. No Alzhéimer avanzado, o sistema vagal ventral —asociado ao benestar e a conexión social— pode seguir activándose mediante claves afectivas: unha voz suave, un contacto físico respectuoso ou unha mirada presente. Estes sinais regulan non só as emocións, senón tamén funcións fisiolóxicas como a respiración e o ritmo cardíaco.

A través destas canles, a comunicación emocional non verbal pode *seguir viva*, funcionando como unha ancoraxe somático á realidade relacional. Lonxe de ser un «corpo sen mente», a persoa nesta etapa segue sendo un suxeito de

experiencia, regulado —e recoñecido— pola presenza do outro.

Nunha sociedade que adoita medir o valor da vida pola súa produtividade, o coidado afectivo no Alzhéimer avanzado convértese nun **acto político**: urxe integrar unha mirada que priorice a relación, o vínculo e a seguridade emocional como elementos clínicos, non accesorios.

3/ Formación e apoio a coidadores

O rol de coidador require competencias específicas en comunicación non verbal, manexo emocional e comprensión dos principios da teoría do apego e a teoría polivagal. Programas de formación estruturada —accesibles de forma presencial e en liña— poden mellorar

a calidade do coidado e reducir a sobrecarga emocional.

O apoio a coidadores debe incluír servizos de respiro, atención psicolóxica e **incentivos fiscais** que compensen a perda de ingresos e o impacto laboral do coidado. Estas medidas non só protexen a saúde de quen coida, senón que fortalecen a sustentabilidade do sistema sanitario ao previr o esgotamento e a institucionalización prematura.

4/ Innovación tecnolóxica e social

A telemedicina e as plataformas de seguimento permiten monitorizar síntomas, axustar tratamentos e ofrecer apoio sen necesidade de desprazamentos, reducindo custos e mello-



Foto: Pexels / Shvets Production

rando o acceso en zonas rurais ou con menor disponibilidade de especialistas.

O uso de ferramentas de **intelixencia artificial** pode axudar a personalizar intervencións, identificar patróns de comportamento e predir necesidades de coidado. Estas tecnoloxías deben complementarse con solucións sociais e comunitarias, como **redes de apoio entre coidadores e comunidades**, que fomenten o intercambio de experiencias, a aprendizaxe mutua e a creación de contornas de coidado máis colaborativas.

CONCLUSIÓNS

O coidado afectivo non é un xesto accesorio nin un mero complemento da abordaxe clínica do Alzhéimer avanzado: é un **recurso terapéutico con base científica**. A evidencia mostra que, mesmo cando as capacidades cognitivas e a linguaxe verbal se deterioran de forma severa, persisten circuitos cerebrais e fisiolóxicos que sosteñen a conexión emocional. O hemisferio derecho, as neuronas espello e os mecanismos de regulación descritos pola teoría polivagal poden ofrecer vías para chegar á persoa, mellorar o seu benestar e diminuír o sufrimento.

Este coñecemento obriga a reformular a organización da atención. A política pública debe recoñecer o valor do coidado afectivo, integrándose na planificación sanitaria e social como un estándar de calidade, xunto con estratexias de prevención, diagnóstico temprán, apoio a coidadores e innovación tecnolóxica e comunitaria. A sustentabilidade do sistema pasa por recoñecer tamén o papel dos coidados informais, garantir o seu apoio estrutural e corrixir as desigualdades de xénero que os atravesan.

O futuro da atención ao Alzhéimer avanzado dependerá da **converxencia entre evidencia científica, práctica clínica e compromiso político**. Só unha alianza entre estes

tres piñares permitirá construír un modelo de atención integral, centrado na persoa e no vínculo, capaz de responder o desafío demográfico e ético que expón a demencia no século XXI. Apostar por este modelo é, en última instancia, apostar por unha sociedade que coída e se coída, reconecendo que, mesmo cando a linguaxe e a memoria desvanécense, o afecto permanece.

EPÍLOGO – CIENCIA, POESÍA, MÚSICA E O RELATO QUE SOSTÉN (CON IONA HEATH E MAVIS STAPLES)

Cando a palabra se apaga, a voz cálida e o contacto dosificado seguen sendo claves de seguridad somática. Pero o final da vida tamén é parte do noso relato. Como lembra Iona Heath, morrer con dignidade exige devolver á persoa a súa biografía: que a vida poida contarse ata no seu último tramo.

Prioridades ao final da vida:

Heath subliña unha serie de puntos que desexan moitas persoas para o final da súa vida e que se poderían incluír no coidado de pacientes con Enfermidade de Alzhéimer en fase avanzada.

1. Permanecer na casa ou nun lugar seguro.
2. Non morrer en soledade: estar acompañadas por a quen ama.
3. Comunicación non verbal e tacto cando as palabras faltan; a presenza conta tanto como o discurso.
4. Memoria compartida «nas profundidades do corpo».

Narrar fortalece. «O que se expresa fortalece; o que non se expresa tende á inexistencia».

Expresar —con palabras, música ou xestos— consolida o sentido e ofrece calma ao paciente e á familia. Cando a persoa xa non pode falar, os outros continúan o relato: nomean, lembran, arroupan con prosodia e silencios habitables. A «verdade» do final é como unha peza musical repetida.

Contra a negación da morte. Heath advierte que a obstinación terapéutica —reanimacións, sondas ou tubos forzados en demencia avanzada— adoita nacer de non aceptar que a morte forma parte do relato. Frente a iso, propón proporcionalidade, confort e coherencia biográfica: aliviar, acompañar, permitir despedidas, e priorizar o que a persoa consideraba valioso.

Xustiza e políticas públicas que agrupen a complementariedade de ciencia e poesía, que na súa aceptación orixinal é en si mesma facer (*poiesis, pragmática*). Morrer ben non pode ser un luxo. Fai falta garantir coidados paliativos accesibles, apoio domiciliario, tempos de acompañamiento e espazos para o dó. Integrar estes estándares nos plans de demencia e saúde mental —con indicadores de calidade afectiva— é unha cuestión de dereitos.

Ponte coa neurociencia do coidado

A proposta de Heath converxe co xa exposto:

- A prosodia e o tacto seguro activan a vía vagal ventral (seguridade).
- A base segura (apego) permite tolerar a despedida e transitar as emocións compartidas dun dó que se inicia en vida.
- Optimizar o sistema de conexión social latente (neurocepción, seguridade) favorece a redución do estrés e eventos físicos asociados, así como unha mellor abordaxe das alteracións comportamentais.

- Coidar a prosodia: voz lenta, melodiosa, silencios que envolven.
- Permitir o tacto, a pel compartida, e a respiración compasada.
- A música e os rituais (álbums, rituais de despedida) funcionan como ancoraxes multisensoriais.
- Documentar preferencias e límites de intervención para evitar a desproporción.

Así, o coidado afectivo vólvese relato encarnado: a voz como refuxio, e o vínculo como forma de xustiza no final da vida. Con Heath, sabemos que morrer importa non só por como termina, senón por como coidamos o vivido mentres termina.

Música que regula: a voz como refuxio somático

Mesmo cando se desvanecen a linguaxe e a memoria, o que permanece —se se respecta— é a dignidade. Porque non se mide polo que algúén lembra ou di, senón polo modo en que é mirado, tocado, acompañado.

Desde a teoría polivagal, sabemos que o sistema nervioso busca sinais de seguridade para saír do estado de defensa. Unha deses sinais más profundos e eficaces é a voz humana. Pero non calquera voz: voces cálidas, rítmicas, afinadas emocionalmente. Voces como a de **Mavis Staples**.

Cando o son é refuxio

En cancións como *In Times Like These*, non fai falta entender cada palabra. O corpo capta antes que a mente:

- O timbre acarriña.
- O ritmo constante ofrece unha áncora.
- A melodía tépeda di: «Estás a salvo».

E, entón, algo en nós —áinda sen saber por que— se afrouxa, respira, séntese acompañado.

Para quen non comprenden as palabras, pero si a alma do son. Porque a música pode chegar onde a linguaaxe xa non alcanza. A voz convértese en regulación pura. Contención sen explicación.

*(everybody) everybody needs someone they can lean on
everybody needs to lean on someone now*

*In times like these
there's no one not to care, no
there's no one anywhere
who doesn't feel it in their hearts
gotta make a new start ya ll*

*In times like these
let the world understand
together hand in hand*

AGRADECIMENTOS

Á miña nai, por coidar con respecto a dignidade alí onde outros só ven deterioro. Por acompañar sen esperar resposta, por converter os xestos cotiás en formas de amor profundo. Grazas por ensinarme que coidar é resistir e que a tenrura é unha forma silenciosa, pero firme, de facer memoria. E grazas, avoa, pola túa ollada ao final, polo sorriso que atravesa o límiar do deterioro, emocións que non precisan palabras para ser recibidas.

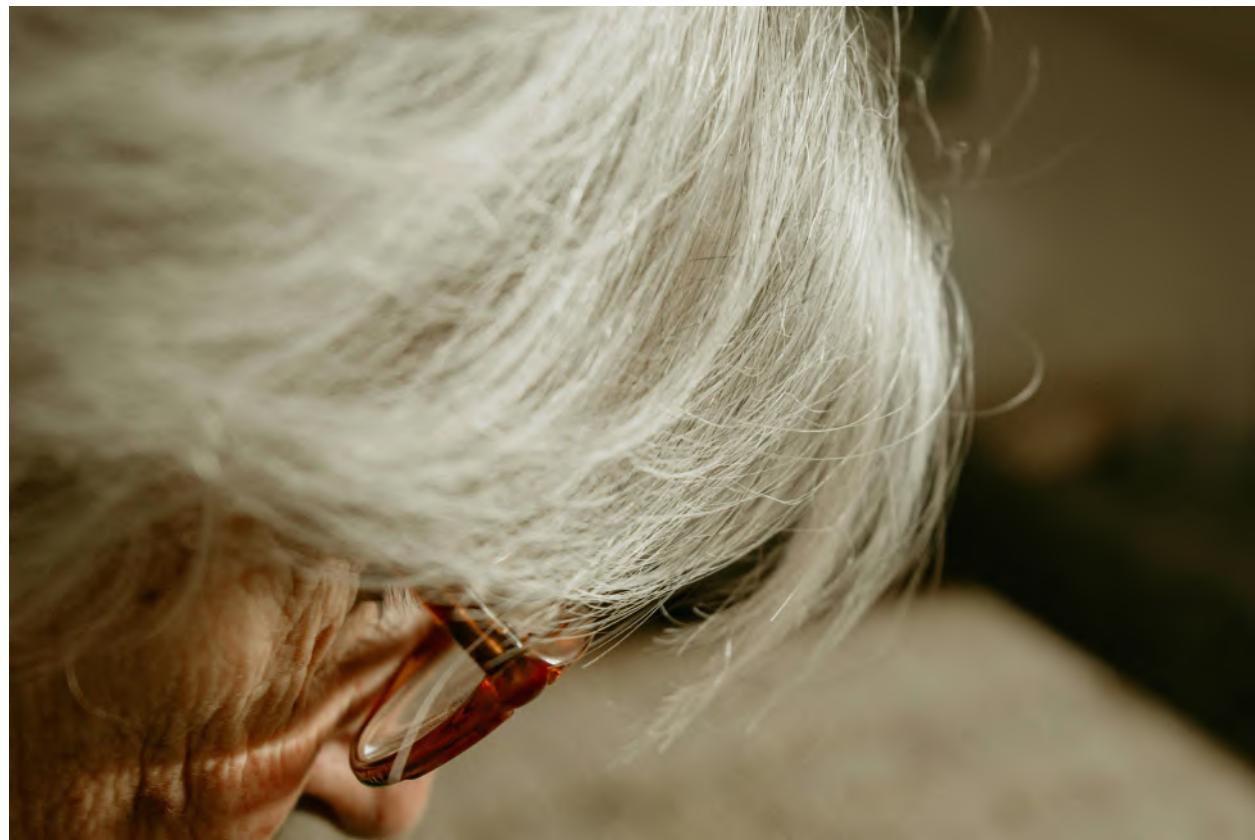


Foto: Pexels / Natalia Olivera

Bibliografía

INFORMES E RECURSOS INSTITUCIONAIS

Alzheimer's Disease International. (2016). *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia – Coverage, quality and costs now and in the future*. London: ADI.

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2022). *Dementia in Europe Yearbook 2022: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2024a). *Dementia in Europe Yearbook 2024*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2024b). *How many people have dementia in Europe?* Luxembourg: Alzheimer Europe.

Confederación Española de Alzheimer (CEAFA). (11 de noviembre de 2021). *El 80% de las personas con Alzheimer son cuidadas por sus familias, que asumen de media el 87% del coste total que conlleva la enfermedad* [Nota de prensa]. <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/notas-de-prensa-y-comunicados/nota-de-prensa-el-80-de-las-personas-con-alzheimer-son-cuidadas-por-sus-familias-que-asumen-de-media-el-87-del-coste-total-que-conlleva-la-enfermedad>

Ministerio de Sanidad. (2019). *Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias (2019–2023)*. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2022). *Abordaje del Alzheimer y otras demencias: Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 2 de diciembre de 2021)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027*. Gobierno de España.

Organización Internacional del Trabajo. (2024). *El trabajo decente y la economía del cuidado*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

WHO Council on the Economics of Health for All. (2023). *Health for All: Transforming economies to deliver what matters*. Geneva: World Health Organization.

LIBROS

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). The Guilford Press.

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Crítica.

Damasio, A. (2018). *El extraño orden de las cosas: La vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Destino.

Heath, I. (2008). *Ayudar a morir. Con un prefacio y doce tesis de John Berger*. Katz Editores.

Hustvedt, S. (2009). *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios* (C. Ceriani, Trad.). Seix Barral.

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo: Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros*. Katz Editores.

Kiper, D. (2024). *Viajes a tierras inimaginables*. Libros del Asteroide.

LeDoux, J. (2020). *Una historia natural de la humanidad: El apasionante recorrido de la vida hasta alcanzar nuestro cerebro consciente*. Paidós.

Mazzucato, M. (2021). *Misión economía: Una guía para cambiar el capitalismo*. Taurus.

Porges, S. W. (2017). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria.

Schore, A. N. (2019). *Right-brain psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

ARTIGOS CIENTÍFICOS E EDITORIAIS

Baker, L. D., Espeland, M. A., Whitmer, R. A., Snyder, H. M., Leng, X., Lovato, L., Papp, K. V., Yu, M., Kivipelto, M., Alexander, A. S., Antkowiak, S., Cleveland, M., Day, C., Elbein, R., Tomaszewski Farias, S., Felton, D., Garcia, K. R., Gitelman, D. R., Graef, S., Howard, M., ... Carrillo, M. C. (2025). Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Interventions for Global Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 334(8), 681–691. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12923>.

Bonini, L., Rotunno, C., Arcuri, E., & Gallese, V. (2022). Mirror neurons 30 years later: implications and applications. *Trends in cognitive sciences*, 26(9), 767–781. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.06.003>.

Duangjina, T., Jeamjityibool, T., Park, C., Raszewski, R., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Sex and gender differences in caregiver burden among family caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 138, 105977. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105977>.

Fuchs, T. (2016). Intercorporeality and Inter-affectivity. *Phenomenology and Mind*, 11, 194–209. https://doi.org/10.13128/Phe_Mi-20119

Frias, C. E., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2020). Informal Caregivers' Roles in Dementia: The Impact on Their Quality of Life. *Life (Basel, Switzerland)*, 10(11), 251. <https://doi.org/10.3390/life10110251>.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasuja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet (London, England)*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Mazzucato, M. (2022, 7 de marzo). Valorar la salud para todos: Nuevas métricas para la política económica y el progreso. *Project Syndicate* (edición en español).

Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 32(8), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>

Schott J. M. (2025). Lifestyle Interventions to Improve Cognition in Later Life: When Is Enough Enough?. *JAMA*, 334(8), 674–676. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12500>

NORMATIVA

Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible. *Boletín Oficial del Estado*, 263, de 31 de outubro de 2024. <https://www.boe.es/eli/es/l/2024/10/30/3>

FERRAMENTAS

DO AGOCHO Á RÚA PENSAMENTO: TECENDO VÍNCULOS NAS MARXES INSTITUCIONAIS

Carlos Díaz Marcelo

FEA Psicoloxía Clínica HU Virgen Macarena Sevilla

Rocío López Díaz

FEA Psicoloxía Clínica HU Virgen Macarena Sevilla

Elisa Llamas López

FEA Psiquiatría HU Virgen Macarena Sevilla

Elena Malavé López

Orientadora educativa

Gloria Alonso Toribio

Psicóloga especialista en Psicoloxía Clínica

carl_diaz82@hotmail.com

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Díaz Marcelo, C., López Díaz, R., Llamas López, E., Malavé López, E., & Alonso Toribio, G. (2025). Do Agocho á rúa pensamento: Tecendo vínculos nas marxes institucionais. *Anuario de Psicoloxía e Saude*, 18, pp. 62-69. <https://cogalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacionss>

SUMARIO

CASTELÁN

*O amor é que veñan buscarche
Ao traballo, ao final dun día triste; ao colexio; á estación de tren.
Despois dun partido esgotador; por sorpresa, cando non o esperabas.
Mesmo —e sobre todo— cando menos o merecías.
Cando es un neno, ou non tanto; cando se fixo tarde;
cando dixeches que non facía falta (pero si facía falta).
Porque no centro dese acto tan cotián
—en que veñan buscarche, en ir buscar—
aniña a excepcionalidade de ser visto,
de saberse recoñecido.*

Laura Ferrero

RESUMO

O xogo infantil do agocho, coa súa dinámica de desaparición e reencontro, constitúe un escenario privilexiado para explorar os vínculos temperáns e as pegadas psíquicas que configuran a subxectividade. A partir dun marco teórico que integra achegas de Freud, Winnicott, Lacan e Pichon-Rivière, examínase como a repetición do mesmo agocho expresa a persistencia do desexo do Outro e a procura dunha base segura. Preséntase o caso de «Z», unha adolescente que alterna presenza e ausencia no seu proceso terapéutico, reproduciendo de forma sintomática escenas de encerro e espera. A intervención grupal —caracterizada pola insistencia en sostener o vínculo fóra dos límites convencionais do dispositivo— permitiu construír un espazo transicional onde a paciente comezou a ressignificar o seu encerro e a ensaiar saídas, non só físicas, senón tamén simbólicas. Este artigo ilustra como a presenza sostida e a flexibilidade institucional poden favorecer procesos de simbolización en adolescentes en situación de retraimiento extremo. Discútense as implicacións clínicas de «ir buscar» como acto terapéutico e proponse pensar o xogo do agocho como metáfora dos procesos vinculares e do traballo psico-terapéutico coa repetición e o desexo do Outro.

PALABRAS CHAVE — Vínculo, adolescencia, espazo transicional, xogo infantil, atención comunitaria.

ABSTRACT

Children's hide-and-seek game, with its dynamics of disappearance and reunion, provides a privileged setting to explore early bonds and the psychic traces that shape subjectivity. Drawing on a theoretical framework integrating contributions from Freud, Winnicott, Lacan, and Pichon-Rivière, this study examines how the repetition of the same hiding spot expresses the persistence of the Other's desire and the search for a secure base. The case of «Z» an adolescent who alternates presence and absence in her therapeutic process, is presented, showing how she symptomatically reenacts scenes of confinement and waiting. The group intervention—characterized by the insistence on maintaining the bond beyond the conventional limits of the therapeutic setting— enabled the construction of a transitional space where the patient began to re-signify her confinement and experiment with exits, both physical and symbolic. This study illustrates how sustained presence and institutional flexibility can foster processes of symbolization in adolescents experiencing extreme withdrawal. The clinical implications of «going to find» as a therapeutic act are discussed, and hide-and-seek is proposed as a metaphor for relational processes and psychoanalytic work with repetition and the desire of the other.

KEY WORDS — Bond, adolescent, transitional space, children's game, community care.

INTRODUCIÓN

Moitos adultos observaron, cunha mestura de tenrura e sorpresa, como os nenos, ao xogar ao agocho, tenden a esconderse sempre no mesmo lugar. O que para o observador externo podería parecer falta de estratexia ou creatividade pode comprenderse como unha manifestación simbólica de desexos, ansiedades e estruturas inconscientes que forman parte do desenvolvemento psíquico infantil.

O xogo do agocho, coa súa dinámica de desaparición e reencontro, ofrece un prisma privilexiado para observar os vínculos humanos e as pegadas temperás que modelan a vida psíquica.

O que na infancia se despregá como xogo pode, máis tarde, transformarse en síntoma, configurando modos de estar e de vincularse.

Este traballo articula un marco teórico e un caso clínico para explorar como o agocho repetido —e os seus equivalentes simbólicos— revelan a persistencia do desexo do Outro e a importancia da base segura.

Xogamos? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Vou!

MARCO TEÓRICO: O XOGO DO AGOCHO COMO ELABORACIÓN SIMBÓLICA DO VÍNCULO

Desde Freud (1920/1948) sabemos que o xogo infantil pode funcionar como un modo de elaborar experiencias traumáticas ou conflitivas. No seu soado exemplo do *fort-dá*, Freud describe como o seu neto lanzaba e recuperaba unha bobina de fio mentres dicía «fóral!» e «aquí está!», simbolizando a desaparición e o retorno da nai. Esta actividade repetitiva per-

mitíalle ao neno dominar simbolicamente a angustia da ausencia.

Esta lóxica obsérvase tamén noutros xogos temperáns, como o clásico cucú-tras, onde o adulto se esconde momentaneamente tras as mans ou outro obxecto e logo reaparece. Máis aló da risa que provoca, este xogo axuda ao neno a elaborar a noción de permanencia do obxecto, concepto desenvolvido por Jean Piaget (1954): a comprensión de que as persoas e obxectos seguen existindo aínda que non estean á vista.

Xogar coa desaparición e o retorno, coa presenza e a ausencia, coa procura e o reencontro, é crucial para adquirir a confianza básica e a seguridade necesarias para poder confiar no outro. Para o neno, o rostro amoroso dos seus pais é o espello dun corpo en orde (Dolto, 1984).

Somos seres sociais desde o nacemento: necesitamos ao outro para sobrevivir. Xa desde os soados experimentos de Harlow (1958) co moniño de felpa sabemos que é tan importante un outro que alimente como un outro que reconforte. Basta lembrar os casos de nenos que sufrían hospitalismo en institucións sen suficiente contacto afectivo, ou o chamado «sorriso social» que aparece cara aos dous meses de vida cando o bebé recoñece un rostro humano.

Desde a perspectiva de Enrique Pichon-Rivière (1971, 1975), todo suxeito se constitúe en e polo vínculo. O vínculo non é só un lazo entre dúas persoas, senón unha estrutura complexa na que interveñen fantasías inconscientes, roles e expectativas recíprocas. O agocho, neste sentido, pode lerse como unha escena vincular: o neno non só se oculta e espera, senón que organiza un escenario onde se pon en xogo a certeza de que o outro asumirá o rol de buscador. A repetición do mesmo agocho reflicte como os suxeitos tenden a recrear, en diferentes momentos da súa vida, configuracións vinculares que lles

resultan familiares, aínda cando estas sexan fonte de sufrimento.

Precisamos dunha «nai suficientemente boa» (Winnicott, 1971) que proporcione *holding*, é dicir, un sostén físico e emocional que nos permita integrar experiencias, tolerar a ausencia e xogar coa distancia sen sentirnos desamparados.

Segundo esta lóxica, o agocho pode lerse como unha escena onde o neno ensaia activamente a experiencia da perda e o reencontro co Outro. Ao esconderse, non busca só ocultarse, senón ser buscado e reencontrado, reafirmando así o seu lugar no desexo do Outro (Lacan, 1987). O

agocho é unha demanda encuberta: «seguirás buscándome cando desapareza?»

A repetición do mesmo lugar pode entenderse como unha escena afectiva condensada, un refuxio simbólico onde o neno sentiu algunha vez que foi visto e recoñecido. Non repite porinxuidade táctica, senón por desexo: quere ser atopado outra vez alí onde xa o buscaron.

Este fenómeno pode vincularse co espazo transicional de Winnicott (1971/2005): ese territorio intermedio entre o mundo interno e a realidade externa, onde o neno xoga coa ausencia do Outro sen quedar psiquicamente abandonado. O agocho repetido encarna



Foto: Eren Li / Pexels

fisicamente ese espazo transicional, un lugar onde experimentar seguridade e retorno.

Desde a óptica lacaniana, o que está en xogo non é só a presenza física do Outro, senón o seu desexo. O neno desaparece, pero non para volverse invisible, senón para reaparecer na mirada desexante do Outro. O agocho é metáfora do desexo: a desaparición pon a proba a persistencia do Outro.

Así, esconderse sempre no mesmo lugar non é un simple hábito infantil, senón unha expresión simbólica profunda do vínculo. O xogo convértese nunha obra dramática en miniatura, onde se representan as tensións esenciais entre presenza e ausencia, amor e abandono, desexo e falta. Comprendelo permítenos achegarnos de maneira máis empática e profunda á vida psíquica do neno.

DO AGOCHO Á RÚA PENSAMENTO: ESCENAS DO DESEXO, O PECHÉ E O REENCONTRO A TRAVÉS DUN CASO

Din que todas as historias teñen un comezo, un nó e un desenlace. Pero algunas, as que nacen do silencio, do encerro ou do xogo, resístense a esa estrutura. Algunhas historias empezan escondidas, en habitacións escuras ou baixo mesas onde se xoga a desaparecer.

Ás veces, o lazo constrúese nos bordos: na entrada que non se concreta, na palabra que non chega, no corpo que non comparece. Non sempre o vínculo clínico se dá en consulta: ás veces sostense na interrupción, na distancia, na espera.

Z ten 16 anos. Durante as primeiras sesións acudiu ás citas programadas con bastante regularidade. Respondía con frases breves, sen moita implicación, pero sen rexeitar de todo

o espazo. Falou da súa habitación, dos seus plans, do seu desexo de volver ao instituto. Aseguraba que estaba ben, que quería ordenar as súas cousas, que podía soa: «mañá levantareime, irei a clase». Sempre sería mañá. Pero a historia non é o pasado, senón a forma en que o problematizamos no presente (Foucault, 1977).

Z aparece e escóndese: deixa de vir a consulta, silandeiramente, sen ruído. A súa presenza persiste doutros modos: nas chamadas da súa nai, preocupada porque non consegue levala; na súa petición de que envíemos unha ambulancia para obrigala a vir; na nosa propia inquietude e nos intentos frustrados de restablecer o lazo. Z non está, pero non desapareceu do todo: o vínculo, aínda que ferido, segue pedindo ser lido.

Achegámonos á súa casa, catro membros do equipo, reunímonos ao redor da súa mesa padiola e, sen sabelo aínda, comezamos a xogar outra forma de agocho. Cada visita, cada chamada non respondida, cada nota deixada na porta eran tamén formas de dicir: seguimos buscándooche.

Sentiamos que iso era o que había que facer, aínda que non foi fácil institucionalmente. Mesmo ao principio nós mesmos escondímonos un pouco para irnos, pero sabíamos que era importante sostener a busca e non ceder fronte ao silencio ou a ausencia. Como sinala Pichon-Rivièr, o grupo pode funcionar como continente e sostén: ao manter a tarefa común de preservar o vínculo, cada membro encarna, dalgún modo, a función de buscador. Esta insistencia en ir á súa casa, en deixar notas ou en camiñar con ela non foi un xesto individual, senón o despregamento dunha trama vincular que permitía que Z empezase a resignificar o seu encerro e a ensaiar saídas, non só físicas, senón tamén simbólicas.

Mentres iso sucedía, en paralelo, nun edificio branco con teitos altos e cartafoles selados, a institución seguía xirando. Organiza, mide, regula, contabiliza, rexistra. E aínda que en

teoría acolle, escoita e coida, moitas veces o xogo que propón é outro: un xogo de tempos imposibles, de axendas cheas, de dispositivos ríxidos que non contemplan o imprevisible. Un xogo institucional onde o vínculo, se non cabe na casa adecuada, simplemente non se xoga.

Cando alguén —residente, terapeuta, acompañante— di «imos á súa casa, áinda que non veña á cita», a institución responde con dúbida, con norma, con límite. Cando alguén propón camiñar cunha paciente pola rúa no canto de esperala no despacho, xorden os «perros»: iso é intervención? serve? conta?

E, con todo, é nesa marxe —fóra do cuadранte, fóra do protocolo— onde ás veces sucede o verdadeiramente terapéutico.

Non de golpe. Non con discursos. Con corpos. Con presenzas. Cunha nota deixada na porta: «Viñemos. Quizais hoxe foi difícil. Chamaremos nuns días».

Cunha voz suave que fala desde o corredor, cunha man estendida baixo a porta, buscando outra que áinda dubida en tomala.

Hai momentos que transforman, áinda que parezan mínimos: unha man tomada, unha porta entreaberta, unha camiñada en silencio baixo a choiva. Un paseo curto ata a rúa. Un «non» que se converte en «tal vez» e logo nun «si» que non necesita promesas.

Camiñar pode ser unha forma de terapia. Non polo que se di, senón polo que se sostén. Porque nese camiñar sen urxencias, sen metas nin esixencias, algo se despregá. Ábrese un espazo transicional onde o afora non ameaza e o interior xa non asfixia. Un territorio novo, entre a angustia e a posibilidade, onde a palabra pode nacer.

Un día, algo cambiou. Desde o outro lado da porta do baño, unha man ofreceuse. Z a súa, tremente, tomouna. Coma se nese instante o agocho chegase ao seu clímax simbólico: o momento do reencontro. A angustia non desapareceu, pero empezou a falarse. O corpo

encolleito e a voz apagada atoparon outro ritmo.

Saíu da súa habitación. E así, aos poucos, cada saída foi un paso desde o encerro cara á palabra.

E a palabra chega. Primeiro tímida, entrecortada, case rumoreada. Logo más firme, más propia. Aparecen os recordos: do barrio, do coleixio, do pai que vive lonxe e ás veces lévaa ao seu pobo; da gata que dá calma; do encerro e dos pensamentos confusos que non cesan. Noméanse os vínculos, os silencios, as feridas.

Cada relato é un intento de orde. Cada frase, unha procura de sentido. Nese dicir fragmentado comeza a armarse unha historia: non a que se conta cara afora, senón a que se reconstrúe cara ao interior. Esa que permite entender por que se repetiu tanto o agocho, por que a habitación era tan difícil de abandonar, por que o corpo se resistía a mostrarse.

Desde Freud sabemos que a repetición non é un simple hábito: repítese, a miúdo, aquilo que non puido ser simbolizado. O neno volve ao mesmo agocho, non por falta de imaxinación, senón porque alí ocorreu algo que quedou rexistrado: unha mirada, unha procura, unha forma de amor. De maneira análoga, Z repite o seu encerro na habitación onde algunha vez foi illada durante discusíons familiares. Alí quedou a súa infancia e alí regresa, coma se ese espazo áinda puidese devolverlle algo do perdido.

Pero algo distinto ocorre cando o Outro, lonxe de abandonar, insiste. Esa presenza persistente —que non invade, pero tampouco se retira— abre un espazo transicional, como o expuxo Winnicott (1971): un territorio entre o interno e o externo, onde xogar é posible e o eu non se desintegra pola ausencia. Nese limiar, Z empieza a contar. Primeiro fragmentos: o coleixio, o seu barrio, o seu pai, os veráns. Logo, más



Foto: Michael Noel / Pexels

profundamente: o encerro, a confusión, a ferida.

E, entón, como nunha escena escrita sen guión, un día calquera, a camiñada termina nunha rúa chamada Pensamento. Alí, baixo ese cartel urbano cargado de casualidade e sentido, Z articula o seu relato. Xa non se esconde tras o pelo. Xa non fala desde o baño. Saíu do lugar repetido, do recuncho onde esperaba ser atopada, para contar ela mesma a súa historia.

Alí, nese banco, articúlase algo novo. Non é unha confesión nin unha revelación, senón unha posibilidade: falar con palabras propias, dicir isto é meu, reconstruírse sen perder o vívido. Xa non se trata só de ser buscada polo Outro, senón de atoparse a si mesma como suxeito, como alguén que xa non necesita ocularse para ser vista.

E quizá, nese mesmo instante, a propia institución — aquela que dubidaba, que media, que esixía evidencias — tamén queda interpelada. Porque hai algo que non pode avaliarse en indicadores nin rexistrarse na historia clínica. Algo que non cabe no cadre de persoal, pero que transforma: a potencia dun encontro xeñuño.

Ese día non hai desenlace, non hai final de película. Pero hai algo distinto: o xesto xa non é de encerro, senón de apertura. A repetición perde o seu peso. O agocho deixa de ser prisión. E a Rúa Pensamento vólvese, non unha meta, senón un punto de partida.

Porque hai xogos que non se abandonan nunca. Hai agochos que todos temos. E hai procuras que só se sosteñen se alguén, con tenrura e persistencia, decide non renderse. Porque ás veces o lazo técese aí: en volver unha e outra vez ao mesmo lugar, sabendo que esta vez, quizá, alguén tomará a man.

O agocho e o encerro non son, entón, negacións do lazo, senón a súa forma cifrada. A través do xogo ou do síntoma, o suxeito interroga o desexo do Outro: buscárasme? se-

guirás vindo? E cando alguén responde con presenza sostida, cunha man ofrecida sen forzar, con palabras que esperan a ser escoitadas, o suxeito podeemerxer desde o encerro, non como quen é obrigado a saír, senón como quen atopa, por fin, unha saída propia.

Así, da escuridade a Rúa Pensamento, debúxase unha travesía: do silencio ao dicir, do agocho ao encontro, da repetición ao lazo. Non hai final feliz, senón unha historia en curso, onde o Outro non deixa de buscar e o suxeito non deixa de tentar aparecer.

Bibliografía

Dolto, F. (1984). *La causa de los niños*. Paidós.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.

Freud, S. (1948 [1920]). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas (Vol. XVIII)*. Amorrortu editores.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>

Lacan, J. (1987). *El seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

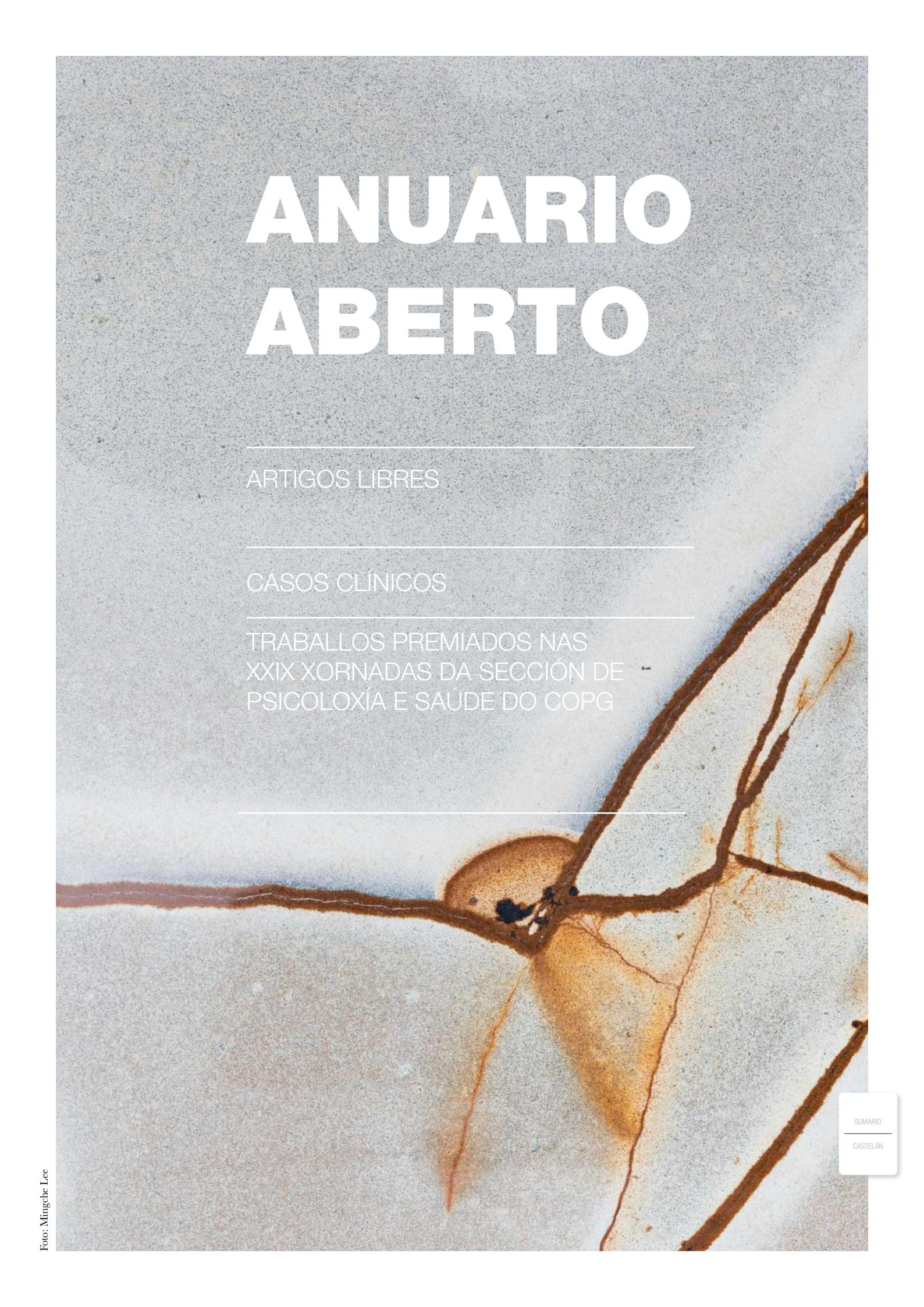
Piaget, J. (1954). *La construcción de lo real en el niño*. Fondo de Cultura Económica.

Pichon-Rivièr, E. (1971). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.

Pichon-Rivièr, E. (1975). *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

ANUARIO ABERTO



ARTIGOS LIBRES

CASOS CLÍNICOS

TRABALLOS PREMIADOS NAS
XXIX XORNADAS DA SECCIÓN DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG



ARTIGO LIBRE

MODERADORES DE CONTIDO COMERCIAL: EXPOSTOS AO TRAUMA, OCULTOS AO MUNDO

Jennifer Prieto Estévez

Psicóloga Interna Residente. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

jennifer.prieto.estevez@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Prieto Estévez, J. (2025). Moderadores de contenido comercial: expostos ao trauma, ocultos ao mundo. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 72-87. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

As redes sociais convertéronse en grandes plataformas que requieren mecanismos eficaces de moderación de contido para garantir contornas seguras. Neste contexto, os moderadores de contido comercial (MCC) desempeñan un papel chave na revisión e eliminación de material inapropiado, enfrentando condicións laborais complexas e unha exposición constante a contido perturbador. Esta situación impacta negativamente na súa saúde mental, xerando síntomas asociados ao estrés postraumático e outros problemas psicolóxicos. Para mitigar estes efectos, os MCC empregan diversas estratexias persoais de afrontamento. Á súa vez, as empresas implementaron medidas de benestar laboral, como programas de resiliencia e apoio clínico. Doutra banda, a intelixencia artificial perfilase como un recurso complementario que optimiza a xestión do contido. Con todo, a súa incorporación expón retos éticos e operativos que requieren unha regulación coidadosa para asegurar unha colaboración equilibrada entre tecnoloxía e traballo humano.

PALABRAS CHAVE — Moderadores de contido, saúde mental, estrés postraumático, intelixencia artificial, benestar laboral.

ABSTRACT

Social networks have become large platforms that require effective content moderation mechanisms to ensure safe environments. In this context, commercial content moderators (CCMs) play a key role in reviewing and removing inappropriate material, facing complex working conditions and constant exposure to disturbing content. This situation negatively impacts their mental health, generating symptoms associated with post-traumatic stress and other psychological problems. To mitigate these effects, CCMs employ various personal coping strategies. Likewise, companies have implemented workplace well-being measures, such as resilience programs and clinical support. On the other hand, artificial intelligence is emerging as a complementary resource that optimizes content management. However, its incorporation poses ethical and operational challenges that require careful regulation to ensure balanced collaboration between technology and human labor.

KEY WORDS — Content moderators, mental health, post-traumatic stress, artificial intelligence, workplace well-being.

INTRODUCIÓN

As redes sociais xurdiron a finais dos anos 90 como plataformas dixitais deseñadas para facilitar a interacción e o intercambio de información. Permiten aos usuarios crear, compartir e consumir contido de forma inmediata. Desde entón, transformaron profundamente a maneira en que nos relacionamos, accedemos á información e construímos a nosa identidade.

O seu crecemento foi imparable. Hoxe en día, máis de 5.000 millóns de persoas no mundo usan redes sociais, o que representa preto dun 64 % da poboación mundial. En España, rexistráronse 39 millóns de usuarios de redes sociais, representando o 83.6 % da poboación total do país. En España, o 91 % da poboación entre 16 e 65 anos utilizaas a diario, cunha media de uso que supera as dúas horas ao día (We Are Social & Meltwater, 2024). O seu crecemento facilitou a difusión de noticias, o intercambio cultural e o desenvolvemento de comunidades en liña. Con todo, tamén expón desafíos, como a preocupación pola privacidade ou a propagación de desinformación e contido nocivo. Cada vez circula máis contido violento, sexual, ilegal ou desinformativo, e isto fixo necesario controlar que contidos se publican. Ao principio, esta tarefa non era profesional nin estaba ben organizada. Facíana equipos de soporte técnico, atención ao usuario ou mesmo persoal legal, como algo secundario dentro das súas funcións. En Facebook, por exemplo, ao principio quen revisaba o contido eran estudantes voluntarios de Harvard. Non foi ata finais de 2005, cando as queixas dos usuarios xa sumaban decenas de miles e se contratou á primeira persoa de forma permanente para moderar contido. Co tempo, isto foise repetindo noutras plataformas. Así foi aparecendo unha nova profesión dixital: a do moderador de contido, unha figura chave, pero áinda pouco visible, encargada de protexer aos usuarios de contido que pode

resultar daniño (Barrett, 2020; Gillespie, 2018; Torres, 2022; Vasco, 2023).

A investigadora Sarah Roberts foi unha das primeiras en estudar este fenómeno en profundidade. Acuñou o termo *moderación de contido comercial* para referirse a esta forma de moderación estruturada e propia da industria tecnolóxica e tamén documentou o impacto psicolóxico que este traballo pode ter sobre as persoas que o realizan. Publicou en 2019 o seu libro *Behind the Screen: Content Moderation in the Shadows of Social Media*, no que recolle entrevistas a traballadores de diferentes lugares do mundo (Roberts, 2019).

Colaborou como asesora académica durante a produción do documental *The Cleaners* (2018), no que tamén apareceu como experta entrevistada. O documental explora o traballo dos moderadores de contido en Filipinas e inclúe entrevistas tanto aos autores de obras ou imaxes censuradas como a representantes ou exempregados de Google, Twitter e Facebook (Parks, 2019; Riesewieck, 2018). En España, destaca a reportaxe *Redes sociais: a fábrica do terror* do programa Salvados, emitida o ano pasado na Sexta, na que entrevistan a varias moderadoras de contido en España. Aborda as condicións laborais, o impacto psicolóxico, e o segredismo que rodea á industria da moderación, condicionado por estritos acordos de confidencialidade asinados coas empresas (Serrano, 2024).

MODERADORES DE CONTIDO COMERCIAL (MCC) (Gillespie, 2018; Serrano, 2024; Riesewieck, 2018; Roberts, 2019)

Os Moderadores de Contido Comercial (MCC) son profesionais encargados de examinar e filtrar o contido xerado polos usuarios

en plataformas dixitais, asegurando o cumprimento das políticas internas da empresa e os marcos legais vixentes, e aplicando as accións correspondentes en cada situación.

A súa función na sociedade é indiscutible, xa que garanten contornas dixitais seguras e funcionais, preveñen a exposición dos usuarios a material nocivo e protexen o benestar psicolóxico e social da comunidade en liña. Ademais, limitan a difusión de desinformación, promovendo o acceso a información veraz e confiable, fan cumplir as normas comunitarias para fomentar unha convivencia respectuosa e contribúen á sustentabilidade das plataformas, manténdoas atractivas tanto para os usuarios como para os anunciantes.

PROCESO DE MODERACIÓN DE CONTIDO

O contido que chega á pantalla dun moderador ten dúas posibles orixes:

1./ Denuncias de usuarios de contido considerado inapropiado ou que infrinxe as normas, o que activa o proceso de revisión. Cada denuncia require unha revisión individual, mesmo se é sobre o mesmo contido. MCC: «Este é un sistema onde non é que ti borres ou escales un contido e se faga unha cadea dominó e borre todos os mesmos vídeos dunha vez, non, en absoluto, isto é un por un. Se a xente fixo mil denuncias vai chegar mil veces» (Serrano, 2024).

CLASIFICACIÓN DO CONTIDO QUE PODE SER DENUNCIADO POLOS USUARIOS:

O contido que regulan os moderadores adoita presentarse principalmente en tres formatos: texto, vídeo e imaxes. Segundo as distintas

plataformas, este contido pódese agrupar nas seguintes categorías:

Odio: Palabras ofensivas, estereotipos racistas ou sexistas, deshumanización, incitación ao medo ou á discriminación, referencias a discursos de odio, símbolos e logotipos relacionados con discursos de odio.

Abuso e acoso: Insultos, contido non deseñado de carácter sexual e censuración explícita, contido non apto para o ambiente laboral (NSFW) e contido gráfico non desexado, negación de eventos violentos, acoso dirixido e incitación ao acoso.

Discurso violento: Ameazas violentas, desexo de provocar lesións, glorificación da violencia, incitación á violencia, incitación codificada á violencia.

Protección de persoas menores de idade: Explotación sexual infantil, ciberacoso a menores (*grooming*), abuso físico infantil, usuario menor de idade.

Privacidade: Distribución de información privada, ameazas de distribuír/expoñer información privada, distribución non consensuada de imaxes íntimas, distribución de imaxes de min que non desexo que estean na plataforma.

Spam: Interacciones falsas, estafas, contas falsas, ligazóns maliciosas.

Suicidio ou autolesións: Fomentar ou promover as autolesións, ou ben proporcionar instrucións ou compartir estratexias para autolesionarse.

Contido multimedia delicado ou perturbador: Contido gráfico, *gore* gratuito, nudez en adultos e comportamento sexual, conductas sexuais violentas, bestialismo e necrofilia, imaxes ou vídeos que mostran a unha persoa falecida.

Suplantación de identidade: Facerse pasar por outra persoa, incluídas as contas de

parodia/admiradores que non cumpran as regras.

Entidades violentas ou de incitación ao odio: Extremismo e terrorismo violentos, grupos e redes de contacto para incitar ao odio.

2./ Detección automatizada, que identifica o contido potencialmente problemático e o envía para moderación. Con todo, estes sistemas áinda non son completamente precisos e poden cometer errores na clasificación do material.

O contido organízase nunha cola de revisión, similar a unha lista de reprodución en YouTube. Esta cola non segue unha orde lóxica, polo que o moderador pode atoparse cunha mestura de contidos moi diversos. Este fluxo impredictible fai que as emocións varíen constantemente ao longo do día, xerando cambios bruscos no estado de ánimo do moderador.

Que deben facer os MCC co contido que lles chega? Catro acciones posibles:

Validar: Aprobar o contido e permitir a súa publicación, cando non infrinxe as normas establecidas.

Advertir: Colocar filtros antes de que o usuario acceda ao contido. Por exemplo, en casos de material delicado, como unha cirurxía onde se expón un órgano, móstrase unha advertencia previa para que o usuario decida se quere velo. Este proceso axuda a reducir o impacto da exposición a material delicado.

Borrar: Eliminar contido que infrinxe as normas, como discursos de odio («Vivan os nazis!») ou acoso (por exemplo, insultos acompañados da imaxe da persoa afectada), evitando que chegue aos usuarios e cause dano.

Escalar: Remitir o caso a un departamento superior cando a situación o require. Existen distintos tipos de escalamentos, por exemplo. aqueles que involucran a protección de me-

nores en risco (p.e. están a violar a un menor ou a piques de facelo) ou casos onde algúen mostra indicios claros de que podería tentar suicidarse. Nestas situacóns, analízanse sinais que suxiren que a ameaza é real ou inminente. Cando un contido é demasiado grave ou require intervención especial, remítense a un nivel superior para a súa análise e acción.

CONDICIÓN LABORAIS

— Os MCC traballan baixo condicións altamente esixentes que afectan o seu benestar. Adoitán ser persoas mozas, menores de 30 anos, de distintos países e sen experiencia previa na área.

— Reciben unha formación inicial de aproximadamente tres semanas, centrada nas normas das plataformas, contidos sensibles e terminoloxía específica. MCC: «Existe unha lista de 37 organizacións terroristas elaborada polo Departamento de Seguridade Nacional dos EEUU, temos que memorizar toda a información sobre eses grupos terroristas, memorizar as súas bandeiras, os seus lemas e moderálos» (Serrano, 2024).

— A carga de traballo é moi alta: espérase que revisen ata 25.000 imaxes ao día e entre 700 e 800 vídeos diarios, mantendo unha precisión do 95 %, con só tres errores permitidos por mes. O control de calidade revisa un 3 % do contido moderado. MCC: «A nosa meta diaria é de 25.000 imaxes. Podería estar no *Libro Guinness dos Récords*» (Serrano, 2024).

— O salario adoita ser baixo, a pesar da carga emocional do traballo, a subcontratación e a precariedade laboral.

— Ademais, traballan baixo estritos acordos de confidencialidade, o que limita a súa capacidade para compartir o que experimen-

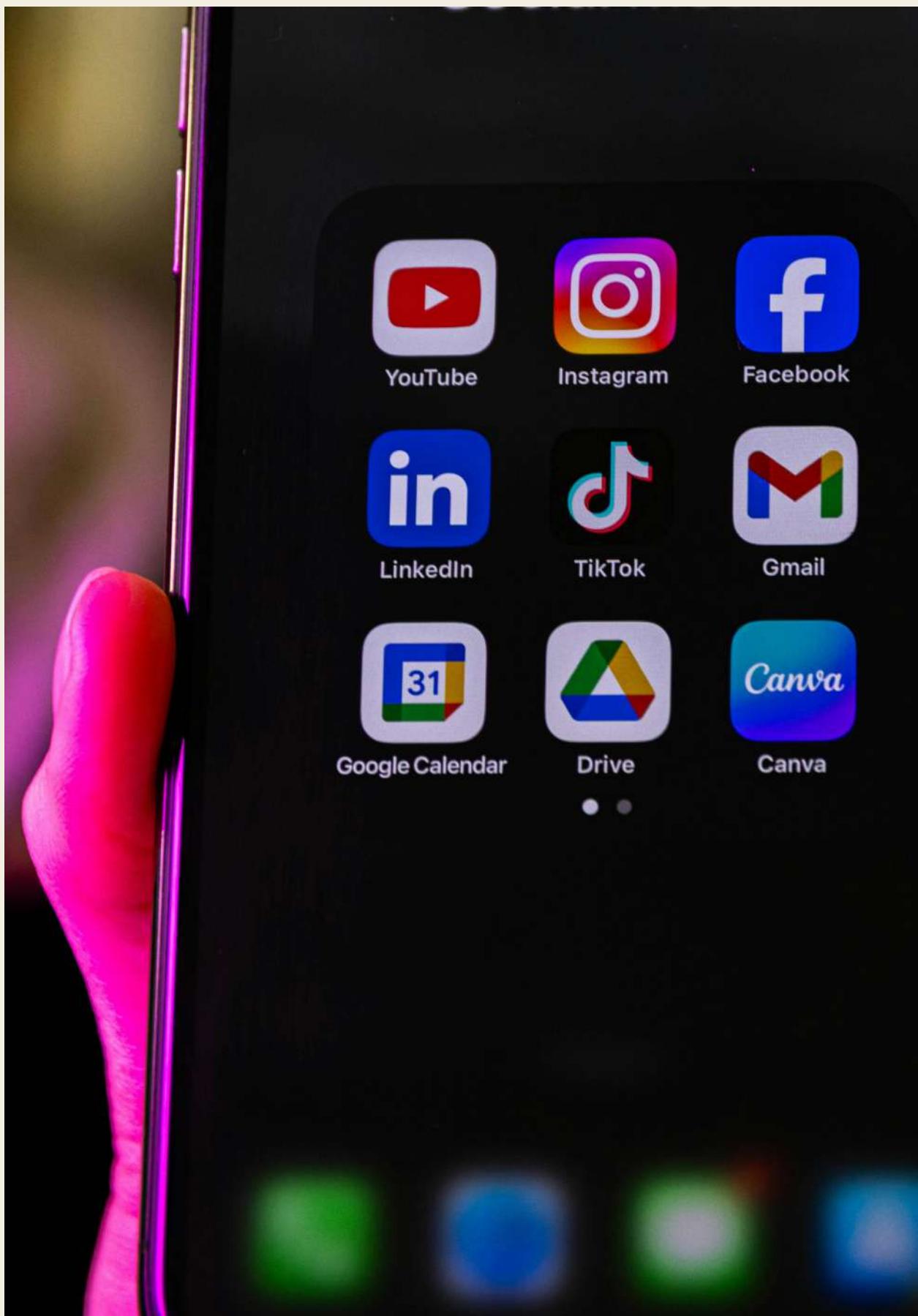


Foto: dlxmedia.hu / Unsplash

tan e dificulta o afrontamento emocional do contido que xestionan.

— A toma de decisións tampouco é sinxela e conleva unha gran responsabilidade: en ocasións, deben elixir entre catro accións posibles sen unha guía clara, confrontándose a xerarquías internas que priorizan certos criterios por encima doutros. MCC: «Vin a unha nai espida cun sabre perseguindo á súa filla. Pensei que o peor era a violencia, pero marqueíño mal porque se vía unha mamilha. Para Meta, o máis grave era iso» (Serrano, 2024).

IMPACTO PSICOLÓXICO NOS MCC (Spence, 2023; Steiger, 2021)

A exposición constante a material altamente perturbador pode xerar consecuencias emocionais, cognitivas e condutuais nos moderadores.

Todos os MCC eran conscientes de que o seu traballo conleva riscos psicolóxicos, pero moitos tiñan dificultades para recoñecer ou expresar o impacto real que ten no seu benestar. Algúns afirmaban non verse afectados, pero ao afondar nas súas experiencias, emerxían exemplos de dificultades actuais ou pasadas.

A reticencia para falar sobre o impacto podería deberse á normalización do sufrimento dentro da profesión ou ao temor de que, ao recoñecer os efectos negativos, se interprete como unha falta de capacidade para desempeñar o traballo. Ademais, os efectos psicolóxicos poden manifestarse de forma progresiva e ser difíciles de identificar ou expresar con palabras. MCC: «Aféctache de maneira prexudicial cando estás só. Afecta á túa imaxinación de maneiras que non podes cuantificar, pero de todos os xeitos aféctache» (Spence, 2023).

Despois do choque inicial ao ver o contido, unha forma común de afrontamento era a desconexión emocional. Esta capacidade desenvolvíase nos primeiros meses e permitía aos moderadores ver o contido sen experimentar reaccións adversas. MCC: «Afaste a ver eses *tickets* e ese tipo de contido, e é coma se te converteses nun robot. Suprimes as túas emocións para poder seguir traballando» (Spence, 2023).

Os moderadores tentaban manter unha distancia emocional das vítimas, enfocándose na análise do contido. Para algúns, isto tradúcise en evitar pensar nas vítimas como persoas reais, mantendo unha actitude analítica. MCC: «Axúdame porque non me lembro a min mesmo que son persoas reais. Axúdame a pensar niso coma se fose unha serie de televisión» (Spence, 2023).

Algúns MCC cuestionaban se o feito de poder realizar o seu traballo sen unha reacción emocional forte indicaba que había «algo mal neles». MCC: «Se ves a un neno sendo abusado, como podes velo dunha maneira insensible? Isto leva a moito esgotamento» (Spence, 2023).

Con todo, non ocorría con todo o contido, xa que algúns moderadores tiñan sensibilidades persoais cara a certos tipos de material. MCC: «O meu desencadeante é a bestialidade. Non podo traballar con contido deste tipo, pero tiven que facelo nalgún momento, e foi moi difícil para min porque teño un can» (Spence, 2023). E outros tiveron dificultades para manter a distancia emocional e sentiron a necesidade de implicarse máis no contido, o que intensificou a súa angustia.

A exposición repetida a contido traumático alterou significativamente a percepción do mundo e aspectos da vida cotiá dos MCC. Experimentaban pensamentos intrusivos, especialmente en situacións relacionadas coa temática do contido que moderaban. Cando o contido estaba relacionado con abuso sexual infantil, estes pensamentos podían xurdir du-

rante relacóns íntimas, xerando malestar e afectando a conexión emocional coas súas parellas. MCC: «Ás veces dígolle ao meu noivo: dámelo un minuto para miña mesma e tentarei levar os meus pensamentos a algo agradable, e entón está ben. Pero iso non estaba alí antes; é novo desde que empecei o traballo» (Spence, 2023).

A presenza de nenos tamén podía ser un detonante, provocando unha sensación de hipervixilancia sobre a súa seguridade. Algúns MCC tentaban evitar interaccións con nenos para non activar recordos do contido moderado. Aqueles que eran pais ou planeaban selo tiveron dificultades para continuar no posto, o que suxire que a exposición ao contido afectaba á súa visión da infancia e a crianza. MCC: «Tratei de explicarlle á miña tía o que está a pasar... que precisas estar máis atento cando deixas ao teu fillo nun xogo. Xa non é só un xogo» (Spence, 2023).

Evidenciáronse cambios xerais na percepción do mundo, cunha visión más escura e cínica das persoas. Os MCC falaban de vivir nunha «burbulla» antes de traballar en moderación e que o seu emprego lles amosou unha cara más escura da sociedade. Nalgúns casos, isto resultou nunha perda de confianza nos demás, con moderadoras expresando sospeitas xeneralizadas cara aos homes pola súa posible implicación na creación, distribución ou consumo de contido de abuso sexual infantil.

Tamén se evidenciou unha diminución de emocións positivas e unha sensación de desesperanza. Eran comúns os sentimientos intensos de ira e frustración, non só en relación co contido que moderaban, senón tamén de maneira xeneralizada. Algúns informaron de reaccións fisiolóxicas como crises de pánico ou estados de hiperactivación nerviosa, respuestas de «loita ou fuxida» ao ver contido perturbador. MCC: «Ás veces sinto coma se o meu corpo estivese moi esperto, pero non no sentido de non estar canso. Máis coma se estivese un

pouco nervioso sen razón cando vexo contido moi perturbador» (Spence, 2023).

As alteracións do sono, como o insomnio e os pesadelos, foron mencionadas con frecuencia, o que contribuía ao esgotamento diúrno. A carga emocional tamén afectaba os hábitos de autocoidado. Algúns recorrían ao consumo excesivo de alimentos, cafeína ou tabaco como mecanismos de afrontamento. MCC: «Coñezo a moitas persoas que din que comen moito chocolate mentres traballan. O chocolate é un; o café é outro... Os fumadores toman máis descansos para fumar» (Spence, 2023).

A sensación de illamento era frecuente debido á imposibilidade de compartir a súa experiencia con amigos ou familiares. MCC: «Cando tes un mal día, cando tes as emocións revoltas, aínda tes que finxir que estás ben, que todo está ben» (Spence, 2023).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DOS MCC (Spence, 2023)

Barreiras para o afrontamento. Os moderadores percibían que non podían compartir as súas experiencias con outras persoas debido ás restricións impostas por Acordos de Confidencialidade, as reaccións da contorna (sentían que familiares e amigos evitaban o tema ou preferían non saber nada do seu traballo), o medo a «traumatizar» a outros (evitaban compartir detalles por temor a xerar malestar, angustia nos seus seres queridos). MCC: «Tentei contarlle á xente o que facía, pero non querían escutar. É como contar unha película de terror, ningúén quere saberlo» (Spence, 2023).

Isto levou aos MCC a ser selectivos respecto a que aspectos do seu traballo compartían e con quen o facía, dependendo de como crían que reaccionarían.

Apoio social. Os compañeiros de traballo desempeñan un papel chave no afrontamento, xa que comparten experiencias similares, comprenden mellor a natureza do seu labor e poden falar abertamente sobre ela. Esta interacción facilita a validación emocional, a normalización de reaccións e axuda a reducir o impacto psicolóxico, permitindo aos moderadores protexerse emocionalmente cando a situación se volve abafadora. As relacións cos compañeiros foron identificadas como un factor protector chave. MCC: «Iso é o que che axuda a seguir, os teus compañeiros de equipo, que están a sufrir contigo, pero tamén son as túas maiores fontes de apoio» (Spence, 2023).

Compartir experiencias con outros moderadores está relacionado cun mellor axuste psicolóxico e maior resiliencia. Os MCC que podían compartir as súas experiencias con outros informaron dunha mellor capacidade para procesar as súas emocións e menor sensación de illamento.

Límites entre traballo e vida persoal.

Un dos mecanismos máis utilizados polos moderadores é establecer unha separación clara entre a súa vida persoal e laboral. Para iso, algúns finalizan as súas tarefas, por exemplo, media hora antes de saír do edificio ou aproveitan o tempo de traslado como un espazo de desconexión, creando así unha barreira física e simbólica co traballo. Unha vez fóra da contorna laboral, tentan «deixar o traballo no traballo», evitando reflexionar sobre o contido moderado. MCC: «Cando saio da oficina, só podo pensar para mim mesmo: está ben, iso é todo por hoxe, e non hai necesidade de pensar en nada relacionado co meu traballo» (Spence, 2023).

Os conflitos entre o traballo e a vida persoal relacionáronse con estrés, absentismo, esgotamento e insatisfacción. Establecer límites e unha xestión exitosa da interface traballo-fogar asóciase con maior creatividade e compromiso laboral. Os moderadores informaron da

Foto: Cottonbro/ Pexels



importancia de manter unha identidade fóra do seu rol como moderador.

Actividades fóra do ámbito laboral.

Cómpren un rol chave na regulación emocional dos moderadores, xa que non só lles permite distraerse e liberar o estrés acumulado, senón tamén centrar a súa atención no presente e recuperar certa sensación de equilibrio.

O exercicio físico intenso, como correr ou usar unha bicicleta estática, é unha estratexia comunmente empregada. MCC: «Montei na bicicleta estática para liberar algo da enerxía que tiña dentro» (Spence, 2023).

Investigacións previas demostraron que o exercicio está asociado cunha mellora na capacidade de autorregulación, así como coa diminución do estrés percibido, a redución do malestar emocional e unha menor dependencia de substancias como o tabaco, o alcol e a cafeína.

Ademais do exercicio, actividades creativas como a repostería ou a escritura axudan aos moderadores para procesar os seus pensamentos e emocións. MCC: «Escribir foi unha forma na que tratei de expresar o que pensaba ou como poderían axudarme aquí ou que se podería facer. Para mim, é unha estratexia de afrontamento. Non gardo as cousas para mim» (Spence, 2023). As técnicas de distracción e actividades que xeran estados de «flow» (concentración total nunha actividade desafiante pero gratificante) axudan a reducir o estrés e mellorar o sentido de benestar.

Equipo técnico. Algúns profesionais manifestaron que os dispositivos proporcionados eran obsoletos ou non estaban suficientemente especializados. Así mesmo, o uso de software deseñado para reducir a exposición ao contido (por exemplo, con funcións de esfumado) foi percibido como unha barreira, ao dificultar unha avaliación precisa do material. MCC: «Eu nunca usei algo así (software que esfuma imaxes) porque sinto que podería perderme algo, así que para mim non funciona» (Spence, 2023).

Como alternativa, os moderadores desenvolveron estratexias persoais para minimizar a exposición, como visualizar as imaxes en tamaños reducidos, desactivar o son dos vídeos, ocultar o contido unha vez identificado (p.e., deixar de ver inmediatamente cando se confirmaba que o contido era sobre abuso sexual infantil). Estas estratexias demostraron ser eficaces en estudos sobre percepción emocional de imaxes.

Acceso a servizos terapéuticos. A maioria das empresas proporcionan servizos de benestar, aínda que a frecuencia e a calidade do servizo varían entre organizacións. Os moderadores valoraban positivamente a terapia, considerándoa un recurso útil para xestionar o impacto emocional do traballo. Coincidiron en que o apoio psicolóxico debería ser especializado, e que as persoas que o brindasen deberían comprender o tipo de exposición experimentada. Algúns expresaron o temor de que, se o terapeuta non tiña experiencia, o contido podería sobrecargalos e traumatalos, da mesma forma que podería ocorrer con amigos e familiares, o que limitaba a súa disposición para compartir detalles do seu traballo. O acceso a sesións regulares con terapeutas especializados facilitaba a apertura e a expresión das dificultades relacionadas co traballo.

Apoio organizacional. O respaldo organizacional é un factor determinante na capacidade dos moderadores para afrontar as demandas do seu rol. Sentíanse apoiados polas súas organizacións se había un investimento continuo no seu rol ou se sentían que a organización escoitaba as súas preocupacións e ideas.

De particular importancia era a sensación de autonomía na xestión do tempo. Os moderadores percibían os descansos como un elemento chave para o benestar laboral. Tomar pausas segundo as súas necesidades individuais e dunha maneira que lles resultase cómoda (p.e., dar un paseo en lugar de sentar

nunha sala de descanso), así como a capacidade de tomarse días por enfermidade cando o traballo se volvía abafador, eran medidas altamente valoradas por estes profesionais.

A percepción de autonomía foi vinculada de maneira consistente con maior satisfacción laboral, compromiso e motivación, así como con menor taxa de abandono do posto. Naquelas organizacións que contaban con políticas similares ás forzas de seguridade, o acceso a terapia e a unha contorna de traballo flexible promovía unha maior estabilidade emocional nos MCC.

Recoñecemento e sentido do traballo. O recoñecemento do valor do seu traballo é unha fonte chave de motivación e resiliencia. Sentir que o seu traballo ten un propósito e contribúe a un cambio real na sociedade permítelles atopar significado ao que fan, o que fortalece a súa capacidade para lidar coas dificultades que enfrentan diariamente. MCC: «Cando traballas con material de explotación sexual infantil, tes o potencial de salvar a vida dun neno ou de meter a alguén en prisión... Se podes vincular o teu traballo a iso, sobrevives moito máis tempo nesa área» (Spence, 2023).

O problema é que existe unha falta de retroalimentación. A maioría dos MCC non recibía actualizacións sobre os casos que escalaban ou marcaban. Con todo, cando isto ocorría, o poder vincular as súas accións con resultados reais era alentador e fortalecía o seu sentido de propósito.

A crenza no valor social do traballo axuda a xustificar a exposición ao material e protexe contra os efectos negativos. Un recoñecemento más amplio e público do traballo importante que realizan os moderadores podería axudar a aumentar o sentido de motivación, significado e propósito. Con todo, o temor para traumatizar a outros, a falta de comprensión da comunidade e a «invisibilidade» da súa profesión dificultan que os MCC reciban o apoio necesario.

MEDIDAS DE BENESTAR NO ÁMBITO LABORAL (Steiger, 2021)

1/ INTERVENCIÓN PRAGMÁTICAS

Prevención primaria: Incorporación de benestar

Algunhas empresas establecen un programa inicial de incorporación antes da primeira exposición ao contido. Un exemplo ben coñecido é o programa Resilience and Activity for Everyday (READY), que abarca unha variedade de factores protectores de resiliencia, tales como emocións positivas, flexibilidade cognitiva (aceptación), significado da vida, apoio social e afrontamento activo. Nun estudo lonxitudinal de dous anos mostrou resultados que apoian a efectividade do programa ao avaliar o impacto do adestramento con oficiais de policía mediante a medición de puntuacións de síntomas físicos, afrontamento, benestar mental, calidade do sono e esgotamento.

Prevención secundaria: Adestramento en resiliencia

O adestramento en resiliencia vai máis aló dos programas preventivos. Este tipo de adestramento continuo demostrou ter un impacto positivo na saúde mental e o benestar dos empregados, así como no seu rendemento e produtividade. Consiste nun adestramento en habilidades, dirixido por un profesional de saúde mental, ou información para axudar con estratexias de afrontamento logo da exposición a un evento. Atopouse que os programas que incorporaban intervencións de terapia cognitivo-condutual aumentaron o benestar e aliviaron o estrés segundo medidas

fisiolóxicas e psicolóxicas, taxas de deserción, absentismo e autoinformes.

Prevención terciaria: Atención clínica

Estudos previos demostraron que a terapia no lugar de traballo é unha intervención efectiva para reducir a ansiedade, o estrés e a depresión na maioría dos empregados que utilizan os servizos. Os achados das revisións de artigos incluíron un 80 % de satisfacción dos empregados cos servizos clínicos ofrecidos, un impacto positivo nos síntomas psicolóxicos dos empregados e a redución do estrés, preocupacións psicolóxicas e o rendemento laboral.

2/ INTERVENCIÓN TECNOLÓXICAS

Prevención Primaria: Prevención da Exposición

Propuxéronse varios algoritmos para detectar automaticamente contido problemático co fin de minimizar a cantidade de traballo de moderación humana requerido. Aprendizaxe automática supervisada: pode utilizarse para detectar contido problemático de forma automática. Requieren datos de adestramento anotados por humanos e xeralmente grandes cantidades destes datos para funcionar con precisión.

O Foro Global da internet para Contrarrestar o Terrorismo (GIFCT.org), fundado por Facebook, Microsoft, Twitter e Youtube, mantén unha base de datos compartida de contido extremista. De maneira similar, a base de datos PhotoDNA de Microsoft cataloga material coñecido de explotación infantil. Permiten que o material perturbador coñecido, cando se recircula, sexa eliminado automaticamente sen exposición adicional aos moderadores. Con todo, o contido a miúdo se modifica para eludir a devandita detección mediante coincidencias exactas. Para abordar isto, existen

técnicas de coincidencia aproximada. Ditas técnicas de detección de duplicados próximos poden filtrar automaticamente contido ou agrupar contido relacionado para facilitar o traballo de moderación.

Prevención Secundaria: Reducción da Exposición

Cando se aplicaron o desenfoque e a redución do tamaño da imaxe, atopouse unha redución significativa na resposta emocional. O desenfoque da imaxe reduciu a condutancia da pel, que doutro xeito aumentaba ao ver imaxes emocionalmente estimulantes. Na investigación de Das (2020), atopouse que a nova ferramenta de desenfoque interactivo non só reduciu o impacto emocional da moderación, senón que o fixo sen afectar a precisión nin a velocidade do proceso.

Prevención Terciaria: Apoio clínico

A realidade virtual (RV) utilizouse como apoio en terapias de *mindfulness*, facilitando a conexión co momento presente. Resulta especialmente útil cando a persoa experimenta un recordo traumático ou se expón a contido que pode activar devandito recordo. Quen participaron en intervencións con RV mostraron maiores niveis de atención plena e menor malestar emocional (niveis significativamente más baixos de tristeza, ira e ansiedade) en comparación con quen practicou *mindfulness* sen RV. Outros usos da RV inclúen a relaxación, o aumento de emocións agradables e a redución do estrés. Observouse que a inmersión en contornas virtuais permitiu aos participantes alcanzar rapidamente un estado de relaxación, ao favorecer a desconexión da contorna real e contribuír ao benestar psicolóxico.

RETOS FUTUROS E PAPEL DA INTELIXENCIA ARTIFICIAL (Ahmed, 2024; FasterCapital, 2024; Roberts, 2019; Steiger, 2021; Torres, 2022):

Táboa 1

Comparativa entre intelixencia artificial e moderadores humanos

	Intelixencia Artificial (IA)	Moderadores Humanos
Velocidade e escalabilidade	Capacidade para procesar un gran volume de contido de forma inmediata.	Limitada polo número de profesionais e a necesidade de descansos.
Comprensión do contexto	Dificultade para comprender sarcasmo, humor ou intencións non explícitas.	Alta capacidade para captar intencións, matices e contexto cultural.
Precisión e consistencia	Ofrece resultados consistentes cando se segue un patrón claro, pero pode cometer errores en situacións complexas.	Consistencia variable, pero pode adaptarse a situacións complicadas con xuízo humano.
Impacto emocional	Non experimenta estrés nin fatiga, o que é útil para contido extremadamente gráfico ou perturbador.	Poden sufrir estrés emocional e esgotamento pola exposición repetida a contido perturbador.

Nota. Elaboración propia a partir de Ahmed (2024), FasterCapital (2024), Roberts (2019), Steiger (2021) e Torres (2022).

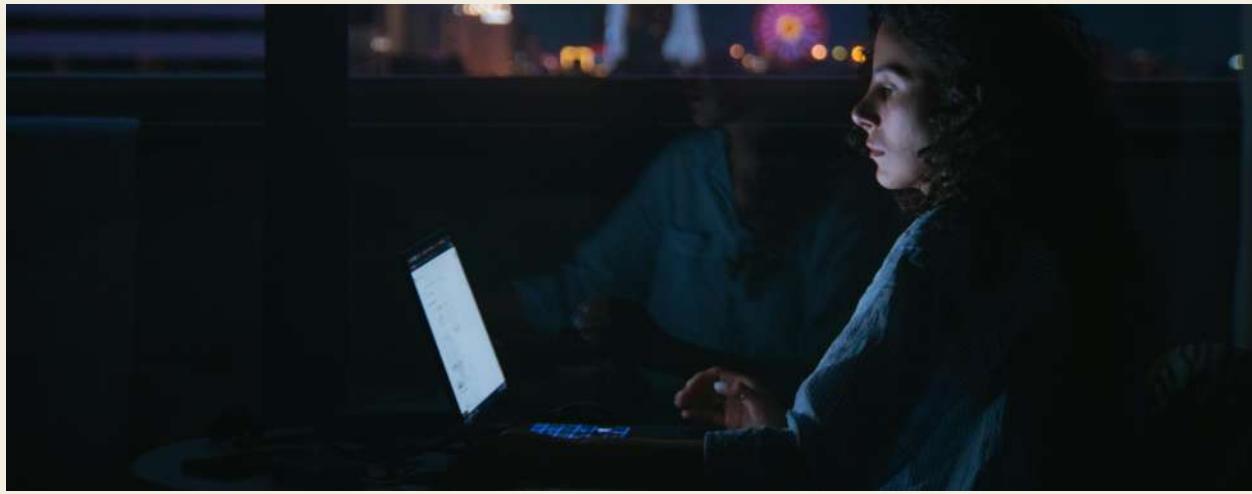


Foto: Beka Ichkiti / Pexels

Desafios éticos da moderación automatizada:

- **Negos.** Se os datos usados para adestrar a IA están nesgados, isto reflectirase nas decisións que toma a IA, afectando a minorías ou grupos vulnerables.
- **Eliminación de contido lexítimo.** A IA pode eliminar contido que non infrinxe normas, como discursos políticos ou sátira, por non entender o contexto cultural ou o ton.
- **Falta de transparencia.** Os sistemas de toma de decisións automatizadas non sempre explican de maneira clara por que se eliminou un contido, dificultando o dereito a apelación dos usuarios.
- **Desprazamento do traballo humano.** A medida que as plataformas automatizan procesos, redúcese a necesidade de moderadores humanos, o que pode levar á perda de empregos e deshumanización no proceso.

Situación actual e tendencias emerxentes:

- **IA como primeiro filtro.** A IA encárgase de filtrar contido claro e evidente como *spam*, pornografia ou discursos violentos, permitindo aos humanos centrarse en caisos más complexos.

— **Colaboración entre IA e moderadores humanos.** A supervisión humana segue sendo fundamental para revisar casos que impliquen xuízo ético, matices culturais ou temas delicados.

— **Maior regulación e transparencia.** Espérase que as políticas internacionais, como as regulacións europeas, esixan maior transparencia nos sistemas de IA e en como se toman as decisións de moderación.

— **Desenvolvemento ético da IA.** Está a promoverse a creación de sistemas de IA más responsables, con menos nesgo e maior implicación humana no proceso de toma de decisións.

CONCLUSIÓNS

Os efectos psicolóxicos de ver contido daniño están ben documentados, con informes de moderadores que experimentan síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) e outros problemas de saúde mental. Esta exposición repetida aumenta o risco de que desenvolvan ansiedade, depresión, trastornos por estrés, enfermidades cardíacas, conflitos interpersoais e abuso de substancias, de maneira

similar a outras ocupacións que implican exposición a eventos traumáticos.

É importante sinalar que, máis aló da exposición ao contido perturbador, existen outros factores que contribúen ao estrés no traballo dos MCC. A contorna laboral en si mesma resulta estresante. A actitude dos superiores inflúe significativamente na experiencia dos moderadores, especialmente en función de se se respecta ou non o seu rol dentro da empresa. Os obxectivos de produtividade e precisión, sumados ao elevado volume de contido a revisar, xeran unha presión considerable, xa que se percibe que a empresa prioriza o rendemento por encima do benestar dos seus empregados. A isto súmase a frustración coas ferramentas de traballo, as cales non parecen estar deseñadas para adaptarse nin ás características específicas do rol nin ao tipo de contido moderado, o que incrementa o malestar e a sensación de desamparo.

Para enfrentar estes desafíos, os moderadores empregan diversas estratexias de afrontamento e beneficiáñense de medidas de benestar organizacional que buscan protexer a súa saúde mental. Pola súa banda, a IA contribúe a reducir a carga emocional e a exposición directa a contido daniño. Con todo, aínda que avanzou na moderación de contido, aínda necesita da supervisión humana para interpretar contextos complexos e tomar decisións éticas. A colaboración entre persoas e tecnoloxía é unha realidade, e a transparencia e a regulación son más necesarias que nunca. Promover unha IA responsable é chave para garantir unha contorna dixital máis xusta e segura. O verdadeiro desafío será asegurar que, mesmo co avance tecnolóxico, os dereitos e o benestar das persoas sigan estando no centro de todo o proceso.

Bibliografía

Ahmed, A., & Khan, M. (2024). *AI and content moderation: Legal and ethical approaches to protecting free speech and privacy*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23619.41767>

Barrett, P. M. (2020). Who moderates the social media giants. A Call to End Outsourcing. *Center for Business and Human Rights*, 102. https://bhr.stern.nyu.edu/wp-content/uploads/2024/02/NYUContentModeration-Report_FINALVERSION.pdf

Das, A., Dang, B., & Lease, M. (2020). Fast, accurate, and healthier: Interactive blurring helps moderators reduce exposure to harmful content. *Proceedings of the AAAI Conference on Human Computation and Crowdsourcing*, 8(1), 33–42. <https://doi.org/10.1609/hcomp.v8i1.7461>

FasterCapital. (2024, 22 de junio). *Papel de la IA en la moderación y censura de contenidos*. <https://fastercapital.com/es/contenido/Papel-de-la-IA-en-la-moderacion-y-censura-de-contenidos.html>

Gillespie, T. (2018). *Custodians of the internet: Platforms, content moderation, and the hidden decisions that shape social media*. <https://doi.org/10.12987/9780300235029>

Igartua, M. T. (2024). Síndrome de burnout de moderador de contenidos en línea como accidente de trabajo: Comentario a la Sentencia del Juzgado de lo Social n.º 28 de Barcelona 13/2024, de 12 de enero. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, (480), 172-180. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.21519>

Lousada, J. F. (2024). Enfermedades del trabajo en la era digital: ¿están las leyes ajustadas a las nuevas realidades? Los trastornos psiquiátricos de un moderador de contenidos de Internet. *Revista de Jurisprudencia Laboral*, (2), 1-6. https://doi.org/10.55104/RJL_00520

Parks, L. (2019). Dirty data: content moderation, regulatory outsourcing, and the cleaners. *Film Quarterly*, 73 (1), 11–18. <https://doi.org/10.1525/fq.2019.73.1.11>

Riesewieck, M., y Block, H. (Directores). (2018). *The Cleaners* [Documental]. Documaniatv. https://www.documaniatv.com/ciencia-y-tecnologia/los-limpiadores-video_b89a3e8fe.html

Roberts, S. T. (2019). *Behind the screen: Content Moderation in the shadows of social media* Yale University Press. https://books.google.es/books?id=3-aaDwAAQBAJ&printsec=front-cover&hl=es&source=gb_s_atb#v=onepage&q&f=false

Serrano, G. (2024, 13 de octubre). *Salvados: Redes sociales: la fábrica del terror (Parte 1)* [Programa de televisión]. La Sexta. https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-21/redes-sociales-la-fabrica-del-terror-parte-1_670943f6c4c-9b0e4a733c6d9/

Serrano, G. (2024, 14 de octubre). *Salvados: Redes sociales: la fábrica del terror (Parte 2)* [Programa de televisión]. La Sexta. https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-21/redes-sociales-la-fabrica-del-terror-parte-2_670949534911b0e-4979c8b87/

Spence, R., Bifulco, A., Bradbury, P., Martellozzo, E., & DeMarco, J. (2023). The psychological impacts of content moderation on content moderators: A qualitative study. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 17(4). <https://doi.org/10.5817/CP2023-4-8>

Spence, R., Harrison, A., Bradbury, P., Bleakley, P., & Martellozzo, E. (2023). Content moderators' strategies for coping with the stress of moderating content online. *Journal of Online Trust and Safety*, 1(5), 1-18. <https://doi.org/10.54501/jots.v1i5.91>

Steiger, M., Bharucha, T. J., Venkatagiri, S., Riedl, M. J., & Lease, M. (2021). The psychological well-being of content moderators: The emotional labor of commercial moderation and avenues for improving support. *CHI '21: Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, (341), 1-14. <https://doi.org/10.1145/3411764.3445092>

Torres Vargas, G. A. (2022). Plataformización de la sociedad y moderación de contenidos. En J. Hernández (Ed.), *Desafíos en el entorno de la información y la documentación ante las problemáticas sociales actuales: volumen 2*, 105-120. https://ru.iibi.unam.mx/jspui/handle/IIBI_UNAM/529

Vasco, A. C. (2023). *Impacto en la salud mental de los moderadores de contenido de redes sociales* [Tesis de maestría, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano]. Repositorio institucional de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/33916>

We Are Social & Meltwater. (2024). *Digital 2024 Global Overview Report*. <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report>



ARTIGO LIBRE

«EROS NO ESPECTRO» SEXUALIDADE E AUTISMO: UNHA REVISIÓN DA LITERATURA

Aldara Varela Lodeiro
Psicóloga Interna Residente. Unidade de Saúde Mental de Concepción Arenal. Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

María Candal González
Psicóloga Interna Residente. Unidade de Saúde Mental de Noia. Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

aldara.varela.lodeiro@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Varela Lodeiro, A., & Candal González, M. (2025). «Eros no espectro». *Sexualidade e autismo: Unha revisión da literatura. Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 88-97. <https://coggalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

O Trastorno do Espectro Autista (TEA) caracterízase por dificultades na interacción social e patróns repetitivos que poden repercutir no desenvolvemento afectivo-sexual. A pesar diso, o seu desenvolvemento fisiolóxico está normalizado polo que cabe esperar que experimenten necesidades nesta esfera. O propósito desta revisión da literatura é describir as particularidades respecto á sexualidade propias das persoas con diagnóstico de trastorno do espectro autista (TEA) e comparar as diferenzas nas devanditas características entre poboación con TEA e poboación xeral. A través da análise cualitativa de once artigos atopouse unha maior diversidade na identidade de xénero e a orientación sexual; sendo os adolescentes e adultos con TEA más proclives a identificarse como transxénero, non binarios, homosexuais, bisexuais e/ou asexuais, así como a presentar dificultades asociadas ao diagnóstico para establecer e manter relacóns e para recibir unha educación sexual adaptada ás súas necesidades.

PALABRAS CHAVE — Trastorno do Espectro Autista, sexualidade, intimidade, identidade sexual, orientación sexual.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulties in social interaction and repetitive patterns that can affect affective-sexual development. Despite this, their physiological development is normal, so it is reasonable to expect that they will experience needs in this area. The purpose of this literature review is to describe the particularities regarding sexuality in people diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) and to compare the differences in these characteristics between the ASD population and the general population. Through the qualitative analysis of eleven articles, greater diversity was found in gender identity and sexual orientation, with adolescents and adults with ASD being more likely to identify themselves as transgender, non-binary, homosexual, bisexual, and/or asexual, as well as to experience difficulties associated with their diagnosis in establishing and maintaining relationships and receiving sex education adapted to their needs.

KEY WORDS — Autism spectrum disorder, sexuality, intimacy, sexual identity, sexual orientation.

INTRODUCIÓN

O Trastorno do Espectro Autista é un trastorno do neurodesenvolvemento que se caracteriza principalmente por deficiencias na comunicación e interacción social, así como por patróns restritivos e repetitivos de comportamento, intereses ou actividades. Estas dificultades deben estar presentes nas primeiras fases do desenvolvemento, con todo, é necesario ter en conta que en ocasións poden non manifestarse totalmente ata que a demanda social supere as capacidades limitadas, ou ben poden estar enmascaradas mediante o emprego de estratexias aprendidas ao longo da vida. Cabe destacar tamén que as manifestacións do trastorno poden variar moito en función da gravidade da afección, do nivel do desenvolvemento e da idade cronolóxica: de aí o termo de espectro. Por iso, a pesar de que o núcleo das alteracións das persoas que presentan este diagnóstico é compartido, a presentación clínica pode chegar a ser moi heteroxénea, polo que as dificultades, así como as fortalezas, son idiosincráticas, en cada caso (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Ao ter en conta as alteracións asociadas a este diagnóstico, é razonable esperar dificultades sociais e emocionais inherentes ao espectro. Así, as persoas que presentan un diagnóstico de TEA manifestan serias dificultades na reciprocidade socioemocional (o cal se manifesta en problemas para iniciar ou manter unha interacción social, para compartir emocións, sentimentos ou conversacións ou para procesar e responder ás sinais sociais complexas), na regulación emocional e na cognición social (onde se incluirían dificultades relacionadas coa Teoría da Mente ou a Empatía) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013; Guillón et al., 2014). Ademais, da mesma maneira, estes síntomas supoñen tamén unha afectación no desenvolvemento afectivo-se-

xual, en especial na idade adolescente e adulta (Hervás e Pont, 2020).

Estas dificultades son relevantes, xa que a sexualidade constitúe unha parte esencial das nosas vidas, tanto que a nosa existencia é froito dunha interacción sexual. Á hora de falar de sexualidade, debemos ter en conta que o desenvolvemento da ciencia que se encarga de estudar esta área, é dicir, a sexoloxía, non foi neutral xa que sempre estivo moi determinada polas crenzas culturais e sociais do momento histórico en particular, co impacto que isto ten. Así, ao longo da historia identifícanse posturas más bioloxicistas, nas que se concibe a sexualidade como un simple impulso reprodutor, ata orientacións moralistas, nas que se aborda desde un interese relixioso, chegando a ser obxecto de represión e persecución social.

Na actualidade, adóptase unha perspectiva máis ampla, onde a sexualidade é concibida como unha dimensión do ser humano, que se presenta ao longo da vida e constitúe o resultado da interacción de factores biolóxicos, sociais, psicolóxicos, políticos, económicos, culturais, históricos, relixiosos e espirituais. Polo tanto, a sexualidade non se reduce unicamente á atracción física ou ás relacións sexuais, en realidade, inclúe aspectos como o xénero, a identidade sexual, a orientación sexual, o erotismo, a vinculación afectiva e o amor e a reproducción; e exprímese ou expresa en forma de pensamentos, fantasías, desexos, crenzas, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles e relacións. Noutras palabras, abarca todo o que unha persoa é e sente (de Montis, 2008).

Tradicionalmente, debido ao tabú aínda existente, a sexualidade da poboación con TEA non foi tida en conta. Durante moito tempo, consideróuselles erroneamente como persoas asexuais, defendendo a súa falta de desexos afectivos ou sexuais polos seus iguais (Hancock, 2017). Con todo, as persoas que presentan este diagnóstico teñen un desenvolvemento fisiolóxico normalizado, é dicir, mostran os

mesmos cambios físicos que os adolescentes neurotípicos (Ogalla, 2003), polo que se pode concluir que tamén experimentan necesidades afectivo-sexuais propias desta etapa do desenvolvimento (Fernández-Basanta, 2014).

OBXECTIVOS

Recentemente, observouse que existen diferenzas significativas entre os individuos con TEA e N-TEA en diversas áreas da sexualidade. Por iso, o propósito desta revisión é, por unha banda, describir as particularidades respecto á sexualidade propias das persoas con diagnóstico de trastorno do espectro autista (TEA), así como comparar as diferenzas nas devanditas características entre poboación TEA e poboación xeral.

MÉTODO

Esta revisión da literatura levouse a cabo en febreiro de 2025, utilizando as bases de da-

tos de Web of Science, PsycInfo e Scopus. A procura pormenorizada de artigos realizouse empregando os seguintes descriptores en ciencias da saúde: (“Autistic disorder”) AND (“Sexuality” OR “Gender role” OR “Romantic relationship”). Como límites adicionais incluíronse: data posterior a 2019, o tipo de rexistro (artigo) e idioma (español ou inglés). Despois da eliminación dos duplicados, executouse o cribado de artigos mediante a lectura do título e o resumo empregando como criterios de inclusión a idade da mostra (maiores de 13 anos), avaliación de poboación con trastorno do espectro autista e disponibilidade do artigo. Ademais, procedeuse á identificación de dous artigos mediante procura manual. Como resultado obtivérонse 11 artigos (Beato et al., 2024; Brilhante et al., 2021; Hancock et al., 2020; Kohn et al., 2023; Mogavero, 2019; Pecora et al., 2021; Torralbas-Ortega et al., 2023; Sala et al., 2024; Sala et al., 2020; Weir et al., 2021; Yew et al., 2023), dos cales 8 comparan poboación TEA e poboación xeral. Na figura móstrase o proceso de selección dos artigos.

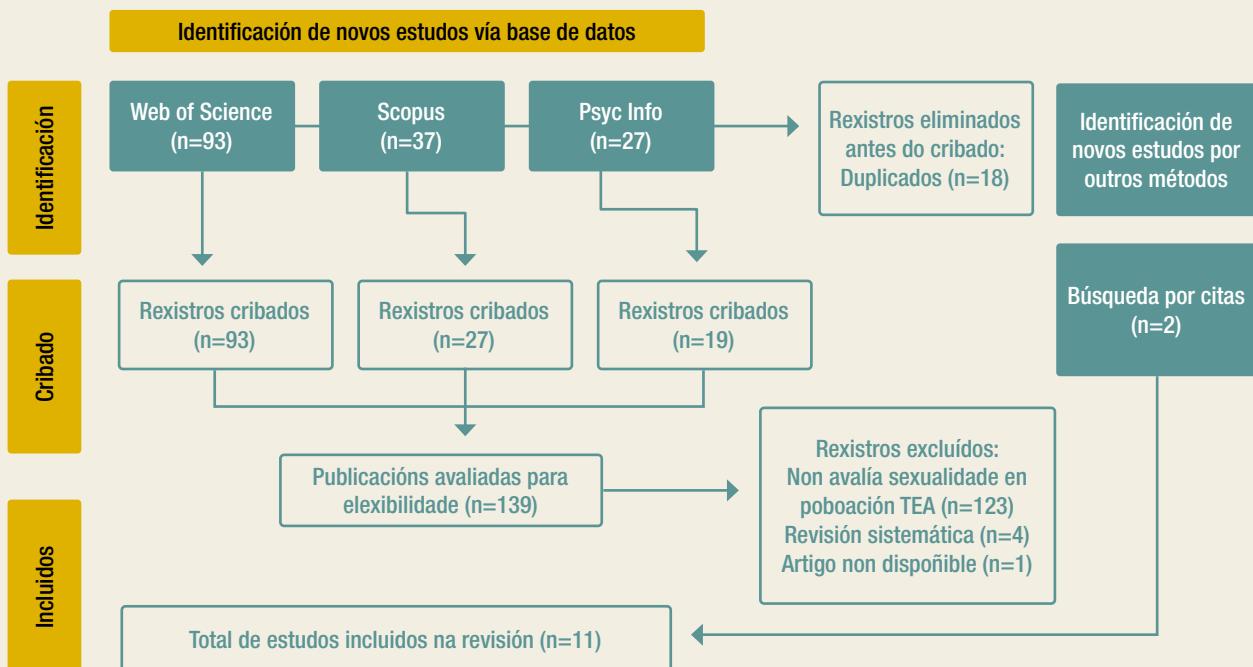


Figura 1 — Diagrama do proceso de selección

RESULTADOS

O número total de participantes nos 11 estudos foi de 3.692 individuos cunha idade media de 22,9 anos. Avaliouuse a un total de 1.792 persoas con TEA, supoñendo o 48,54 % da mostra. É importante sinalar que en 2 estudos empregouse a mesma mostra. Baseándonos en revisións previas e na conceptualización actual da sexualidade, agrupamos os resultados conforme á seguinte estrutura:

Identidade de xénero e disforia de xénero: As persoas con diagnóstico TEA séntrense máis desafiados ao abordar cuestións de identidade de xénero (Torralbas-Ortega et al., 2023). Ademais, presentan maior diversidade de xénero en comparación á poboación xeral (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Weir et al., 2021) e 7,29 veces máis tendencia a ser de xénero non binario (Sala et al., 2020; Sala et al., 2024).

Orientación sexual: Maior diversidade de orientación sexual en poboación TEA (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Sala et al., 2024), onde algúns estudos apuntan a que esta poboación ten 1,62 veces maior probabilidade de ser non-heterosexual (Sala et al., 2020), así como unha maior tendencia a ser asexual (entre 8,1 e 7,6 veces máis de probabilidades) (Weir et al., 2021).

Conciencia sexual: Este termo fai referencia ao coñecemento e a percepción de sentimento, desexos, motivacións e situacións relacionadas co sexo (Hannah e Stagg, 2016). Os estudos revisados apuntan a que a poboación con diagnóstico TEA presenta dificultades para recoñecer necesidades afectivo-sexuais (Torralbas-Ortega et al., 2023) como a identificación de sentimento e sensacións asociados co interese sexual, a excitación e o desexo (Beato et al., 2024), a investigación dos intereses e os sentimento propios cara a outras persoas (Beato et al., 2024), así como

para expresar os seus sentimento (Torralbas-Ortega et al., 2023).

Relacións de parella: Obsérvanse niveis similares de interese romántico en comparación coa poboación xeral (Hancock et al., 2020; Sala et al., 2020). Con todo, obsérvanse menos oportunidades para coñecer potenciais parellas e relacións más curtas, así como niveis máis altos de ansiedade nas interaccións románticas iniciais (Hancock et al., 2020; Yew et al., 2023). Por outra banda, obsérvanse diferenças en canto ás características de relación establecida, habendo unha maior tendencia en poboación con diagnóstico TEA de manter relacións non monógamas (Sala et al., 2020), así como maior atracción por persoas neurodiverxentes (Beato et al., 2024). Por outra banda, nos estudos atópanse dificultades particulares desta poboación como dificultades para expresar atracción e interese noutra persoa, dificultades para interpretar as expresións de atracción e o desinterese/interese do outro e resistencia a unha proximidade activa (adoptan unha actitude pasiva e moitas veces empregan a outros amigos para iniciar interaccións).

Intimidade: Obsérvanse significados similares con respecto ao concepto de intimidade en ámbolos grupos (intimidade entendida como o compartir, o respecto mutuo, o apoio...), así como en formas que se consideran relevantes para o mantemento da intimidade (comunicación aberta e honesta, ser consciente de que as relacións requieren un esforzo...) (Sala et al., 2020). A pesar diso, si se aprecian algunas diferencias. Por unha banda, a poboación TEA, debido ás súas dificultades na comprensión da linguaxe indirecta, fan maior énfase na necesidade dunha comunicación clara e directa (Sala et al., 2020). Por outra banda, aínda que en ambos os grupos describese a intimidade física como un símbolo/extensión da intimidade emocional (entendida como calquera contacto mediante o tacto —bicos, aperturas, relacións sexuais—, na poboación TEA existe unha maior variabilidade de respostas, xa que

non todos consideran a intimidade física como unha parte importante das relacións románticas, hai unha maior diversidade con respecto ao que atopan reconfortante ou pracenteiro e teñen maior enfoque no contacto non sexual (maior asexualidade) (Sala et al., 2024).

Coñecemento sexual: Non se atopan diferenzas significativas no grupo diagnóstico con respecto ao coñecemento percibido, a precisión da linguaxe, nin en recoñecemento de coñecemento sexual. Con todo, si se aprecian diferenzas nas habilidades da linguaxe pragmática, onde o grupo con diagnóstico TEA alcanza puntuacións significativamente menores (Kohn et al., 2023). Da mesma maneira, obsérvase nesta poboación un menor coñecemento sobre como iniciar relacións e menor aprendizaxe a través de pais, iguais, medios e observación (Hancock et al., 2020; Mogavero e Hsu, 2020). Acorde con estes resultados, outros estudos apuntan a dificultades de comunicación bidireccional relacionadas coa educación sexual entre pais e fillos con diagnóstico TEA asociadas a aspectos como o desconocemento das necesidades das persoas que presentan este diagnóstico ou por sentimientos de vergoña. Así, os familiares presentan moitas veces sentimientos de ambivalencia á hora de falar de sexualidade cos fillos e estes, á súa vez, en moitas ocasións senten vergoña, polo que rexeitan este achegamento. Como consecuencia diso, a educación sexual queda en mans dos profesionais e, sobre todo, dunha aprendizaxe implícita, aspecto no que as persoas con TEA teñen dificultades (Torralbas-Ortega et al., 2023). Por outra banda, a educación sexual recibida segue sendo restrinxida, xa que os programas non están deseñados para persoas neurodiverxentes e áinda se centran excepcionalmente na mecánica do sexo (por exemplo, a reprodución), a función sexual e a anticoncepción, en lugar de nos componentes socioemocionais, o adestramento de habilidades e a intimidade, aspectos centrais para esta poboación (Beato et al., 2024). Finalmente, destacar que tamén se atopan diferenzas significativas

en canto a experiencias con relacións previas, nas que o grupo TEA ten 63,43 veces maior tendencia a non ter experiencia en relacións (Sala et al., 2020; Sala et al., 2024)

Conduta sexual: Atópanse experiencias sexuais solitarias similares en ambos os grupos (onde se incluiría a masturbación), pero menores experiencias sexuais en parella no grupo con TEA (Kohn et al., 2023; Weir et al., 2021). Por outra banda, dentro desta poboación, atópase unha diferenza por xénero, na que se observa que as mulleres con diagnóstico TEA teñen maior probabilidade de informar de participar en actividades sexuais e adoitan comezar a unha idade máis temprá en comparación cos homes con diagnóstico TEA (Weir et al., 2021). Ademais, outros estudos apuntan a algúns fortes sentimientos negativos asociados á masturbación (vergoña ou culpa) e á importancia do estado de ánimo como elemento central do desexo sexual ou o desinterese sexual (Beato et al., 2024).

Impacto dos síntomas: Os artigos revisados apuntan tamén que os síntomas asociados ao espectro, en ocasións, supoñen un impacto importante na sexualidade da poboación con TEA. Así, dificultades como a hipo/hiper sensibilidade ou as dificultades desta poboación para identificar o desexo sexual pode dar lugar á aparición ou intensificación de problemas sexuais (como diminución ou ausencia do desexo sexual, diminución da capacidade para alcanzar o orgasmo, dor persistente na área xenital ou pélvica durante as relacións sexuais, dificultade para tolerar a penetración, lubricación vaxinal insuficiente, baixa relaxación vaxinal, dificultade para lograr e manter ereccións etc.). Por outra banda, a sensibilidade sensorial é unha problemática exclusiva da poboación con diagnóstico TEA. Isto fai que as necesidades sensoriais poidan facer o afecto físico indesexable ou desafiante (Sala et al., 2024). Así, as dificultades na aceptación do tacto tamén supón unha importante limitación, aspecto que moitas veces viven como algo abafador e que tentan compensar con

diversas estratexias. As respotas condutuais más frecuentes son a evitación ou o emprego de estratexias para resistilo. Ditas respotas están influenciadas pola imprevisibilidade do tacto, a non intencionalidade e o estado de ánimo negativo (Beato et al., 2024).

Condutas de risco: As mulleres homossexuais con diagnóstico TEA teñen máis probabilidade de ter unha experiencia sexual lamentada (consentir unha conducta ou experiencia sexual da que despois se arrepentiron, é dicir, sentimientos negativos que xorden en encontros sexuais sen compromiso), así como de ter experiencias sexuais non desexadas (pode incluír experiencias de coerción sexual, contacto sexual non desexado e participación en calquera forma de conducta sexual, incluídas as relacóns sexuais), en comparación coas mulleres heterosexuais ou homosexuais sen diagnóstico (Pecora et al., 2020). Ademais, atópase unha maior probabilidade por parte da poboación con diagnóstico TEA de exercer condutas de acoso ou de insistencia no cortexo, en parte asociadas ás súas dificultades (Mogavero e Hsu, 2019). Finalmente, destacar que se atopa unha menor probabilidade nesta poboación de contraer algunha ETS, resulta-

dos posiblemente mediados pola maior taxa de asexualidade e menor actividade sexual que se atopa en comparación coa poboación xeral (Weir et al., 2021).

DISCUSIÓN

Con esta revisión desméntense algúns mitos relacionados coa sexualidade das persoas TEA, como esa suposta falta de interese sexual e amorosa. Así, podemos observar que as persoas con autismo teñen as mesmas necesidades afectivas e sexuais que as persoas da súa mesma idade sen TEA (Hancock et al., 2020; Sala et al., 2020), aínda que con certas particularidades. Por unha banda, vemos que teñen maior variabilidade na identidade de xénero e na orientación sexual (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Sala et al., 2020; Sala et al., 2024; Weir et al., 2022), maior tendencia a establecer relacóns non monógamas (Sala et al., 2020), maior atracción por persoas neurodiverxentes (Beato et al., 2024) e maior enfoque no contacto non sexual (Sala et al., 2024). Por outra banda, obsérvanse dificultades afectivo-sexuais derivadas do impacto dos síntomas



Foto: Alexander Mass / Pexels

deste diagnóstico e que engloban múltiples áreas como as experiencias sexuais nas relacións de parella, as habilidades de cortexo ou a identificación das propias necesidades afectivo-sexuais (Beato et al., 2024; Hancock et al., 2020; Kohn et al., 2023; Mogavero e Hsu, 2020; Pecora et al., 2020; Torralbas-Ortega et al., 2023; Sala et al., 2020; Weir et al., 2021; Yew et al., 2023).

Con respecto á diversidade na identidade de xénero e de orientación sexual, áinda non hai explicacións claras acerca deste fenómeno, con todo, existen algunas hipóteses que pretenden dar algúin posible esclarecemento. Por unha banda, expóñense perspectivas máis neurobiolóxicas nas que se defende que a sobreexposición á testosterona fetal (o cal parece estar relacionado co desenvolvemento de características cognitivas de autismo) asóciase cunha maior probabilidade de desenvolver unha identidade de xénero masculina e unha orientación sexual non heterosexual entre as mulleres con TEA. Da mesma maneira, deféndese que esta maior exposición no caso dos homes con TEA supón unha preferencia non-heterosexual, áinda que dita evidencia é débil (Bejerot e Eriksson, 2014; Knickmeyer e Baron-Cohen, 2006). Por outra banda, expoñense teorías máis psicosociais que tentan explicar dalgunha maneira esta maior diversidade. Entre elas destaca a Teoría da motivación social, a cal explica que a menor sensibilidade desta poboación ás normas sociais xunto co menor acceso a parellas sexuais e románticas produce unha redución da relevancia do sexo de nacemento á hora de elixir ou responder a potenciais parellas, aumentando así a variabilidade das preferencias e prácticas sexuais (Chevallier et al., 2010). Por outra banda, outra das posibles variables que pode entrar en xogo á hora de explicar esta variabilidade na identidade de xénero é a inflexibilidade cognitiva. Isto fai que as persoas con TEA presenten dificultades á hora de aceptar e adaptarse aos cambios, entre os que se atopan os cambios asociados á puberdade.

Desta maneira, esta dificultade pode levar ao rexacemento do seu corpo e da súa identidade de xénero (Hervás e Pont, 2020). Do mesmo xeito, esta rixidez no pensamento pode levar a interpretacións inflexibles dos roles de xénero e unha maior probabilidade de desenvolver unha identidade de xénero que non é consistente co sexo de nacemento se os intereses/atributos non encaixan cos estereotipos (de Vries et al., 2010).

Continuando coa análise dos resultados, podemos observar que, a pesar da evidencia que hai con respecto á «Teoría do cerebro masculino extremo en autismo» (a cal defende un patrón extremo de habilidades de sistematización e empatía), os resultados concordan cos obtidos noutras revisións nas que se apoia a idea dun rol de xénero desmasculinizado en poboación TEA, é dicir, non cómpren os estereotipos propios do rol masculino, como as afirmacións de poder, asertividade, habilidades de liderado e competitividade, o cal, a nivel sexual, poderíase traducir en menor libido, menor probabilidade de tomar iniciativas sexuais en relacións románticas e frecuencias más baixas tanto de excitación sexual como de orgasmos (Bejerot e Eriksson, 2014).

Por outra banda, os resultados tamén evidencian como a sociedade continúa ignorando e silenciando as singularidades da sexualidade desta poboación. Rescatamos dun dos artigos a crítica realizada cara á metáfora do «anxo azul», concepto que fai referencia á cor representativa do autismo e á imaxe estereotipada de inocencia eterna deste colectivo. No artigo ponse en cuestión a perpetuación dun discurso de infantilización e patologización da sexualidade da poboación con diagnóstico TEA á vez que se reivindica a importancia de respectar a súa autonomía (Brilhante et al., 2021).

Por último, mencionar que existen programas de educación psicosexual orientados a persoas con diagnóstico do Trastorno do Espectro Autista, que teñen o obxectivo de

mellorar algunas das dificultades atopadas nesta revisión. Existen diferenzas entre eles en función da poboación á que vai dirixida. Así, atopáronse programas dirixidos a TEA de alto funcionamento como o Tackling Teenage Training (TTT), The Supporting Teens with Autism on Relationships Program (STAR) ou o programa educativo SALUDIVERSEX-T; e programas dirixidos a TEA con Discapacidade Funcional como The Healthy Bodies Toolkit. A pesar das diferenzas en canto á poboación obxectivo, todos coinciden en abordar as mesmas temáticas, estando entre elas a puberdade, as relacións sociais, sentimentos e comportamentos sexuais, saúde sexual, anti-concepción e identidade de xénero (García et al., 2023).

CONCLUSIÓNS

En conclusión, ao contrario do que tradicionalmente se defendía, as persoas que teñen un diagnóstico de TEA presentan uns niveis de interese e desexo sexual similares aos da poboación xeral. Con todo, si se observan características ou dificultades particulares dentro desta poboación que deben ser tidas en conta e que, en parte, están asociadas aos síntomas propios do espectro. Ademais, destacar que ditas particularidades serán idiosincráticas a cada persoa en cuestión do mesmo xeito que ocorre coa gran diversidade sintomatolóxica do espectro.

Bibliografía

- Almagia, E. B. (2002). *Psicología de la sexualidad*. Universidad de Concepción.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª ed.* American Psychiatric Publishing
- Beato, A., Sarmento, M. R., & Correia, M. (2024). Experiencing Intimate Relationships and Sexuality: A Qualitative Study with Autistic Adolescents and Adults. *Sexuality and Disability*, 42(2), 439-457.
- Bejerot, S., & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: a case control study. *PLoS one*, 9(1), e87961. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087961>
- Brilhante, A. V. M., Filgueira, L. M. D. A., Lopes, S. V. M. U., Vilar, N. B. S., Nóbrega, L. R. M., Pouchain, A. J. M. V., & Sucupira, L. C. G. (2021). "I am not a blue angel": Sexuality from the perspective of autistic adolescents. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26, 417-423.
- Calvo Escalona, R., Puig, O., Balcells, R., Visser, K., Amat, C., Peran, L., & Van der Vegt, E. (2016). 1.24 the Ttt®(Tackling Teenage Training), Spanish Version: a Pilot Study in Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), S107.
- Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodkin E.S & Schulz R.T. (2010). The social motivation theory of autism. *Trends Cogn Sci*. 16(4), 231-9. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007>.
- De Montis, I. A. (2008). *Sexualidad humana*. Editorial El Manual Moderno.
- De Vries A.L.C., Noens I.L.J., Cohen-Kettenis P.T., van Berckelaer-Onnes I.A. & Doreleijers T.A.. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40(8), 930-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.

Duarte, L., Figueiredo, R., & Alves, J. C. (2022). Psychosexual education and training for adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review. *Nascer E Crescer-Birth and Growth Medical Journal*, 31(2), 123-129.

Fernández-Basanta, S. (2014). *Adolescentes con Síndrome de Asperger: Familia y educación sexual*. [Traballo de Fin de Grao, Universidade da Coruña]. <http://hdl.handle.net/2183/13648>

García, M. A. C., Arjona, A. A. M., Moscato, G., & del Pino Brunet, N. (2023). Intervención educativa afectivo-sexual en adolescentes con TEA. *La escuela promotora de derechos, buen trato y participación.: Revisiones, estudios y experiencias*. 964-971.

Guillon, Q., Hadjikhani, N., Baduel, S., & Rogé, B. (2014). Visual social attention in autism spectrum disorder: insights from eye tracking studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 279–297. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.013>.

Hancock, G., Stokes, M. A., & Mesibov, G. (2020). Differences in romantic relationship experiences for individuals with an autism spectrum disorder. *Sexuality and Disability*, 38, 231-245.

Hancock, G. I., Stokes, M. A., & Mesibov, G. B. (2017). Socio-sexual functioning in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analyses of existing literature. *Autism Research*, 10(11), 1823-1833.

Hervas, A., & Pont, C. (2020). Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 80, 7-11.

Knickmeyer R.C. & Baron-Cohen S. (2006) Fetal testosterone and sex differences in typical social development in autism. *J Child Neurology*, 21(10), 825–45. <https://doi.org/10.1177/08830738060210101601>.

Kohn, B. H., Vidal, P., Chiao, R., Pantalone, D. W., & Faja, S. (2023). Sexual knowledge, experiences, and pragmatic language in adults with and without autism: Implications for sex education. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3770-3786.

López, N. (2016, 14 de abril). *Cadena Ser*. La evolución de la sexualidad en el ser humano.

Mogavero, M. C., & Hsu, K. H. (2020). Dating and courtship behaviors among those with autism spectrum disorder. *Sexuality and Disability*, 38(2), 355-364.

Ogalla Sanchez, E. J. (2003). “Adultización” de los jóvenes con autismo y/o necesidades de apoyo generalizado. hacia una conversión necesaria. *Escuela Abierta*, 6(2003), 85–127. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/787690.pdf>

Pecora, L. A., Hancock, G. I., Hooley, M., Demmer, D. H., Attwood, T., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Molecular autism*, 11, 1-16.

Sala, G., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2020). Romantic intimacy in autism: A qualitative analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(11), 4133-4147.

Sala, G., Hooley, J., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2024). Comparing physical intimacy and romantic relationships of autistic and non-autistic adults: A qualitative analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(10), 3942-3951.

Torralbas-Ortega, J., Roca, J., Coelho-Martinho, R., Orozko, Z., Sanromà-Ortiz, M., & Valls-Ibáñez, V. (2023). Affectivity, sexuality, and autism spectrum disorder: qualitative analysis of the experiences of autistic young adults and their families. *BMC psychiatry*, 23(1), 858.

Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2021). The sexual health, orientation, and activity of autistic adolescents and adults. *Autism Research*, 14(11), 2342-2354.

Yew, R. Y., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2023). Factors of relationship satisfaction for autistic and non-autistic partners in long-term relationships. *Autism*, 27(8), 2348-2360.



CASO 1

O XOGO COMO PONTE TERAPÉUTICA: ALIANZA E ENFOQUE INTERDISCIPLINAR NO CASO DUNHA MENOR CON AUTOLESIÓNS

Sandra Marco Peligro

Psicóloga Interna Residente. Área Sanitaria de Ferrol

Sandra.marco.peligro@sergas.es

Sara Vázquez Rumbo

Enfermeira Especialista en Saúde Mental. Área Sanitaria de Ferrol

Sara.vazquez.rumbo@sergas.es

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Marco Peligro, S., & Vázquez Rumbo, S. (2025). O xogo como ponte terapéutica: alianza e enfoque interdisciplinar no caso dunha menor con autolesións. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 98-109. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicaciones>

RESUMO

O artigo describe a abordaxe interdisciplinar dun caso clínico dunha paciente de 12 anos con condutas autolesivas, atendido de maneira conxunta por unha residente de Psicoloxía Clínica e unha residente de Enfermaría de Saúde Mental. A intervención centrouse na creación dunha sólida alianza terapéutica e no uso do xogo como principal ferramenta de traballo, co apoio do xogo Dixit. A través deste enfoque, facilitouse a expresión emocional, a mentalización e o desenvolvemento de estratexias para a xestión do malestar emocional. O caso ilustra a eficacia do traballo conxunto e coordinado entre ámbalas disciplinas para intervir en problemáticas complexas en poboación infanto-xuvenil.

PALABRAS

CHAVE — Alianza terapéutica, Traballo interdisciplinar, Autolesións, Xogo Terapéutico, Dixit.

ABSTRACT

The article describes the interdisciplinary approach to a clinical case of a 12-year-old patient with self-injurious behaviors, jointly attended by a Clinical Psychology resident and a Mental Health Nursing resident. The intervention focused on the creation of a strong therapeutic alliance and the use of play as the main work tool, with the support of the Dixit game. Through this approach, emotional expression, mentalization and the development of strategies for managing emotional distress were facilitated. The case illustrates the effectiveness of joint and coordinated work between both disciplines to intervene in complex problems in the child and adolescent population.

KEY WORDS — Therapeutic alliance, Multidisciplinary team, Self-harm, Dixit, Therapeutic play.

INTRODUCIÓN

As autolesións non suicidas (ANS) son comportamentos deliberados de dano físico sen intención letal (como cortes, rabuñaduras ou queimaduras) e constitúen un motivo de consulta que é cada vez máis frecuente en poboación infanto-xuvenil. Estímase que a prevalencia a nivel global estaría entre o 16-22 % en poboación xeral (Farkas et al., 2024). Aínda que adoitan iniciarse entre os 12 e os 15 anos, algúns casos de sintomatoloxía ansiosa aparecen xa na preadolescencia.

Segundo o informe de The Lancet, rexístranse a nivel mundial polo menos 14 millóns de episodios de autolesión ao ano, o que supón unha taxa global de aproximadamente 60 por cada 100.000 persoas, aínda que se destaca que son datos moi probablemente subestimados. Incluso así, as autolesións chegarían a afectar ao 14 % da poboación infanto-xuvenil a nivel mundial (Moran et al., 2024). Ademais, tras a pandemia observouse un aumento significativo tanto de ANS como doutro tipo de problemas emocionais dentro da poboación infanto-xuvenil (Fundación ANAR, 2023).

Estes datos subliñan a importancia de poder identificar e abordar dunha maneira precoz as ANS, ademais da necesidade de intervencións centradas en mellorar a regulación emocional e a expresión do malestar, así como o fortalecemento de redes de apoio en menores que presenten este tipo de dificultades.

Neste contexto e especialmente con este tipo de poboación, a construción dunha alianza terapéutica segura convértese no alicerxe fundamental do proceso de intervención. A alianza terapéutica pode definirse como un proceso relacional que inclúe o vínculo afectivo entre paciente e terapeuta, así coma o acordo mutuo sobre as metas e tarefas do tratamento (Bordin, 1979). En poboación infanto-xuvenil, este vínculo ten a particularidade de estar mediado polas figuras parentais, coas cales tamén

se fai imprescindible ter unha boa alianza terapéutica.

A alianza terapéutica é un proceso relacional complexo que implica catro dimensións interdependentes (Escudero e Friedlander, 2019):

- Enganche no proceso terapéutico: reflicte o comportamento de cada cliente en termos da medida en que negocia os obxectivos do tratamento co terapeuta, acorda realizar tarefas específicas durante a sesión e/ou participa na casa e a nivel global no proceso terapéutico.
- Conexión emocional co/a terapeuta: fai referencia ao vínculo emocional entre cliente e terapeuta.
- Seguridade dentro do sistema terapéutico: ten que ver con sentirse cómodo e acollido, non só co/a terapeuta, senón tamén con tódolos demás membros da familia, participen ou non á sesión.
- Sentido de propósito compartido: reflicte a implicación e coordinación da familia coma un todo para definir o problema, establecer obxectivos, acordar tarefas e compartir un sentimento de unidade ao facelo.

Neste contexto, o xogo convértese nunha ferramenta terapéutica clave, especialmente na intervención con menores que presentan dificultades á hora de expresar as súas emocións, como pode suceder en casos de autolesión.

O uso do xogo como ferramenta terapéutica na atención da saúde mental infanto-xuvenil está amplamente apoiado pola literatura científica e a práctica clínica. Diversas modalidades de xogo, que van desde o simbólico até os videoxogos deseñados con fins terapéuticos, demostraron ser eficaces para promover o desenvolvemento emocional, cognitivo e social en nenos e adolescentes (David et al., 2021; Fidan e Doğmuş, 2025). O xogo ofrece un medio fundamental para que os nenos expresen emocións, procesen experiencias difíci-

les e desenvolvan habilidades de afrontamento (Alemdar et al., 2024).

A través do xogo simbólico, é posible representar situacíons da vida cotiá, o cal facilita a comprensión e elaboración de conflitos internos, á vez que fomenta a autonomía e a autoestima (Fidan e Doğmuş, 2025). Así mesmo, os xogos tradicionais e de mesa continúan sendo ferramentas valiosas dentro do contexto terapéutico, xa que estimulan funcións cognitivas como a memoria e a atención, ademais de potenciar competencias sociais e emocionais, tales como a autorregulación, a cooperación e o respecto polas normas (Alemdar et al., 2024). Estes xogos promoven tamén a interacción social, esencial en procesos de desenvolvemento e na construcción de vínculos terapéuticos.

Neste sentido, Dixit constitúe un exemplo destacado. Trátase dun xogo de mesa no que os participantes utilizan cartas con ilustracións simbólicas para narrar e adiviñar historias a partir de pistas creativas. A súa dinámica favorece a imaxinación, a comunicación e a interpretación subxectiva de significados, o que o convierte nunha ferramenta útil na práctica terapéutica. A través das súas imaxes suxerintes, os pacientes poden proxectar emocións, experiencias e pensamentos, facilitando así a expresión emocional, a empatía e o fortalecemento de habilidades sociais.

En definitiva, comprender as autolesións e favorecer unha sólida relación terapéutica son claves para ofrecer unha atención integral e efectiva; abordando as distintas dimensíons do sufrimento, acompañando de forma próxima e potenciando os recursos do paciente. Así mesmo, a incorporación do xogo como ferramenta terapéutica brinda un espazo seguro para expresar sentimento e reforzar a alianza entre os profesionais e o paciente. Por iso, a continuación, exponse un caso clínico que ilustra a aplicación integrada destes elementos desde unha abordaxe interdisciplinar, neste caso di-

rixido por unha residente de Psicoloxía Clínica e outra de Enfermaría de Saúde Mental.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Trátase dunha paciente de 12 anos, sen antecedentes previos en saúde mental, que acoide por primeira vez, en xaneiro de 2024, á Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil (USM-IX) tras derivación desde Pediatría.

A unidade familiar compónse pola súa nai (en situación de incapacidade laboral desde 2019 por patoloxía osteoarticular), o seu pai (electrictista con frecuentes desprazamentos por traballo), o seu irmán maior (estudante de ciclo medio) e o seu tío materno (convivindo coa familia desde hai dous anos e sen actividade laboral).

A paciente atopábase cursando 1º de Educación Secundaria Obrigatoria (ESO) mantendo vínculos con compañeiros de clase.

Acerca dos antecedentes familiares de interese, a nai recibe atención en Psiquiatría por un cadro ansioso asociado á súa situación de incapacidade laboral. Así mesmo, o seu irmán maior presenta un quiste cerebral, polo que na actualidade mantén seguimento por Neuroloxía. Pola súa banda, unha tía materna requirió asistencia en dispositivos de saúde mental por mor de ideación autolítica.

MOTIVO DE CONSULTA

O interese da derivación ás consultas de Psicoloxía Clínica parte da nai da paciente, quen amosa unha gran preocupación tras ser informada nunha revisión pediátrica acerca da presenza de autolesións na menor. Nun primeiro momento, a paciente adopta unha postura reticente fronte ao proceso terapéutico, mostrando unha actitude defensiva e expre-

sando abertamente a súa negativa a acudir ás sesións.

Nas primeiras entrevistas, con todo, esta é capaz de identificar como motivo de consulta a acumulación de estresores que viviu nos últimos anos e que lle resulta difícil afrontar. Destacan, entre eles, a morte da súa gata – unha figura coa que mantiña un forte lazo afectivo – e diversos cambios na estrutura familiar. A paciente refire que, desde hai aproximadamente dous anos, o seu tío materno vive no fogar familiar, ocupando a habitación que anteriormente era dela, o que implicou unha reestruturación do espazo na vivenda e aumentou as tensións diarias.

Ao comezar a intervención, a paciente fálanos acerca de como lle afecta esta reestruturación do fogar, compartindo habitación coa súa nai, mentres que o seu pai dorme no sofá do salón, cando non se atopa fóra do domicilio por motivos laborais. Manifesta o seu enfado ante iso, xa que lle impide dispor dun espazo propio onde poder descansar, estudar ou contar con privacidade. Esta situación, xunto con outros factores, parece influír significativamente e de maneira negativa no seu benestar emocional e na súa percepción de seguridade e apoio na contorna familiar.

OBXECTIVOS

O obxectivo principal da intervención foi a redución e eliminación das autolesións, promovendo á súa vez formas alternativas e máis adaptativas de regulación do malestar emocional.

De forma adicional, traballouse de maneira progresiva a expresión emocional, aspecto que desde as sesións iniciais identificouse

como unha das principais dificultades da menor, tanto en consulta como no seu día a día.

INTERVENCIÓN

Previo ao comezo da intervención, decíde-se realizar un diario conxunto entre ámbalas dúas terapeutas, asignando un título para cada sesión, unha breve recollida acerca do traballado na sesión, tarefas que se estableceron e sensacións que se tiveron. Tanto a recollida de datos como o seu posterior manexo realizáronse tendo en conta as normas de boa práctica de investigación biomédica (Declaración de Helsinqui e Convenio de Oviedo); así como a normativa sobre protección de datos (Regulamento UE), e demais normas de obrigado cumprimento sobre investigación e uso de datos clínicos dos pacientes. Ambas asinan un consentimento informado.

Sesión 1: «Comezamos»

Realízanse as marcas de contexto, presentámonos ámbalas residentes e encadramos o tipo de intervención que imos realizar de maneira conxunta. Recóllese información sobre datos sociodemográficos e sobre o motivo de consulta. O máis destacado desta primeira sesión é a actitude da paciente, quen se amosa desafiante e indiferente cara a nós, chegando a verbalizar que non quere acudir ás consultas. Non hai moito espazo para intervir, polo que nos dedicamos a comezar a traballar o vínculo coa paciente e agradecémoslle o esforzo que fixo acudindo á consulta.

Tras esta primeira consulta a nosa sensación inicial era de incerteza ao ver a pouca predisposición inicial da paciente e do reto que ti-

ñamos por diante para conseguir vincular con ella.

Sesión 2: «Melonazo»

Nesta sesión realizada a soas coa nai, describe como complicada a situación na casa co seu irmán, co cal non ten boa relación. Refire acoíllelo na casa por presións familiares e está a ter dificultades para que abandone o domicilio. Nesta consulta tamén nos fala do seu marido, o cal pasa moito tempo fóra da casa por traballo, tendo que realizar viaxes mesmo de meses, o que dificulta áinda máis a dinámica familiar.

Nesta sesión o tempo coa paciente é breve, menos centrado na parte clínica e máis en traballar o vínculo e coñecer máis acerca dos seus intereses. A paciente empézanos a falar sobre as súas amizades, sobre a súa familia e empézase a observar certa dificultade á hora de falar de aspectos que lle xeran malestar, apreciándose certa contención emocional en consulta.

Sesión 3: «O desafío» (Consulta só con Sandra)

Esta sesión dedícaselle únicamente á paciente. Na mesma, apréciase que comeza a abrirse un pouco máis á hora de falar sobre o seu malestar. Cando a terapeuta expresa a súa preocupación xenuína por ela, a moza mostra unha actitude defensiva, verbalizando «dáche igual, é o teu traballo e iso diraslo a todos os que venen», «preocúpoché eu o mesmo que che preocupa que se che acaben os panos da mesa».

Percíbense dun xeito moi claro as dificultades vinculares da paciente e o gran medo que ten de abrirse e mostrarse tal vez «vulnerable» ante os demás.

Nese momento, non se lle confronta nada do que di, senón que lle devolvo que é normal que poida pensar así, pero que realmente a nós impórtanos e preocupa o seu benestar e que imos traballar para que poida empezar a atoparse mellor. Tras esta devolución, ocorre o

que consideramos un punto de inflexión crave no que á alianza con esta paciente refirese, xa que esta devolución xera que rompa a chorar. Tras deixarlle un espazo de desafogo, cando está máis tranquila recoñece que «nunca ningúen me dixo que lle importaba».

Sesión 4: «O reencontro»

Volvemos estar as dúas terapeutas e esta é a primeira consulta na que a paciente expresa o seu agradecemento e verbaliza que lle gusta acudir ás consultas connosco.

Ademais, comeza a falar máis sobre as cousas que lle xeran malestar, permitíndonos profundar un pouco máis acerca das autolesións e empezamos a traballar alternativas para as mesmas. De cara á seguinte consulta, proponse comezar a traballar a parte máis emocional e non o rexeita, ánda que si ten certa reticencia.

Nesta consulta preguntamos por dinámicas familiares e descubrimos que tanto ela como o seu irmán comen e cean sempre nas habitacións e os seus pais no salón. Isto parece estar moi normalizado na familia, polo que abordamos a importancia dos espazos e mandamos como tarefa que trate para comer no salón cos seus pais 10 días (tendo en conta que até a seguinte consulta pasarán 22 días), aceptándoo a paciente.

De maneira paralela, trabállase coa nai enfocándonos en fortalecer o seu rol maternal, dado que presenta unha notable inseguridade, así como na normalización de certos comportamentos e conductas da paciente.

Sesión 5: «Vencendo resistencias»

Trae a tarefa escrita, no rexistro observamos que conseguiu comer/cear 18 días fóra da súa habitación, reforzamos e animamos a manter esta dinámica. Ademais, tráenos escrito unha lista de «Datos sobre mí», recoñecendo que lle resulta máis fácil escribir que falar. Tamén

nos trae un debuxo e móstrase moi ilusionada e animada ao dárñolo.

Comezamos a traballar en consulta co Dixit para favorecer a expresión emocional, propómosslle que elixa varias cartas en función de como sente:

1. «Música». Gústanlle a música e os gatos. A música axúdalle en momentos de malestar. Identificamos a música e os animais como un recurso e estratexia que lle axuda a xestionarse emocionalmente.

2 e 3. «Agobio polos estudos». Aquí recoñece medo a decepcionar ao seu pai, sensación de afogo e presión que sente pola súa banda, permítelos entrar no tema e falalo. Gran afectación na paciente ao falar sobre o mesmo.

4. Fala sobre o seu estilo «masculino» e como en ocasións recibiu comentarios negativos sobre isto que lle fixeron sentir moi mal, destacando emocións como o enfado e a tristeza.

A nosa sensación tras esta consulta é de lograr unha boa alianza terapéutica cunha paciente que inicialmente amosaba moitas resistencias e destacamos tamén a ambivalencia que mostra con respecto ao seu pai.

Tarefa: diario emocional. Facilitamos un diario con diferentes preguntas para que poida realizar. Exemplo de preguntas: «como estou hoxe? que emocións sentín ao longo do día? Hai algo que me preocupa? Necesito falar do que sinto?». Esta tarefa pedímoslla, xa que parecía que á paciente resultáballe máis fácil poder expresarse por escrito e como forma de facilitar esta expresión durante o tempo fóra de consulta.

Sesión 6: «Máscaras»

Trae o diario emocional que realizou no tempo entre consultas, déixanos lelo e comentámoslo, e recoñece sensación de axuda á hora de expresar por escrito.



Dixit:

1. «*Roberto*». Fala sobre os seus amigos, cos que pode ser ela mesma.

2 e 3. «*Debuxo*». Recurso para aliviar o malestar? «Debuxar é o meu lugar de paz?», recoñece que é onde acode cando se atopa mal. Atopamos aquí unha boa estratexia e recurso da paciente, que lle axudará en momentos de malestar.

4 e 5. «*Máscaras*». Con axuda da carta elixida é capaz de explicarnos que tenta moldear a súa forma de ser segundo con quen se ato-

pa para tratar de encaixar con todos. Tamén como unha forma de tapar a angustia, recoñece que adoita ocultar sempre como se sente. Neste momento ábrese e recoñece que ás veces prefire vivir con esta máscara, xa que se non sentiríase unha persoa rara. Fálanos de comentarios que lle verbalizaron compañeiros de clase cando era máis pequena e que lle fixeron sentir así. Obsérvase gran afectación ao falar sobre todo isto. Aquí tamén enlaza e recoñece sentir gran inseguridade e apréciase unha baixa autoestima, permítenos traballar esta parte con ela.



Nesta sesión obsérvase a gran potencia que ten o uso do Dixit con esta paciente, proporcionándolle unha maior facilidade para expresar temas que probablemente non aflorarían sen axuda das cartas.

Sesións 7 e 8: «Abrindo camiño»

Nestas sesións destaca principalmente a melloría que se empeza a observar na paciente, mostrándose moito máis comunicativa e aberta en consulta. Desde que comenzaron as consultas non apareceron de novo as autolesións.

Dixit:

1. «*Música*»: de novo a música aparece como un gran recurso para ela.

2. «*Lectura*»: a lectura é outra das súas fontes para combater o malestar.

3. «*Memories*»: recordos bonitos; recoñece que lle gusta ler conversacións antigas con amigos porque lle trae bos recordos e isto faille sentir ben.

4. «*Escudo*»: fazer unha «barreira» para illarte das cousas malas que suceden ao teu redor en momentos de gran malestar. Fala da súa propia barreira e de como a compoñen aspectos como escutar música, ler, debuxar... Isto axúdalle a regularse cando sente mal



Sesión 9: «Xiro dramático»

Sesión á que acode o pai por primeira vez, polo que lle dedicamos máis tempo a el e á nai. Observamos unha actitude moi evasiva do pai, delegando toda a responsabilidade na nai e minimizando posible repercusión na paciente. Non parece moi receptivo á hora de participar no proceso terapéutico.

En canto á paciente, séguese percibindo a melloría observada en consultas previas. Por iso, decídese espazar as consultas.

Sesión 10: «Esgotamento»

Presenza de nova autolesión reactiva estresor externo e malestar en casa. Aínda así, sitúase nun 7 nunha escala que vai de 0-10, reconéccendo nese momento unha situación de maior malestar con dificultade para xestionalo, pero tamén destaca mellor manexo de situacíons de malestar a pesar do ocorrido. Lembramos recursos traballados en consultas previas.

Sesións 11, 12 e 13: «Mantendo obxectivos»

Persiste a melloría, non hai presenza de autolesións, amosando capacidade e recursos para xestionar momentos de malestar.

Dixit:

1. «*Decisión*»: momentos de angustia por se decide mal, incluídas decisións do día a día, aquí aparecen medos asociados a inseguridade que ten a paciente.

2. «*Recordos*»: fala da importancia de manter os recordos, áinda que sexan malos, tratando de quedar coa parte positiva e a aprendizaxe xerada.

3. «*Lugar de paz*»: fala das cousas que lle producen tranquilidade actualmente, destacando como unha emoción que está presente ultimamente.



Sesión 14: «Pechando ciclos»

Dado que se alcanzaron os obxectivos expositos ao comezo da intervención, acordamos alta nesta última sesión realizando unha devolución de todos os avances observados ao longo das consultas. Tanto a paciente como a súa nai amósanse agradecidas.

CONCLUSIÓNS

O uso do Dixit pode ser un gran recurso dentro da consulta á hora de explorar situacions complicadas que poderían resultar máis difíciles de abordar nun formato de entrevista estruturada, sobre todo, en poboación infanto-xuvenil. Desta maneira, comprobamos como nos axudou á hora de dar sentido e profundar en diferentes áreas non só limitándose á descripción do que se presenta, senón tamén como condutor a experiencias tanto presentes como pasadas.

Cabe destacar que o traballo conxunto entre a enfermaría especializada en saúde mental e a psicoloxía clínica demostrou ser non só be-

neficioso, senón esencial na abordaxe integral de casos complexos como o dunha menor con conductas autolesivas e escasa disposición inicial ao tratamento. A intervención coordinada permitiu ofrecer unha atención máis flexible, próxima e personalizada, que se adaptou ás necesidades emocionais e vinculares da paciente. Esta alianza terapéutica entre disciplinas favoreceu a construcción progresiva dun vínculo de confianza, o que resultou clave para o enganche terapéutico e a posterior adherencia ao proceso.

Contar coa mirada complementaria de ámbalas profesionais enriqueceu a comprensión do caso, facilitando unha lectura máis completa do sufrimento da menor e permitindo deseñar intervencións máis sensibles e eficaces. Ambas as miradas articúronse en torno ao xogo como ferramenta terapéutica central, que operou como medio simbólico para transmitir a dor emocional e fomentar o vínculo. Este caso pon de relevo a importancia de establecer unha comunicación fluída e constante entre disciplinas, con obxectivos terapéuticos compartidos e unha linguaxe común que permita sostener unha intervención coherente e

aliñada. Só desde unha práctica verdadeiramente interdisciplinar é posible xerar espazos terapéuticos potentes que ofrezan contención, comprensión e acompañamento reais a menores que atravesan experiencias de profundo malestar emocional. A colaboración respetuosa e complementaria entre enfermaría e psicoloxía clínica non só mellora a calidade da atención, senón que tamén humaniza o coidado en saúde mental infantil e adolescente.

O diario consolidouse como un recurso de supervisión interna e de autobservación, que favoreceu a toma de conciencia sobre como o caso nos afectaba, que resonancias espertaba e de que maneira influían estas emocións na nosa maneira de intervir. En contextos de alta complexidade emocional, como na abordaxe das autolesións infantís, é frecuente que as terapeutas se confronten a sentimientos de impotencia, frustración ou preocupación intensa. Poder nomear e compartir estas vivencias nun marco seguro, estruturado e colaborativo forteleceu a alianza profesional e permitiu sostener unha actitude clínica máis dispoñible, sensible e coherente. Ademais, este exercicio de escritura conxunta facilitou unha lectura máis integrada do caso, ao permitir entrelazar as diferentes perspectivas desde a práctica diaria. A posta en común de observacións e sentires xerou novas preguntas clínicas, enriqueceu a análise da evolución do proceso terapéutico e favoreceu a construcción de intervencións máis axustadas e empáticas. En suma, o diario terapéutico compartido non só funcionou como un rexistro clínico útil, senón como un espazo de pensamento, elaboración emocional e coordinación profesional. Esta práctica forteleceu a calidade do traballo interdisciplinar, promoveu o autocuidado das terapeutas e potenciou a continuidade e coherencia da abordaxe, demostrando ser unha ferramenta valiosa.

En resumo, este caso pon en evidencia o valor dunha intervención terapéutica interdisciplinar, creativa e profundamente humana na abordaxe de problemáticas complexas en

saúde mental infanto-xuvenil. A utilización de ferramentas proxectivas, como o Dixit, en combinación cun enfoque colaborativo entre enfermaría especializada e psicoloxía clínica, permitiu acceder a dimensións emocionais que difícilmente emerxerían nun formato convencional. Esta alianza profesional, sostida ademais pola práctica reflexiva compartida a través dun diario clínico, facilitou non só unha comprensión máis rica do sufrimento da menor, senón tamén unha maior coherencia e sensibilidade nas intervencións. A experiencia subliña a importancia de traballar desde unha mirada conxunta, onde o respecto mutuo, a escoita activa entre disciplinas e a integración de recursos simbólicos convértense en claves para acompañar, conter e transformar a dor psíquica en contextos tan vulnerables. Así, reforzase a idea de que non se trata só de intervir, senón de construír vínculos terapéuticos significativos capaces de abrir camiños cara á recuperación e a esperanza.

Bibliografía

Alemdar, H., Karaca, A., Konuk Şener, D., & Halmatov, S. (2023). The Impact of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Children's Anxiety Levels: A Systematic Review. *Balikesir Health Sciences Journal*. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1349116>

David, O. A., Predatu, R., & Cardos, R. A. I. (2021). Effectiveness of the RETHink therapeutic online video game in promoting mental health in children and adolescents. *Internet Interventions*, 25, 100391. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100391>

Fidan, B. S., & Doğmuş, Y. U. (s. f.). The Effectiveness of Cognitive Behavioral and Adlerian Play Therapies in Children Aged 3–12 Years: A Systematic Literature Review. *Research on Social Work Practice*, 0(0), 10497315251316182. <https://doi.org/10.1177/10497315251316182>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Farkas, B. F., Takacs, Z. K., Kollárovics, N., & Balázs, J. (2024). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 33(10), 3439–3458. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>

Fundación ANAR. (2023). *Informe anual 2022: Problemas de salud mental y autolesiones en la infancia y adolescencia*. <https://www.anar.org/informe-anual-2022>

Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2019). *Alianza terapéutica con familias: Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles* (1^a ed.). Herder Editorial.

Moran, P., Chandler, A., Dudgeon, P., Kirtley, O. J., Knipe, D., Pirkis, J., Sinyor, M., Allister, R., Ansloos, J., Ball, M. A., Chan, L. F., Darwin, L., Derry, K. L., Hawton, K., Heney, V., Hetrick, S., Li, A., Machado, D. B., McAllister, E., ... Christensen, H. (2024). *The Lancet Commission on self-harm*, 404, 1–38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01121-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01121-8)

World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Council of Europe. (1997). *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention)*. Oviedo, 4.IV.1997. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatyid=164>

European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. *Official Journal of the European Union*, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

CASO 2

ABORDAXE DA SINTOMATOLOXÍA POSTRAUMÁTICA NUN CASO DE TRAUMA RELACIONAL

Tania Tuñas López

Psicóloga Interna Residente. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA.

Tania.Tunas.Lopez@sergas.es

Inmaculada Sangiao Novio

Psicóloga Clínica. Programa de enlace saúde mental-atención primaria. Centro de Saúde de Milladoiro. ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA.

Inmaculada.Sangiao.Novio@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Tuñas López, T., & Sangiao Novio, I. (2025). Abordaxe da sintomatoloxía posttraumática nun caso de trauma relacional. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 110-119. <https://cogalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

No presente artigo describese un caso de intervención en trauma relacional en contexto de violencia de xénero. Trátase dunha muller que acode ao programa de enlace saúde mental-atención primaria do centro de saúde de Milladoiro. Describese o proceso de intervención, no que se aborda o traballo de identificación das situacións de malos tratos, os mandatos de xénero, así como os factores de vulnerabilidade que favoreceron a entrada na relación de violencia. Ao mesmo tempo, trabállanse distintas estratexias na fase de estabilización e abórdase o traballo co contido traumático mediante EMDR.

PALABRAS CHAVE — Violencia de xénero, sintomatoloxía postraumática, síntomas disociativos, intervención.

ABSTRACT

This article describes a case of intervention in relational trauma in the context of gender violence. The case involves a woman who attends the mental health-primary care liaison programme at the Milladoiro health centre. The intervention process is described, which addresses the work of identifying situations of abuse, gender mandates as well as the vulnerability factors that favoured entry into the violent relationship. At the same time, different strategies are worked on in the stabilisation phase and work with traumatic content is addressed using EMDR.

KEY WORDS — Gender violence, post-traumatic symptoms, dissociative symptoms, intervention.

INTRODUCIÓN

A primeira autora que falou do Trastorno de estrés postraumático complexo (TEPT-C) foi Judith Herman, ao incidir na idea de que os cadros de trauma relacional non se axustaban á definición clásica do Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para esta autora, os cadros de trauma relacional que se xeran nas relacións de malos tratos na relación de parella, constituirían cadros de Trastorno de estrés postraumático complexo (Herman, 2004). Nestes casos, ademais da sintomatoloxía presente nos cadros postraumáticos (recordos intrusivos sobre os feitos traumáticos, conductas de evitación ante estímulos que lembran os sucesos traumáticos e un estado de hiperalerta), asócianse os problemas na regulación do afecto, a dificultade nas relacións sociais, así como a desvalorización dunha mesma, con sentimento de culpa e vergoña relacionados co evento traumático, como se recolle nos criterios diagnósticos da CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (WHO, 2018).

Todas estas alteracións exceden cualitativa e cuantitativamente os criterios definidos para o diagnóstico do TEPT, o que xerou numerosos debates respecto á diferenciación da síndrome orixinada polo trauma simple da clínica relacionada co trauma complexo, así como a necesidade de recoñecer o TEPT-C como unha categoría diagnóstica propia.

O concepto de TEPT-C xorde coa intención de ofrecer un diagnóstico para as consecuencias psicolóxicas das persoas que sufrieron unha experiencia traumática abusiva, reiterada e de carácter crónico, cunha presentación sintomatolóxica que non queda plasmada na súa totalidade na categoría de TEPT. Aínda que parecen existir diferenzas clínicas na presentación sintomática en función da idade da vítima e a natureza do trauma, Judith Herman considera que en todos os casos se trataría dunha síndrome recoñecible con ca-

racterísticas esenciais comúns, que engade aos síntomas propios do TEPT as alteracións identitarias, relacionais e dos significados. A exposición á violencia continuada en ambientes de illamento e coerción por parte do perpetrador, con perda absoluta do poder e o control sobre a propia vida, pode provocar graves alteracións na personalidade e no sistema de valores e de significados, ademais de nas respuestas fisiolóxicas de loita e fuxida que á vítima lle resultaron ineficaces para escapar da situación traumática (Herman, 2011).

No trauma relacional, como é o caso das relacións de malos tratos mantidos no tempo, o estrés prolongado fai que as experiencias traumáticas se codifiquen desconectadas do seu contexto sen a codificación lingüística ou narrativa (Deu Bleichman, 2011). Os recordos emocionais, que se gardan separados do resto de recordos, non se debilitan no tempo, senón que van asaltando ás vítimas en forma de emocións intensas, *flashbacks*, pesadelos e sintomatoloxía disociativa. Os síntomas disociativos son o resultado dunha desconexión e/ou unha ruptura nas funcións que integran a consciencia, definíndose esta como unha experiencia psicobiolóxica que afecta á memoria, á identidade, á percepción subxectiva dun mesmo e da contorna, ás emocións ou aos estados somáticos. En palabras de Van der Kolk (2015), a disociación constitúe a esencia do trauma, e supón unha falta de integración da realidade, que é básica para a superación do evento traumático. A disociación fai que o insopportable se borre, converténdose nun mecanismo de protección parcial contra as emocións intolerables, polo que os procesos disociativos poden facer que as persoas esquezan lembrar certos acontecementos (Hirigoyen, 2006).

Estudos realizados con mulleres que viviron violencia de xénero e que presentaban TEPT-C, observaron que presentaban síntomas de afecto negativo, somatización e disociación (Lowenstein et al., 2014). Nas mulleres que presentan cadros de TEPT-C, a disociación preséntase de forma leve ou moderada,

pero non tan extrema como para cumplir criterios dun trastorno disociativo. Os síntomas predominantes nestes cadros son as intrusións de aspectos relacionados co trauma na vida diaria, alteración da memoria ou lagoas de conciencia, así como a desconexión ou perda de conciencia do que ocorre ao redor, ás veces dando lugar a síntomas de desrealización/despersonalización.

A despersonalización é un síntoma disociativo que o DSM-V define como unha experiencia recorrente dun sentimento de desapego, coma se un mesmo fose un observador externo do propio proceso mental ou corporal (American Psychiatric Association, 2014). Algúns autores refiren que existen catro tipo de experiencias de despersonalización: as experiencias do corpo anómalias, o entumecemento emocional, a memoria subxectiva anormal e a alienación da contorna (Frewen e Lanius, 2015). A desrealización é definida polo DSM-V como unha experiencia persistente de irrealidade da contorna, por exemplo, experimentar o mundo como irreal, coma se fose un soño ou distante. Na intervención psicolóxica é moi relevante prestar atención á estabilización e regulación da persoa, traballando esta sintomatoloxía dentro da xanela de tolerancia do paciente.

Entre as consecuencias da violencia de xénero, por tanto, atópase o trastorno de estrés postraumático complexo e a sintomatoloxía disociativa, tras a exposición de forma continuada a traumas relacionais (Van der Kolk et al., 2005).

Diversos autores aluden a unha clara influencia do pensamento patriarcal na orixe e desenvolvemento histórico do concepto de TEPT-C, así como no atraso na súa inclusión nas clasificacións diagnósticas. Faise necesario comprender a utilidade social e política do recoñecemento dos danos causados por este tipo de trauma relacionado co xénero e o poder,

polo que se inclúe a perspectiva feminista ao longo do tratamento psicolóxico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Trátase dunha muller en proceso de separación que sufriu violencia de xénero mantida no tempo na última relación de parella. Decide separarse despois de 17 anos de relación e tras sufrir unha agresión física por parte da súa exparella. Nun inicio presenta escasa conciencia doutras situacións de malos tratos aos que tamén foi sometida na relación (psicolóxico, sexual, ...).

No momento no que acode a consulta atópase en proceso de separación tras interpoñer unha denuncia por violencia de xénero. Conta con escaso apoio social, pois o seu único fillo vive fóra de España e non ten outra familia nin rede nestes momentos, dado o illamento no que se atopa como consecuencia dos malos tratos. Traballa na mesma empresa que a súa exparella e nestes momentos atópase en situación de incapacidade laboral.

MOTIVO DE CONSULTA

Foi derivada pola súa médica de atención primaria á consulta de psicoloxía clínica por presentar sintomatoloxía ansioso-depresiva.

Na primeira cita de psicoloxía clínica refire que interpuxo unha denuncia por violencia de xénero tras sufrir unha agresión física por parte da súa exparella e que se atopa en proceso de separación. Ao relatar na sesión o sucedido, sofre un episodio de crise de angustia con características disociativas, presentando amnesia para acontecementos relacionados co episodio da agresión, así como do ocorrido na consulta e respecto a días previos, recuperándose deste episodio ao cabo dunhas horas.



Foto: Isabelli Pontes/ Pexels

Dado o estado no que se atopa e para descartar a existencia de sintomatoloxía orgánica, solicítase valoración por parte do servizo de urxencias. Foi valorada tamén polo psiquiatra de urxencias, que lle prescribe tratamento ansiolítico ocasional en caso de presentar unha nova crise.

OBXECTIVOS

Acórdase coa paciente unha intervención psicolóxica breve, limitada no tempo, cos seguintes obxectivos:

- Traballar unha primeira fase de estabilización da paciente, dotándoa de estratexias de desactivación emocional e técnicas de enraizamento para a sintomatoloxía disociativa.
- Avaliar a sintomatoloxía disociativa mediante a escala de experiencias disociativas DEAS (Bernstein e Putnam, 1986).
- Traballar a regulación emocional e o estar no momento presente, sendo capaz de manter a atención dual para poder abordar, máis adiante, o traballo con recordos traumáticos.
- Abordar recordos traumáticos que están a xerar perturbación mediante EMDR.
- Identificar conductas e mecanismos de control coercitivo na relación de parella, abordando tamén os factores que favorecen a entrada á relación de violencia: os mandatos de xénero aprendidos na familia de orixe e os transmitidos polo contexto social.
- Informar sobre os recursos comunitarios de asistencia a mulleres, para ter un adecuado asesoramento xurídico ao verse inmersa no procedemento xudicial por malos tratos.
- Acompañar durante proceso de denuncia por violencia de xénero.

INTERVENCIÓN

Na primeira sesión realizase a exploración da historia de infancia e non só da historia da relación de parella disfuncional, pois as situacíons traumáticas na infancia predispoñen a unha maior vulnerabilidade a vincularse nunha relación de malos tratos (Mosquera, 2021). A pesar de que non hai historia previa de malos tratos na familia de orixe, a exploración destes aspectos axúdanos a ver certas aprendizaxes dos mandatos de xénero nese contexto que son elementos de vulnerabilidade a entrar en relacíons de desigualdade.

Avaliamos tamén a presenza de sintomatoloxía disociativa mediante a escala de experiencias disociativas (DES), na que obtén unha puntuación inferior a 20 puntos, polo que se descarta avaliar a presenza de trastornos disociativos mediante entrevista estruturada.

Na segunda sesión trabállase na identificación dos mecanismos de control coercitivo na relación de parella a través dunha listaxe de conductas e das consecuencias xeradas polas mesmas (Romero et al., 2015), tanto a nivel de sintomatoloxía presente na actualidade como dos mecanismos de culpabilización cara á vítima. Tamén se aborda coa paciente a identificación dos mecanismos que contribuíron á entrada na relación de violencia, como son os mandatos de xénero. Nesta liña, identifícanse aqueles mandatos que teñen que ver co rol de coidado dos demás por encima dunha mesma, o sentimento de culpa ao centrarse no autocoidado propio, a dificultade en establecer límites cos demás e a responsabilidade no mantemento das relacíons.

Antes de abordar os recordos traumáticos en relación aos malos tratos, tratouse a estabilización da paciente. Para iso, na terceira e sesións sucesivas, adestráronse técnicas de regulación emocional previas a traballar co material traumático. Fíxose mediante o establecemento dun lugar seguro, ademais de usar técnicas de desactivación, mindfulness e de orientación

á realidade. Dedicouse tempo a traballar en consulta o enraizamento no presente e a orientación á realidade mediante a aproximación de moi curta duración ao material traumático (duns poucos segundos) para volver de forma case inmediata á orientación ao presente (González, 2019). Cando a paciente foi capaz de ir expoñéndose ao material e manterse no presente ao mesmo tempo, foise expoñendo cada vez máis ao contido traumático. Este tipo de técnicas axúdannos para traballar tamén a atención dual, ao permitir traballar o recordo traumático tendo conciencia de que se atopa no momento presente.

No que respecta ao desenvolvemento de conductas de autocoidados propios, traballouse coa regulación emocional a través de técnicas de desactivación (relaxación muscular progresiva e técnicas de respiración abdominal) e de mindfulness. A paciente presentaba elevados niveis de ansiedade e ao poder identificar as dificultades para regulala, incluímos técnicas de autocoidado simbólico dentro do traballo de regulación emocional, propoñéndolle un exercicio de coidado da emoción, pensando en que sería útil para o traballo posterior cos recordos traumáticos que xeraban ansiedade. Pedímoslle á paciente en consulta que pensase na emoción como algo que coidar, en lugar do que protexerse, o que lle axuda a ir baixando o nivel de malestar ao experimentar esa emoción. Mientras fai este exercicio preguntamos se o nivel de malestar aumenta ou baixa, percibindo a paciente que a emoción diminúe. Propónselle esta tarefa para realizar no seu domicilio.

Abórdanse coa paciente a contextualización dos síntomas. Presenta amnesia para determinados recordos de malos tratos que, de forma progresiva, van aparecendo ao longo da terapia. A paciente presenta principalmente fobia a certos contidos traumáticos, no que respecta en concreto aos últimos episodios de violencia física. É este último episodio de violencia física

o que lle produce maior malestar, polo que é un dos recordos que máis tarde se traballan.

A partir da cuarta sesión e sucesivas, traballouse o material traumático mediante EMDR, segundo o procedemento baseado en oito fases para cada unha das dianas seleccionadas.

Neste procedemento, as tres primeiras fases céntranse na recollida de información clínica do caso, no establecemento da alianza terapéutica e na explicación da técnica, así como na avaliación e identificación dos eventos a reprocesar, incluíndo a imaxe, pensamentos, sentimentos, e sensacións que os representan; establecendo medidas iniciais antes de reprocesar: Unidades Subxectivas de Estrés (SUD-polas súas siglas en inglés) e Validez do Pensamento Positivo (VOC -polas súas siglas en Inglés). Na fase cuarta de desensibilización, procédese a aplicar estimulación bilateral para procesar o contido traumático. Na fase cinco de instalación, trabállase o pensamento positivo que o cliente desexa asociar co recordo ata que este se sinta completamente verdadeiro. Na sexta fase, realiza unha revisión do corpo, onde se pensa no evento co pensamento positivo e revisa o seu corpo, procesando calquera molestia que quede no corpo con estimulación bilateral. Na séptima fase ou fase de peche, pídense que retorno a un estado de calma no momento presente, independentemente de se se completou, ou non, o reprocesamento do evento. A fase oitava de reavaliación realiza ao principio de cada sesión, revisando o evento reprocesado na sesión anterior para avaliar se aínda segue xerando malestar e se este xa non lle perturba, pásase a traballar co seguinte evento a reprocesar.

Para seleccionar as dianas, foi de utilidade basearse nunha listaxe de mecanismos de control coercitivo nas relacións de parella, que é o mesmo material que se empregou para axudar á paciente para detectar e identificar as conductas de malos tratos. Trabállanse como diana os recordos en función da accesibilidade e tolerabilidade, é dicir, do máis fácil ao máis

difícil. Ao existir moitos recordos similares da relación abusiva, agrupáronse por dianas de acios, é dicir, non é necesario traballar con cada un deses recordos, senón que se agrupan en función da temática dos mesmos, baseados no tipo de agresión ou mecanismo coercitivo (co mesmo esquema que se traballou na identificación de condutas de malos tratos). Así, traballouse co primeiro, o peor e o máis recente. Neste caso traballouse como diana a agresión física, coincidindo que era o evento identificado como peor por xerar maior perturbación. Traballáronse, ademais, como dianas outros mecanismos de control coercitivo identificados, como a degradación (situacións nas que a tratou como inferior, insultos, comentarios sobre a súa imaxe ou físico, ...), as estratexias defensivas nas que se traslada a responsabilidade da violencia á propia vítima (chantaxe emocional, inducir sentimento de

mágoa ou pena, estratexias de arrepentimento, negación/minimización da violencia, ...).

A paciente, tras oito sesións, na actualidade atópase estable e programouse algunha cita de seguimento para ver a evolución. No momento presente realiza seguimento no Centro de Información á Muller onde se lle está proporcionando asesoramento psicolóxico e xurídico.

CONCLUSIÓNS

Independentemente do enfoque psicoterapéutico que se leve a cabo nos casos de malos tratos, débese facer unha primeira fase na que axudar a identificar os mecanismos de malos tratos, así como as secuelas e síntomas presentes na actualidade. Trabállase na iden-



Foto: Oscar Keys / Unsplash

tificación dos elementos que están na base da entrada nas relacións violentas (relación de desigualdade, mandatos de xénero, ...). Todo iso vai ir axudando a que se vaia alcanzando o obxectivo de conseguir o paso da visión de culpable, á visión de vítima e, como último, á visión de sobrevivente (Herman, 2004).

Nas pacientes que viviron experiencias traumáticas recoméndase que sexa explorada a sintomatoloxía disociativa a través de instrumentos de *screening* (González, 2019). Nos casos en que se detecte alta presenza da devandita sintomatoloxía, estaría indicado avaliar se estamos ante un caso de trastorno disociativo mediante unha entrevista estruturada.

É recomendable, antes de abordar os contidos traumáticos, realizar unha fase previa de estabilización do paciente (González e Mosquera, 2015). Nesta primeira fase trabállase con recursos que nos van permitir abordar máis adiante estes contidos traumáticos. Ao longo de toda a intervención, trabállanse tamén os patróns de autocoidado e de regulación emocional.

O tratamento de pacientes con TEPT-C empieza por crear unhas condicións de seguridade, desenvolver habilidades, establecer a alianza terapéutica e reducir os síntomas (Van der Hart et al., 2023). Cando se fala de trauma relacional ou complexo, non é recomendable abordar a sintomatoloxía de forma directa a través dunha exposición, senón que se debe lograr a funcionalidade da paciente nas súas áreas básicas de autocoidado, xunto coa adquisición de ferramentas que lle permitan sostener o traballo posterior dos eventos traumáticos (Van der Kolk, 2015). Os recordos traumáticos son contidos nesta primeira fase ata desenvolver a capacidade de permanecer na marxe da tolerancia emocional e as habilidades necesarias de regulación emocional. Esta aproximación axudaranos a traballar a fobia á experiencia interna e aos contidos traumáticos.

Nunha segunda fase, abórdanse os contidos traumáticos. O EMDR (Shapiro, 2019) é unha técnica para tratar o trauma, ao integrar o traballo tanto con elementos cognitivos como emocionais e somáticos, permitindo traballar escenas traumáticas mentres se realiza unha estimulación bilateral, favorecendo que se vaian asociando outras escenas ata que ao final se termina cunha escena que non xera perturbación. Consideramos que este enfoque de tratamento é útil para abordar os componentes traumáticos nos casos de trauma relacional xerado nas relacións de violencia de xénero

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Editorial Médica panamericana.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Desarrollo, fiabilidad y validez de una escala de disociación. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.

Dio Bleichman, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres con perspectiva de género*. Octaedro.

Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self: consciousness, neuroscience, treatment (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton &Company.

González, A. (2019). *EMDR y procesamiento emocional. Trabajando en pacientes con desregulación grave*.

González, A. & Mosquera, D. (2015). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Ediciones Pléyades.

Herman, J. (2011). The Aftermath of Violence: Trauma and Recovery. *Transforming Terror*.

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Editorial Espasa.

Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós.

Loewenstein, R., Brand, B., & Gilbert, L. (2014). Treating complex trauma survivors. *Psychiatric Times*, 40-45.

Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clinica contemporánea*, 7(2), 87.

Mosquera, D. (2021). *Libre. INTRA-TP*.

Romero, I., Álvarez, R., Czalbowski, S., Soria, T. N. & Villota, M. T. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género*. Editorial Síntesis.

Shapiro, F. (2019). *EMDR. Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares*. Asociación EMDR España.

Van der Hart, O., Steele, K., & Boon, S. (2023). *El tratamiento de la disociación relacionada con el trauma. Un enfoque integrador y práctico (2ª Edición)*. Desclée de Brouwer.

Van Der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. *Cerebro, mente y cuerpo*.

Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., & Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>

World Health Organization (2018). The ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Recuperado de <https://icd.who.int/browsell/l-m/es>



TRABALLO PREMIADO NAS XXIX XORNADAS DA
SECCIÓN DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

COMUNICACIÓN

PROGRAMA “DIÁLOGOS ABERTOS CON SAÚDE MENTAL”

María Candal González

Psicóloga Interna Residente. Unidade de Saúde Mental de Noia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

maria.candal.gonzalez@sergas.es

Aldara Varela Lodeiro

Psicóloga Interna Residente. Unidade de Saúde Mental de Concepción Arenal. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

aldara.varela.lodeiro@sergas.es

Casilda Oujo Fernández

Psicóloga Clínica. Unidade de Saúde Mental de Noia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

casilda.oujo.fernandez@sergas.es

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Candal González, M., Varela Lodeiro, A., & Oujo Fernández, C. (2025). Programa «Diálogos Abertos con Saúde Mental». *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18 pp. 120-125. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

INTRODUCIÓN

As persoas non existimos illadas

As persoas non existimos de maneira illada. A nosa existencia está determinada pola participación que temos en diferentes áreas da sociedade. Isto tamén se aplica nos problemas de saúde mental, que se constrúen a nivel social mediante a linguaxe e a comprensión compartida. Os trastornos mentais teñen impacto non só nas persoas que piden axuda, senón tamén nos seus achegados, así como nos diversos recursos que estas necesitan para cubrir as súas necesidades. As nosas experiencias están entrelazadas, polo que a rede persoal convértese nun recurso para comprender o problema e concibir o tratamento.

Os contextos culturais e as características dunha rexión sosteñen o universo relacional de cada persoa. Nun nivel máis micro, a comunidade na que estamos inmersos no noso día a día está formada polas redes sociais que nos rodean. Estas redes cómpren diversas funcións de acompañamento, apoio emocional, guía, regulación, axuda e acceso a novos contactos (Sluzki, 2009). Podemos dividir ditas redes en dous grupos: as redes profesionais e as privadas (Arnkil e Seikkula, 2016).

Rede profesional

Rede composta polo conxunto de profesionais cos que o persoal estivo ou está en contacto (centros de saúde, asociacións, servicios sociais etc...). O sistema asistencial está organizado de maneira sectorizada, polo que existe una división dos problemas segundo a especialidade á que compete. Non obstante, os problemas das persoas son complexos e requieren dunha mirada máis holística e integradora. Incluir a rede profesional no tratamento permite mellorar a colaboración entre os profesionais implicados coa persoa e adaptarse ás necesidades concretas do entorno que pide axuda.

RESUMO

As redes social e profesional son determinantes nos resultados de tratamiento dos problemas de saúde mental. Desde a Unidade de Saúde Mental (USM) de Noia pone en marcha un programa desde a perspectiva de Diálogos Abertos, que salienta a importancia de ditas redes, creando un punto de encontro mensual entre profesionais, usuarios e outras persoas interesadas. Trátase de crear un espazo seguro para o diálogo, promovendo a horizontalidade e polifonía. A pesar dos coñecidos beneficios do traballo na comunidade, a implantación de orientacións que seguen a liña de Diálogos Abertos atópase con diferentes obstáculos tanto dentro como fóra do sistema sanitario no que traballamos. Con todo, o proxecto exposto pretende validar a posibilidade de realizar intervencións más coherentes cos principios de Diálogos Abertos que nos permitan mellorar a calidade asistencial dos usuarios da USM.

PALABRAS CHAVE — Diálogos Abertos, acción comunitaria, psicoloxía clínica.

Rede privada

Rede composta polas persoas importantes, sexan familiares ou non. A inclusión desta rede supón un feito esencial de cara á definición e disolución do problema. Un problema comeza a ser cando se define como tal polo paciente ou polos seus achegados e deixa de ser cando xa non se sinala así. Por exemplo, en consumo de drogas son os achegados quen habitualmente dan a voz de alarma. Este tipo de rede tamén presta unha axuda importante no descubrimento de novas perspectivas do problema e posibles vías de solución, xa que poden estar tamén preocupados polo que está a ocorrer. A súa cercanía fai que exista unha experiencia compartida co paciente.

Ambas

As persoas que compoñen ambos tipos de redes, debido á cercanía e ao contacto co paciente, dispoñen dun coñecemento valiosísimo sobre o problema. Por iso, a participación de ambas facilita unha comprensión dialólica conxunta e a procura dun progreso frutífero. Permite a mobilización de apoios e a creación dunha comunidade, que constitúe unha fonte de seguridade, conformada por persoas relevantes que son esenciais na procura de respostas a como avanzar.

Algúns estudos, apuntan a que ambos tipos de redes son determinantes nos resultados de tratamentos dos problemas de saúde mental. A súa inclusión no tratamento posúe unha serie de beneficios que poden empregarse de cara a mellora dos resultados psicoterapéuticos (Arnkill e Seikkula, 2016). Segundo o Plan de Saúde mental de Galicia Pos covid-19 (2020), os pacientes mostran unha preferencia a ser atendidos na súa contorna. Esta perspectiva de traballo require dunha especial énfase na atención integrada; coa colaboración entre distintos profesionais no tratamento, a implicación do paciente na toma de decisións situándoo no centro do seu propio proceso asistencial e a apostar por prácticas innovadoras que mello-

ren a sustentabilidade do sistema. O Programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica (BOE, 2009) xa apuntaba nesta dirección ao establecer como competencia profesional dos especialistas o desenvolvemento de programas de coordinación e cooperación cos dispositivos da rede asistencial, incluíndo recursos sociais, xurídicos, educativos e comunitarios. Ademais, dentro das posibilidades de formación que ten o especialista existen orientacións fundamentadas nesta filosofía da atención comunitaria e de inclusión da rede. Concretamente, podemos destacar un enfoque que se basea nestes dous aspectos clave e que se exporá a continuación: a perspectiva dos Diálogos Abertos.

Conversas polifónicas e horizontais

O enfoque de Diálogos Abertos (DA) xorde en Laponia nos anos 80-90, da man do equipo de Jaakko Seikkula, da necesidade de ofrecer unha nova resposta ao incremento de persoas con diagnóstico de esquizofrenia nos países nórdicos. Desde o marco de Diálogos Abertos a atención centrarse na colaboración dentro da rede social da persoa, atravesando fronteiras entre familias, grupos e clases sociais (García Hermo, 2021). Toman especial relevancia as ideas do filósofo da lingüaxe, Mijail Bakhtin (1981), quen describe o diálogo como unha forma de pensar polifónica e horizontal, construída conxuntamente por todos os participantes. A intervención dialólica consiste nunha serie de reunións entre usuarios, familias e outras persoas da súa rede social ou sistema de apoio cos membros do equipo (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, traballadores sociais, terapeutas ocupacionais etc.). Como sinala Bakhtin (1981), o simple feito de ser escuchado xa supón unha relación dialólica. O equipo de Jaakko Seikkula e colaboradores, a partir das observacións recollidas dos procesos de tratamento, identificaron sete principios terapéuticos que axudan a articular o traballo desde esta perspectiva (Arnkill e Seikkula, 2016; García Hermo, 2021).



Responder inmediatamente. Considérase, por norma xeral, organizar a primeira reunión nas 24 horas posteriores ao primeiro contacto. Isto faise para previr a hospitalización e para abordar temas que co paso do tempo serían difíciles de falar.

Incluír a rede de apoio social. Co obxectivo de mobilizar apoios, restaurar vínculos, axudar a poñer palabras e dar sentido á experiencia por medio dunha conversa cotiá.

Adaptación flexible ás necesidades específicas e diversas. Baseándose nas ideas do Tratamento Adaptado ás Necesidades de Yrjö Alanen (1999), búscase o axuste á linguaaxe concreta, estilo de vida, posibilidades reais de empregar determinados métodos terapéuticos e de duración do tratamento que se correspondan ao problema presente do paciente.

Responsabilidade compartida. Todas as cuestiós relativas ao problema, definición, tratamento e toma de decisións trátanse en presenza de todos os asistentes.

Continuidade psicolóxica. Búscase o mantemento do mesmo equipo de acompañamento durante todo o proceso para asegurar os vínculos que xorden na intervención.

Tolerar a incerteza. Xerar espazos seguros nos que sexa posible falar ante situacíons que moven intensas emocións e onde non hai unha resposta planificada.

Dialoxismo. Promover o diálogo é o obxectivo principal das reunións dialóxicas. Desenvolver conversacións terapéuticas onde todas as persoas sexan escoitadas e se poidan sopear axudas conxuntamente en beneficio de todos os presentes, deste modo se facilita que afloren os recursos.

MÉTODO E RESULTADOS

Cruzando Fronteiras

Desde a Unidade de Saúde Mental (USM) de Noia, buscamos abrir espazos dialóxicos cruzando fronteiras entre diferentes dispositivos asistenciais e de acompañamento ás persoas. Para iso, ponse en marcha un programa desde a perspectiva de Diálogos Abertos, que salienta a importancia das redes sociais, creando un punto de encontro mensual entre profesionais, persoas con experiencia en primeira persoa e outras persoas interesadas. Os obxectivos deste proxecto, seguindo o Programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica (BOE, 2009), son:

- Impulsar a coordinación con outros dispositivos sanitarios, sociais, educativos, de inserción laboral, tutelares ou xudiciais.
- Participar e colaborar no deseño de actividades e programas de prevención e promoción da saúde, e, en especial, da saúde mental.
- Participar en actividades de programación, organización e coordinación asistencial con outros dispositivos sociais, sanitarios e doutros tipos que interveñen no territorio.

Esta proposta, «Diálogos Abertos con Saúde Mental», está incluída no programa de Atención Continuada de Psicoloxía Clínica da Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Levarase a cabo entre setembro de 2024 e xuño de 2025, con carácter mensual, e terá lugar no Espazo Xove de Noia en horario de 16:30 a 18:00 horas. As asociacións participantes concretadas ata esta data son:

- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC): Luns 30 de setembro.
- Asociación de Dano Cerebral Adquirido SARELA: Martes 22 de outubro.
- Asociación de persoas con Discapacidade da comarca de Noia e Muros MISELA: Martes 19 de novembro.

— Saúde Mental FEAFES Galicia: Martes 17 de decembro.

— Asociación Saúde Mental A Creba: Xaneiro.

Os métodos de difusión empregados para anunciar as reunións son a comunicación por correo electrónico aos profesionais sanitarios da área (Noia, Lousame, Outes, Muros, Carnota, Mazaricos e Urdilbe), ao Centro de Información á Muller e aos Servicios Sociais de Noia; a colocación de carteis informativos no centro de saúde de Noia e o aviso directo a usuarios da USM que poderían beneficiarse destas reunións.

Como expuxemos anteriormente, a perspectiva de Diálogos Abertos fundaméntase en sete principios. Tendo en mente estes principios, e intentando integralos na nosa práctica profesional, desenvolvemos este programa de atención continuada.

Segundo o principio de perspectiva de rede social, invítase a participar nas reunións ás persoas sensibilizadas e profesionais pertencentes a servizos de apoio da contorna. De acordo co principio de flexibilidade das actuacións, realizanxe os encontros nun lugar alleo á institución ou centro sanitario, facilitando diálogos que serían imposibles dentro da consulta. Enlazado no principio de inclusión da rede social, convertemos este proxecto nunha acción comunitaria. En liña co principio de responsabilidade compartida: convidando aos encontros a aquelas persoas que pensen que poidan axudar e buscando conxuntamente entre profesionais, persoas sensibilizadas co tema e a súa contorna, un significado compartido. Todas as cuestións se tratan en presenza de todos. En relación co principio de tolerancia a incerteza: favorecendo un espazo de reflexión conxunta e evitando vías de acción apresuradas. Por último, dialoxismo: trátase de crear un espazo seguro para o diálogo no que se expoñen os recursos dispoñibles para os usuarios, aberto a reflexión e comprensión colectiva das posibles problemáticas que xurdan, así como a valorar-

ción de posibles vías de acción e cooperación dos involucrados. Todo isto dende unha igualdade dialóxica na que todas as voces e experiencias son válidas, facilitando a polifonía.

CONCLUSIÓNS

Camiños cara prácticas dialóxicas

A pesar dos coñecidos beneficios do traballo na comunidade, a implantación de orientacións que seguen a liña de Diálogos Abertos, atopamos diferentes obstáculos tanto dentro como fóra do sistema sanitario no que traballamos. No tratamento habitual organízase a atención a saúde mental marcando os pasos a seguir, así como a composición e estrutura dos dispositivos dispoñibles para facelo. Este modelo é a base da organización sectorizada do sistema na que se dividen a atención dos problemas de saúde, esquecendo a complexidade do ser humano e as súas relacións. Ademais, dita perspectiva impón a idea de que o profesional é o que ten o coñecemento absoluto da vía de acción que se debe tomar, sen ter en conta a sabedoría que ten a propia persoa sobre aquilo que lle fai sentir mellor. Esta idea tamén se estende ao coñecemento popular, facendo que tanto os pacientes como as familias e achegados consideren que a resolución do problema debe estar prescrita polo profesional e que eles non son os indicados para axudar (García Hermo, 2021). Como consecuencia, a introdución de cambios na maneira rutinaria na que se fan as cousas é todo un reto. Na transición cara un sistema aberto o paso máis importante, e no que tamén é fundamental a colaboración entre familias e profesionais, consiste en facer á persoa partícipe no seu tratamento desde o inicio. As prácticas dialóxicas non requieren dunha reestruturación masiva do sistema nin dun emprego excesivo de recursos. Por riba disto, precisan do traballo en rede entre diversas perspectivas, partindo dunha actitude de adaptabilidade e reciprocidade (Seikkula e Arnkil, 2019). Co presente proxecto

pretendemos validar a posibilidade de realizar intervencións más coherentes cos principios de Diálogos Abertos dentro da nosa práctica clínica que nos permitan mellorar a calidade de vida dos usuarios da USM. Este obxectivo, non é imposible, pero quizais, como indicaban Seikkula e Arnkil (2019), «os camiños cara as culturas locais sostibles de prácticas dialóxicas son calquera cousa excepto curtos e directos».

Bibliografía

- Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.
- Bakhtin, M. (1981). *The Dialogic Imagination*. Texas University Press.
- Bakhtin, M. M., Kriúkova, H. S., & Cazcarrá, V. (1989). *Teoría y estética de la novela: trabajos de investigación*. Taurus.
- García Hermo, A. (2021). Acompañar: outras formas de acompañar nas crises. *Anuario Psicoloxía e Saude: Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saude do COPG*, 14, 62-79. https://cogalicia.gal/system/files/PDFs/publicaciones/anuario_psicoloxia_e_saude_14.pdf
- Orden SAS71629/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 146, de 17 de junio de 2009, 51210- 51236. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder Editorial.
- Servizo Galego de Saúde. (2020). Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024. https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sluzki, C. E. (2009). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.

TRABALLO PREMIADO NAS XXIX XORNADAS DA
SECCIÓN DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

COMUNICACIÓN

PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DATOS E IMPRESIÓN DOS DOUS PRIMEIROS ANOS E MEDIO DE IMPLEMENTACIÓN

Anxo Fernández Villar, Cristina García Diez, Nora Suárez Fuentes e Jennifer Cabaleiro Suárez

Psicólogo/as Interno/as residentes. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés

Jacinto Jose Casas Araujo

Facultativo especialista en Psicoloxía Clínica. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés

anxo.fernandez.villar@sergas.es

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Fernández Villar, A., García Díez, C., Suárez Fuentes, N., Cabaleiro Suárez, J., & Casas Araújo, J. J. (2025). Programa de atención continuada de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria: datos e impresións dos dous primeiros anos e medio de implementación. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 126-133. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

En marzo de 2022 implementouse no Centro de Saúde de A Parda un Programa de atención continuada de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria. Os residentes PIR da área, dirixidos polo titor de Psicoloxía Clínica, levaron a cabo unha proposta de intervención psicoterapéutica breve, individual e en coterapia para o tratamento dos malestares emocionais significativos e a psicopatoloxía común, que son motivos de consulta habitual en Atención Primaria. Dous anos e medio despois do inicio do Programa, expónense os resultados asistenciais e interprétanse para comentar as impresións que xurdiron durante o transcurso da implementación. Consideramos que a experiencia foi útil para o cumprimento dos obxectivos propostos, malia que se atoparon certas limitacións na posta en marcha.

PALABRAS CHAVE — Atención primaria, psicoterapia breve, psicoloxía clínica, atención continuada, PIR.

INTRODUCIÓN

A Atención Primaria (AP) é un sistema sanitario que, baseado na lonxitudinalidade da asistencia, a polivalencia dos seus profesionais e a súa accesibilidade, consegue prestar unha asistencia encamiñada a resolver os problemas frecuentes de saúde das persoas e a súa comunidade, coordinándose no necesario co resto de niveis asistenciais e dispositivos sociais e sanitarios (Padilla, 2014).

Os problemas de saúde mental son un motivo cada vez máis frecuente de consulta en AP. Os trastornos mentais más repetidamente rexistrados nas historias clínicas de AP son os trastornos de ansiedade con 74,6 casos por cada 1.000 habitantes, seguidos dos trastornos do sueño e dos trastornos depresivos, 60,7 e 41,9 por cada 1.000 habitantes, respectivamente (Ministerio de Sanidade, 2023).

O incremento sostido da presión asistencial en AP, xunto co aumento constante da demanda de atención psicológica por parte da poboación, xerou unha situación de crecente preocupación. A sobresaturación dos servizos, a falta de recursos e persoal adecuado, así como o aumento das consultas, provocaron que moitos casos que poderían atenderse na súa fase aguda cheguen tardíamente ás Unidades de Saúde Mental (USM), dificultando así o tratamento psicológico temperán e efectivo dos trastornos. Esta situación vese agravada polo incremento da medicalización como única opción terapéutica en AP, as longas listas de

espera en Psicoloxía Clínica e a consecuente cronificación de problemas mentais.

Por todo o previo, na área sanitaria de Pontevedra e O Salnés decidiuse implementar un Programa de atención continuada de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria para facilitar o acceso aos tratamentos psicolóxicos da poboación e mellorar a adquisición de competencias nos PIR dentro do contexto da atención continuada. O Programa implementouse en marzo de 2022 no Centro de Saúde da Parda, que atende a unha poboación de aproximadamente 27.000 persoas, cunha gran acollida polos médicos de atención primaria (MAP) e o servizo de Psiquiatría. A idea principal coa que se implementou foi a de complementar os equipos de AP para lograr unha verdadeira multi e interdisciplinariedade e así contribuír á atención dos pacientes baixo o modelo bio-psico-social.

Cabe mencionar que no momento da creación do Programa non existía a figura de Psicoloxía Clínica en AP na área sanitaria, polo que o PIR rotaba no Centro de Saúde da Parda cos titores MAP. Este foi un dos motivos principais para desenvolver o Programa en coordinación cos MAP deste centro.

Dous anos e medio despois da súa implementación recollemos os datos asistenciais e revisamos a súa interpretación para favorecer o debate de como integrar a Psicoloxía Clínica en AP e como mellorar a formación dos PIR.

OBXECTIVOS

- Implementar un programa de atención psicolóxica especializada en atención primaria.
- Ofrecer intervencións breves, temperás, accesibles e equitativas a persoas con sufriamento psicolóxico.

- Proporcionar apoio psicolóxico puntual no afrontamento de determinados problemas de saúde e procesos de enfermidade (IAM, diabetes etc.).
- Realizar accións formativas, apoio técnico e coordinación cos demais profesionais de AP e establecer unha ligazón coas unidades do servizo de Psiquiatría.
- Implantar indicadores de xestión propios e más adecuados á nosa especialidade para avaliar de forma sistemática os resultados.
- Ampliar os contidos formativos e aumentar a competencia profesional dos PIR no marco de atención continuada e crear un espazo de supervisión intensiva de casos.

MÉTODO

A intervención levou a cabo de forma individual dúas tardes ao mes. A atención psicoterapéutica organizouse en dúas consultas, nas que participaron residentes en modalidade de coterapia: R1 e R4 nunha consulta, e R2 e R3 na outra. Cada tarde realizáronse un total de catro primeiras entrevistas, cunha duración dunha hora cada unha, e seis consultas sucesivas de 30 minutos (dúas primeiras e tres sucesivas por consulta). Entre as primeiras entrevistas e as sucesivas dispúxose dun espazo para a supervisión de casos no que participou o facultativo especialista que dirixiu o Programa. Así mesmo, antes de iniciar as primeiras entrevistas, reservouse un tempo para a coordinación cos médicos de Atención Primaria.

A continuación, preséntanse os criterios utilizados para realizar o triaje das derivacións dos MAP ao Programa:

Criterios de inclusión:

- Primeiro episodio e inicio recente.
- Psicopatoloxía reactiva/adaptativa de gravedade leve-moderada.
- Demanda a petición do paciente e proactividade.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con contacto previo en Unidade de Saúde Mental pola mesma problemática.

- Sintomatoloxía asociada a trastorno mental grave, a trastorno de personalidade con elevada disfunción ou a risco autolítico.
- Deterioración cognitiva que dificulte a entrevista.
- Alta comorbilidade asociada.

Os resultados expostos no seguinte apartado supoñen a recompilación dos datos asistenciais anónimos descriptivos acerca das consultas realizadas no Programa durante dous anos e medio. Estes datos, unha vez recolleitos, analizáronse mediante o programa Microsoft Excel.



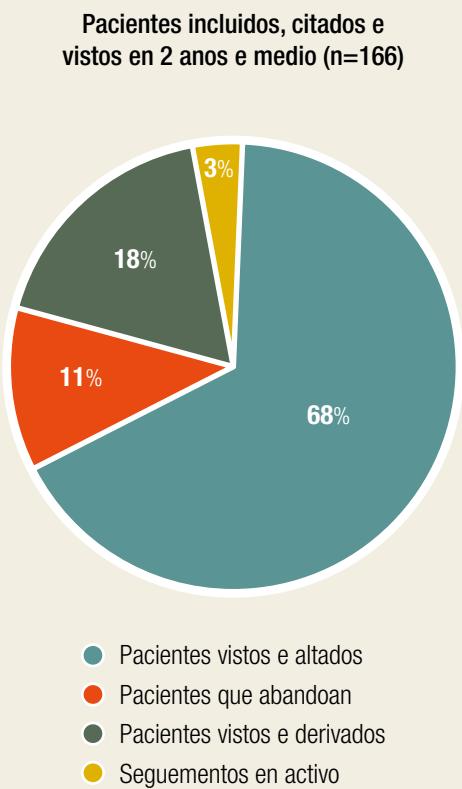
Foto: Alex Green / Pexels

RESULTADOS

Táboa 1 — Resultados asistenciais do Programa.

	TOTAL	DESDE 04/2022	2023	ATA 09/2024
Derivacións	264	81	115	68
Homes	89	21	45	23
Mulleres	175	60	70	45
Media idade	41,98	40,53	41,01	44,41
Desviación idade	15	15,72	14,27	15,01
Pacientes non incluídos no programa	74	23	34	17
Pacientes incluídos no programa	190	58	81	51
Pacientes incluídos, citados e que acudisen a 1 ^ª C	166	50	72	44
Pacientes incluídos, citados e que non acoden a 1 ^ª C	21	7	8	6
Pacientes incluídos, citados e que anulan	3	1	1	1
Total citas de seguimiento que non acode / non avisa	34	11	16	7
Media de consultas por paciente visto	2,16	2,06	2,11	2,38
Pacientes vistos e altados	112	33	46	33
Pacientes que abandonan	19	6	10	3
Pacientes vistos e derivados	30	11	16	3
Derivacións a USM	19	4	12	3
Seguimentos en activo	5	0	0	5

Figura 1 — Gráfica de porcentaxe de casos incluídos, citados e vistos durante o Programa



DISCUSIÓN

Os principais motivos de consulta foron rupturas biográficas (perda de emprego, capacidade económica, status ou funcionalidade), ataques de pánico, ansiedade, ánimo baixo, tensión e *burnout* laboral, síntomas psicosomáticos e preocupacións relacionadas con problemas de saúde ou enfermidades.

A estratexia de intervención consistiu nun modelo psicoterapéutico contextual (Wampold e Imel, 2021) e integrador, apoiado en distintas propostas breves e focais, como as descritas en Barlow et al. (2019), Beyebach (2014)

e Rodriguez Arias e Venero (2019). Optouse por unha modalidade de coterapia para favorecer a adquisición de habilidades e competencias por parte dos residentes, e realizar un traballo colaborativo na toma de decisiones (triaxes, altas, seguimentos etc.). A supervisión realizada polo facultativo especialista responsable do Programa realizouse nun espazo de tempo acoutado entre as primeiras consultas e os seguimentos, facilitando a reflexión das consultas de primeira hora e preparando as intervencións dos seguimentos posteriores. O ambiente de supervisión foi dinámico, non estruturado e centrado no residente e na formulación de casos, logrando establecer unha contorna segura e construtiva para mellorar a pericia clínica e tomar perspectiva sobre os propios procesos internos do terapeuta.

Ao analizar os datos asistenciais, identificanse dous grupos de pacientes: un dado de alta tras unha única sesión (por ausencia de psicopatoloxía, resolución do motivo de consulta, ou cambios significativos previos ao tratamento) e outro que requiriu entre 4 e 5 sesiós de media, nun período duns 3 meses, para considerar a alta no Programa. Para o criterio de alta tívose en conta a consecución dos obxectivos propostos na primeira consulta individual acordados con cada paciente e a resolución ou diminución significativa da psicopatoloxía que motivou a derivación deste ao Programa.

A comezo da implementación do Programa observouse que algunas derivacións realizadas non cumplían con exactitude os criterios de inclusión, cuestión que, tras o paso do tempo, se foi perfilando, dado que o supervisor do Programa encargábase de responder por correo electrónico os motivos de rexeitamento das peticionis que non foron aceptadas, xerando un mellor entendemento do funcionamento do Programa e unha maior coordinación cos MAP. No ano 2023 pódese apreciar que aumentaron o número de derivacións, pero que proporcionalmente se rexeitaban menos

en comparación co primeiro ano, evidenciando este feito.

Con respecto a resultados asistenciais é notable mencionar que se atendeu e deu de alta ao 68 % do total de pacientes atendidos. Só foi necesario derivar ao 18 % dos pacientes a outros dispositivos secundarios (USM sobre todo), debido a que non se logrou resolver o motivo de consulta nin cumplir os obxectivos establecidos no formato de psicoterapia breve. Estas taxas, xunto cunha porcentaxe de abandonos do 11 %, son similares aos reportados en experiencias parecidas, como a de Rodríguez-Arias Palomo et al. (2004). Consideramos que o feito de implementar unha psicoterapia breve con intervalos entre consultas de apenas un par de semanas contribúe a reducir a taxa de abandonos, ademais de facilitar a resolución dos motivos de consulta.

Esta experiencia non se propuxo como unha investigación cuantitativa con grupo pre-post ou grupo control, dado que o obxectivo era o de implementar un Programa máis que o de demostrar que unha psicoterapia breve en AP é máis ou menos efectiva que o tratamento habitual. A pesar diso, consideramos que esta experiencia se enmarca dentro da proposta de intervir con psicoterapia breve como estratexia de referencia para o tratamento dos trastornos mentais comúns e adaptativos en contraposición co psicofarmacolóxico.

Tamén é oportuno mencionar que as vacacións, as baixas laborais e as rotacións externas dos residentes impidieron nalgúns momentos o pleno rendemento das consultas e o manter os tempos entre seguimentos cos pacientes, dado que o Programa non supón postos estruturais ou convencionais que poidan ser substituídos ou planificados con antelación.

CONCLUSIÓNS

A implementación do Programa supuxo a creación dun dispositivo de atención psicolóxica especializada nun centro de saúde de AP.

O perfil de paciente atendido máis representativo é o de muller de mediana idade con sintomatoloxía ansioso-depresiva reactiva a algúun evento estresor.

A atención psicolóxica breve e centrada en obxectivos logrou ser útil para o tratamento da maioría dos motivos de consulta que se derivaron ao Programa.

Consideramos que a implementación deste Programa dentro da carteira de servizos sanitarios especializados, e levado a cabo por facultativos especialistas, é a maneira de garantir o adecuado tratamento dos problemas de saúde mental da poboación atendida.

Atendéronse un número considerable de derivacións que, de non dispor do Programa, posiblemente fosen derivadas á Unidade de Saúde Mental de referencia co correspondente aumento na lista de espera.

A implementación deste Programa, xunto cun espazo relevante de supervisión, facilitou que os residentes PIR puidesen desenvolver competencias de entrevista psicoterapéutica e de manexo de intervencións breves na poboación diana.

A instauración dunha atención psicolóxica destas características xerou interese por parte da xerencia do Centro de Saúde, que estaría interesada en ampliar a oferta de tratamiento implementando a figura dun psicólogo clínico a tempo completo.

Bibliografía

Barlow, D. H., et al. (2019). *Protocolo unificado para o tratamento transdiagnóstico dos trastornos emocionais. Manual do terapeuta* (2.ª ed.; traducción de Jorge Osma e Elena Crespo). Alianza.

Beylebach, M. (2014). *24 ideas para unha psicoterapia breve* (2.ª ed.). Herder Editorial.

Grupo de Traballo de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria. (2018). *Documento marco dá psicoloxía clínica en atención primaria*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.

Luengo-Castro, M. A., Fernández-Menéndez, J., García-Montes, J. M., Caunedo-Riesco, P. J., García-Haro, J. M., Braña-Menéndez, B., González-Díaz, D., Cabero-Álvarez, A., & Costa-Izquierdo, M. (2025). Multicenter randomized clinical trial of brief psychotherapy versus usual treatment for common mental disorders in adults. *Clinical and Health*, 36(1), 9–18. <https://doi.org/10.5093/clh2025a2>

Ministerio de Sanidade. (2023). *Informe anual do Sistema Nacional de Saúde 2023*. Goberno de España. https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/sisinfnsns/tablasestadisticas/infanualsns2023/informe_anual_2023.pdf

Padilla Bernáldez, J. (2014, marzo 6). *Atención primaria: por que é a porta de entrada?* Médico Crítico. <https://medicocritico.blogspot.com/2014/03/atencion-primaria-por-que-é-a-porta.html>

Rodríguez-Arias Palomo, J. L., Otero Larrea, M., Venero Celis, M., Ciordia Rada, N., & Vázquez Fondó, P. (2004). Estudo de avaliação de resultados en terapia familiar breve. *Papeis do Psicólogo*, 25(87), 15–24.

Rodríguez-Arias Palomo, J. L., & Venero Celis, M. (2019). *Terapia familiar breve: Guía para sistematizar o tratamento psicoterapéutico* (6.ª ed.). Editorial CCS.

Sánchez Edreira, L., Rodríguez Recarey, L., Santos Rivas, M., Vázquez Batán, P., Oujo Fernández, C. M., & Carballal Fernández, A. (2023). Psicoloxía clínica en atención primaria non Servizo Galego de Saúde: Reflexións tras dous anos de experiencia. *Anuario Psicoloxía e Saúde*, (16), 22–33. https://coggalicia.gal/system/files/PDFs/publicaciones/anuario_inicios_16_0.pdf

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2021). *O gran debate da psicoterapia: A evidencia de que fai que a terapia funcione*. Editorial Eleftheria.



TRABALLO PREMIADO NAS XXIX XORNADAS DA
SECCIÓN DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

PÓSTER

ESTUDO SOBRE A IMPLANTACIÓN DA INTERVENCIÓN «AXUDA MUTUA» DO MODELO SAFEWARDS NAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE)

Jennifer Prieto Estévez

Psicóloga Interna Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

José Antonio Toro Varela

Enfermeiro Interno Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

Marta Cabaleiro Díez

Enfermeira Interna Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

María Rodríguez Álvarez

Enfermeira Especialista en Saúde Mental. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

Olalla Maceira Soto

Enfermeira Especialista en Saúde Mental. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

jennifer.prieto.estévez@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Prieto Estévez, J., Toro Varela, J. A., Cabaleiro Díez, M., Rodríguez Álvarez, M., & Maceira Soto, O. (2025). Estudo sobre a implantación da intervención «Axuda Mutua» do modelo Safewards nas UHRP de Piñor (Ourense) [Póster]. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 18, pp. 134-138. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicaciones>

INTRODUCIÓN

Safewards (Bowers et al., 2014) é un modelo explicativo integral sobre os conflitos e contencións nas unidades de hospitalización. Está formado por 10 intervencións sobre os factores de orixe e os puntos críticos: o persoal, a contorna física, o exterior do hospital, a comunidade de pacientes, as características dos pacientes e as normas. Ofrece estratexias destinadas a promover a seguridade dos pacientes e do persoal para reducir o risco e a coerción.

A Reunión de Axuda Mutua é unha intervención do Modelo Safewards que fomenta a axuda que usuarios e persoal se brindan entre si, ofrece un papel socialmente valorado que redonda nunha identidade máis positiva, ensina a apreciarse positivamente entre si, a modular as propias reaccións emocionais e a manter expectativas positivas de comportamento. Componse de 4 seccións: agradecementos (A), noticias (N), suxestións (S) e solicitudes e ofertas (SO).

OBXECTIVOS

- Valorar a percepción de usuarios e traballadores sobre o grupo de Axuda Mutua.
- Coñecer os puntos que se consideran máis conflitivos para os usuarios e traballadores do hospital.
- Coñecer se o desenvolvemento desta intervención contribúe á mellora das relacións entre profesionais e usuarios e ao clima xeral do hospital.

MATERIAL E MÉTODO

Realízase unha primeira entrevista a usuarios e traballadores que acudiron ao grupo de Axuda Mutua polo menos unha vez e/ou coñecen

como se está levando a cabo a intervención. Adminístranse cuestionarios deseñados *ad hoc*, específicos para usuarios e para profesionais.

RESULTADOS

Só o 23,5 % dos usuarios coñece o Modelo Safewards. O 47,1 % acode a todas ou a case todas as reunións. Suxestións é a intervención preferida (38,8 %). Un 76,7 % se sente escoitado e respectado sempre ou case sempre por parte do persoal. A convivencia, o trato con profesionais e o uso compartido da televisión son os aspectos percibidos como más estreantes.

O 48,3 % dos profesionais non coñece o Modelo Safewards. Só o 7,1 % acode a todas ou a case todas as reunións. Suxestións (33,3 %) e Solicitudes e ofertas (33,3 %) son as intervencións de maior interese. O 30,8 % cambiou a súa forma de traballar. Consideran esta medida de utilidade para expresar inquietudes (21,8 %), coñecer aos usuarios (18 %) e mellorar as interaccións usuarios-profesionais (15 %). O principal punto de tensión é a inconsistencia no enfoque das normas por parte do persoal (38,5 %).

Figura 1

COÑECIMENTO DO MODELO SAFEWARDS

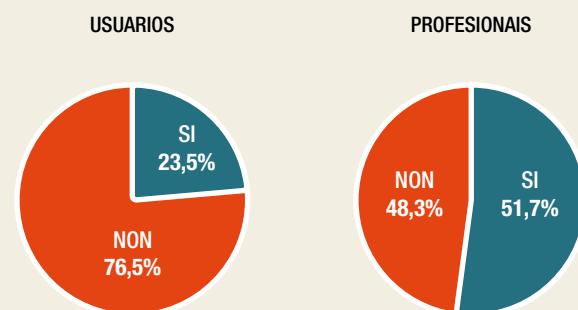


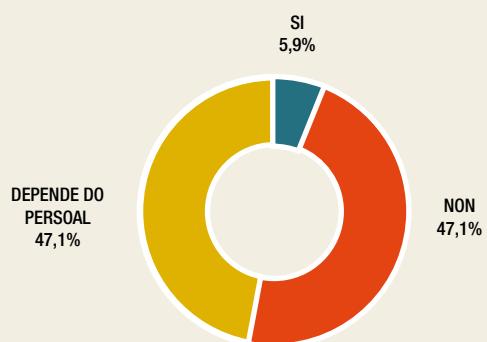
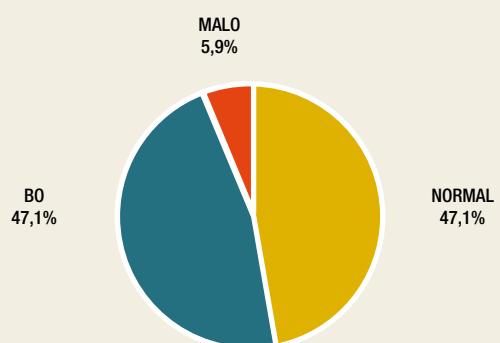
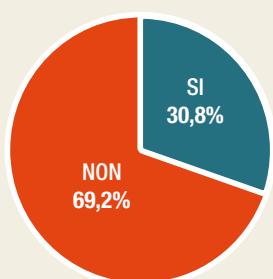
Figura 2**ASISTENCIA Á REUNIÓN DE AXUDA MUTUA****Figura 5****SENTIRSE XULGADO POLO PERSOAL?****Figura 3****SECCIONES DE MAIOR INTERESE****Figura 6****AMBIENTE DE CONVIVENCIA****Figura 4****CAMBIO NA FORMA DE TRABALLAR****Figura 7****SENTIRSE ESCOITADO E RESPECTADO?**

Figura 8**UTILIDADE DA REUNIÓN DE AXUDA MUTUA****Figura 9****PUNTOS CONFLITIVOS**CUESTIONARIO
PROFESIONAISCUESTIONARIO
USUARIOS**DISCUSIÓN/CONCLUSIÓNS**

A Reunión de Axuda Mutua contribúe á mellora das relacións entre usuarios e profesionais e favorece o clima xeral do hospital. É necesario continuar difundindo o Modelo Safewards, fomentar unha maior participación dos profesionais, dar máis espazo á sección de suxestións, acordar e establecer normas claras dentro do hospital e facilitar a mellora da formación do persoal en contención verbal.

Bibliografía

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 354-364.

Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 119–136. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1967533>

Safewards. Resources of Safewards implementation (s.f.). <https://www.safewards.net>

ESTUDIO SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN "AYUDA MUTUA" DEL MODELO SAFEWARDS EN LAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE)



ÁREA SANITARIA
DE OURENSE, VERÍN E
O BARCO DE VALDEORRAS

INTRODUCCIÓN

SAFEWARDS (Bowers et al., 2014): modelo explicativo integral sobre los conflictos y contenciones en las unidades de hospitalización.

- 10 intervenciones sobre los factores de origen y los puntos críticos: el personal, el entorno físico, el exterior del hospital, la comunidad de pacientes, las características de los pacientes y las normas.
- Estrategias destinadas a promover la seguridad de los pacientes y del personal para reducir el riesgo y la coerción.

REUNIÓN DE AYUDA MUTUA: intervención del Modelo Safewards.

- Fomenta la ayuda que usuarios y personal se brindan entre sí.
- Ofrece un papel socialmente valorado que redundan en una identidad más positiva.
- Enseña a apreciarse positivamente entre sí, modular las propias reacciones emocionales ante la conducta del otro y mantener expectativas positivas de comportamiento.
- 4 secciones: agradecimientos (A), noticias (N), sugerencias (S) y solicitudes y ofertas (SO)

OBJETIVOS

- Valorar la percepción de usuarios y trabajadores sobre el grupo de Ayuda Mutua.
- Conocer los puntos que se consideran más conflictivos para los usuarios y trabajadores del hospital.
- Conocer si el desarrollo de esta intervención contribuye a la mejora de las relaciones entre profesionales y usuarios y al clima general del hospital.

METODOLOGÍA

- 1 Se realiza una primera entrevista a usuarios y trabajadores que han acudido al grupo de Ayuda Mutua al menos una vez y/o conocen cómo se está llevando a cabo la intervención.
- 2 Se administran cuestionarios diseñados ad hoc, específicos para usuarios y para profesionales.



CUESTIONARIO PROFESIONALES



CUESTIONARIO USUARIOS

BIBLIOGRAFÍA

- Bowers, L., Alexander, J., Elgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 354-364.
Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 119-136.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1967533>

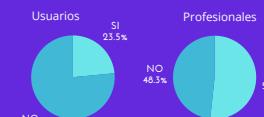
Safewards. Resources of Safewards implementation (s.f.). <https://www.safewards.net>

PRIETO ESTÉVEZ, J.¹; TORO VARELA J.A.²; CABALEIRO DÍEZ, M.²;
RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, M.³; MACEIRA SOTO, O.³

¹ PSICOLOGA INTERNA RESIDENTE; ² ENFERMERO/A INTERNO/A RESIDENTE; ³ ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

RESULTADOS

Conocimiento del Modelo Safewards



Asistencia a la Reunión de Ayuda Mutua



Secciones de mayor interés



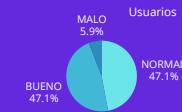
Cambio en la forma de trabajar



¿Te sientes juzgado por el personal?



Ambiente de convivencia



¿Cuánto te sientes escuchado y respetado?



Utilidad de la Reunión de Ayuda Mutua



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Reunión de Ayuda Mutua contribuye a la mejora de las relaciones entre usuarios y profesionales y favorece el clima general del hospital.

Es necesario:

- Continuar difundiendo el **Modelo Safewards**, ya que el desconocimiento por parte del personal y usuarios es notorio.
- Fomentar una mayor participación de los profesionales, ya que el porcentaje que acude a las reuniones con asiduidad es pequeño.
- Dar más espacio a la sección de **sugerencias** incentivando la expresión de **críticas constructivas**.
- Consensuar y establecer **normas claras** dentro del hospital y favorecer su cumplimiento.
- Facilitar la **mejora de la formación** del personal, principalmente en contención verbal.

Nº18 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vertébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sínxelo.

A ESTRUTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluiranse descripcións dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatología ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sínxelo.

A ESTRUTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: ARTIGOS LIBRES

Incluiranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas que sexan de interese para a Psicoloxía Clínica e da Saúde.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sínxelo.

A ESTRUTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO DE PSICOLOGÍA y SALUD

Nº/ **18**

Revista Oficial de la
Sección de Psicología y Salud del COPG
EDICIÓN BILINGÜE

GRIETAS

MGSM

NARRATIVAS

CUIDADO

ESCONDITE

Nº18
REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaria

Eduardo Martínez Lamosa / Tesorero

Paula Cid Gutiérrez / Vocal

María Salomé Botana Martínez / Vocal

Isabel Figueroa Matallín / Vocal

Marta Millares Otero / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

Mª Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA Y O
SALNÉS

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA Y CEE

Lucía Díaz Riola
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983
www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura de Cibreiro

IMAGEN DE PORTADA – Lars H Knudsen / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex
<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

 latindex

Noviembre, 2025

Depósito Legal: C 1615-2019
<https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN Mª Gabriela Domínguez Martínez
08	MGSM / MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL. HISTORIA Y RECORRIDO EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL BASADA EN LOS DERECHOS Rosa Cerqueiro Landín + Miguel Anxo García Álvarez
28	NARRATIVAS / NARRATIVAS A CONTRAPELO Voria Stefanovsky + Veruska Vasconcelos
40	CUIDADO / EL PODER DEL CUIDADO AFECTIVO EN EL ALZHÉIMER AVANZADO. DE LA NEUROCIENCIA A LAS POLÍTICAS DE SALUD: UNA MIRADA CLÍNICA Y RELACIONAL Vanessa Vilas-Riotorto
62	HERRAMIENTAS — ESCONDITE / DEL ESCONDITE A LA CALLE PENSAMIENTO: TEJIENDO VÍNCULOS EN LOS MÁRGENES INSTITUCIONALES – Carlos Díaz Marcelo + Rocío López Díaz + Elisa Llamas López + Elena Malavé López + Gloria Alonso Toribio
 ANUARIO ABIERTO	
72	ARTÍCULO LIBRE / MODERADORES DE CONTENIDO COMERCIAL: EXPUESTOS AL TRAUMA, OCULTOS AL MUNDO – Jennifer Prieto Estévez
88	ARTÍCULO LIBRE / «EROS EN EL ESPECTRO» SEXUALIDAD Y AUTISMO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA – Aldara Varela Lodeiro + María Candal González
98	CASO 1 / EL JUEGO COMO PUENTE TERAPÉUTICO: ALIANZA Y ENFOQUE INTERDISCIPLINAR EN EL CASO DE UNA MENOR CON AUTOLESIONES – Sandra Marco Peligro + Sara Vázquez Rumbo
110	CASO 2 / ABORDAJE DE LA SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN UN CASO DE TRAUMA RELACIONAL – Tania Tuñas López + Inmaculada Sangiao Novio
120	COMUNICACIÓN / PROGRAMA “DIÁLOGOS ABIERTOS CON SALUD MENTAL” – María Candal González + Aldara Varela Lodeiro + Casilda Oujo Fernández
126	COMUNICACIÓN / PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DATOS E IMPRESIONES DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS Y MEDIO DE IMPLEMENTACIÓN – Anxo Fernández Villar + Cristina García Diez + Nora Suárez Fuentes + Jennifer Cabaleiro Suárez + Jacinto Jose Casas Araujo
134	PÓSTER / ESTUDIO SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN «AYUDA MUTUA» DEL MODELO SAFEWARDS EN LAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE) Jennifer Prieto Estévez + José Antonio Toro Varela + Marta Cabaleiro Díez + María Rodríguez Álvarez + Olalla Maceira Soto



PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora del Consejo de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

Cuando hicimos nuestra reunión para decidir el tema del *Anuario*, pensamos en hablar de los derechos humanos, de la interculturalidad, de la perspectiva de género, del capitalismo y la salud mental, de la resiliencia. Y todo este pensamiento se materializó en la idea general de Grietas. Sabíamos que queríamos hablar de las brechas en los sistemas, de lo que falla, pero también aportar a esta falta.

Las grietas hay que tenerlas en cuenta cuando las vemos, pues pueden ser indicativas de problemas estructurales (del sistema) y funcionar, así, como una alarma. Una alarma a escuchar, a ver, a mostrar creando espacios de reflexión y debate para actuar. De este modo, podemos tratar de repararlas, ver a través de ellas, o romperlas completamente.

A veces, las heridas o fisuras se pueden reparar como una pieza de porcelana con la técnica del Kintsugi, resaltando la historia de la pieza con oro, visualizando las brechas para saber dónde estamos y hacia dónde nos queremos dirigir sin olvidar lo acontecido.

Otras veces, aprovechamos esos huecos para mirar y ver qué puede haber a través de ellos, entendiendo la grieta como una oportunidad o ventana a la que asomarse. Como esa rendija en la puerta por la que todos miramos de niños para saber qué hay al otro lado.

Y, otras veces, hay que romper con todo, romper la vajilla y volver a construir.

De todo esto habla el *Anuario*, surge como espacio de reflexión sobre la fragilidad y la apertura, la salud mental inseparable de los derechos humanos, la necesidad de tener en cuenta el contexto sociopolítico y económico y de las desigualdades, la importancia del compromiso, de la movilización, del activismo y de la acción social. De la necesidad de tener otros relatos y otras formas de imaginar el mundo, generando narrativas alternativas, pues na-

rrar fortalece y lo que no se expresa tiende a la inexistencia.

Pero hablar de grietas también es hablar de amor, de cuidado, de hacer presente, de reparar y de buscar. Y, en esto, los autores y autoras fueron de sobra cariñosos poniendo su tiempo y saber en el plano del conocimiento.

Abrimos el *Anuario* con la idea de la quiebra del sistema y la estructura y la importancia de ver esas brechas y mostrarlas a los demás para actuar sobre ellas, muchas veces sucediendo esto a través de plataformas ciudadanas, y lo hacemos con el artículo «*Movemento Galego da Saúde Mental. Historia y recorrido en la defensa de la atención a la salud mental basada nos derechos*», de los psicólogos clínicos Rosa Cerqueiro y Miguel Anxo García. El artículo recoge el contexto social, económico y político de precarización social a partir del cual se creó esta plataforma y los principios en los que se basan. Con generosidad comparten también los elementos nucleares a desarrollar desde los movimientos ciudadanos para alcanzar los objetivos de cambio desde la acción social. A pesar del trabajo hecho y los logros claramente obtenidos, nos recuerdan que no se debe dar por hecho que sí se respetan los derechos de las personas psiquiatrizadas por la existencia de la normativa, sino que hay que asegurarse de que se hacen efectivos; manteniendo presente sus objetivos nucleares de defensa de una atención a la salud mental basada en los derechos y la defensa de los servicios públicos. El silencio y la inacción no son una opción desde la perspectiva de los derechos, asumiendo que es la clave de la persona afectada y un acto de reparación social ante colectivos históricamente maltratados, objeto de perjuicios, discriminaciones y violencias.

Y la historia de los silenciados, de los que no vencieron, de los marginados, debe quebrar la grieta y salir a la luz, como nos enseñan Voria Stefanovsky y Verusca Vasconcelos con su artículo «*Narrativas a contrapelo*»; madre e hija, ambas activistas romaníes, una desde lo litera-

rio y otra desde la psicología. Aquí la grieta o la hendidura es para romper, deconstruir y reconstruir. Comienzan el artículo agradeciendo a aquellos que narran, entendiendo la vida como una narrativa y el narrar como un acto de existencia, resistencia y supervivencia... y también un acto político. Narrar el trauma no borra la herida, pero la convierte en comunicable y socialmente compartida, pues el trauma necesita ser narrado para ser elaborado. Y, así, como si de un jarrón con grietas se tratara, Voria repara las heridas con oro, relatando y compartiendo con magnanimitad su historia. Y para engrandecer el relato, finaliza con una poesía propia en la que pone voz a «Los invisibilizados».

Pero hay ocasiones en las que no se puede continuar el relato en primera persona y es otro el que tiene que seguir narrando cuando la persona no puede hablar, cuando pierde la memoria. En el siguiente artículo, la psicóloga clínica Vanessa Vilas nos muestra una grieta de acceso al cuidado de aquellos que sufren un gran deterioro cognitivo a través de la experiencia afectiva en su artículo *«El poder del cuidado afectivo en el Alzheimer avanzado. De la neurociencia a las políticas de salud: una mirada clínica y relational»*. En este artículo explora el poder del vínculo afectivo en fases avanzadas, integrando hallazgos de la neurociencia con la experiencia clínica y el cuidado. Se analiza cómo el cuidado centrado en la empatía y la seguridad emocional impacta en la calidad de vida, aun cuando el lenguaje verbal se pierde. Desde la perspectiva de la salud pública y la economía del cuidado, se proponen políticas que reconozcan y fortalezcan el rol de cuidadores formales e informales, y la influencia de las desigualdades de género. La convergencia entre ciencia, clínica y acción política es clave para promover un modelo de atención que valore la afectividad como recurso terapéutico esencial en el Alzheimer avanzado.

El vínculo humano constituye un recurso terapéutico de primer orden. En el último ar-

tículo del monográfico, *«Del Escondite a la calle pensamiento: Tejiendo vínculos en los márgenes institucionales»*, que conforma el apartado de herramientas, Carlos Díaz, Rocío López, Elisa Llamas, Elena Malavé y Gloria Alonso, ilustran, a través de un hermoso caso, cómo la presencia sostenida y la flexibilidad institucional pueden favorecer procesos de simbolización en adolescentes en situación de retraimiento extremo. Se muestra la brecha institucional, su rigidez, pero también la grieta que se abre fuera del cuadrante y del protocolo y que llena de luz el proceso terapéutico. Es un artículo en el que se abordan las implicaciones clínicas del «ir a buscar» como acto terapéutico y se propone pensar en el juego del escondite como metáfora de los procesos vinculares y del trabajo psicoterapéutico con la repetición y el deseo del otro. Esa presencia persistente que no debe invadir, pero que tampoco se retira, ese Otro que no deja de buscar y el sujeto que no deja de intentar aparecer.

Y continuamos atrapando la luz que entra por las grietas con los artículos que conforman el Anuario Abierto, en este caso, dos artículos libres, dos casos clínicos y los tres trabajos premiados en las XXIX Jornadas de la Sección de Psicología y Salud del COPG.

En *«Moderadores de contenido comercial»*, la residente de psicología clínica, Jennifer Prieto, explica el papel de esta profesión y el impacto de este trabajo en las personas que lo realizan, considerando también las condiciones laborales y las medidas de bienestar que se promueven y abordando los retos futuros, teniendo también en cuenta el papel de la inteligencia artificial y la ética.

En *«Eros en el espectro. Sexualidad y autismo: una revisión de la literatura»*, las residentes de psicología clínica, Aldara Varela y María Candal, describen las particularidades respecto a la sexualidad que son propias de las personas con un diagnóstico de TEA y las comparan también con la población general. Un artículo

muy interesante en el que se revisa una necesidad muchas veces olvidada.

En el caso clínico «*El juego como puente terapéutico: alianza y enfoque interdisciplinar en el caso de una menor con autolesiones*», Sandra Marco y Sara Vázquez describen el abordaje interdisciplinar de un caso clínico con una paciente de 12 años con conductas autolesivas, con un enfoque centrado en la alianza terapéutica y el uso del juego como herramienta de trabajo. Resaltan el trabajo en equipo y el valor de la creatividad en la consulta.

Por último, en el caso clínico «*Abordaje de sintomatología postraumática en un caso de trauma relacional*», Tania Tuñas e Inmaculada Sangiao describen un caso de intervención en trauma relacional en contexto de violencia de género, abordando las particularidades del TEPT-C y de los aspectos básicos de la intervención, como la identificación de las situaciones de maltrato, los mandatos de género y los factores de vulnerabilidad.

Para finalizar, están los trabajos premiados en las pasadas Jornadas.

Por una parte, está la comunicación libre «*Programa “Diálogos Abiertos con Salud Mental”*», de María Candal, Aldara Varela y Casilda Oujo; en el que desgranan el programa puesto en marcha desde la USM de Noia resaltando la importancia de las redes y los obstáculos encontrados.

Por otro lado, la comunicación libre «*Programa de atención continuada de Psicología Clínica en Atención Primaria: datos e impresiones de los dos primeros años y medio de implementación*», de Anxo Fernández, Cristina García Diez, Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro y Jacinto José Casas.

Y, finalmente, el póster «*Estudio sobre la implantación de la intervención «Ayuda Mutua» del Modelo Safewards en las UHRP de Piñor (Ourense)*», de Jennifer Prieto, José Antonio Rodaja, Marta

Cabaleiro, María Rodríguez y Olalla Maceira.

Como siempre, agradecer y dar la enhorabuena a mis compañeras de equipo por su implicación, su trabajo y compromiso; así como a las autoras y a los autores de los artículos, que tan bien lo hicieron, y a las compañeras del COPG.

¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

MGSM



MOVIMENTO
GALEGO DA SAÚDE
MENTAL. HISTORIA
Y RECORRIDO EN
LA DEFENSA DE
LA ATENCIÓN A LA
SALUD MENTAL
BASADA EN LOS
DERECHOS

Rosa Cerqueiro Landín

Psicóloga clínica. Portavoz del Movemento Galego da Saúde Mental

rosacerqueirolandin@gmail.com

Miguel Anxo García Álvarez

Psicólogo clínico. Portavoz del Movemento Galego da Saúde Mental

max.ga@telefonica.net

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Cerqueiro Landín, R., & García Álvarez, M. A. (2025). Movemento Galego da Saúde Mental. Historia y rercorrido en la defensa de la atención a la salud mental basada en los derechos. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 8-27. <https://coggalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

El Movemento Galego da Saúde Mental (MGSM) es una plataforma ciudadana creada en 2014 con el objetivo de frenar el deterioro en la atención pública a la salud mental, en recorte de recursos y dotación profesional y retroceso en derechos, intensificados desde la recesión económica de 2008, a pesar del aumento de la prevalencia de problemas de salud mental.

Alineados con los principios que marca la *Convención de los derechos de las personas con discapacidad* y de distintos organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Consejo de Europa o la Organización Mundial de la Salud (OMS), a lo largo de estos años, el MGSM presentó distintas iniciativas y propuestas para potenciar un sistema sanitario y social público que dispondría de los recursos e inversiones necesarios para dar una atención de calidad, y realizó acciones de denuncia pública y de exigencia de superación de prácticas que vulneran derechos fundamentales, tal como son el uso de contenciones mecánicas y otras prácticas coercitivas o la limitación injustificada de los derechos que asisten a las personas diagnosticadas.

PALABRAS CLAVE — derechos en salud mental, MGSM, sanidad pública, contención mecánica.

ABSTRACT

The Galician Movement for Mental Health (MGSM) is a citizen platform created in 2014 with the aim of halting the deterioration in public mental health care, the cutting of resources and professional staffing, and the regression of rights, intensified since the economic recession of 2008, despite the increase in the prevalence of mental health issues.

In alignment with the principles set forth by the *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* and various international organizations such as the United Nations (UN), the Council of Europe, or the World Health Organization (WHO), over the years, the MGSM has presented various initiatives and proposals to enhance a public health and social system that has the necessary resources and investments to provide quality care, and to publicly denounce and demand the overcoming of practices that violate fundamental rights, such as the use of mechanical restraints and other coercive practices or the unjustified limitation of the rights afforded to diagnosed individuals.

KEY WORDS — mental health rights, MGSM, public health, mechanical restraint.

CONTEXTO DE CREACIÓN Y PRINCIPIOS EN LOS QUE SE BASA EL MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL

El año 2014 marcará el inicio del Movemento Galego da Saúde Mental (en adelante MGSM), como plataforma ciudadana. En febrero de ese año, un nutrido grupo de personas conformarán el grupo promotor de la declaración fundacional que en pocas semanas sumará el apoyo de cientos de personas a título individual y de asociaciones profesionales de salud mental y de otros ámbitos como los de la justicia, así como asociaciones de personas usuarias y familiares, colegios profesionales y organizaciones sindicales.

Es muy significativo que este movimiento ciudadano uniese a tantas personas y colectivos de diversos ámbitos en tan corto período de tiempo. Esto solo puede entenderse desde el singular contexto social de esos años, que de forma tan precisa se analizaba en el Manifiesto fundacional, en lo que tenía que ver con la situación de daño de la asistencia a la salud mental en Galicia, en términos de calidad, eficiencia y seguridad, y el deterioro democrático y de pérdida de derechos que se estaba produciendo, como personas usuarias y como profesionales.

Es crucial recordar el contexto social, económico y político en la recesión económica iniciada en 2008. Se intensificaban las consecuencias de la crisis en todo el Estado español: aumento del desempleo, desahucios, migraciones forzadas, mayores índices de pobreza y desigualdad; en definitiva, la precarización de la vida en general. Y los indicadores sanitarios que se iban conociendo mostraban una evolución negativa de los efectos de la crisis en la salud de la población y nombradamente en la salud mental: mayor prevalencia de trastor-

nos, mayor gravedad de estos, mayor consumo de psicofármacos o el aumento de la mortalidad por suicidio (Gili et al., 2014).

La respuesta política adoptada a nivel estatal y autonómico a la crisis económica fue aplicar la doctrina de la austeridad y de la estabilidad presupuestaria por encima de cualquier otro tipo de políticas sociales dirigidas a mitigar los efectos de la crisis económica en la vida de las personas. Montesinos (2022) resume las consecuencias de sucesivas reformas legislativas y políticas públicas, especialmente a partir del cambio de gobierno en el Estado español en 2011, que implicaron una erosión profunda del estado del bienestar: a nivel laboral se facilitó el despido, la flexibilidad de las empresas para modificar las condiciones de trabajo y se redujeron las indemnizaciones por despido improcedente; las reformas del sistema de pensiones disminuyeron la cuantía de estas y aumentaron las dificultades para acceder al sistema; en educación crecieron las ratios de alumnado por aula, disminuyó la contratación de profesorado, se limitaron las becas de estudios y aumentaron los precios de las tasas universitarias y de formación profesional; en materia de dependencia, se redujo la cuantía de las aportaciones económicas del estado y se suspendió el pago de prestaciones ya reconocidas; a nivel de vivienda, se facilitó el procedimiento de desahucios.

Y a nivel sanitario, la aprobación del infame *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, fue la estocada final a los derechos sanitarios más básicos. Con la excusa de urgencia y excepcionalidad, que no se confirmó posteriormente por el afortunado retraso en los desarrollos normativos y la ejecución de los mismos, el gobierno popular introducía una revisión extensa del ordenamiento sanitario y dinamitaba el consenso social conseguido hasta ese momento. Lo más grave de la norma fue sin duda la introducción de los conceptos de «asegurado» y «bene-

ficiario» con el único propósito de excluir de la asistencia sanitaria a las personas migrantes sin residencia administrativa reconocida («sin papeles»); otras medidas propuestas en esta ley fueron la del copago de diversas prestaciones, y la exclusión de la financiación de diversos medicamentos de uso común. Se quebraban así los principios fundamentales de nuestro sistema sanitario: universalidad de la atención, equidad, accesibilidad y eficacia.

Siendo este el marco general, el análisis inicial del MGSM sobre la atención a la salud mental en Galicia, que será recogido en la declaración fundacional, sitúa en cuatro ejes la involución experimentada en los últimos años, siendo que Galicia ya sufría un retraso histórico con respecto a otras áreas del estado español:

— **Deterioro en la prestación de servicios asistenciales:** con una mayor dificultad en el acceso a las prestaciones sanitarias, con listas de espera crecientes, consultas sucesivas distanciadas en el tiempo, reducción de los tiempos de atención, limitaciones en el acceso a la hospitalización psiquiátrica y acortamiento temerario de la misma o impedimento en el acceso a programas de rehabilitación. Esto tiene repercusiones importantes en la seguridad de las personas en condiciones más graves y en la equidad en el acceso a los servicios, siendo que las personas con trastornos mentales más severos y que cuentan con menos recursos se encuentran en peores situaciones.

— **Deterioro del ejercicio profesional:** los condicionantes arriba mencionados de mayor carga asistencial, pero también de mayor dificultad para realizar una práctica asistencial de calidad conforme las competencias profesionales crearon un contexto laboral de frustración, sobrecarga y agotamiento. Y esto estaba ocurriendo en un contexto de precarización máxima en el empleo, con una tasa de reposición que impedía aumentar o tan siquiera mantener las dotaciones profesionales, con contrataciones laborales de absoluta inseguridad, incluso de días o mes a mes, que

hacían imposible una previsión mínima en el trabajo y en la vida.

— **Desplanificación:** Galicia estaba en inferioridad de condiciones en cuanto a la planificación de los recursos en salud mental. A pesar de los intentos para establecer un mapa de necesidades y de recursos llevado a cabo por sendas comisiones asesoras en salud mental y plasmados en dos textos, *Documento de bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental (1987)* y *Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia (1997)*, no es hasta el gobierno bipartito que se publica el *Plan Estratégico de Salud Mental 2006-2011*, pero que se interrumpe en 2009 con el cambio de gobierno, sin visos de recuperar o replantear en el momento de creación del MGSM. Este hecho era especialmente grave en situación de crisis económica, a pesar de que la OMS había advertido en el inicio de la recesión que las políticas de protección social y sanitarias que se desarrollaran para mitigar los efectos de la crisis iban a ser definitivas en términos de salud y vidas.

— **Funcionamiento antidemocrático de los servicios e instituciones del SERGAS:** el recorte en derechos asistenciales de los enfermos, en derechos laborales de los profesionales, la sobrecarga sostenida en el tiempo y la falta de planificación creaba un ambiente de presión y de tensión que empeoraba al no existir canales de información y participación en la elaboración de propuestas por parte tanto de las personas usuarias como de las profesionales. No solo no se facilitaba, sino que se impedía una organización más democrática.

Es importante señalar que desde el inicio de la crisis económica hubo una especie de campaña de *marketing* que logró introducir la idea de responsabilidad/culpa de la población sobre el origen de la crisis. Esta idea llegó a calar en profundidad como para explicar cierta inacción social. Mensajes desde los gobiernos como «vivimos por encima de nuestras posibilidades», «hacer más con menos» y semejan-

tes contribuyeron a individualizar en parte el efecto de una crisis mundial y, al mismo tiempo, ocultaban con eufemismos la magnitud del daño y sufrimiento en curso (desaceleración en vez de crisis, reformas en vez de recortes o tasa de crecimiento negativo en vez de recesión).

El Manifiesto fundacional del MGSM, presentado a los medios de comunicación en marzo de 2014, contiene este análisis de la situación, pero también toda una declaración de principios, asumiendo el compromiso de actuar, de elaborar conocimiento y propuestas alternativas, de informar a la población, de denunciar y movilizar para cambiar el estado de cosas, de defender lo público y exigir el respeto a los derechos sociales y sanitarios.

El MGSM se ponía en marcha. La primera acción en la que se implica el movimiento es un claro ejemplo de los principios que van a guiar su transcurrir: la apuesta por el compromiso y la movilización social para frustrar los intentos de desmantelamiento de lo público y de conculcación de los derechos más básicos. En esta primera actuación tras la movilización de profesionales y personas afectadas, se logró paralizar el cierre de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica que pretendían fuese definitivo, vulnerando el derecho a la protec-

ción de la salud, y teniendo que denunciar al mismo tiempo los intentos de coacción de profesionales que no estaban de acuerdo con los recortes propuestos.

TRAYECTORIA DEL MOVEMENTO GALEGO DA SAÚDE MENTAL EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS

No es posible por su extensión ni es el objeto de este artículo detallar todas las actividades llevadas a cabo por el MGSM desde su inicio. Sí nos parece importante compartir lo que creemos son los elementos nucleares a desarrollar desde los movimientos ciudadanos para alcanzar los objetivos de cambio desde la acción social.

1 — Las jornadas del MGSM y otros espacios de creación de conocimiento

En primer lugar, se hace imprescindible dotarnos de un espacio de encuentro diverso, abier-



Foto cedida por los autores

to y horizontal que facilite generar nuevos conocimientos sobre cuestiones alrededor de la salud mental, que potencie el debate y reflexión entre todas las personas participantes y permita ampliar la capacidad de trabajo del MGSM, saliendo de los reduccionismos en los que con frecuencia se actúa desde el mundo profesional sanitario.

En proceso de preparación de las X Jornadas del MGSM, en todas las ediciones la referencia a los derechos (fundamentales, civiles, sanitarios, sociales, laborales...) es una constante como nexo común y columna vertebral de la filosofía del Movimiento. Otra de las señas de identidad del MGSM es la capacidad para integrar a todos los colectivos significados en salud mental: primera persona, profesionales, sindicatos o redes asociativas.

Fueron temas tratados en estos espacios de reflexión y debate: los efectos de la crisis económica en la salud mental de la población; la situación de los recursos asistenciales y dotaciones profesionales y su efecto en una atención de calidad; las dificultades de la primera persona para participar de pleno derecho en la planificación, organización, gestión de los recursos y propuestas de mejora de los servicios sociales y de salud mental; controversias

alrededor de los tratamientos involuntarios; los suicidios; la existencia de la contención mecánica y otras medidas coercitivas; la modificación judicial de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad; la protección judicial de los derechos asistenciales; los discursos del poder en salud mental; la perspectiva de género en salud mental; la pobreza; las dificultades de la juventud para alcanzar un proyecto de vida digno; las diversidades; el trabajo como fuente de malestar y como posibilidad de recuperación; las violencias; el problema de la vivienda... son temas tratados a lo largo de estos años, tanto en las jornadas anuales como en distintas mesas redondas realizadas en fechas de especial significado.

Frente a discursos imperantes que individualizan el sufrimiento, restringido a un exclusivo origen biológico, las jornadas del MGSM amplían y trasladan a la opinión pública el foco de análisis e intervención a los determinantes psicosociales de la salud y el malestar, resaltando la importancia de la mejora de las condiciones del existir, en línea con los posicionamientos de las principales organizaciones internacionales en relación con la salud y los derechos humanos y del propio conocimiento científico. Se habla de lo importante y de lo socialmente relevante.



Foto cedida por los autores

2 — Comunicados de denuncia dirigidos a responsables sanitarios, representantes políticos y ciudadanía, y los actos de «calle».

De acuerdo con sus principios fundacionales, el MGSM nace con vocación de promover el compromiso, la participación y la movilización para frenar el deterioro en la atención a la salud mental, mejorar los recursos asistenciales históricamente carenciales y contribuir a un cambio de paradigma en salud mental donde los derechos sean la piedra angular de la atención. Esto no se realiza en abstracto o solamente desde un plano intelectual y restringido a ámbitos, por ejemplo, exclusivamente profesionales.

Al contrario, la ciudadanía tiene que estar informada, tomar conciencia y resolver cuestiones que le pertenecen como tal, dejando de estar el tema de la salud mental en el espacio excluido que tradicionalmente se le asignó. A través de comunicados públicos, difundidos a través de nuestras redes sociales y medios de comunicación, la ciudadanía pudo estar informada y posicionarse sobre situaciones de desigualdad en el trato sanitario o vulneración de derechos que se están produciendo y se pueden prever.

Participamos en entrevistas o elaborando artículos de opinión en la prensa escrita, radio y televisión, y como invitados en diversos foros ciudadanos, profesionales o sindicales, en la idea de ampliar la información a todos los sectores sociales posibles.

Como representantes de la ciudadanía, el MGSM hizo partícipe en todo momento a los diferentes grupos políticos, y especialmente a los grupos parlamentarios en cada una de las legislaturas transcurridas, de la existencia de diversas irregularidades y situaciones de potencial vulneración de derechos, del estado de los servicios de salud mental y sus carencias de planificación, dotación técnica o recursos asistenciales, y de las propuestas de mejora que considerábamos relevantes. Fruto de esta

comunicación, la salud mental fue un tema recurrente en los debates políticos en el Parlamento de Galicia, tanto en comisiones como en pleno, a través de múltiples iniciativas y proposiciones parlamentarias.

Son un ejemplo las diversas declaraciones públicas realizadas en los años 2014 y 2015, donde la política de austeridad, recortes y desmantelamiento de lo público llevó a la Consellería de Sanidad a intentar cerrar camas de las unidades hospitalarias de psiquiatría e incluso intentar cerrar una unidad entera, teniendo que desvelar el MGSM los diversos intentos de los gobernantes de maquillar la demanda asistencial con datos falseados, con órdenes de no ingresar u ordenando altas precipitadas cuando no temerarias.

También se realizaron diversos comunicados denunciando la falta de profesionales sanitarios de todas las categorías, que en dispositivos más sensibles como son los de hospitalización o de rehabilitación (el estado de cosas llegó a la mínima dotación profesional posible en una unidad de rehabilitación, hito que se alcanzó en el Hospital Nicolás Peña de Vigo en 2016, cuando una sola profesional TCAE era responsable de cubrir el turno de noche), genera situaciones de mayor riesgo en la seguridad de los pacientes y del personal, causando muertes por suicidio o agresiones, o facilitando la adopción de medidas coercitivas no carentes de riesgo vital como son las contenciones mecánicas. En este sentido, además de las carencias de personal, se señaló la falta de protocolos de prevención de suicidios en el ámbito hospitalario o de medidas alternativas a las prácticas coercitivas, se criticaron situaciones puntuales de vulneración de derechos y de decisiones arbitrarias de restricción de libertades sin justificación clínica, como las producidas en el Hospital de Calde en 2016.

Se elaboraron comunicados denunciando la creación de nuevos dispositivos asistenciales con déficits estructurales y de recursos, como la unidad de hospitalización psiquiátrica in-

fanto-juvenil de Santiago (y los anuncios repetidamente falsos de inminente apertura de su equivalente en el área sanitaria de Vigo), o los hospitales de día infanto-juveniles (sin la dotación multiprofesional necesaria, en espacios reducidos y sin prestaciones como un comedor o la figura de docentes, imprescindibles en estas franjas de edad) o las unidades de hospitalización psiquiátrica de adultos de Vigo (sin profesionales suficientes, sin espacios de descanso reservados para el personal y maficadas desde un inicio, a pesar de ubicarse en un hospital recientemente construido).

También fue objeto de denuncia pública el proceso de externalización/transinstitucionalización fallida de pacientes ingresados en hospitales públicos hacia concertados con devolución a su centro público de referencia cuando no hubo acuerdo con los precios, como ocurrió en la externalización de pacientes del Hospital Psiquiátrico de Conxo a un centro privado entre los años 2011 y 2017. O la falta de recursos adecuados en las residencias socio-sanitarias, que siendo como están infradotadas en personal, tampoco se les da a sus profesionales la formación necesaria para abordar nuevas necesidades, hecho que el MGSM lleva denunciado ya desde el año 2016.

Un apartado propio merecen las actuaciones del MGSM a partir del conocimiento del informe que el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)-Defensor del Pueblo realizó tras la visita realizada a finales de 2017 al Hospital Psiquiátrico de Conxo. Este organismo público vela por el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas que están en centros de privación de libertad, entre los que se encuentran los hospitales psiquiátricos.

En este informe, se da cuenta de graves vulneraciones de derechos de los y las pacientes ingresados en el hospital. Es un informe vinculante, en el que el gobierno gallego a través de la Administración sanitaria debe responder con celeridad y resolver todas las cuestiones

que colisionan con los derechos de las personas que ahí residen. Además, hacía hincapié en la situación de precariedad en la que estaba el edificio a nivel arquitectónico.

Este documento del MNP habría pasado totalmente desapercibido si el MGSM no lo hubiese divulgado y hubiese estado constantemente encima para que el gobierno cumpliese con sus deberes. Las primeras respuestas de la Gerencia del área Sanitaria solo podían calificarse de vergonzosas. El buen hacer del MNP reclamando y volviendo a visitar el centro y la presión social consiguieron que, aunque inacabadas, se mejorasen tanto las condiciones de vida como asistenciales de los/as enfermos/as. Pero, una vez más, queda camino por recorrer y, como otros aspectos, lo conseguido se puede perder si no hay impulso.

Para finalizar esta sección, quisiéramos destacar tres grandes acciones reivindicativas del MGSM de especial alcance, por la gravedad de lo que estaba aconteciendo y porque destacan la importancia de sensibilizar y concientiar a la ciudadanía sobre estas cuestiones y promover cambios estructurales en la manera de entender la atención en salud mental. Estas acciones se trasladaron a las calles, en un mayor esfuerzo de visibilización social.

Campaña Badaladas por la prevención del suicidio

En Galicia, el suicidio fue y es un problema de significada gravedad, siendo nuestra comunidad la que tiene la tasa más elevada de mortalidad en el Estado Español por esta causa. En el año 2014 se alcanzó el pico más alto de las últimas décadas, con 394 muertes por suicidio. Apenas bajó de las 300 muertes anuales en todo este tiempo. En Galicia, casi cada día fallece una persona por suicidio.

Sorprendía, por el contrario, que ante esta realidad la respuesta social estuviese instalada en un cierto derrotismo o en la inevitabilidad de que apenas se podía hacer nada. Forma parte



Foto cedida por los autores

de los mitos que rodean al suicidio e impiden dar respuestas efectivas. Más sorprendente, si cabe, era la respuesta de la Xunta de Galicia. No había mención alguna en la evaluación de la Estrategia SERGAS 2014 ni visos de la elaboración de un plan preventivo.

Desde los inicios, el MGSM puso en primer lugar su preocupación acerca del suicidio, recordando que este es un problema de salud pública de primera magnitud y así debía concebirse. Requería un plan específico, multínivel y multisectorial, donde las distintas consellerías y las distintas administraciones se coordinasen en acciones concretas y definidas.

Iniciamos la campaña *Badaladas* el 3 de mayo de 2016, sosteniendo todos los días en la Plaza de Platerías de Santiago de Compostela un acto simbólico en el que recordábamos que cada día fallece una persona por suicidio. Un acto sencillo, pero constante que logró reunir el apoyo de personas individuales, personas conocidas del mundo de la sanidad, de la cultura, de los movimientos vecinales, asociativos, representantes políticos, agentes sociales, etc., que cada día venían a hacer sonar la campana-

da. Fue tal el clamor social que se logró romper con la campaña de silencio frente al suicidio, y es así que el 30 de junio dimos fin a la campaña diaria (con el acto extendido y simultáneo a todas las áreas sanitarias de Galicia), tras el compromiso del gobierno gallego de iniciar la elaboración del Plan Gallego de Prevención del Suicidio, que salió a la luz al año siguiente.

Cada año, el 10 de septiembre, Día Mundial de la Prevención del Suicidio, volvemos a realizar este acto simbólico, porque aún es necesaria una mayor sensibilización social y la reivindicación de lo que falta por hacer a nivel gubernamental y porque ningún plan funciona sin el compromiso firme y constante y con los medios necesarios, algo que aún se está muy lejos de alcanzar.

Psiquiatría del CHUAC. Cuarto de contención. ¡Cierre Ya!

Desde el año 2016, el MGSM denunció que, entre otros defectos e irregularidades importantes en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de A Coruña estaba la existencia de



Foto cedida por los autores

un llamado «cuarto de contención», con tres camas habilitadas para tal fin, mixto, separadas por cortinas y de uso recurrente. Ese mismo año, un paciente había fallecido estando en contención, un incidente crítico de máxima gravedad. Se trasladó a los responsables sanitarios y políticos esta información y la exigencia de cerrar tal habitación, así como resolver todas las carencias en recursos materiales y profesionales, y establecer un plan de contención cero. En diciembre de 2018 la situación seguía sin resolverse.

Iniciamos una campaña «Contención cero» el 8 de diciembre de 2018, acudiendo todos los sábados a la plaza del Obelisco en A Coruña, en un acto en el que se escenificaba una práctica de contención mecánica. Al mismo tiempo, realizábamos un escrito ante la Fiscalía para informar de este suceso, y se presentaba por primera vez en el Parlamento de Galicia una proposición no de ley de erradicación de las contenciones mecánicas, de la mano del Grupo parlamentario del BNG.

La campaña finalizó el 19 de enero de 2019, cuando tuvimos constancia de que el CHUAC había cerrado el ignominioso cuarto de contención.

Esta campaña forma parte de un plan más amplio de erradicación de las contenciones mecánicas y otras prácticas coercitivas. Mantenemos este acto simbólico primero el Día Mundial de la Salud Mental y, en los últimos años el 10 de diciembre, Día de los Derechos Humanos; porque, de nuevo, aún queda mucho camino por recorrer para lograr el objetivo contención cero. Una vez más, la sensibilización y el apoyo social está en la base de los cambios.

Vacunación COVID para las personas ingresadas en centros psiquiátricos: #que nadie se quede atrás.

Desde el inicio de la pandemia COVID-19, el MGSM estuvo muy pendiente de cómo se

estaba manejando la emergencia sanitaria en los distintos centros de salud mental, especialmente en los centros de ingreso, denunciando cualquier incidencia que significara un trato diferente a otros colectivos. En los primeros meses de pandemia, fue el esfuerzo del personal de los centros por reducir las posibilidades de contagio el verdadero «plan de contingencia» que las gerencias no habían elaborado. Por parte de las autoridades sanitarias no se actuó con la celeridad necesaria ni en el momento de máxima activación de medidas ni en la fase de reactivación una vez pasadas las primeras olas.

Llega el esperado momento de las primeras vacunaciones y, con ello, la sorpresa de que las personas residentes en los hospitales psiquiátricos no estaban dentro del grupo de prioridad para vacunarse, siendo que cumplían los criterios de priorización del Ministerio de Sanidad (riesgo de gravedad, de exposición, de impacto y de transmisión, de intensidad alta en todos ellos) y, por lo tanto, debieran estar asumidos en el grupo I: *personas internas y personal sanitario y socio-sanitario en residencias de personas mayores y con discapacidad.*

¡O bien se habían olvidado de los pacientes de los hospitales psiquiátricos o bien no los tuvieron en cuenta!

Se realizó una campaña de visibilización a través de redes y presencial, además de escritos dirigidos a los responsables políticos, para denunciar esta decisión claramente discriminatoria, contando con el apoyo total de los y las profesionales del Hospital Psiquiátrico de Conxo, que veían con auténtica sorpresa cómo el personal sería vacunado y no los y las pacientes a quien prestaban atención día a día. Se logró la pronta vacunación de los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Conxo y del resto de centros psiquiátricos gallegos.

3 — Documentos de propuestas de mejora en la atención a la salud mental

Otro de los objetivos marcados desde el inicio del MGSM es el de elaborar propuestas,

ofreciendo alternativas de mejora, creadas de forma participada por todos los colectivos concernidos e integrando las diferentes experiencias y visiones.

Para que una acción sea realmente efectiva tiene que poder construir un espacio de conocimiento, reflexión y debate sobre las cuestiones significativas, creando una masa crítica; tiene que ser capaz de informar de ese conocimiento, divulgando para sensibilizar y concienciar a la ciudadanía; tiene que poder ser capaz de denunciar públicamente aquellas situaciones que vulneran los derechos, el buen trato y la mejor atención posible; pero también tiene que ser capaz de proponer alternativas a las situaciones que se pretenden superar. Decir lo que va mal, pero también lo que se podría hacer.

En este sentido, el MGSM ha elaborado diferentes documentos de propuestas que pretenden recoger toda la complejidad alrededor de los procesos de salud mental y su atención desde todos los ámbitos, como los sanitarios, sociales o jurídicos. La metodología seguida, de grupos de trabajo plurales, conformados por personas provenientes del campo profesional y no profesional, tales como colectivos en primera persona, asociaciones ciudadanas o sindicatos, se vuelve crucial para abordar estas mejoras desde los consensos amplios y el reconocimiento mutuo.

Orientaciones marco para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental (2017)

Desde sus inicios, el MGSM insistió en la urgencia de elaborar un plan de prevención del suicidio y un plan de salud mental y denunció a través de distintos canales la dejadez del gobierno gallego ante una cuestión, la salud mental, en la que había indicadores contrastados de aumento exponencial en la problemática de salud mental al mismo tiempo que se habían reducido unos recursos ya de por sí gravemente deficitarios. La respuesta inicial de la Xunta de Galicia a la propuesta realiza-

da desde diversos sectores de la sociedad y por los grupos de la oposición de manera unánime en el Parlamento de Galicia fue negar el alcance de los daños y de la necesidad misma de una planificación específica en materia de salud mental, que en los documentos sanitarios generales en vigor en aquella época, como la Estrategia Sergas 2014, no ocupaban más que un párrafo.

Finalmente, a principios del año 2017, el Conselleiro de Sanidad anuncia que se comenzaría a elaborar un plan estratégico de salud mental. Conscientes de la importancia de un documento planificador, tanto en los aspectos conceptuales de modelo como de los recursos que se provean, la Coordinadora del MGSM formó un grupo de trabajo que definiese las líneas maestras que debieran orientar el futuro plan gallego de salud mental: un modelo comunitario donde el principal referente fuesen los derechos de las personas y enfocado hacia erradicación de las prácticas coercitivas como la contención mecánica; el enfoque de género debiendo atravesar todas las propuestas de planificación y atención; la primera persona como interlocutor fundamental; la importancia de guiarse por los datos e indicadores, para poder corregir los desequilibrios e inequidades existentes; el refuerzo de la atención primaria y el énfasis en la prevención; la incorporación de nuevas categorías profesionales y nuevas formas de respuesta a las necesidades, para avanzar en una atención verdaderamente integral, y una inversión presupuestaria idónea para que no sea un «plan en el papel» sin posibilidad real de materializarse.

Asistimos en los siguientes años a una serie de anuncios de un plan 2017-2020 que no daba cristalizado. Tuvo que llegar una nueva crisis mundial, esta vez en forma de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-2019, de enormes repercusiones emocionales en una población más sensibilizada sobre salud mental. Insistimos en esa época en que un nuevo anuncio de plan no podía ser una estrategia propagandística en pleno período electoral.

Finalmente, sale a la luz el Plan Gallego de Salud Mental poscovid-19. Periodo 2020-2024, a pocas horas de iniciarse la campaña electoral de 2020.

De nuevo, todo lo trabajado desde diversos sectores y niveles (desde la calle al parlamento; desde los movimientos asociativos y profesionales hasta los representantes políticos) da sus frutos, y el documento planificador incluye cuestiones fundamentales, como todo lo que está relacionado con los derechos. Así, por ejemplo, se recogen como objetivos la implantación de la planificación anticipada de las decisiones o la erradicación de las contenciones mecánicas. Ahora bien, no basta con declaraciones de intenciones, sino que esos objetivos deben concretarse en medidas contrastadas, y eso está lejos de alcanzarse, por lo que desde el MGSM seguimos trabajando para que se culmine en acciones concretas, además de que se materialicen punto por punto cada una de las líneas programadas, con las asignaciones de recursos requeridas.

Grupo de trabajo de elaboración de la carta de derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental (2018)

Este es un grupo de trabajo especialmente significativo ya que aborda la piedra angular de la atención a la salud mental. El respeto a los derechos de las personas diagnosticadas es un deber legal procedente de normas nacionales y tratados internacionales; es también un imperativo ético; es la condición principal para el progreso de las ideas sobre el «trastorno mental» y el sufrimiento psíquico; es la base fundamental de la adecuada planificación y dotación de una respuesta asistencial y sanitaria que tenga las necesidades de la persona como guía y centro de su actuación; es el referente principal para guiar la modificación de las actitudes sociales e institucionales sustentadoras del estigma; es el requisito para hacer posible el protagonismo de las personas directamente afectadas en sus procesos de re-

cuperación preservando así su condición de ciudadanas o ciudadanos; es un medio para el avance en la construcción de una sociedad más plural, cohesiva, inclusiva, igualitaria, y defensora de la valiosa diversidad de las personas y colectivos humanos que la integran.

El MGSM acuerda así la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar con el fin de elaborar un documento comprensivo de los derechos reconocidos y esbozar propuestas para su desarrollo. Con la participación de personas del ámbito sanitario, jurídico, y desde el colectivo de primera persona, se elaboró una guía divulgativa sobre los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental.

Entre otros: el reconocimiento de la personalidad jurídica y de la capacidad en igualdad de condiciones con las demás personas en todos los aspectos de la vida; a recibir, conforme a la ley, el apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad, con salvaguardas adecuadas y efectivas para impedir los abusos; a la libertad y seguridad personal. No se privará a las personas de la libertad ilegal o arbitrariamente y cualquier medida de privación de la libertad será adoptada de conformidad con la ley, respetando siempre el principio de restricción mínima y, en caso de ingreso o tratamiento no voluntario, se respetarán todas las garantías exigidas por la legislación vigente; derecho a conocer y recibir información sobre los protocolos y procedimientos reglados bajo los que se aplicarán las medidas de contención mecánica en caso de ser necesarias; derecho a recibir información en lenguaje comprensible de todo lo relacionado con su proceso. A esta información también tendrán derecho los familiares o allegados si el enfermo así lo autoriza; derecho a tener un libre ejercicio de la sexualidad sin que sea menoscabado por la condición de paciente psiquiátrico; derecho a realizar las reclamaciones que se considere oportunas; derecho a exigir todas las medidas cautelares cuando se produzca un ingreso involuntario (presencia de Juez y médico foren-

se, y asistencia letrada, según dictamen...) y un amplio etcétera.

Recursos en salud mental. Grupo de trabajo sobre dotaciones profesionales en salud mental en el Servicio Gallego de Salud (2019)

Al contrario de lo recomendado por las instituciones sanitarias internacionales sobre cómo reaccionar ante los efectos en salud mental de la crisis económica iniciada en 2008, en Galicia la política de salud mental se caracterizó por la paralización del desarrollo de recursos asistenciales y planes en ejecución (*desplanificación*), por la limitación de facto de las prestaciones reconocidas como derechos (*recortes*) y por el traslado a instancias de titularidad privada de funciones y deberes de la red sanitaria pública (*privatizaciones*).

En el camino de revertir esta situación, el MGSM había presentado los documentos anteriormente señalados, de propuestas de mejora en la planificación y desde una perspectiva de derechos. Correspondía ahora evaluar el estado de la red pública asistencial de salud mental, teniendo como referencia los documentos planificadores existentes, elaborados y asumidos por la Consellería de Sanidad en la historia de la Comunidad Autónoma Gallega.

Tras la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad, se crea en Galicia la **Comisión Asesora en materia de Salud Mental**, que tendrá como objetivos los de asesoramiento, realización de estudios e informes sobre aspectos concretos de atención en salud mental, y elaboración de una propuesta de Plan de Salud Mental.

Esta Comisión Asesora elabora en 1987 el *Documento de bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental* donde desarrollarán, entre otras cuestiones, una descripción y funcionamiento de los dispositivos de atención a la salud mental, recursos recomendados y los existentes en ese momento, aspectos de docen-

cia, investigación y formación, y la evaluación en salud mental. En 1996, se modifica la composición de la Comisión Asesora, y se realizan unas recomendaciones para corregir aquellos aspectos en los que se observa una desviación de los objetivos propuestos o que no habían sido desarrollados. Elaborarán en 1997 el documento *Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia*.

Ambos documentos de la Comisión Asesora resumían el estado de la asistencia a la salud mental, las necesidades de recursos materiales y de dotación profesional, y recogían diferentes recomendaciones para la mejora de la calidad asistencial. En los años que transcurren desde el último documento, comprobaríamos que no se llegaron a resolver todos los puntos de mejora tanto en la creación de dispositivos como en dotación de personal, como en el modelo asistencial basado en el comunitario.

El MGSM constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, con el encargo de elaboración del estudio que permitiese estimar las necesidades de dotaciones profesionales mínimas, desde la certeza de que ningún plan de atención sería eficaz sin profesionales que la realicen, ni podría tener credibilidad si no expresa compromisos concretos de dotación de los mismos en el Servicio Gallego de Salud. No era aceptable ninguna consigna de «hacer más con menos» que tanto habíamos escuchado en los años anteriores.

El panorama de 2019 en cuanto a recursos profesionales era desolador. Todas las categorías profesionales adolecían de una dotación insuficiente para realizar las funciones que tienen asignadas. Conforme al número de profesionales recomendados, la enfermería estaba en un 49 % de la dotación recomendada; la psicología clínica a un 50.2 %; la terapia ocupacional a un 32 %, el trabajo social a un 26.8 %, y la psiquiatría a un 68 %. Las TCAEs eran las profesionales con mejor dotación con respecto a las recomendaciones, llegando al 85 %. En general, teníamos unas proporcio-

nes de recursos profesionales por debajo de las medias españolas y europeas, y muy por debajo de los países clasificados como de altos ingresos por la *World Bank Income Group*, entre los que se encontraba España (ratios por 100.000 habitantes).

El documento de trabajo del MGSM recomienda en 2019 incrementar 30 celadores, 215 enfermeros/as de salud mental, 80 psicólogos/as clínicos/as, 82 psiquiatras, 71 TCAEs, 37 terapeutas ocupacionales y 71 trabajadores/as sociales. Siendo un cálculo de mínimos, ya que estábamos referenciando en base al documento de 1997, sin tener en cuenta el aumento de la prevalencia de problemas de salud mental, el aumento de la demanda de consultas y el efecto de la crisis económica.

El documento sobre recursos tiene una repercusión extraordinaria a nivel social y político, ya que concreta los déficits en dotación profesional contabilizando los recursos que existían en ese momento y de los que no había información oficial clara. La ausencia de información era una tónica recurrente que denunciábamos desde el primer momento.

El Plan de Salud Mental poscovid 2020-24, presentado como el plan estatal más ambicioso hasta el momento, recogerá un aumento previsto de 241 profesionales (entre todas las categorías), menos de la mitad de las plazas aconsejadas por comisiones asesoras de anteriores gobiernos del mismo signo político. El MGSM sigue, a día de hoy, a confrontar con datos la ineficiencia del modelo actual y la falta de inversiones necesarias para alcanzar una atención digna y resolutiva.

Documento marco para la elaboración de un plan gallego de erradicación del uso de las contenciones mecánicas en los servicios de salud mental (2023)

El MGSM viene desde el año 2014 señalando la vulneración de derechos humanos en el campo de la salud mental y exigiendo su

cumplimiento. Y, como no puede ser de otro modo, uno de sus principales campos de acción es precisamente el de la necesaria erradicación inmediata de la contención mecánica.

Un hito importante en este objetivo fue la mencionada campaña «Contención cero. Psiquiatría del CHUAC. Cuarto de contención: ¡cierre ya!», desarrollada en los meses de diciembre de 2018 a enero de 2019, para denunciar la existencia en la planta de hospitalización psiquiátrica de A Coruña de un cuarto expresamente utilizado para tal fin, con 3 camas de uso mixto y simultáneo.

Ese mismo mes de enero de 2019, el MGSM presentó a los grupos parlamentarios una *Proposición sobre la contención mecánica de personas atendidas en instituciones psiquiátricas y residenciales*, en línea con las recomendaciones, propuestas y estándares mencionados de los diferentes organismos internacionales. El Bloque Nacionalista Gallego asumió este documento, presentándolo en el Parlamento de Galicia como Proposición no de Ley. Esta fue debatida el 20 de febrero de 2019 en la Comisión 5^a, de Sanidad, Política Social y Empleo, entrando así la cuestión de forma explícita en la actividad parlamentaria. Desafortunadamente, la Proposición no fue aprobada, a pesar del apoyo unánime de la oposición, debido al voto en contra del partido del Gobierno.

Años después la Xunta de Galicia reconoció la necesidad de eliminar el uso de las contenciones estableciendo un objetivo, tenue, de avanzar hacia este fin en el Plan de Salud Mental poscovid. Sin embargo, un objetivo tan trascendente para la vida de las personas diagnosticadas no puede quedar reducido a un punto más de un plan más amplio, sino que requiere un espacio y concreción detalladas.

Con la idea de compartir el conocimiento, visión y experiencias y resaltar los principios que deben guiar un plan y los fundamentos jurídicos, organizativos y asistenciales, realizamos, en noviembre de 2022, una jornada de trabajo donde invitamos a participar a perso-

nas vinculadas a sectores tan diversos como el de los movimientos sociales en defensa de los derechos, el sector jurídico, profesionales de la salud mental y la atención primaria, atención socio-sanitaria, sindicatos, feminismos y afectadas en primera persona.

Desde el principio de que la eliminación de las contenciones mecánicas no solo es posible, sino que es inevitable, enumeramos la legislación y normativas vigentes, las diferentes experiencias contrastadas a nivel mundial, las recomendaciones ofrecidas por diferentes organismos públicos en base a esas experiencias y los puntos que han de incluirse en un plan de «contenciones cero».

La contención mecánica es la acción mediante la cual se inmoviliza a una persona, usualmente a través de correas de sujeción y fijándola generalmente a una cama. De este modo se limita radicalmente su movimiento y su autonomía, siendo la persona reducida al espacio que ocupa su cuerpo. Es esta una práctica coercitiva, de las más traumáticas a corto, medio y largo plazo, y no es infrecuente que se utilice junto con otras como la contención farmacológica (con fines de sedación para el control del comportamiento o restricción de la libertad de movimiento) o como la reducción física de la persona para colocarle las ataduras.

Las contenciones mecánicas no tienen un carácter terapéutico. No existen estudios que avalen la efectividad de tales prácticas coercitivas en la prevención de comportamientos disruptivos y, sin embargo, sí se recoge la existencia de graves efectos negativos en la salud física y mental de las personas que la sufren; y también en aquellas que se ven en el deber de practicarlas.

Debe partirse de la idea principal de que la contención es un fracaso en el proceso de tratamiento y de que en ningún caso es una medida terapéutica. La única meta aceptable es la erradicación de la misma en todos los espacios sanitarios y residenciales. Para lograr el obje-

tivo de contención cero, deben seguirse una serie de principios:

Compromiso y liderazgo institucional: a través de declaración expresa, sostenida y con inversión decidida en los recursos necesarios para cambiar la cultura organizacional y el modelo asistencial en salud mental, desde el enfoque de los derechos.

Monitorización de los datos: a través de registros oficiales y anonimizados, desglosados por unidades, que permita conocer con exactitud el número de contenciones, duración y circunstancias en las que se produjeron, incluyendo un espacio reservado para el informe de las personas objeto de la contención.

Formación y capacitación de los profesionales: formación continuada, intersectorial y multidisciplinar, que vaya más allá de la formación sobre los procedimientos de uso de las contenciones. Debe formarse en cómo evitar la contención más que en cómo realizarla.

Revisión de las políticas de prevención de la contención y el aislamiento: a través de la evaluación de las necesidades en recursos humanos, de los espacios físicos en los centros hospitalarios y residenciales, de las normas organizativas evitando arbitrariedades y la creación de equipos de intervención en crisis.

Implicación de los/as usuarios/as: en la planificación, seguimiento y propuestas del plan de erradicación, la introducción de profesionales expertos por experiencia, e incrementando la participación de las personas usuarias en el funcionamiento de las salas.

Ánálisis posincidente: debe analizarse cada episodio de contención mecánica realizada, considerada como evento centinela, a través de una metodología planificada de cara a establecer un plan de mejora y de prevención de sucesos futuros.

REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO

Todas las acciones del MGSM a lo largo de estos años giran en torno a dos objetivos nucleares: la defensa de una atención a la salud mental basada en los derechos y la defensa de los servicios públicos.

La perspectiva de los derechos en salud mental significa asumir que es la clave de la recuperación de la persona afectada y un acto de reparación social ante un colectivo históricamente mal-tratado, objeto de perjuicios, discriminación y violencias, incluida la estructural, la que proviene de las propias Instituciones.

La *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* nos recuerda

de forma taxativa que todas las personas tienen el mismo valor y, por lo tanto, deben tener garantizados los mismos derechos.

Los mitos que se mantienen a día de hoy, a pesar de las evidencias, como la supuesta peligrosidad, imprevisibilidad o incapacidad general y continua, son sostenidos a nivel social, incluyendo a sectores profesionales con mayor acercamiento a personas con problemas de salud mental, como pueden ser los sanitarios, pero también de servicios sociales, justicia o de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado.

Esta realidad facilita que se perpetúe una cultura de la sobreprotección y control, el paternalismo, la asimetría de poder o la coerción, de tal manera que medidas que puedan limitar determinados derechos fundamentales, como



Foto cedida por los autores

la libertad, la autonomía en las decisiones o la intimidad se pueden adoptar de manera arbitraria, erradamente preventivo o generalizado en base a un diagnóstico determinado y no atendiendo a las circunstancias concretas de la persona particular. Es lo que se ha llamado en diferentes organizaciones internacionales como la ONU o el Consejo de Europa «la cultura de la coerción».

Afortunadamente, esta percepción va cambiando. Por poner dos ejemplos a nivel del Estado español:

La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, sitúa a la persona, su voluntad, deseos y preferencias en el centro de su cuidado, alejándose del excesivo proteccionismo, y eliminando la figura del que llamamos «incapacitación legal», donde la figura de un tutor o tutora sustituía a la persona con discapacidad en las decisiones de amplias áreas de su vida.

Tenemos también la *Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de los medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad*, que señala que el uso de la contención mecánica debe guiarse necesariamente por los principios de cuidado, excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad, provisionalidad y de prohibición del exceso, y que han de buscarse alternativas al uso de las prácticas coercitivas.

Sin embargo, no debemos dar por hecho que se respetan los derechos de las personas psiquiatrizadas por la existencia de la normativa, sino que hay que asegurarse que se hacen efectivos. Y esto está lejos de conseguirse. Aún no hay elaborado un plan de erradicación del uso de contenciones mecánicas y otras prácticas coercitivas, el uso de la aplicación del Sergas de registro de las contenciones no se utiliza de manera uniforme, tiene frecuentes errores a la hora de poder utilizarlo y no hay

estadísticas autonómicas sobre lugar, tiempos, condiciones y otros factores de uso de las mismas, como para poder conocer la realidad y poder abordarla con el objetivo «contención cero». La formación sobre el uso de contenciones está más dirigida a hacerlo bien que a no tener que hacerlo.

Por otro lado, también en relación con los derechos de las personas con problemas de salud mental, está la realidad de que con frecuencia sufren condiciones de existencia más desfavorables y tienen menor acceso a los recursos sociales, sanitarios, económicos o políticos, siendo colectivos en riesgo de exclusión social.

Queda mucho por hacer para que la sociedad tome conciencia de que la salud mental está multideterminada y se conecta íntimamente con los determinantes individuales, sociales y estructurales que dan origen, agravan o perpetúan la mala salud mental de individuos y sociedades. Tomar conciencia supone hablar de salud mental y pobreza, precariedad, violencias, estereotipos de género, discriminaciones, mala salud física, carencias materiales o afectivas y la señalada exclusión social. No se puede seguir con los discursos biológicos excesivamente reduccionistas que pretenden dar una respuesta individual a cuestiones que conciernen a toda la sociedad.

Y, finalmente, y relacionado con esto último, está la importancia de defender los servicios públicos en los diferentes ámbitos, no solo el sanitario, como garante de la universalidad, equidad y justicia necesarios para reducir las desigualdades sociales que están en la base del malestar, físico y mental, cuando no de la mera supervivencia. Las crisis son momentos de especial riesgo de involución en derechos y ahondamiento de desigualdades. Lo pudimos comprobar durante la recesión económica de 2008, que motivó la creación del MGSM, y lo pudimos comprobar en la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, de efectos sobre salud mental más controlados porque se llevaron a cabo políticas más garantistas de



Foto cedida por los autores

protección social. Aun así, hubo diferencias en el trato a las personas con problemas de salud mental.

No podemos caer en el peligroso error de pensar que, una vez consolidados, los derechos humanos, civiles, sanitarios, sociales, van a permanecer de forma definitiva. La terrible realidad actual de pueblos que están siendo exterminados en un nuevo genocidio delante del mundo entero es el recordatorio de que los derechos más básicos pueden perderse en un segundo.

Queda trabajo por hacer y es responsabilidad de todos y todas, desde la sociedad civil a sectores profesionales, políticos o sindicales. El MGSM es un modesto ejemplo de cómo se

pueden conformar acciones que unan a personas para conseguir cambios sociales.

Como decíamos en un lema inicial: *¡más democracia con más justicia=más salud!*

Bibliografía

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9233-consolidado.pdf>

Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 36, de 11 de febrero de 2022. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221

Gili, M., García-Campayo, J., & Roca, M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>

Montesinos Padilla, C. (2022). Desde el neoliberalismo austericida de Europa hacia la reconstrucción social en España: propuestas para la reforma constitucional. *International Journal of Constitutional Law*, 20, 1590-1617, <https://doi.org/10.1093/icon/moac093>

Movimiento Galego de Saúde Mental. *Manifiesto Fundacional*. <https://movementogalego-saudemental.gal/manifesto-fundacional/>

Movimiento Galego de Saúde Mental. *Carta de derechos dos usuarios dos Servizos de saúde mental*. <https://movementogalego-saudemental.gal/carta-de-dereitos/>

Movimiento Galego da Saúde Mental. *Orientacións Marco para a elaboración dun Plan Galego de Saúde Mental 2017*. EXPOSICIÓN PÚBLICA DO BORRADOR DAS LIÑAS MESTRAS PARA O PLAN GALEGO DE SAÚDE MENTAL – Movimento Galego da Saúde Mental

Movimento Galego da Saúde Mental. *Recursos en saúde mental en Galicia. RECURSOS EN SAÚDE MENTAL NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE* – Movimento Galego da Saúde Mental

Movimento Galego de Saúde Mental. *Documento marco do plan de erradicación das contencións mecánicas*. <http://movementogalego-saudemental.gal/wp-content/uploads/2023/05/Documento-marco-plan-erradicacion-das-contencions-mecanicas-en-saude-mental-definitivo.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Servizo Galego de Saúde. *Estratexia Sergas 2014*. <http://hdl.handle.net/20.500.11940/8934>

Servizo Galego de Saúde (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Período 2020-2024*. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf>



NARRATIVAS

NARRATIVAS A CONTRAPELO

Voria Stefanovsky

Posdoctoranda en la Universidad Nova de Lisboa, doctora en literatura (Universidad de Brasilia), escritora y activista romaní (cigana)

voriamstefanovsky@gmail.com

Veruska Vasconcelos

Psicóloga (Universidad de Brasilia), activista romaní por los Derechos Humanos

Veruska.vasconcelos29@gmail.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Stefanovsky, V., & Vasconcelos, V. (2025). Narrativas a contrapelo. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 28-39. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

GALLEG

RESUMEN

Este artículo recoge el testimonio de una mujer gitana en el ámbito de la salud mental y la literatura. Desde mi experiencia vital y profesional, abordo la importancia de las narrativas de las minorías racializadas y subalternizadas, así como el diálogo interdisciplinar entre la psicología, la crítica literaria, los estudios decoloniales y el feminismo. El relato subraya la necesidad de deconstruir estereotipos y reconstruir identidades heridas por el antigitanismo, destacando la fuerza de las historias y de la terapia narrativa como herramientas para la recuperación del sentido vital y social.

PALABRAS CLAVE — Narrativa, antigitanismo, decolonialidad, literatura testimonial, salud mental.

ABSTRACT

This article presents the testimony of a Romani woman in the field of mental health and literature. Drawing on my personal and professional experience, I address the importance of narratives of racialized and subalternized minorities, as well as the interdisciplinary dialogue between psychology, literary criticism, decolonial studies, and feminism. The account highlights the need to deconstruct stereotypes and reconstruct identities affected by anti-Gypsyism, emphasizing the power of stories and narrative therapy as tools for restoring personal and social meaning.

KEY WORDS — Narrative, anti-Gypsyism, decoloniality, testimonial literature, mental health.

NOTA PREVIA

Este artículo fue presentado originalmente en las XXIX Jornadas de la Sección de Psicología y Salud del Colegio Oficial de Psicología de Galicia “Desafiando a la historia”, celebradas en Ribadavia, en Noviembre de 2024. El texto ha recibido valiosas aportaciones de mi hija Veruska Vasconcelos, que, además de ser psicóloga de formación, es mi compañera en la lucha activista y en todas mis luchas interseccionales: como mujer romaní, portadora de discapacidad y dolor crónico y, actualmente, también migrante.

AGRADECER A QUIENES NARRAN

Pienso que mi narrativa se encaja en un lugar decolonial¹, ya que traigo una voz testimonial de una mujer romaní, es decir, gitana, como se nos conoce más comúnmente en las sociedades; junto a algunas consideraciones y diálogos propios de mi formación académica en literatura y de mi labor como escritora.

Mis aproximaciones a la psicología como teoría siempre se dieron desde la utilidad que esta tiene en la crítica literaria. Utilizada, por ejemplo, para estudiar los personajes, las intenciones del autor, encontrar el lector implícito, interpretar hasta revelar los múltiples significados de una narrativa y su inserción en el contexto social de su producción y re-

cepción. Para los que también escribimos, la psicología nos ayuda a componer personajes y tramas verosímiles y coherentes dentro del género y del estilo creativo que se quiere desarrollar. Para esos menesteres, los de literatura echamos mano de todo lo disponible: dialogamos con el psicoanálisis, con la antropología, con la historia crítica, con la filosofía, la psicología social y, más recientemente, también con los estudios culturales, poscoloniales, decoloniales y feministas.

De alguna forma los que amamos y/o nos dedicamos a la literatura terminamos por entender la vida como narrativa, como muy bien argumentó Paul Ricoeur en *Tiempo y narración* y en *Sí mismo como otro*, cuando trabajó los conceptos de identidad narrativa y tiempo narrativo (Ricoeur, 1985). Coincido con esa visión, por ello, veo fascinante el trabajo que desarrollan algunos psicólogos con la terapia narrativa. Por medio de los relatos logramos integrar la discontinuidad de la existencia en una continuidad de sentido, construyendo un «sí mismo» que es siempre narrado.

Sé que los creadores de la terapia narrativa, Michael White y David Epston, se nutrieron también de la *deconstrucción* propuesta por Jacques Derrida (1967), una de las muchas prácticas que se usa en análisis de textos literarios, especialmente para demostrar que toda historia tiene múltiples interpretaciones, y que nunca existe un único centro de significado. Eso mismo se aplica a la vida: nuestras historias no pueden leerse en clave única, sino que están abiertas a reinterpretaciones, resignificaciones y reconstrucciones permanentes. La deconstrucción ayuda, en la literatura y en la psicología, a mostrar que aquello que parecía natural o fijo es, en realidad, una construcción y, como toda construcción, puede alterarse. Esas alteraciones abren paso a cambios vitales profundos (White y Epston, 1990).

Narrar no es solo un acto estético o terapéutico, sino también político. Como mujer romaní, tomar la palabra para contarme a mí

1 El enfoque decolonial implica una crítica activa a las estructuras, saberes y discursos heredados de la colonización. Se aplica también a la deconstrucción de discursos hegemónicos que subalternizan las minorías racializadas. Cuestionan la hegemonía cultural y epistemológica occidental aplicadas a distintas áreas, como puede ser la comprensión de la salud mental y la literatura. Desde la perspectiva de las minorías racializadas y subalternizadas, lo decolonial reivindica las voces, experiencias y conocimientos silenciados por las distintas formas de racismo, como es el caso del antíganismo, promoviendo el diálogo interdisciplinar y la reconstrucción de identidades a partir de sus propias narrativas y sentidos. Subrayo la relevancia de recuperar historias y reconstruir subjetividades desde los márgenes sociales, culturales y políticos.

misma sacude siglos de silenciamiento, exotización y reducciones a estereotipos. Agradecer a quienes narran significa reconocer que cada voz escuchada produce una grieta en las rígidas interpretaciones respecto a nosotros. La narrativa es la forma en que los gitanos grabamos nuestra historia en el tiempo, sembrando, generación a generación, esas semillas históricas de nuevas identidades posibles. La figura de la narradora romaní, consciente o no de su papel histórico, se convierte en guardiana de la memoria colectiva, narrar es un acto de existencia, resistencia y supervivencia.

PEINAR LA HISTORIA A CONTRAPELO

Entiendo que dicha deconstrucción no se aplica solamente a la lectura interpretativa, sino también al empeño de «*peinar la historia a contrapelo*», expresión muy conocida del pensador alemán Walter Benjamin desarrollada en sus *Tesis sobre la filosofía de la historia* (1940). Dicha expresión, que evoco en el título de este artículo, se refiere, también, a que la historia de los que no vencieron, los marginados, los silenciados, debe salir a la luz.

La reflexión que traigo se extiende a la constatación de que las narrativas de quienes formamos parte de esas minorías subalternizadas y racializadas están impregnadas de sufrimientos identitarios, estereotipos introyectados y silenciamientos. Estos mecanismos no solo operan a nivel colectivo, sino también individual. La psicología social ha destacado procesos como la *introyección del estereotipo* (Allport, 1954; Steele, 1997), donde un grupo estigmatizado acaba interiorizando las imágenes negativas impuestas por el discurso dominante. Cuando se nos ha repetido por siglos que «no servimos» para los estudios, para determinados trabajos o para hablar en espacios públicos, podemos llegar a creerlo, produciendo, así, lo que la psicología social define como *pro-*

fecia autocumplida. Estos procesos devastadores, fragmentan la identidad y exigen arduo agrietamiento y deconstrucción para ser superados. Las narrativas necesitan deconstrucciones y reconstrucciones.

Es aquí donde la *terapia narrativa y la literatura testimonial* convergen: ambas pueden convergir en escenarios para *re-narrar* la historia personal y colectiva, dotando de sentido a la experiencia traumática. Narrar el trauma no borra la herida, pero la vuelve comunicable y socialmente compartida, lo que impide que se envenene en silencio por una vida entera. El trauma necesita ser narrado para poder ser elaborado y, cuando el silencio se rompe, algo de la memoria se transforma (Cathy Caruth en *Unclaimed Experience*, 1996). Por ejemplo, no tengo conocimiento de ninguna mujer gitana (de mi pasado o con las que interactúo en el presente) que no carguen traumas importantes generados por el simple hecho de haber nacido gitanas. Secuelas que no deberían existir, son productos de un racismo muy específico, llamado antiganismo o romafobia. Quise traer un poco de mi propia narrativa, a modo de testimonio, que ejemplifica algo, aunque dudé mucho sobre la forma de exponerlo. Terminé por elegir la forma de una narrativa literaria, la que ahora empiezo².

AQUÍ ESTOY

Entré y me senté delante de la mesa de la psicóloga, era la primera cita, me gustó que hubiera una mesa entre nosotras, me sentía algo más protegida de lo que me resultaba muy difícil: presentarme, decirle quién soy, de dónde

² Lo que presento en esta narrativa está basado totalmente en hechos reales, la opción de darle una forma literaria la justifico no solamente por el hecho de ser escritora, sino porque me resulta más fácil contarlo sin dejarme llevar por las emociones que me generan. Creo que el formato puede facilitar que los lectores se conduzcan a la situación real vivida en la consulta psicológica, quizás identificándose con la profesional, quizás comprendiendo mejor los procesos explícitos en mis digresiones y posiblemente volviendo más fluida, o llevadera, mi narrativa testimonial.

vine (espero), sin que eso resultara en algún ocultamiento. Aquí estoy. Mis pensamientos son interrumpidos por la llegada de una mujer con rostro risueño y pasos apresurados, se sienta y me hace la pregunta que quisiera evitar, ya de primera:

— *¿Cuál es tu nombre...? Ah, ya lo encontré: Ana Paula Castello. ¿Cómo prefieres que te llame: Ana o Paula?, quiero llamarte como más te guste.*

— *Si quieres llamarme como más me guste... llámame Voria* —le dije.

— *¿Pero Voria es otro apellido o qué?* —me preguntó, ignorando el hecho de que para contestarle tendría que contarle una larga historia.

Quizás le tomaría mucho más tiempo de lo que podría ella brindarme en aquel hospital, en donde todo parecía ir a la velocidad de la luz para ella.

— *Es una historia larga. ¿Pero entiendo que debo contarla, no?* —le dije.

— *Sí, me gustaría que me contaras por qué te gusta ser llamada así* —me dijo amigable.

Pensé empezar ya diciéndole que tengo origen gitano, pero temí que eso le generase antipatía hacia mí, ya en la primera consulta, antes mismo de conocerme. Hice una primera omisión.

— *Lo que me pasa con el nombre es que cuando nací me pusieron de nombre Voria, y de apellido Stefanovsky. Mi familia tenía un circo, éramos itinerantes. Mi familia había salido desde Rusia a América Latina por decisión de mi abuelo. Él fue superviviente del Holocausto y nos sacó a todos de Rusia porque temía que los nazis nos encontrasen, tenía muchos traumas y poco a poco fue perdiendo la salud mental a raíz de ellos.*

— *¿Judíos?* —me preguntó, casi afirmándolo.

Ahora le tenía que decir lo de mi origen. Ella pensó «*judíos*» porque muchos desconocen o se olvidan que los nazis exterminaron a más del 50 % de los romaní de Europa. Llegadas a ese punto, me propongo crear puentes, no omitir mi necesidad.

— *Gitanos* —le dije.

Y, sin siquiera respirar, para que no le diera tiempo a esbozar ningún comentario, seguí contando:

— *Cuando yo tenía 10 años, los vecinos denunciaron que había una niña robada por los gitanos del circo, esa niña era yo. Lo denunciaron basados solamente en el estereotipo de que la gitana roba niños. Me veían muy clara de piel, de ojos y de pelo, así que también se basaron en el estereotipo que dice que los gitanos tienen siempre el mismo fenotípico y que no existen gitanos rubios. Así fue como la policía se nos apareció al término de una de las funciones del circo, en la que yo hacía de payasa y contorsionista y me llevó violentamente a un orfanato católico. Allí estuve por dos años y allí me cambiaron el nombre y apellido y me dieron documentos. Y es por eso que me llamo en los documentos Ana Paula, confieso que hasta hoy me molesta muchísimo escucharlo, cuanto más pasan los años más rabia me da ese nombre.*

— *¡Guau!, qué historia* —me dijo ella — *Entiendo perfectamente que te moleste, has sufrido una gran violencia... Después hablaremos algo más sobre eso. ¿Dónde naciste?* —siguió preguntándome.

Podría haberle contestado «*soy brasileña*» y listo, pero por algún motivo ya no quería oculatarle nada. Desarrollar memorias de la narración es una terapia, ya tengo muchas lagunas, necesito puentes. Le dije:

— *Tengo nacionalidad brasileña, me la dieron en el orfanato a los 10 años, pero me contaron que nací en Rusia de donde salimos cuando yo era muy niña. Tampoco se acuerdan en dónde estábamos exactamente.*

— *Pero tú, ¿de dónde te sientes, de qué país, de qué lugar?* —me preguntó, buscando alguna respuesta exacta, creo.

— *Es que, sabes, he vivido siempre por el mundo, es decir, el circo nunca estuvo mucho tiempo en un solo lugar, viajamos desde México hasta Brasil continuamente. Cuando me llevaron a ese orfanato estábamos en Brasil, por eso la nacionalidad. En cuanto a Rusia, el país siempre aparecía en las historias que escuchaba de los mayores, incluso mi nombre, Voria, es el nombre de un río en Rusia. He vivido muchísimo tiempo también*



Foto: Pexels / Witheline

en Argentina y en Uruguay, países muy queridos... Lo que quiero decir es que, la verdad, la verdad, creo que no me siento de ningún lado, me entrego verdaderamente al lugar donde están mis pies en el momento presente. Pero sí que siempre me siento romaní, o sea gitana. Eso siempre.

—*No sabía que se les dice romaní a los gitanos* —me dijo ella.

—*Es lo más correcto* —le dije.

Quise explicarle algo más sobre la nomenclatura, pero no creí que debiera desempeñarme como activista en aquel momento. Todavía no tenía la seguridad de que su empatía conmigo fuera real o si estaba solamente siendo una buena profesional. Ya había perdido la cuenta de cuántas veces algunas personas, de las más distintas áreas, especialmente en ámbitos de atención pública, habían sido solamente «políticamente correctas conmigo» y eso porque me veían diferente del estereotipo esperado por ellos.

— *¿Cuántos años tienes?* —me preguntó, sacándome de mi flujo de pensamientos con otra pregunta difícil.

Por suerte, me pidió disculpas, tenía que contestar a un mensaje urgente, mientras tanto pude pensar un poco más. Cuando me preguntó eso, tuve la duda de si debería contar otra historia. ¡Puf! Ya me siento la mismísima Sherezade... Muchas veces he querido ser como las personas que contestan a todo muy rápidamente. Yo para hacer eso tengo que ocultar siempre algo, y en algún lugar, ocultarlo me hace sentir incómoda. Por mi historia de vida, nada es simple, todo se vuelve complejo. Por mucho tiempo he practicado la ocultación de mi identidad. Mi abuelo nos prohibía decir que éramos gitanos, por miedo a que nos pasa lo peor.

Decido no contar otra historia, ¿cómo le voy a decir que, después de regresar con mi familia tras dos años en el orfanato, me prometieron que seguiría estudiando, pero a los 15 años me casé? Mi entonces marido no estaba de acuer-

do con la promesa de mi familia y no me dejó estudiar, además me maltrataba físicamente por ello, porque yo iba a la escuela a escondidas a veces y fue por eso por lo que decidí irme del circo. Me acuerdo como si fuera hoy, tuve la ayuda de personas judías que me conocían de la escuela a la que asistía antes de casarme. Entre muchas cosas, me ayudaron alterando el único documento que yo tenía y me pusieron cinco años más para que luego yo pudiera seguir mi vida más libremente. Eran otros tiempos, yo era solamente una niña de 15 años asustada, la propuesta me pareció buena y me ayudó a sobrevivir sin contar con el apoyo de los míos. Hoy eso me genera gracia y algo de rabia, hoy tengo que asumir más edad de la que tengo mientras todos prefieren tener menos edad. Y, si lo cuento, habrá quienes crean que solo quiero disminuir la edad.

Cuando terminó de contestar a su mensaje, le dije:

—*Tengo 54.*

—*Te echaría menos edad* —me dijo ella, me río.

—*La verdad es que tengo cinco años menos* —le dije —*pero no quería hablar de temas tan sensibles. Es que, para dejar a mi gente a los 15 años, poder dejar a mi marido y seguir sola, unas personas que conocí en la escuela me ayudaron cambiando la fecha de mi nacimiento.*

Después de contarle la verdad tuve miedo. Podría pensar que me relaciono con falsificadores, no sé. Hace tanto tiempo de eso y los que me ayudaron se perdieron en las entrelíneas de mi narrativa hace mucho. Mejor hubiese sido ocultarlo, me acostumbré a que todos piensen que los gitanos siempre harán algo mal y siempre estarán en lo ilegal.

—*Aprendí mucho hoy con tu historia* —me dijo ella —*eso porque me imagino que mucha cosa no me habrás contado.*

—*Sí, siento que para cada respuesta tengo un rosario de cuentos y, si no los cuento, no me explico. Le pido disculpas por el tiempo, entiendo que lo pasamos un poco, ¿no?* No tenía cómo evitarlo, saber que he vivido

esas historias es lo que le da sentido a la vida que llevo hoy. Las tuve que resignificar, para que todo eso que viví tuviera algún sentido en mi vida.

—Todavía tenemos tiempo —me dijo ella, realmente parecía interesada en mis historias —¿Qué te trajo a España? ¿A qué te dedicas hoy? Veo que tienes una historia difícil y que eres valiente. Si dejaste a tu marido cuando eras prácticamente una niña para seguir estudiando, quiero saber, ¿lo lograste...?

El término valiente me dejó pensando, a mí no me ha tocado otra cosa que ser valiente y seguir adelante. Sobrevivir ya es un acto de coraje cuando se nace gitana en una sociedad que, a estas alturas de los siglos, sigue creyendo que los gitanos somos todos iguales, que desconoce los motivos históricos que han llevado a que se conforme un imaginario social deformado por los estereotipos sobre lo que es ser gitano. Estereotipos que incluso se introducen en algunos gitanos. Y eso porque no le conté todo lo que había vivido en el orfanato y todo lo que traía en mi memoria ya de antes de eso... Y todo lo que me ha pasado después de lo que ya le conté, por ser gitana, nada más por eso.

—Te veo algo pensativa, ¿piensas mucho? —me preguntó.

—Lamentablemente, sí. —le dije riéndome.

Por la forma en que ella también se reía, me imaginé que se identificaba con los que pensamos mucho. «*Outra vaca no millo*», pensé, utilizando mi incipiente gallego, con ganas de probar si la expresión sería adecuada, pero aborté la idea... igual no le gusta.

—No sé por dónde empezar a contestar a las preguntas —retomé el hilo de la conversación.

—Desde el inicio —me dijo, riéndose.

—Pues vienen más historias... Estarás preparada, intentaré hacerlas lo más cortas posible. Cuando llegué al orfanato, a los 10 años, no estaba alfabetizada. Lo que sabía de leer y escribir lo había aprendido sola cuando tenía la oportunidad de jugar con alguna niña no gitana que sabía leer. O cuando intentaba descifrar

lo que mi abuelo escribía en su cuaderno de anotaciones sobre el circo, aunque él mezclaba mucho los idiomas, lo mismo hacía yo en mis intentos. En el orfanato había una monja, la única que me quería, la verdad... Aunque fui a parar allí por supuestamente ser una niña robada por los gitanos, allí me trataban como gitana, es decir, bajo estigmas, estereotipos y prejuicios de toda suerte. Como decía, esta monja me quería, y me hizo creer que mi historia, que era de una víctima, la podría convertir en algo muy grande, y volverme una heroína. Me aconsejó que tenía que estudiar mucho y ese sería el camino para un día poder tener herramientas y ayudar a mi gente, para que nunca más pasara con otras niñas lo que me había pasado a mí. Aquella mujer era la única que, de hecho, reconoció que sí, que yo era una niña gitana y estaba allí por una gran injusticia. Desde aquel momento me metí en la cabeza que seguiría con los estudios como fuera, creí que haría algo en el futuro por los míos, me convertí en la heroína de mi película. Creo que eso me hizo ser valiente, como decías antes. Yo necesitaba creer en algo que justificara todo lo que me pasaba. Creí que yo era inteligente (porque antes pensaba como muchos niños y niñas gitanos todavía piensan hoy, que los gitanos no son para los estudios). Vivir en el orfanato era duro, no me siento cómoda para contar los detalles ahora, pero puedo decir que solo pude sobrevivir a todo aquello porque aquella monja me hizo ver todo desde otra mirada. Por ello pude lograr terminar todos los estudios que me propuse a lo largo de mi vida, llegué a convertirme en la primera mujer romaní en concluir un doctorado en América Latina, eso en el 2015.

—Debes de estar muy orgullosa de eso —me lo dijo en un tono afirmativo.

Su tono me hizo pensar que quizás ella trabajaba con terapia narrativa, porque la veía muy a gusto escuchando mis historias. Me transmitía la sensación de que deseaba hacerme ver todo lo que le contaba, juntar los tramos de mi historia. Le contesté que, por un lado, sí que me sentía orgullosa porque había logrado concluir todos mis estudios, y eso saliendo de donde salí y pese a todas las dificultades, pero, por otro lado, no tenía ningún orgullo, sino tristeza. Es algo triste saber que solo en aquel momento una de nosotras en América Latina



Foto: Pexels / Fotios Photos

llegaba a un lugar en el que debería ya haber muchas mujeres gitanas más. Y pensar que, incluso en Europa, aún somos muy pocas.

—Pero... ¿No te parece que la culpa de eso también la tendrán los gitanos, por el hecho de no querer integrarse? También de preferir seguir en los mercadillos, por dejar los estudios, etc.

En algún momento yo sabía que vendría ese argumento, pensé, siempre lo utilizan los que no conocen la historia romaní e ignoran la realidad étnica. Creo que tendré que ponerte en modo activista, suave porque realmente entiendo que esa mujer, que me parece incluso bastante empática y me resulta ya muy simpática, es solamente una persona más que desconoce y reproduce lo que hace mucho se repite desde el sentido común. En las narrativas de los medios, no podemos olvidarnos del peso de «verdad» que tienen esas narrativas periodísticas.

— ¿Ya atendiste a gitanos en su trabajo como psicóloga? —le pregunté.

—Pocas veces —me dijo— no veo que busquen mucho tener atención psicológica, aun cuando son derivados. Pero las pocas gitanas que he atendido parecen estar muy bien trabajando en los mercadillos, no veo que se interesen mucho en cambiar de vida y no les gusta hablar sobre sus vidas.

— ¿Ya te preguntaste por qué reaccionan así esas mujeres? —le pregunté cambiando un poco los papeles, en una maniobra más activista que intencional. La verdad, prefería quedarme yo en mi papel de narradora ya que ella me lo permitía e incentivaba.

—La verdad, no —me contestó ella— pero entiendo el porqué...

La psicóloga paró de hablar, no lo puedo garantizar, pero creo que se comió una de esas expresiones gallegas recién aprendidas por mí, como «a cabra sempre tira ó monte». Después del silencio, me dijo que prefería saber mi opinión sobre sus motivos, cree que le sería muy enriquecedor. Con esa maniobra me devolvió a mi lugar de narradora, era una profesional con

muchas experiencia, eso era notable, y observé que también era una mujer diplomática, como también lo soy yo. He aprendido a serlo porque fui obligada a convivir entre dos mundos muy distintos, el de los gitanos y el de los *gadyes*, que aquí se dice payos. Fui obligada a volverme una mujer traducida, de alguna forma.

Empecé a contestarle:

—Te cuento que nosotras las gitanas, y hablo de mujeres porque la situación para las gitanas siempre ha sido mucho más difícil que para los gitanos. Aunque también los hombres gitanos sufren la opresión de ser racializados, pertenecientes a un pueblo hipermarginalizado, a nosotras se nos suma la subalternización por género y por cultura. Son muchas las narrativas por detrás de lo que puede afirmar una gitana que dice que la dejen con su vida y no se metan y con apariencia de estar muy bien. Por detrás está la indefensión aprendida, que no necesito explicar, pero que hace que una gitana piense: ¿Para qué haré esfuerzos si nada va a cambiar? Está la profecía autocumplida, que tampoco necesito explicarla —eso es lo bueno de hablar con una psicóloga, pensé, me ahorro explicaciones y citas—. Nadie espera nada diferente de una gitana, ni siquiera ella misma. Está la introyección de los estereotipos, tan común en las minorías subalternizadas. Y está la realidad social: a los gitanos es muy común que no les den trabajo si saben que son gitanos, mismo con formación superior. No son pocos los que pasaron por la universidad y siguen en los mercadillos. No les alquilan viviendas, si les identifican como gitanos. El Secretariado gitano, que es una institución paya, afirma que las estadísticas demostraron que las gitanas en España, hoy en día, dejan la escuela por no conseguir lidiar con el racismo y no porque no les guste estudiar o porque sus padres no las dejen estudiar. Los medios y las instituciones tratan a los gitanos solamente como desviaciones, casos de asistencia social, objetos que necesitan ayuda, cuando deberían ser sujetos que necesitan derechos, reconocimiento y voz. Fíjate que en Portugal, hasta hoy, las cuestiones gitanas son tratadas en instituciones que tratan de temas de los inmigrantes, que en Portugal y España los gitanos ya están desde hace 600 años, que se cumplen el año que viene, y todavía sigue siendo invisibilizada nuestra historia en los currículos escolares.

res, nuestra lengua madre no es reconocida. La historia gitana en España ha sido una de las más crueles. No quiero hablar sobre los detalles de esa historia, sé que nuestro tiempo ya se está por terminar, tampoco vine exactamente para eso. Es una mochila muy pesada la que carga una mujer gitana vaya donde vaya, y es limitante. Genera impotencia, tenemos que luchar contra un antigitanismo estructural y sistémico, que espero yo que no sea crónico. Creo que los profesionales de salud, especialmente de salud mental, deberían tener en cuenta la necesidad de prepararse para lidiar con personas, como las gitanas, que traen narrativas tan distintas. Sería esencial «dejar» estas narrativas sin las gafas sociales que comúnmente llevan puestas las mayorías.

—*Voría, antes de que terminemos por hoy, quisiera preguntarte por qué te viniste a España, no me contestaste y tengo curiosidad.*

El hecho de que me tratara por mi nombre real me dejó muy contenta, así que me sentí a gusto para seguir narrando un poco más. No siempre tengo ganas de contar mi historia, excepto cuando creo que puedo contribuir en algo, para que alguna mente o algunas mentes puedan tomar conciencia sobre el enorme desconocimiento que se tiene sobre el pueblo romaní, incluso el hecho de que somos también muy diversos entre nosotros. Dejo mis pensamientos y le contesto:

—*Me vine a España por una invitación, fui premiada en 2022 por mi investigación doctoral sobre la literatura romaní contemporánea transnacional, como una escritura de deconstrucción y reconstrucción identitaria. El reconocimiento fue otorgado por la fundación pública Instituto de Cultura Gitana de España, que es parte del Ministerio de Cultura. Creo que fue uno de los momentos más emocionantes de mi vida, porque ya había recibido premios por la tesis, pero no habían sido otorgados por mi pueblo. Aquel día, en pleno Museo Reina Sofía, en una ceremonia bellísima, yo, que había sido incluso incomprendida por mi propia familia, que jamás ha aceptado mis elecciones, me encontraba con varios gitanos reunidos que sí podían comprender que no dejamos de ser gitanas si hacemos otros caminos, no esperados por el conservadurismo tradicional. Y aquí*

estoy desde aquel día, ya te diste cuenta que también soy activista.

—*‘Home’ —me dijo ella riéndose —yo admiro tu lucha, y también que la sigas, pese a todas las dificultades e, incluso, traumas como los que te han pasado cuando niña.*

Nos despedimos amablemente, quedamos en vernos para una próxima consulta en algunos días y me quedé un tiempo a solas con mis pensamientos. Caminé hasta un café y me puse a pensar en varios temas relacionados con lo que había hablado con la psicóloga... Pienso que mi pueblo es un pueblo traumado, por todas las secuelas identitarias que ha dejado toda una historia interrumpida y aún inconclusa. Con intentos de culturicidio, asimilación forzada, leyes y pragmáticas crueles, persecuciones de todo tipo, genocidio incluido.

Somos, posiblemente, la última minoría en organizarse para luchar por sus derechos e igualdad, con el factor dificultador de que tenemos que luchar también internamente. El nuestro es un pueblo que ha construido una identidad de resistencia, justo por la historia traumática que hemos vivido como pueblo desde la diáspora de India, ingresando a Europa Occidental en el siglo XV. Esa historia traumática lamentablemente no ha terminado. Pensé en las teorías sobre cómo se conforman las identidades de resistencia y las dificultades que tienen para cambiar.

Pensé también en la simpática psicóloga, no sé su edad, pero no sería ni mucho mayor ni mucho menor que yo, tal vez incluso de la misma edad. Estábamos en situaciones tan distintas en la vida, yo llegando a España, empezando todo otra vez, tanto por reconstruir... Para no pensar más, me pedí un café y escribí una poesía que cerrará el día.

Invisibilizados

¿Qué hay de historia,
en esa mentira?

¿Qué hay de mentira,
en ese cuento?

¿Qué hay de cuento,
en esa narrativa?

¿Qué hay de narrativa,
en esa leyenda?

¿Qué es leyenda,
en ese verso?

¿Qué es verso,
en esa historia?

¿Qué historia,
es memoria nuestra?

¿Qué nuestra será,
si no la narramos?

¿Qué narramos,
si no se escucha?

¿Qué se escucha,
si no tenemos voz?

¿Qué voz tenemos,
si no existimos?

No existimos,
en la historia.

En la historia,
nos inventaron.

Nos inventaron,
para eclipsarnos.

Eclipsados somos,
invisibles.

Bibliografía

Allport, G. W. (1954). *La naturaleza del prejuicio*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Benjamin, W. (2008). Tesis sobre la filosofía de la historia. *Iluminaciones IV*, 15-32. Taurus. (Manuscrito original de 1940).

Caruth, C. (2016). *Experiencia no reclamada: Trauma, narrativa e historia*. Paidós.

Derrida, J. (1971). *De la gramatología*. Siglo XXI Editores.

Grosfoguel, R. (2013). La descolonización del conocimiento: dialogando con Charles Mills. *Tabula Rasa*, 19, 79-96.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (UNESCO), 168, 533-580.

Ricoeur, P. (1996). *Tiempo y narración I: Configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo XXI Editores.

Steele, C. M. (1997). Una amenaza en el aire: cómo los estereotipos moldean la identidad y el desempeño intelectual. *American Psychologist*, 52(6), 613-629. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613>

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.



EL PODER DEL CUIDADO AFECTIVO EN EL ALZHEIMER AVANZADO. DE LA NEUROCIENCIA A LAS POLÍTICAS DE SALUD: UNA MIRADA CLÍNICA Y RELACIONAL

Vanessa Vilas-Riotorto

Psicóloga Clínica y Experta en Neuropsicología en la Sección de Psicología Clínica de la Salud en el Instituto de Neurociencias del Hospital Clínic de Barcelona. Máster en Gestión Hospitalaria y de Servicios Sanitarios por la Universidad de Barcelona

vvilas@clinic.cat

ORCID: 0000-0003-1334-7807

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Vilas-Riotorto, V. (2025). El poder del cuidado afectivo en el Alzheimer avanzado. De la neurociencia a las políticas de salud: una mirada clínica y relacional. *Anuario de Psicología y Salud, 18*, pp. 40-61. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

El Alzheimer avanzado plantea desafíos clínicos, emocionales y sociales que exigen un abordaje integral. Aun con un deterioro cognitivo severo, la respuesta socioafectiva conserva márgenes de funcionamiento que pueden sostener la conexión y el bienestar. Este artículo explora el poder terapéutico del vínculo afectivo en fases avanzadas, integrando hallazgos de la neurociencia —incluido el papel del hemisferio derecho, la teoría polivagal y las neuronas espejo— con la experiencia clínica y el cuidado. Se analiza cómo el cuidado centrado en la empatía y la seguridad emocional impacta en la calidad de vida, incluso cuando el lenguaje verbal se pierde. Desde la perspectiva de la salud pública y la economía del cuidado, se proponen políticas que reconozcan y fortalezcan el rol de cuidadores formales e informales. La convergencia entre ciencia, clínica y acción política es clave para promover un modelo de atención que valore la afectividad como recurso terapéutico esencial en el Alzheimer avanzado.

PALABRAS CLAVE — Alzheimer, cuidado afectivo, neurociencia, apego, políticas de salud.

ABSTRACT

Advanced Alzheimer's disease poses clinical, emotional, and social challenges that require a comprehensive approach. Beyond cognitive decline, neuroaffective capacities often remain and can sustain connection and well-being. This article examines the therapeutic power of attachment in advanced stages, integrating neuroscience findings —including the role of the right hemisphere, polyvagal theory, and mirror neurons— with clinical experience and caregiving. It explores how care grounded in empathy and emotional safety enhances quality of life, even when verbal language is lost. From the perspective of public health and the care economy, the paper proposes policies to recognize and strengthen the role of formal and informal caregivers. The convergence of science, clinical practice, and policy action is essential to foster a care model that values affectivity as a core therapeutic resource in advanced Alzheimer's disease.

KEY WORDS — Alzheimer, affective care, neuroscience, attachment, health policies.

INTRODUCCIÓN

La demencia —con la enfermedad de Alzheimer como causa más frecuente— es uno de los retos más complejos para los sistemas sanitarios y sociales del siglo XXI. A medida que la población envejece, su prevalencia crece de forma sostenida, con efectos directos en la salud pública, la economía y la organización social. En España, las estimaciones institucionales sitúan hoy el número de personas que viven con demencia en torno a 0,83–1,0 millones, y las proyecciones demográficas apuntan a una duplicación hacia 2050, si se mantienen las tendencias actuales (Alzheimer Europe, 2019, 2024). En términos económicos, la evidencia internacional coincide en que la mayor parte del coste social de la demencia no es sanitario, sino que procede del cuidado social y del cuidado informal no remunerado prestado por las familias (*Alzheimer's Disease International*, 2016). En el caso de España, análisis recientes sitúan el coste medio anual por persona en torno a 24.000 €, con aproximadamente el 87 % soportado por los hogares, lo que subraya la necesidad de fortalecer las políticas de apoyo al cuidado y a los servicios de larga duración (CEAFA, 2021).

Más allá de las cifras, el Alzheimer avanzado plantea un desafío ético y humano: ¿cómo acompañar a una persona cuando el lenguaje verbal y muchas capacidades cognitivas se han deteriorado irreversiblemente? En las fases finales, cuando la palabra se diluye y los gestos se reducen a lo mínimo, surge la *falsa percepción* de que la persona «ya no está». La medicina tradicional, centrada en lo biológico y funcional, tiende a confirmar este vacío, relegando la dimensión relacional a un plano secundario. Sin embargo, la investigación en neurociencia contemporánea —incluyendo la teoría polivagal de Stephen Porges, las neuronas espejo, la neurocepción, la intersubjetividad y la neurociencia del apego— cuestiona esta mirada reduccionista. Incluso cuando el discurso se apaga, el cuerpo sigue escuchando: la piel,

la respiración, el ritmo cardíaco y la mirada continúan registrando señales de seguridad o amenaza.

En este contexto, la presencia humana adquiere un valor terapéutico incalculable. Una voz calmada, una mano cálida, un contacto visual sostenido pueden actuar como reguladores emocionales cuando todo parece ausente y perdido. El hemisferio derecho, la red de neuronas espejo y los circuitos autonómicos asociados a la conexión social mantienen, incluso en condiciones de deterioro severo, una ventana o una grieta de acceso a la experiencia afectiva. Estas rutas, menos dependientes del lenguaje, permiten que la persona aún pueda experimentar paz, seguridad y bienestar. Mientras quien cuida recuerda, y reconoce.

Este potencial no siempre se refleja en los modelos de atención actuales, donde la dimensión afectiva del cuidado suele quedar subordinada a aspectos biomédicos y funcionales. Sin embargo, el vínculo humano —entendido como presencia, sincronía emocional y seguridad percibida— constituye un recurso terapéutico de primer orden, capaz de mejorar la calidad de vida, reducir síntomas conductuales y aliviar el sufrimiento, tanto en la persona con Alzheimer como en sus cuidadores.

Comprender por qué el cuidado afectivo mantiene su relevancia terapéutica incluso en fases avanzadas de la enfermedad requiere adentrarse en los fundamentos neurobiológicos de la conexión humana. La investigación de las últimas dos décadas ha aportado evidencias sólidas que vinculan estructuras cerebrales específicas, sistemas neurofisiológicos y redes neuronales con la capacidad de resonar emocionalmente, interpretar señales no verbales y responder a contextos de seguridad o amenaza. Este conocimiento no solo amplía nuestra comprensión clínica del Alzheimer, sino que abre oportunidades concretas para rediseñar las intervenciones y políticas de cuidado.

El presente artículo explora este enfoque desde una doble perspectiva: por un lado, las eviden-

cias neurocientíficas que explican la persistencia de la conexión afectiva en el Alzheimer avanzado; por otro, analiza cómo estas bases pueden y deben traducirse en políticas de salud que reconozcan y fortalezcan el papel del cuidado afectivo. Integrando la clínica, la neurociencia y la economía del cuidado, se proponen estrategias concretas para un modelo de atención integral que sitúe la afectividad en el centro, no como un elemento accesorio, sino como un pilar esencial de la intervención terapéutica y de la acción política.

FUNDAMENTOS NEUROCIÉNTÍFICOS DEL CUIDADO AFECTIVO

1/ Hemisferio derecho y cognición social

En la arquitectura funcional del cerebro, el hemisferio derecho desempeña un papel central en la percepción y procesamiento de la información socioemocional. A diferencia del hemisferio izquierdo, más vinculado al lenguaje y al pensamiento analítico, el hemisferio derecho integra señales visuales, auditivas y somáticas para construir un mapa afectivo del entorno. Esta especialización lo convierte en un mediador principal de la cognición social: la capacidad de reconocer rostros, interpretar expresiones emocionales, captar el tono y la musicalidad de la voz, y percibir matices posturales o gestuales.

En fases avanzadas del Alzheimer, aunque el deterioro cerebral es extenso, investigaciones neurofuncionales han encontrado que ciertas áreas del hemisferio derecho —como la corteza insular, regiones temporales anteriores y estructuras frontoparietales— pueden conservar actividad funcional suficiente para responder a estímulos emocionales no verbales. Este resquicio de función permite que la persona,

incluso sin comprender el contenido literal de las palabras, pueda reaccionar a la calidez de una voz, la suavidad de una caricia o la familiaridad de una presencia cercana.

Desde la práctica clínica, estos hallazgos explican, en mi opinión, por qué un entorno cargado de señales de cuidado —mirada cálida y atenta, postura abierta, contacto físico regulado— puede desencadenar momentos de conexión, calma o incluso de reconocimiento fugaz que las personas cuidadoras reconocen y sienten como genuinas. Quizás, en ese instante, ambas personas se sienten afectivamente reconocidas *en la mirada del otro*. El hemisferio derecho, menos dependiente del lenguaje y más orientado a la experiencia emocional directa, constituye así una vía privilegiada para llegar a la persona cuando otras formas de comunicación se han debilitado o perdido.

En estas fases avanzadas del Alzheimer, la afectación del hemisferio derecho compromete gravemente la interacción emocional y la comunicación no verbal, componentes esenciales del vínculo humano. Comprender este deterioro ayuda a evitar malinterpretaciones («ya no siente», «no reacciona») y orienta a los cuidadores hacia un acompañamiento más sensorial, relacional y compasivo, sabiendo que el cuerpo aún puede sentir incluso cuando la mente ya no puede responder *recíprocamente*.

El afecto no es un lujo: es una vía neurológica de intervención, un derecho humano y una forma de resistencia frente al abandono. La teoría polivagal, las neurociencias del apego, la economía del cuidado y las voces de quienes cuidan nos recuerdan que siempre es posible conectar. Incluso cuando no hay palabras. Incluso cuando lo único que queda es el tacto, la respiración compartida o la mirada silenciosa.

Allí donde el lenguaje y la memoria se borran, el cuidado afectivo escribe su propia forma de permanencia. Es allí, en ese espacio sin palabras, donde el cuidado se convierte en memoria encarnada. Y donde la humanidad sobrevive.

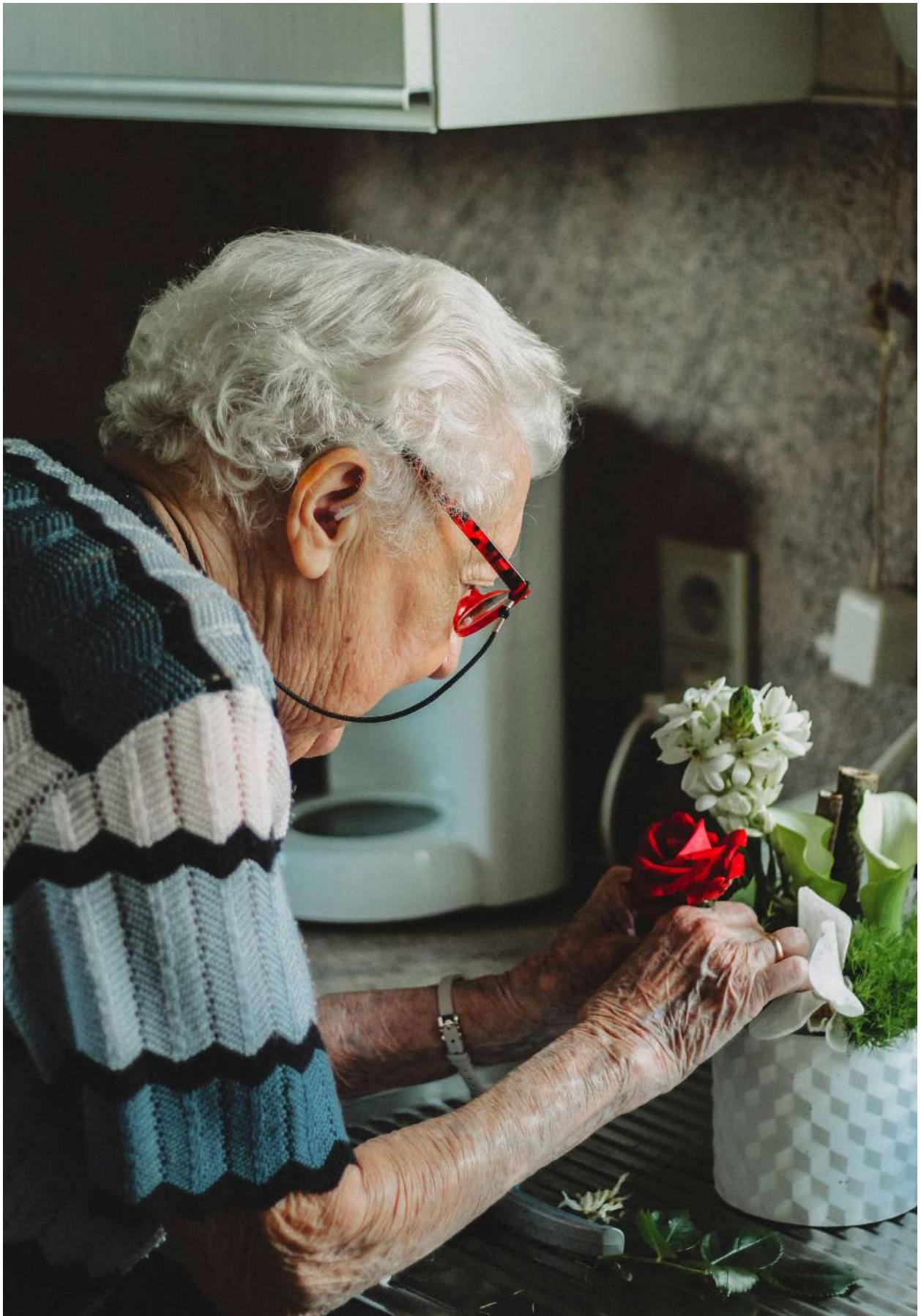


Foto: Fanny Renaud / Unsplash

2/ Teoría polivagal y regulación emocional

La teoría polivagal, desarrollada por Stephen Porges, describe cómo el sistema nervioso autónomo regula nuestras respuestas de conexión social, alerta o defensa. El concepto de neurocepción —la evaluación inconsciente y continua de seguridad o amenaza— resulta clave para comprender la conducta en personas con Alzheimer avanzado.

En entornos de cuidado, la activación del sistema parasimpático ventral, mediada por la rama ventral del nervio vago, favorece estados de calma, cooperación y apertura relacional. Por el contrario, señales percibidas como amenazantes (movimientos bruscos, ruidos intensos, tonos de voz duros) pueden activar circuitos de defensa simpáticos o dorsal-vagales, produciendo agitación, retramiento o desconexión.

Intervenciones como la musicoterapia, el contacto físico afectivo y la modulación prosódica de la voz pueden estimular la vía ventral vagal, regulando el estado fisiológico y emocional. El cuidador, a través de su presencia y coherencia corporal, actúa como un modulador externo de la neurocepción, ofreciendo seguridad cuando la percepción interna de la persona está comprometida.

Una presencia que regula cuando todo parece perdido

En las fases finales del Alzheimer, cuando el lenguaje se disuelve y las conductas se tornan mínimas o ausentes, surge la falsa percepción de que la persona ha dejado de estar. La medicina tradicional tiende a confirmar este vacío, priorizando lo biológico y funcional sobre lo relacional y afectivo. Sin embargo, enfoques como la teoría polivagal de Stephen Porges y la neurociencia del apego cuestionan esta mirada reduccionista y ofrecen una alternativa profundamente humana: incluso cuando la palabra desaparece, el cuerpo sigue escuchando.

Neurocepción y seguridad: cuando el cuerpo sabe lo que la mente ya no puede nombrar

Según la teoría polivagal, nuestro sistema nervioso autónomo tiene la capacidad de detectar señales de seguridad o amenaza incluso sin mediación consciente, un proceso llamado neurocepción. En el Alzheimer avanzado, el sistema vagal ventral —asociado al bienestar y la conexión social— puede seguir activándose mediante claves afectivas: una voz suave, un contacto físico respetuoso o una mirada intencionada y presente. Estas señales regulan no solo las emociones, sino también funciones fisiológicas como la respiración y el ritmo cardíaco.

3/ Neuronas espejo y preservación de la empatía

Las neuronas espejo, explicadas de forma muy breve en este apartado, fueron inicialmente localizadas en la corteza premotora y parietal, y permiten «simular» internamente las acciones, intenciones y emociones de los demás. Este sistema sostiene la resonancia afectiva: la capacidad de sentir lo que otro experimenta (Bonini et al., 2022). Como desarrolla Marco Iacoboni en *Las neuronas espejo: empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros* (2009), se trata de un sustrato neurobiológico clave para la empatía y la comprensión intersubjetiva.

En el Alzheimer avanzado, la degradación de las redes de memoria declarativa no implica necesariamente la total desaparición de este sustrato *empático*. Probablemente la activación de neuronas espejo puede mantenerse parcialmente, permitiendo que gestos simples —una sonrisa, un arrullo, un suspiro compartido— despierten respuestas de sintonía emocional.

Para el cuidador, comprender este mecanismo significa reconocer que la persona puede seguir sintiendo junto a él, aunque no pueda expresarlo verbalmente. En la práctica, este hallazgo subraya la importancia de la cohe-

rencia emocional: el estado interno del cuidador puede influir en la respuesta de la persona cuidada.

4/ Fenomenología del vínculo y mente encarnada

En palabras de Siri Hustvedt en *La mujer temblorosa* (2020): «Estamos habitados, ocupados, somos seres plurales y siempre vivimos en relación con ese mundo exterior que percibimos como seres corporales y no solamente como cerebros».

La fenomenología contemporánea ofrece un marco potente para explicar por qué el vínculo conserva eficacia clínica cuando el lenguaje se pierde. Siguiendo a Thomas Fuchs (2016), la intercorporeidad describe cómo, en el encuentro cara a cara, los cuerpos se acoplan en una coordinación tónica y rítmica. Nos recuerda el proceso por el que los afectos surgen y se modulan en la interacción como una resonancia corporal compartida, sin requerir inferencias conscientes sobre «estados mentales ocultos». En la misma línea, la cognición es indisoluble del cuerpo (Merleau-Ponty en *Fenomenología de la percepción*; citado en Fuchs, 2016). En la demencia avanzada, esa «mente encarnada» mantiene abiertos canales no verbales por los que aún circulan señales de seguridad. Aun cuando el lenguaje verbal se suspende, el lazo persiste y se expresa desde lo encarnado.

En coherencia con la noción de *mente encarnada*, Antonio Damasio propone la hipótesis del *marcador somático*: las señales viscerales y sensoriales orientan atención, decisión y conducta incluso cuando el razonamiento explícito está limitado. En demencia avanzada, esta perspectiva ayuda a entender la eficacia de intervenciones que modulan el cuerpo (prosodia, ritmo, tacto consentido, música).

Por su parte, Joseph LeDoux distingue entre respuestas defensivas no conscientes organizadas por circuitos subcorticales (p. ej., amígdala

y redes asociadas) y la experiencia consciente de las emociones apoyada en redes corticales. Su planteamiento de vías rápida y lenta de procesamiento de claves de amenaza explica reacciones de sobresalto, agitación o congelación ante estímulos bruscos (ruidos, tonos duros, movimientos rápidos), incluso cuando el lenguaje está muy deteriorado. En la práctica, esto refuerza la necesidad de ambientes previsibles y señales de seguridad para prevenir la activación defensiva y facilitar la corregulación.

5/ Neuroplasticidad y estimulación afectiva

Incluso en fases avanzadas de demencia, el cerebro conserva cierto grado de neuroplasticidad o mecanismos de compensación. Programas de estimulación multisensorial —que combinan tacto, sonido, luz, aroma y movimiento— han demostrado beneficios en la regulación emocional, la reducción de agitación y la mejora del bienestar subjetivo. Estas intervenciones no solo buscan preservar funciones residuales, sino también generar asociaciones emocionales positivas o reducir el malestar físico, lo que favorece una mejor calidad de vida. La clave es la personalización: el estímulo debe tener valor para la persona, evocando experiencias seguras y placenteras que activen sus circuitos emocionales intactos o en *modo supervivencia*.

Hasta en el Alzheimer avanzado, persisten rutas cerebrales y fisiológicas capaces de sostener la respuesta emocional, pensemos en la sonrisa como signo clínico. Así, el cuidado —entendido como práctica de acompañamiento afectivo y corporal— puede seguir activando circuitos emocionales de seguridad y conexión, ofreciendo bienestar incluso cuando las funciones cognitivas superiores ya no están disponibles. El hemisferio derecho mantiene cierto potencial para decodificar señales afectivas; la teoría polivagal explica cómo un entorno seguro modula la respuesta autonómica; las neuronas espejo permiten resonar con la emo-

ción ajena y desconocemos el grado de permanencia del yo y la intersubjetividad porque es un *mapa incógnito* con nuestras herramientas de investigación actuales. Aunque desde un modelo científico, las preguntas deben seguir guiando nuestra búsqueda de respuestas.

Sin embargo, ni estos hallazgos ni hallazgos futuros tienen valor si no se traducen en políticas y prácticas concretas de cuidado. El puente entre la ciencia y la vida cotidiana de las personas con Alzheimer se construye a través del vínculo humano. No se trata solo de «hacer por» la persona, sino de «estar con» la persona de manera que la presencia, el tono, el ritmo y la sintonía emocional se conviertan en verdaderos instrumentos terapéuticos y de cuidado.

Con esta base, pasamos de los mecanismos cerebrales a la dimensión relacional, donde la teoría del apego, la comunicación no verbal y las intervenciones basadas en la presencia ofrecen claves esenciales para acompañar cuando las palabras ya no están disponibles.

EL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

1/ Teoría del apego (Bowlby, Schore)

La teoría del apego, formulada por John Bowlby y ampliada por Allan Schore, sostiene que el ser humano nace con un sistema biológico orientado a buscar proximidad y seguridad para regular el estrés a través de vínculos significativos. Un apego seguro en la infancia constituye la base para explorar el entorno, gestionar la angustia y establecer relaciones saludables a lo largo de la vida.

En el Alzheimer avanzado, este sistema no desaparece; por el contrario, puede activarse con facilidad debido a la incertidumbre, las

pérdidas funcionales y la desorientación. Desde la neuropsicología afectiva, Schore subraya que estos procesos están fuertemente mediados por el hemisferio derecho y la comunicación no verbal (Schore, 2019). De ahí que la presencia corporal del cuidador y su tono prosódico regulen con más eficacia que el contenido literal de las palabras.

Aunque la capacidad cognitiva para elaborar o recordar vínculos esté comprometida, algunos mecanismos emocionales y neurofisiológicos asociados al apego pueden permanecer activos. En la práctica clínica, esto permite recrear microclimas de seguridad que amortiguan la ansiedad, reducen las conductas disruptivas y favorecen momentos de calma o conexión. El cuidador, actuando como figura de apego, se convierte en regulador externo del estado emocional cuando la autorregulación interna está disminuida.

El efecto de esta base segura trasciende lo inmediato: un entorno afectivamente estable puede atenuar la velocidad del deterioro funcional y mejorar la respuesta a intervenciones no farmacológicas. Así, el vínculo no solo sostiene la calidad de vida, sino que modula la experiencia del deterioro.

1.1 — Activación del apego en demencia: evidencia observacional (Cassidy y Shaver, 2008)

El *Handbook of Attachment* de Cassidy y Shaver (2008) recoge descripciones clínicas y estudios de campo que muestran conductas de apego claras en residencias y hospitales: búsqueda de contacto, seguimiento, llamadas/vocalizaciones y protesta ante la separación. En el trabajo clásico de Miesen (1992) se aplicó un procedimiento estandarizado de visita (análogo a la Strange Situation de Ainsworth) con tres condiciones: sola, con investigador y con familiar. El momento crítico era el anuncio de la salida del familiar, que activaba de manera fiable el sistema de apego y generaba conductas de proximidad y protesta. Las personas

con mejor funcionamiento cognitivo mostraban con más frecuencia «fijación parental» (invocación de figuras de apego, incluso fallecidas) como intento de regular miedo e incertidumbre (Miesen, 1992, citado en Cassidy y Shaver, 2008).

1.2 — Representaciones adultas de apego y calidad del cuidado

Cassidy y Shaver (2008) señalan que las representaciones de apego en la adultez —evaluadas con la Adult Attachment Interview (AAI) — se asocian con la responsividad y disponibilidad. En el estudio *Daughters of Parents with Dementia* (Steele et al., 2004), resumido en Cassidy y Shaver (2008), una mayor coherencia del discurso en la AAI —indicador de un estado de apego adulto más integrado— se relaciona con mayor responsividad y disponibilidad durante las visitas y con mejores valoraciones globales del vínculo. En conjunto, sugiere que representaciones de apego más organizadas ayudan al cuidador a evitar el desbordamiento emocional, interpretar con mayor precisión las señales del familiar y mantener la autorregulación ante la imprevisibilidad propia de la demencia (Steele y cols., 2004, citado en Cassidy y Shaver, 2008).

Las descripciones de Dasha Kiper (2023) en *Viajes a tierras inimaginables* ayudan a ver lo que la teoría del apego anticipa: en la demencia, no solo se activa el sistema de apego de la persona afectada, también el del cuidador. Cuando la enfermedad introduce incertidumbre y pérdidas, el cuidador tiende a buscar control para calmar su propio miedo; a veces lo hace corrigiendo, insistiendo o explicando una y otra vez, con la esperanza de «traer de vuelta» a la persona. Desde el modelo de apego, eso puede leerse como hiperactivación ansiosa o como inhibición evitativa (distanciamiento afectivo cuando el dolor desborda). En ambos extremos, la corregulación se resiente: la persona percibe el apremio o la retirada y aumenta su propia búsqueda de seguridad.

Dasha Kiper recoge, además, fenómenos descritos por Miesen (1992, citado en Cassidy y Shaver, 2008) la llamada «fijación parental» —invocar a la madre/padre o buscar una base segura en objetos y rutinas— como intento de regulación ante la confusión. En términos prácticos, la protesta ante la separación (llamadas, deambulación, seguimiento) es menos un «síntoma» y más una señal de apego. La intervención eficaz no es tanto corregir o convencer, sino ofrecer base segura: presencia, previsibilidad, un anclaje prosódico y objetos de continuidad con la autobiografía.

La autora también recuerda que, bajo estrés, los cuidadores recurren a atajos cognitivos («hacer lo de siempre», «explicar otra vez») que funcionan en situaciones normales, pero fracasan cuando el lenguaje y la memoria están dañados. La alternativa es pasar de «corregir» a validar y acompañar: reconocer el estado, marcar afectivamente («estoy aquí»), interacción con voz lenta, pausas y redirigir con claves sensoriales significativas (música, fotos, tacto consentido).

1.3 — Inversión del apego y base segura en la vejez

En las últimas etapas del ciclo vital se puede producir una inversión del apego en la que los hijos adultos pasan a funcionar como figuras de apego para sus padres (Cassidy y Shaver, 2008). En demencia avanzada, esta inversión se vuelve estructural: la persona busca en el cuidador una base segura desde la que «explorar» un mundo sensorialmente confuso. Dicha base se construye menos con explicaciones y más con señales corporales y rítmicas (mirada, postura, contacto dosificado, prosodia), en línea con el modelo propuesto por Schore y la Teoría Polivagal de Porges.

El cuidador también necesita una base segura. Su propio sistema de apego se activa; conviene cuidar al cuidador (tiempo, espacios de apoyo, psicoeducación, respiro) para sostener la corregulación.

DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

1/ Economía del cuidado

Mazzucato plantea que **la salud y el cuidado generan «valor público»** y que la economía debe **medir lo que importa** con métricas más allá del PIB, incorporando el aporte de los cuidados —mayoritariamente femeninos— como infraestructura esencial para el bienestar y la productividad colectiva. Propone **políticas orientadas por misiones** y métricas de co-creación público-comunitaria para guiar inversión y evaluación.

En una sociedad cada vez más envejecida y con un aumento progresivo de enfermedades crónicas complejas, los cuidados informales se erigen como un pilar esencial —aunque muchas veces invisible— del bienestar social y del sostenimiento del sistema de salud. Su contri-

bución diaria, silenciosa y constante permite evitar hospitalizaciones, mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y sostener la cohesión social.

Los costes directos asociados a la demencia incluyen hospitalizaciones, consultas, medicamentos y recursos sociosanitarios. Sin embargo, el peso económico real se concentra en los costes indirectos: tiempo no remunerado dedicado al cuidado, reducción o pérdida de ingresos laborales, renuncia a oportunidades profesionales y desgaste físico y emocional del cuidador. Según datos recientes, el 87 % del coste anual total de la atención en Alzheimer es asumido por las familias.

Desde una perspectiva macroeconómica, la contribución de los cuidados informales es inmensa: su ausencia implicaría un incremento insostenible de la demanda asistencial en el sistema público. Sin embargo, esta aportación sigue siendo infravalorada en las estadísticas oficiales y escasamente contemplada en las políticas públicas.

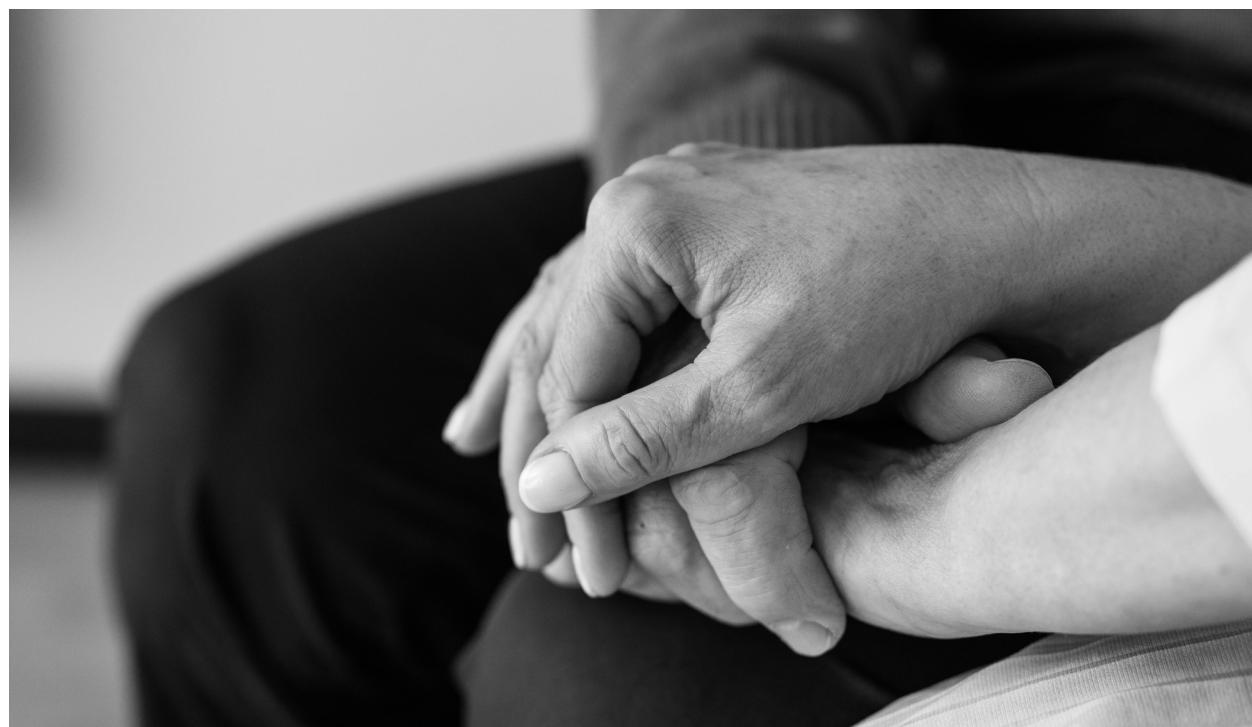


Foto: Pexels / Pavel Danilyuk

2/ Sobrecarga y salud de cuidadores informales

El rol de cuidador, particularmente en la demencia avanzada, conlleva una carga física, emocional y social de gran magnitud. Con frecuencia, esta sobrecarga se traduce en el llamado *síndrome del cuidador*, un conjunto de malestares que incluyen agotamiento, sentimientos de soledad, depresión, ansiedad y un deterioro progresivo de la salud física. La atención continuada, muchas veces sin apoyos ni relevo adecuados, sitúa a la persona cuidadora en una posición de vulnerabilidad que la convierte en una «paciente oculta» y «silenciada» dentro del sistema sanitario.

La sobrecarga del cuidador, el bienestar psicológico y los aspectos negativos del cuidado sobre la salud se correlacionaron moderadamente con la calidad de vida de los cuidadores informales. Los factores asociados a la demencia, incluyendo el curso de la enfermedad y su severidad con la presencia de síntomas neuropsicológicos, pueden afectar negativamente el rol del cuidador informal y producir una baja autopercepción de calidad de vida; por lo tanto, el apoyo social y profesional para los cuidadores informales es fundamental (Frias, Cabrera y Zabalegui, 2020).

A pesar de este impacto, el apoyo estructural es limitado. La disponibilidad de servicios de respiro, el acceso a atención psicológica y programas de formación en cuidados especializados son aún desiguales entre regiones y, con frecuencia, insuficientes. Incluir los resultados en salud de las personas cuidadoras en los modelos de gestión y reconocer la salud del cuidador como un objetivo prioritario de las políticas públicas no solo es un acto de justicia social, sino también una inversión en la sostenibilidad del cuidado y del propio sistema sociosanitario ante esta crisis anunciada, ya mucho antes de la pandemia COVID que tambaleó las bases de nuestra sociedad y nuestro sistema sanitario, y por tanto nuestra vida en democracia.

3/ Desigualdades de género

El cuidado informal en España —y en la mayor parte del mundo— continúa recayendo de forma predominante en las mujeres, lo que perpetúa desigualdades estructurales en salud, ingresos, oportunidades laborales y pensiones futuras. Tal como evidencia la revisión sistemática y metaanálisis de Duangjina y cols. (2025), las mujeres asumen una carga de cuidados significativamente mayor, lo que incrementa su vulnerabilidad a la sobrecarga, el deterioro de la salud y la exclusión social. Esta realidad, marcada por la precariedad y la invisibilidad de los cuidados en el ámbito doméstico, coloca a muchas cuidadoras en riesgo de empobrecimiento y marginalidad a largo plazo.

Incorporar una perspectiva de género en las estrategias de cuidado es imprescindible para romper este ciclo. Ello implica reconocer formalmente el trabajo de cuidado, redistribuir responsabilidades entre géneros, promover servicios públicos universales de apoyo y establecer incentivos que compensen el impacto laboral y económico que asumen las cuidadoras.

4/ La economía del cuidado como soporte del cuidado afectivo en el Alzheimer avanzado

4.1 — Por qué importa para el Alzheimer

El cuidado es la base que sostiene la vida cotidiana y tiene un componente explícitamente *relacional* que lo diferencia de otros trabajos: atender necesidades físicas, psicológicas y emocionales para sostener autonomía y sentido de seguridad; justo el núcleo del acompañamiento en demencia avanzada.

A escala mundial, la economía del cuidado genera unos **381 millones de empleos (11,5 % del total)** y el cuidado no remunerado se estima en **11 billones USD (United States**

Dollar, por sus siglas en inglés) anuales; su relevancia macroeconómica y social convierte cualquier estrategia de atención al Alzheimer y otras demencias en política de país.

4.2 — Déficits de «trabajo decente» que afectan la calidad asistencial

El sector de los cuidados afronta escasez de personal, rotación elevada, jornadas extensas y riesgos psicosociales. En cuidados de larga duración europeos se han documentado agresiones verbales y físicas al personal y en todo el mundo los déficits son más agudos en la economía informal.

4.3 — Demografía, cuidados de larga duración y planificación

Care work and care jobs for the future of work (Trabajo y empleo en el sector de la prestación de cuidados para el futuro del trabajo) es un informe de la Organización Mundial del Trabajo (OIT) que analiza detalladamente el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado y su relación con el mundo de trabajo en transformación.

Según este informe el envejecimiento acelera la **demandas de cuidados**: de 2.100 millones de personas con necesidades en 2015 pasará a 2.300 millones en 2030, con especial presión en los cuidados de larga duración. Se requiere de planificación pública para acceso a estos cuidados sin cargas financieras excesivas.

4.4 — Tecnología: útil, pero no sustituye el vínculo

La teleasistencia, la monitorización y la robótica alivian tareas, pero **no sustituyen la naturaleza relacional del cuidado**; su impacto positivo depende de formación y de cerrar brechas digitales.

4.5 — Género y migración

En España en el sector de los cuidados más del 85 % de las profesionales son mujeres, la mitad de ellas tiene más de 45 años y una de cada cuatro es migrante. El trabajo de cuidado está altamente feminizado (las mujeres realizan ~76 % del cuidado no remunerado) y presenta brechas salariales y de formalidad; los trabajadores migrantes están sobrerepresentados en domicilios y residencias y sufren mayor riesgo de explotación y violencia. Un trabajo que hace enfermar: más estrés, medición y bajas. Políticas de igualdad salarial, formalización y protección migratoria son determinantes.

Enfoque de las «5 R» de la OIT para el cuidado: **Reconocer** el cuidado; **Reducir** cargas innecesarias; **Redistribuir** entre Estado, mercado y hogares (y entre géneros); **Recom-pensar** con salarios y derechos; **Represen-tar** a los cuidadores en el diálogo social.

En síntesis, reconocer, apoyar e integrar el cuidado informal en el diseño de políticas públicas no solo mejora la calidad de vida de quienes cuidan y de quienes son cuidados, sino que también fortalece la sostenibilidad, la eficiencia y la equidad del sistema sanitario. Transformar el actual modelo de cuidados en un sistema más cercano y comunitario y, a la vez, mejorar la calidad del empleo de las personas que trabajan en el sector de los cuidados de larga duración es una condición necesaria para un modelo de atención a la demencia que sea verdaderamente humano, sostenible y justo.

NEUROPOLÍTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

El abordaje del Alzheimer avanzado no puede limitarse a la práctica clínica o al esfuerzo individual de las familias. Requiere un marco



Foto: Pexels / Diogo Miranda

político que traduzca la evidencia científica y la realidad social en estrategias sostenibles, equitativas y basadas en derechos. La **neuropolítica** —la intersección entre neurociencia, políticas públicas y ética del cuidado— aporta un enfoque que reconoce la influencia de las condiciones sociales, económicas y culturales en la salud y en la calidad de vida.

1/ Estrategias nacionales de demencia

En España, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias reconoce la necesidad de un diagnóstico temprano, atención integral y apoyo a cuidadores, pero su implementación presenta brechas estructurales e históricas significativas. Persisten desigualdades territoriales en el acceso a especialistas, programas comunitarios y servicios de respiro, lo que genera un mapa asistencial fragmentado y desequilibrado, signo de clara inequidad en un derecho a la atención en salud que debe ser un derecho garantizado.

El diagnóstico temprano sigue siendo un reto: más del 50 % de los casos se detectan en fases avanzadas, perdiéndose oportunidades de intervención preventiva y de planificación de cuidados con voluntades anticipadas. La equidad territorial debe ser un eje central, garantizando que toda persona con síntomas de demencia, viva donde viva, tenga acceso a diagnóstico, tratamiento y apoyo social sin demoras.

2/ Lecciones de la Ley ELA

Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible. *Boletín Oficial del Estado*, 263.

La Ley 3/2024 de ELA y su plan de despliegue ofrecen anclajes valiosos para el campo del Alzheimer, entre otros:

- Coordinación interministerial entre Sanidad, Derechos Sociales y otras áreas para integrar recursos sanitarios y sociales.
- Reconocimiento automático del 33 % de discapacidad para reducir trámites y acelerar el acceso a prestaciones.
- Creación de un Banco Público de Apoyos, con ayudas técnicas, asistencia domiciliaria y servicios de respiro, coordinados con las comunidades autónomas.

En la Enfermedad de Alzheimer se podría reducir de manera inmediata las barreras burocráticas y mejorar la respuesta del sistema, especialmente en fases avanzadas donde la agilidad en el acceso a recursos es urgente y determinante.

3/ Plan de Acción de Salud Mental y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

El Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027 subraya la necesidad de modelos comunitarios, centrados en la persona y basados en derechos humanos. Este marco encaja con las recomendaciones de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Un editorial en *JAMA (Journal of the American Medical Association)* subraya que «**la evidencia es suficiente** para implementar paquetes de salud cerebral en Atención Primaria y comunidad» (Schott, 2025). «Las intervenciones multicomponente **mejoran** la cognición en mayores de alto riesgo, con **mayor efecto** en programas **estructurados**» (Baker y cols., 2025). Integrar el Alzheimer en esta agenda implica reconocer el cuidado como un derecho y no solo como un servicio. También supone alinear las políticas de demencia con las de envejecimiento activo, garantizando participación social, entornos amigables, igualdad de género y acceso equitativo a servicios.

4/ Propuestas de política de cuidados

En línea con la propuesta de Mazzucato, **la economía del cuidado** debe incorporarse explícitamente a la **contabilidad del valor público**, reformando los sistemas de indicadores para que el impacto sanitario, social y relacional del cuidado —hoy invisibilizado— oriente la planificación y la financiación.

Para que el cuidado afectivo y la atención integral se consoliden como parte de la política pública, se proponen medidas concretas:

- **Incorporar indicadores de calidad afectiva** en la evaluación de centros y servicios, midiendo aspectos emocionales, trato digno y satisfacción de cuidadores y personas atendidas.
- **Financiar programas comunitarios estructurados de estilo de vida** (modelo POINTER) integrados en centros de salud y redes locales (deporte, nutrición, mayores), con **indicadores de calidad y adherencia** y acceso equitativo por territorio (Baker et al., 2025; Schott, 2025).
- **Financiación estable y finalista** para servicios comunitarios y de proximidad, evitando que dependan de proyectos temporales.
- **Formación obligatoria** en comunicación no verbal, teoría del apego y teoría polivagal para profesionales y cuidadores formales.
- **Perspectiva de género transversal** en todas las políticas de cuidado, con medidas para redistribuir responsabilidades y compensar el impacto económico sobre las mujeres.

En resumen, según Mazzucato, **medir lo que importa** implica reconocer el cuidado como **infraestructura económica**, no como un coste residual. La política sanitaria y social debe pasar de la retórica a la acción, integrando la ciencia del cuidado afectivo en estrategias de gran escala. La sostenibilidad

del sistema, la equidad territorial y la justicia con perspectiva de género dependen de reconocer que cuidar bien no es solo asistir: es también garantizar entornos seguros, vínculos significativos y apoyos estructurales para quienes cuidan.

PROYECTOS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

La atención al Alzheimer avanzado requiere un modelo que combine prevención, diagnóstico temprano, atención centrada en la persona, apoyo a cuidadores e innovación tecnológica y social. No se trata solo de sumar recursos, sino de alinear ciencia, práctica clínica y políticas públicas para garantizar cuidados que sean al mismo tiempo efectivos, humanos y sostenibles.

1/ Prevención y diagnóstico temprano

La prevención empieza mucho antes de la aparición de síntomas, actuando sobre factores de riesgo modificables como pérdida de audición, problemas de visión, hipertensión, colesterol elevado, diabetes, obesidad, tabaquismo, aislamiento social y depresión. Incorporar cribados sistemáticos en atención primaria —incluyendo test cognitivos breves y evaluación de factores sensoriales y cardiovasculares— permitiría detectar deterioro cognitivo leve y actuar de manera precoz.

Evidencia reciente de intervención multicomponente respalda que cambios conductuales combinados —actividad física regular, dieta tipo MIND, estimulación cognitiva y social, y control de factores cardiometabólicos— **mejoran la función cognitiva** en personas mayores con **alto riesgo de deterioro**, con efectos mayores cuando el programa es **estructurado y acompañado** (U.S. POINTER, JAMA, 28/07/2025). Aunque el

ensayo no incluyó un grupo sin intervención (lo que obliga a interpretar con prudencia la magnitud absoluta), el hallazgo es **coherente** con la prevención cardiovascular y con la Comisión Lancet 2024 (factores modificables), y refuerza la **necesidad de escalar protocolos comunitarios** de estilo de vida con seguimiento profesional desde Atención Primaria y recursos locales (Baker et al., 2025; Schott, 2025).

La prevención para las personas cuidadoras incluye los recursos y apoyos estructurales para quienes cuidan, cargando sobre sus hombros una inmensa responsabilidad del conjunto de una sociedad democrática. Recordemos que las mujeres como “pacientes ocultas”, además, tienen mayor probabilidad de vivir con Alzheimer.

La formación continua de médicos de familia, enfermería y otros profesionales de atención primaria es clave para reconocer signos iniciales, derivar a especialistas y orientar a las familias sobre recursos disponibles. La evidencia muestra que un diagnóstico temprano no solo optimiza el manejo clínico, sino que también mejora la planificación de cuidados y el bienestar de cuidadores y personas afectadas.

2/ Atención centrada en la persona y en el vínculo

Un modelo de atención integral debe construir planes de cuidado individualizados, elaborados con la participación activa de la persona (cuando sea posible) y su red de apoyo. Estos planes deben contemplar no solo aspectos médicos y funcionales, sino también preferencias personales, historia vital y vínculos afectivos significativos.

En *Viajes a tierras inimaginables*, Dasha Kiper recoge con lucidez y compasión las paradojas emocionales que viven los cuidadores de personas con demencia. El libro explora cómo el vínculo afectivo se sostiene incluso cuando la mente se *desintegra*, y cómo los cuidadores tran-

sitan una especie de duelo en vida. A través de relatos íntimos y análisis psicológicos profundos, Kiper revela una verdad fundamental: cuidar es convivir con la contradicción, con el amor que duele y con la esperanza que resiste.

La **dimensión afectiva** del cuidado debe integrarse como estándar de calidad en todas las fases, favoreciendo entornos seguros y predecibles. Esto exige un cambio cultural: pasar de una atención centrada exclusivamente en tareas a un modelo que valore la presencia, la conexión y el bienestar emocional como indicadores de éxito.

Dignidad relacional: el derecho a seguir sintiendo

Desde esta perspectiva, la dignidad no se define por la capacidad de hablar o razonar, sino por la capacidad de ser sentido/reconocido o recordado y de sentir. El Alzheimer no borra al individuo ni su historia: la esconde bajo capas de silencio. Acompañar a quien está en esa bruma no es un acto simbólico, sino una forma radical de reconocer su existencia.

Según la teoría polivagal, nuestro sistema nervioso autónomo tiene la capacidad de detectar señales de seguridad o amenaza incluso sin mediación consciente, un proceso llamado neurocepción. En el Alzheimer avanzado, el sistema vagal ventral —asociado al bienestar y la conexión social— puede seguir activándose mediante claves afectivas: una voz suave, un contacto físico respetuoso o una mirada presente. Estas señales regulan no solo las emociones, sino también funciones fisiológicas como la respiración y el ritmo cardíaco.

A través de estos canales, la comunicación emocional no verbal puede *seguir viva*, funcionando como un anclaje somático a la realidad relacional. Lejos de ser un «cuerpo sin mente», la persona en esta etapa sigue siendo un sujeto de experiencia, regulado —y reconocido— por la presencia del otro.

En una sociedad que suele medir el valor de la vida por su productividad, el cuidado afectivo en el Alzheimer avanzado se convierte en un **acto político**: urge integrar una mirada que priorice la relación, el vínculo y la seguridad emocional como **elementos clínicos**, no accesorios.

3/ Formación y apoyo a cuidadores

El rol de cuidador requiere competencias específicas en comunicación no verbal, manejo emocional y comprensión de los principios de la teoría del apego y la teoría polivagal. Programas de formación estructurada —accesibles de forma presencial y online— pueden mejorar la calidad del cuidado y reducir la sobrecarga emocional.

El apoyo a cuidadores debe incluir servicios de respiro, atención psicológica e **incentivos**

fiscales que compensen la pérdida de ingresos y el impacto laboral del cuidado. Estas medidas no solo protegen la salud de quienes cuidan, sino que fortalecen la sostenibilidad del sistema sanitario al prevenir el agotamiento y la institucionalización prematura.

4/ Innovación tecnológica y social

La telemedicina y las plataformas de seguimiento permiten monitorizar síntomas, ajustar tratamientos y ofrecer apoyo sin necesidad de desplazamientos, reduciendo costes y mejorando el acceso en zonas rurales o con menor disponibilidad de especialistas.

El uso de herramientas de **inteligencia artificial** puede ayudar a personalizar intervenciones, identificar patrones de comportamiento y predecir necesidades de cuidado. Estas tecnologías deben complementarse con soluciones sociales y comunitarias, como **redes de apo-**



Foto: Pexels / Shvets Production

yo entre cuidadores y comunidades, que fomenten el intercambio de experiencias, el aprendizaje mutuo y la creación de entornos de cuidado más colaborativos.

CONCLUSIONES

El cuidado afectivo no es un gesto accesorio ni un mero complemento del abordaje clínico del Alzheimer avanzado: es un **recurso terapéutico con base científica**. La evidencia muestra que, incluso cuando las capacidades cognitivas y el lenguaje verbal se deterioran de forma severa, persisten circuitos cerebrales y fisiológicos que sostienen la conexión emocional. El hemisferio derecho, las neuronas espejo y los mecanismos de regulación descritos por la teoría polivagal pueden ofrecer vías para llegar a la persona, mejorar su bienestar y disminuir el sufrimiento.

Este conocimiento obliga a replantear la organización de la atención. La política pública debe reconocer el valor del cuidado afectivo, integrándose en la planificación sanitaria y social como un estándar de calidad, junto con estrategias de prevención, diagnóstico temprano, apoyo a cuidadores e innovación tecnológica y comunitaria. La sostenibilidad del sistema pasa por reconocer también el papel de los cuidados informales, garantizar su apoyo estructural y corregir las desigualdades de género que los atraviesan.

El futuro de la atención al Alzheimer avanzado dependerá de la **convergencia entre evidencia científica, práctica clínica y compromiso político**. Solo una alianza entre estos tres pilares permitirá construir un modelo de atención integral, centrado en la persona y en el vínculo, capaz de responder al desafío demográfico y ético que plantea la demencia en el siglo XXI. Apostar por este modelo es, en última instancia, apostar por una sociedad que cuida y se cuida, reconociendo

que, incluso cuando el lenguaje y la memoria se desvanecen, el afecto permanece.

EPÍLOGO – CIENCIA, POESÍA, MÚSICA Y EL RELATO QUE SOSTIENE (CON IONA HEATH Y MAVIS STAPLES)

Cuando la palabra se apaga, la voz cálida y el contacto dosificado siguen siendo claves de seguridad somática. Pero el final de la vida también es parte de nuestro relato. Como recuerda Iona Heath, morir con dignidad exige devolver a la persona su biografía: que la vida pueda contarse hasta en su último tramo.

Prioridades al final de la vida:

Heath subraya una serie de puntos que desean muchas personas para el final de su vida y que se podrían incluir en el cuidado de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fase avanzada.

1. Permanecer en casa o en un lugar seguro.
2. No morir en soledad: estar acompañadas por a quienes aman.
3. Comunicación no verbal y tacto cuando las palabras faltan; la presencia cuenta tanto como el discurso.
4. Memoria compartida «en las profundidades del cuerpo».

Narrar fortalece. «Lo que se expresa se fortalece; lo que no se expresa tiende a la inexistencia». Expresar —con palabras, música o gestos— consolida el sentido y ofrece calma al paciente y a la familia. Cuando la persona ya no puede hablar, los otros continúan el relato: nombran, recuerdan, arropan con prosodia y

silencios habitables. La «verdad» del final es como una pieza musical repetida.

Contra la negación de la muerte. Heath advierte que la obstinación terapéutica —reanimaciones, sondas o tubos forzados en demencia avanzada— suele nacer de no aceptar que la muerte forma parte del relato. Frente a ello, propone proporcionalidad, confort y coherencia biográfica: aliviar, acompañar, permitir despedidas, y priorizar lo que la persona consideraba valioso.

Justicia y políticas públicas que aúnen la complementariedad de ciencia y poesía, que en su aceptación original es en sí misma hacer (*poiesis, pragmática*). Morir bien no puede ser un lujo. Hace falta garantizar cuidados paliativos accesibles, apoyo domiciliario, tiempos de acompañamiento y espacios para el duelo. Integrar estos estándares en los planes de demencia y salud mental —con indicadores de calidad afectiva— es una cuestión de derechos.

Puente con la neurociencia del cuidado

La propuesta de Heath converge con lo ya expuesto:

- La prosodia y el tacto seguro activan la vía vagal ventral (seguridad).
- La base segura (apego) permite tolerar la despedida y transitar las emociones compartidas de un duelo que se inicia en vida.
- Optimizar el sistema de conexión social latente (neurocepción, seguridad) favorece la reducción del estrés y eventos físicos asociados, así como un mejor abordaje de las alteraciones comportamentales.
- Cuidar la prosodia: voz lenta, melodiosa, silencios que envuelven.
- Permitir el tacto, la piel compartida, y la respiración acompañada.

- La música y los rituales (álbumes, rituales de despedida) funcionan como anclajes multisensoriales.
- Documentar preferencias y límites de intervención para evitar la desproporción.

Así, el cuidado afectivo se vuelve relato encarnado: la voz como refugio, y el vínculo como forma de justicia en el final de la vida. Con Heath, sabemos que morir importa no solo por cómo termina, sino por cómo cuidamos lo vivido mientras termina.

Música que regula: la voz como refugio somático

Incluso cuando se desvanecen el lenguaje y la memoria, lo que permanece —si se respeta— es la dignidad. Porque no se mide por lo que alguien recuerda o dice, sino por el modo en que es mirado, tocado, acompañado.

Desde la teoría polivagal, sabemos que el sistema nervioso busca señales de seguridad para salir del estado de defensa. Una de esas señales más profundas y eficaces es la voz humana. Pero no cualquier voz: voces cálidas, rítmicas, afinadas emocionalmente. Voces como la de **Mavis Staples**.

Cuando el sonido es refugio

En canciones como *In Times Like These*, no hace falta entender cada palabra. El cuerpo capta antes que la mente:

- El timbre acaricia.
- El ritmo constante ofrece un ancla.
- La melodía templada dice: «Estás a salvo».

Y entonces algo en nosotros —aun sin saber por qué— se afloja, respira, se siente acompañado.

Para quienes no comprenden las palabras, pero sí el alma del sonido

Porque la música puede llegar donde el lenguaje ya no alcanza. La voz se convierte en regulación pura. Contención sin explicación.

*(everybody) everybody needs someone they can lean on
everybody needs to lean on someone now*

*In times like these
there's no one not to care, no
there's no one anywhere
who doesn't feel it in their hearts
gotta make a new start ya ll*

*In times like these
let the world understand
together hand in hand*

AGRADECIMIENTOS

Á miña nai, por coidar con respecto a dignidade alí onde outros só ven deterioro. Por acompañar sen esperar resposta, por converter os xestos cotiás en formas de amor profundo. Grazas por ensinarme que coidar é resistir e que a tenrura é unha forma silenciosa, pero firme, de facer memoria. E grazas, avoa, pola túa ollada ao final, polo sorriso que atravesa o límiar do deterioro, emocións que non precisan palabras para ser recibidas.



Foto: Pexels / Natalia Olivera

Bibliografía

INFORMES Y RECURSOS INSTITUCIONALES

Alzheimer's Disease International. (2016). *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia – Coverage, quality and costs now and in the future*. London: ADI.

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2022). *Dementia in Europe Yearbook 2022: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2024a). *Dementia in Europe Yearbook 2024*. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Alzheimer Europe. (2024b). *How many people have dementia in Europe?* Luxembourg: Alzheimer Europe.

Confederación Española de Alzheimer (CEAFA). (11 de noviembre de 2021). *El 80% de las personas con Alzheimer son cuidadas por sus familias, que asumen de media el 87% del coste total que conlleva la enfermedad* [Nota de prensa]. <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/notas-de-prensa-y-comunicados/nota-de-prensa-el-80-de-las-personas-con-alzheimer-son-cuidadas-por-sus-familias-que-asumen-de-media-el-87-del-coste-total-que-conlleva-la-enfermedad>

Ministerio de Sanidad. (2019). *Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias (2019–2023)*. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2022). *Abordaje del Alzheimer y otras demencias: Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 2 de diciembre de 2021)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027*. Gobierno de España.

Organización Internacional del Trabajo. (2024). *El trabajo decente y la economía del cuidado*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

WHO Council on the Economics of Health for All. (2023). *Health for All: Transforming economies to deliver what matters*. Geneva: World Health Organization.

LIBROS

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). The Guilford Press.

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Crítica.

Damasio, A. (2018). *El extraño orden de las cosas: La vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Destino.

Heath, I. (2008). *Ayudar a morir. Con un prefacio y doce tesis de John Berger*. Katz Editores.

Hustvedt, S. (2009). *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios* (C. Ceriani, Trad.). Seix Barral.

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo: Empatía, neropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros*. Katz Editores.

Kiper, D. (2024). *Viajes a tierras inimaginables*. Libros del Asteroide.

LeDoux, J. (2020). *Una historia natural de la humanidad: El apasionante recorrido de la vida hasta alcanzar nuestro cerebro consciente*. Paidós.

Mazzucato, M. (2021). *Misión economía: Una guía para cambiar el capitalismo*. Taurus.

Porges, S. W. (2017). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria.

Schore, A. N. (2019). *Right-brain psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS Y EDITORIALES

Baker, L. D., Espeland, M. A., Whitmer, R. A., Snyder, H. M., Leng, X., Lovato, L., Papp, K. V., Yu, M., Kivipelto, M., Alexander, A. S., Antkowiak, S., Cleveland, M., Day, C., Elbein, R., Tomaszewski Farias, S., Felton, D., Garcia, K. R., Gitelman, D. R., Graef, S., Howard, M., ... Carrillo, M. C. (2025). Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Interventions for Global Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 334(8), 681–691. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12923>

Bonini, L., Rotunno, C., Arcuri, E., & Gallese, V. (2022). Mirror neurons 30 years later: implications and applications. *Trends in cognitive sciences*, 26(9), 767–781. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.06.003>

Duangjina, T., Jeamjityibool, T., Park, C., Raszewski, R., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Sex and gender differences in caregiver burden among family caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 138, 105977. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105977>

Fuchs, T. (2016). Intercorporeality and Interaffectivity. *Phenomenology and Mind*, 11, 194–209. https://doi.org/10.13128/Phe_Mi-20119

Frias, C. E., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2020). Informal Caregivers' Roles in Dementia: The Impact on Their Quality of Life. *Life (Basel, Switzerland)*, 10(11), 251. <https://doi.org/10.3390/life10110251>

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet (London, England)*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Mazzucato, M. (2022, 7 de marzo). Valorar la salud para todos: Nuevas métricas para la política económica y el progreso. *Project Syndicate* (edición en español).

Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 32(8), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>

Schott J. M. (2025). Lifestyle Interventions to Improve Cognition in Later Life: When Is Enough Enough?. *JAMA*, 334(8), 674–676. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12500>

NORMATIVA

Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible. *Boletín Oficial del Estado*, 263, de 31 de octubre de 2024. <https://www.boe.es/eli/es/l/2024/10/30/3>

2023

HERRAMIENTAS

DEL ESCONDITE
A LA CALLE
PENSAMIENTO:
TEJIENDO VÍNCULOS
EN LOS MÁRGENES
INSTITUCIONALES

Carlos Díaz Marcelo

FEA Psicología Clínica HU Virgen Macarena Sevilla

Rocío López Díaz

FEA Psicología Clínica HU Virgen Macarena Sevilla

Elisa Llamas López

FEA Psiquiatría HU Virgen Macarena Sevilla

Elena Malavé López

Orientadora educativa

Gloria Alonso Toribio

Psicóloga especialista en Psicología Clínica

carl_diaz82@hotmail.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Díaz Marcelo, C., López Díaz, R., Llamas López, E., Malayé López, E., & Alonso Toribio, G. (2025). Del escondite a la calle pensamiento: Tejiendo vínculos en los márgenes institucionales. *Anuario de Psicología y Salud, 18*, pp. 62-69. <https://cogalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

*El amor es que vengan a buscarte
Al trabajo, al final de un día triste; al colegio; a la estación de tren.
Después de un partido agotador; por sorpresa, cuando no lo esperabas.
Incluso —y sobre todo— cuando menos lo merecías.
Cuando eres un niño, o no tanto; cuando se ha hecho tarde;
cuando dijiste que no hacia falta (pero si hacia falta).
Porque en el centro de ese acto tan cotidiano
—en que vengan a buscarte, en ir a buscar—
anida la excepcionalidad de ser visto,
de saberse reconocido.*

Laura Ferrero

RESUMEN

El juego infantil del escondite, con su dinámica de desaparición y reencuentro, constituye un escenario privilegiado para explorar los vínculos tempranos y las huellas psíquicas que configuran la subjetividad. A partir de un marco teórico que integra aportes de Freud, Winnicott, Lacan y Pichon-Rivièr, se examina cómo la repetición del mismo escondite expresa la persistencia del deseo del Otro y la búsqueda de una base segura. Se presenta el caso de «Z», una adolescente que alterna presencia y ausencia en su proceso terapéutico, reproduciendo de forma sintomática escenas de encierro y espera. La intervención grupal —caracterizada por la insistencia en sostener el vínculo fuera de los límites convencionales del dispositivo— permitió construir un espacio transicional donde la paciente comenzó a resignificar su encierro y a ensayar salidas, no solo físicas, sino también simbólicas. Este artículo ilustra cómo la presencia sostenida y la flexibilidad institucional pueden favorecer procesos de simbolización en adolescentes en situación de retramiento extremo. Se discuten las implicaciones clínicas de «ir a buscar» como acto terapéutico y se propone pensar el juego del escondite como metáfora de los procesos vinculares y del trabajo psicoterapéutico con la repetición y el deseo del Otro.

PALABRAS CLAVE — Vínculo, adolescencia, espacio transicional, juego infantil, atención comunitaria.

ABSTRACT

Children's hide-and-seek game, with its dynamics of disappearance and reunion, provides a privileged setting to explore early bonds and the psychic traces that shape subjectivity. Drawing on a theoretical framework integrating contributions from Freud, Winnicott, Lacan, and Pichon-Rivièr, this study examines how the repetition of the same hiding spot expresses the persistence of the Other's desire and the search for a secure base. The case of «Z» an adolescent who alternates presence and absence in her therapeutic process, is presented, showing how she symptomatically reenacts scenes of confinement and waiting. The group intervention—characterized by the insistence on maintaining the bond beyond the conventional limits of the therapeutic setting— enabled the construction of a transitional space where the patient began to re-signify her confinement and experiment with exits, both physical and symbolic. This study illustrates how sustained presence and institutional flexibility can foster processes of symbolization in adolescents experiencing extreme withdrawal. The clinical implications of «going to find» as a therapeutic act are discussed, and hide-and-seek is proposed as a metaphor for relational processes and psychoanalytic work with repetition and the desire of the other.

KEY WORDS — Bond, adolescent, transitional space, children's game, community care.

INTRODUCCIÓN

Muchos adultos han observado, con una mezcla de ternura y sorpresa, cómo los niños, al jugar al escondite, tienden a esconderse siempre en el mismo lugar. Lo que para el observador externo podría parecer falta de estrategia o creatividad puede comprenderse como una manifestación simbólica de deseos, ansiedades y estructuras inconscientes que forman parte del desarrollo psíquico infantil.

El juego del escondite, con su dinámica de desaparición y reencuentro, ofrece un prisma privilegiado para observar los vínculos humanos y las huellas tempranas que modelan la vida psíquica.

Lo que en la infancia se despliega como juego puede, más tarde, transformarse en síntoma, configurando modos de estar y de vincularse.

Este trabajo articula un marco teórico y un caso clínico para explorar cómo el escondite repetido —y sus equivalentes simbólicos— revelan la persistencia del deseo del Otro y la importancia de la base segura.

¡Jugamos? 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 ¡Voy!

MARCO TEÓRICO: EL JUEGO DEL ESCONDITE COMO ELABORACIÓN SIMBÓLICA DEL VÍNCULO

Desde Freud (1920/1948) sabemos que el juego infantil puede funcionar como un modo de elaborar experiencias traumáticas o conflictivas. En su célebre ejemplo del *fort-da*, Freud describe cómo su nieto lanzaba y recuperaba una bobina de hilo mientras decía «¡fuera!» y «¡aquí está!», simbolizando la desaparición y el retorno de la madre. Esta actividad repetiti-

va le permitía al niño dominar simbólicamente la angustia de la ausencia.

Esta lógica se observa también en otros juegos tempranos, como el clásico cucú-tras, donde el adulto se esconde momentáneamente tras las manos u otro objeto y luego reaparece. Más allá de la risa que provoca, este juego ayuda al niño a elaborar la noción de permanencia del objeto, concepto desarrollado por Jean Piaget (1954): la comprensión de que las personas y objetos siguen existiendo, aunque no estén a la vista.

Jugar con la desaparición y el retorno, con la presencia y la ausencia, con la búsqueda y el reencuentro, es crucial para adquirir la confianza básica y la seguridad necesarias para poder confiar en el otro. Para el niño, el rostro amoroso de sus padres es el espejo de un cuerpo en orden (Dolto, 1984).

Somos seres sociales desde el nacimiento: necesitamos al otro para sobrevivir. Ya desde los célebres experimentos de Harlow (1958) con el monito de felpa sabemos que es tan importante un otro que alimente como un otro que reconforte. Basta recordar los casos de niños que sufrían hospitalismo en instituciones sin suficiente contacto afectivo, o la llamada «sonrisa social» que aparece hacia los dos meses de vida cuando el bebé reconoce un rostro humano.

Desde la perspectiva de Enrique Pichon-Rivière (1971/1975), todo sujeto se constituye en y por el vínculo. El vínculo no es solo un lazo entre dos personas, sino una estructura compleja en la que intervienen fantasías inconscientes, roles y expectativas recíprocas. El escondite, en este sentido, puede leerse como una escena vincular: el niño no solo se oculta y espera, sino que organiza un escenario donde se pone en juego la certeza de que el otro asumirá el rol de buscador. La repetición del mismo escondite refleja cómo los sujetos tienden a recrear, en diferentes momentos de su vida, configuraciones vinculares que

les resultan familiares, aun cuando estas sean fuente de sufrimiento.

Precisamos de una «madre suficientemente buena» (Winnicott, 1971) que proporcione *holding*, es decir, un sostén físico y emocional que nos permita integrar experiencias, tolerar la ausencia y jugar con la distancia sin sentirnos desamparados.

Siguiendo esta lógica, el escondite puede leerse como una escena donde el niño ensaya activamente la experiencia de la pérdida y el reencuentro con el Otro. Al esconderse, no busca solo ocultarse, sino ser buscado y reencontrado, reafirmando así su lugar en el deseo del Otro (Lacan, 1987). El escondite es una

demandada encubierta: «¿seguirás buscándome cuando desaparezca?».

La repetición del mismo lugar puede entenderse como una escena afectiva condensada, un refugio simbólico donde el niño sintió alguna vez que fue visto y reconocido. No repite por ingenuidad táctica, sino por deseo: quiere ser encontrado otra vez allí, donde ya lo buscaron.

Este fenómeno puede vincularse con el *espacio transicional* de Winnicott (1971/2005): ese territorio intermedio entre el mundo interno y la realidad externa, donde el niño juega con la ausencia del Otro sin quedar psíquicamente abandonado. El escondite repetido encarna



Foto: Eren Li / Pexels

físicamente ese espacio transicional, un lugar donde experimentar seguridad y retorno.

Desde la óptica lacaniana, lo que está en juego no es solo la presencia física del Otro, sino su deseo. El niño desaparece, pero no para volverse invisible, sino para reaparecer en la mirada deseante del Otro. El escondite es metáfora del deseo: la desaparición pone a prueba la persistencia del Otro.

Así, esconderse siempre en el mismo lugar no es un simple hábito infantil, sino una expresión simbólica profunda del vínculo. El juego se convierte en una obra dramática en miniatura, donde se representan las tensiones esenciales entre presencia y ausencia, amor y abandono, deseo y falta. Comprenderlo nos permite acercarnos de manera más empática y profunda a la vida psíquica del niño.

DEL ESCONDITE A LA CALLE PENSAMIENTO: ESCENAS DEL DESEO, EL ENCIERRO Y EL REENCUENTRO A TRAVÉS DE UN CASO

Dicen que todas las historias tienen un comienzo, un nudo y un desenlace. Pero algunas, las que nacen del silencio, del encierro o del juego, se resisten a esa estructura. Algunas historias empiezan escondidas, en habitaciones oscuras o bajo mesas donde se juega a desaparecer.

A veces, el lazo se construye en los bordes: en la entrada que no se concreta, en la palabra que no llega, en el cuerpo que no comparece. No siempre el vínculo clínico se da en consulta: a veces se sostiene en la interrupción, en la distancia, en la espera.

Z tiene 16 años. Durante las primeras sesiones acudió a las citas programadas con bastante

regularidad. Respondía con frases breves, sin mucha implicación, pero sin rechazar del todo el espacio. Habló de su habitación, de sus planes, de su deseo de volver al instituto. Aseguraba que estaba bien, que quería ordenar sus cosas, que podía sola: «mañana me levantaré, iré a clase». Siempre sería mañana. Pero la historia no es el pasado, sino la forma en que lo problematizamos en el presente (Foucault, 1977).

Z aparece y se esconde: deja de venir a consulta, sigilosamente, sin ruido. Su presencia persiste de otros modos: en las llamadas de su madre, preocupada porque no consigue llevarla; en su petición de que envíemos una ambulancia para obligarla a venir; en nuestra propia inquietud y en los intentos frustrados de restablecer el lazo. Z no está, pero no ha desaparecido del todo: el vínculo, aunque herido, sigue pidiendo ser leído.

Nos acercamos a su casa cuatro miembros del equipo, nos reunimos en torno a su mesa camilla y, sin saberlo aún, comenzamos a jugar otra forma de escondite. Cada visita, cada llamada no respondida, cada nota dejada en la puerta eran también formas de decir: seguimos buscándote.

Sentíamos que eso era lo que había que hacer, aunque no fue fácil institucionalmente. Incluso al principio nosotros mismos nos escondíamos un poco para irnos, pero sabíamos que era importante sostener la búsqueda y no ceder frente al silencio o la ausencia. Como señala Pichon-Rivière, el grupo puede funcionar como continente y sostén: al mantener la tarea común de preservar el vínculo, cada miembro encarna, de algún modo, la función de buscador. Esa insistencia en ir a su casa, en dejar notas o en caminar con ella no fue un gesto individual, sino el despliegue de una trama vincular que permitía que Z empezara a resignificar su encierro y a ensayar salidas, no solo físicas, sino también simbólicas.

Mientras eso sucedía, en paralelo, en un edificio blanco con techos altos y carpetas selladas,

la institución seguía girando. Organiza, mide, regula, contabiliza, registra. Y aunque en teoría acoge, escucha y cuida, muchas veces el juego que propone es otro: un juego de tiempos imposibles, de agendas llenas, de dispositivos rígidos que no contemplan lo imprevisible. Un juego institucional donde el vínculo, si no cabe en la casilla adecuada, simplemente no se juega.

Cuando alguien —residente, terapeuta, acompañante— dice: «vamos a su casa, aunque no venga a la cita», la institución responde con duda, con norma, con límite. Cuando alguien propone caminar con una paciente por la calle en vez de esperarla en el despacho, surgen los «peros»: ¿eso es intervención? ¿sirve? ¿cuenta?

Y, sin embargo, es en ese margen —fuera del cuadrante, fuera del protocolo— donde a veces sucede lo verdaderamente terapéutico.

No de golpe. No con discursos. Con cuerpos. Con presencias. Con una nota dejada en la puerta: «Hemos venido. Quizás hoy fue difícil. Llamaremos en unos días».

Con una voz suave que habla desde el pasillo, con una mano extendida bajo la puerta, buscando otra que aún duda en tomarla.

Hay momentos que transforman, aunque parezcan mínimos: una mano tomada, una puerta entreabierta, una caminata en silencio bajo la lluvia. Un paseo corto hasta la calle. Un «no» que se convierte en «tal vez» y luego en un «sí» que no necesita promesas.

Caminar puede ser una forma de terapia. No por lo que se dice, sino por lo que se sostiene. Porque en ese caminar sin urgencias, sin metas ni exigencias, algo se despliega. Se abre un espacio transicional donde el afuera no amenaza y el adentro ya no asfixia. Un territorio nuevo, entre la angustia y la posibilidad, donde la palabra puede nacer.

Un día, algo cambió. Desde el otro lado de la puerta del baño, una mano se ofreció. Z la suya, temblorosa, la tomó. Como si en ese instante el escondite llegara a su clímax simbóli-

co: el momento del reencuentro. La angustia no desapareció, pero empezó a hablarse. El cuerpo encogido y la voz apagada encontraron otro ritmo.

Salió de su habitación. Y así, poco a poco, cada salida fue un paso desde el encierro hacia la palabra.

Y la palabra llega. Primero tímida, entrecortada, casi susurrada. Luego más firme, más propia. Aparecen los recuerdos: del barrio, del colegio, del padre que vive lejos y a veces la lleva a su pueblo; de la gata que da calma; del encierro y de los pensamientos confusos que no cesan. Se nombran los vínculos, los silencios, las heridas.

Cada relato es un intento de orden. Cada frase, una búsqueda de sentido. En ese decir fragmentado comienza a armarse una historia: no la que se cuenta hacia afuera, sino la que se reconstruye hacia adentro. Esa que permite entender por qué se repitió tanto el escondite, por qué la habitación era tan difícil de abandonar, por qué el cuerpo se resistía a mostrarse.

Desde Freud sabemos que la repetición no es un simple hábito: se repite, a menudo, aquello que no ha podido ser simbolizado. El niño vuelve al mismo escondite, no por falta de imaginación, sino porque allí ocurrió algo que quedó inscrito: una mirada, una búsqueda, una forma de amor. De manera análoga, Z repite su encierro en la habitación donde alguna vez fue aislada durante discusiones familiares. Allí se quedó su infancia y allí regresa, como si ese espacio aún pudiera devolverle algo de lo perdido.

Pero algo distinto ocurre cuando el Otro, lejos de abandonar, insiste. Esa presencia persistente —que no invade, pero tampoco se retira— abre un espacio transicional, como lo planteó Winnicott (1971): un territorio entre lo interno y lo externo, donde jugar es posible y el yo no se desintegra por la ausencia. En ese umbral, Z empieza a contar. Primero



Foto: Michael Noel / Pexels

fragmentos: el colegio, su barrio, su padre, los veranos. Luego, más profundamente: el encierro, la confusión, la herida.

Y, entonces, como en una escena escrita sin guion, un día cualquiera, la caminata termina en una calle llamada Pensamiento. Allí, bajo ese cartel urbano cargado de casualidad y sentido, Z articula su relato. Ya no se esconde tras el pelo. Ya no habla desde el baño. Ha salido del lugar repetido, del rincón donde esperaba ser encontrada, para contar ella misma su historia.

Allí, en ese banco, se articula algo nuevo. No es una confesión ni una revelación, sino una posibilidad: hablar con palabras propias, decir esto es mío, reconstruirse sin perder lo vivido. Ya no se trata solo de ser buscada por el Otro, sino de encontrarse a sí misma como sujeto, como alguien que ya no necesita ocultarse para ser vista.

Y quizá, en ese mismo instante, la propia institución —aquella que dudaba, que medía, que exigía evidencias— queda interpelada. Porque hay algo que no puede evaluarse en indicadores ni registrarse en la historia clínica. Algo que no cabe en la plantilla, pero que transforma: la potencia de un encuentro genuino.

Ese día no hay desenlace, no hay final de película. Pero hay algo distinto: el gesto ya no es de encierro, sino de apertura. La repetición pierde su peso. El escondite deja de ser prisión. Y la Calle Pensamiento se vuelve, no una meta, sino un punto de partida.

Porque hay juegos que no se abandonan nunca. Hay escondites que todos tenemos. Y hay búsquedas que solo se sostienen si alguien, con ternura y persistencia, decide no rendirse. Porque a veces el lazo se teje ahí: en volver una y otra vez al mismo lugar, sabiendo que esta vez, quizá, alguien tomará la mano.

El escondite y el encierro no son, entonces, negaciones del lazo, sino su forma cifrada. A través del juego o del síntoma, el sujeto inte-

rroga el deseo del Otro: ¿me buscarás? ¿seguirás viniendo? Y cuando alguien responde con presencia sostenida, con una mano ofrecida sin forzar, con palabras que esperan a ser escuchadas, el sujeto puedeemerger desde el encierro, no como quien es obligado a salir, sino como quien encuentra, por fin, una salida propia.

Así, de la oscuridad a la calle Pensamiento, se dibuja una travesía: del silencio al decir, del escondite al encuentro, de la repetición al lazo. No hay final feliz, sino una historia en curso, donde el Otro no deja de buscar y el sujeto no deja de intentar aparecer.

Bibliografía

- Dolto, F. (1984). *La causa de los niños*. Paidós.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Freud, S. (1948 [1920]). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas (Vol. XVIII)*. Amorrortu editores.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Lacan, J. (1987). *El seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Piaget, J. (1954). *La construcción de lo real en el niño*. Fondo de Cultura Económica.
- Pichon-Rivièr, E. (1971). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Pichon-Rivièr, E. (1975). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

ANUARIO ABIERTO

ARTÍCULOS LIBRES

CASOS CLÍNICOS

TRABAJOS PREMIADOS EN LAS
XXIX JORNADAS DE LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG



ARTÍCULO LIBRE

MODERADORES DE CONTENIDO COMERCIAL: EXPUESTOS AL TRAUMA, OCULTOS AL MUNDO

Jennifer Prieto Estévez

Psicóloga Interna Residente. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

jennifer.prieto.estevez@sergas.es

SUMARIO

GALLEG

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Prieto Estévez, J. (2025). Moderadores de contenido comercial: expuestos al trauma, ocultos al mundo. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 72-87.
<https://cogalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

Las redes sociales se han convertido en grandes plataformas que requieren mecanismos eficaces de moderación de contenido para garantizar entornos seguros. En este contexto, los moderadores de contenido comercial (MCC) desempeñan un papel clave en la revisión y eliminación de material inapropiado, enfrentando condiciones laborales complejas y una exposición constante a contenido perturbador. Esta situación impacta negativamente en su salud mental, generando síntomas asociados al estrés postraumático y otros problemas psicológicos. Para mitigar estos efectos, los MCC emplean diversas estrategias personales de afrontamiento. A su vez, las empresas han implementado medidas de bienestar laboral, como programas de resiliencia y apoyo clínico. Por otro lado, la inteligencia artificial se perfila como un recurso complementario que optimiza la gestión del contenido. Sin embargo, su incorporación plantea retos éticos y operativos que requieren una regulación cuidadosa para asegurar una colaboración equilibrada entre tecnología y trabajo humano.

PALABRAS CLAVE — moderadores de contenido, salud mental, estrés postraumático, inteligencia artificial, bienestar laboral.

ABSTRACT

Social networks have become large platforms that require effective content moderation mechanisms to ensure safe environments. In this context, commercial content moderators (CCMs) play a key role in reviewing and removing inappropriate material, facing complex working conditions and constant exposure to disturbing content. This situation negatively impacts their mental health, generating symptoms associated with post-traumatic stress and other psychological problems. To mitigate these effects, CCMs employ various personal coping strategies. Likewise, companies have implemented workplace well-being measures, such as resilience programs and clinical support. On the other hand, artificial intelligence is emerging as a complementary resource that optimizes content management. However, its incorporation poses ethical and operational challenges that require careful regulation to ensure balanced collaboration between technology and human labor.

KEY WORDS — content moderators, mental health, post-traumatic stress, artificial intelligence, workplace well-being.

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales surgieron a finales de los años 90 como plataformas digitales diseñadas para facilitar la interacción y el intercambio de información. Permiten a los usuarios crear, compartir y consumir contenido de forma inmediata. Desde entonces, han transformado profundamente la manera en que nos relacionamos, accedemos a la información y construimos nuestra identidad.

Su crecimiento ha sido imparable. Hoy en día, más de 5.000 millones de personas en el mundo usan redes sociales, lo que representa cerca de un 64 % de la población mundial. En España, se registraron 39 millones de usuarios de redes sociales, representando el 83.6 % de la población total del país. En España, el 91 % de la población entre 16 y 65 años las utiliza a diario, con un promedio de uso que supera las dos horas al día (We Are Social & Meltwater, 2024). Su crecimiento ha facilitado la difusión de noticias, el intercambio cultural y el desarrollo de comunidades en línea. Sin embargo, también plantea desafíos, como la preocupación por la privacidad o la propagación de desinformación y contenido nocivo. Cada vez circula más contenido violento, sexual, ilegal o desinformativo, y esto ha hecho necesario controlar qué contenidos se publican. Al principio, esta tarea no era profesional ni estaba bien organizada. La hacían equipos de soporte técnico, atención al usuario o incluso personal legal, como algo secundario dentro de sus funciones. En Facebook, por ejemplo, al principio quienes revisaban el contenido eran estudiantes voluntarios de Harvard. No fue hasta finales de 2005, cuando las quejas de los usuarios ya sumaban decenas de miles y se contrató a la primera persona de forma permanente para moderar contenido. Con el tiempo, esto se fue repitiendo en otras plataformas. Así fue apareciendo una nueva profesión digital: la del moderador de contenido, una figura clave, pero todavía poco visible, encargada de proteger a los usuarios de contenidos

que puede resultar dañino (Barrett, 2020; Gillespie, 2018; Torres, 2022; Vasco, 2023).

La investigadora Sarah Roberts fue una de las primeras en estudiar este fenómeno en profundidad. Acuñó el término *moderación de contenido comercial* para referirse a esta forma de moderación estructurada y propia de la industria tecnológica y también documentó el impacto psicológico que este trabajo puede tener sobre las personas que lo realizan. Publicó en 2019 su libro *Behind the Screen: Content Moderation in the Shadows of Social Media*, en el que recoge entrevistas a trabajadores de diferentes lugares del mundo (Roberts, 2019).

Colaboró como asesora académica durante la producción del documental *The Cleaners* (2018), en el que también apareció como experta entrevistada. El documental explora el trabajo de los moderadores de contenido en Filipinas e incluye entrevistas tanto a los autores de obras o imágenes censuradas como a representantes o empleados de Google, Twitter y Facebook (Parks, 2019; Riesewieck, 2018). En España, destaca el reportaje *Redes sociales: la fábrica del terror* del programa Salvados, emitido el año pasado en la Sexta, en el que entrevistan a varias moderadoras de contenido en España. Aborda las condiciones laborales, el impacto psicológico, y el secretismo que rodea a la industria de la moderación, condicionado por estrictos acuerdos de confidencialidad firmados con las empresas (Serrano, 2024).

MODERADORES DE CONTENIDO COMERCIAL (MCC) (Gillespie, 2018; Serrano, 2024; Riesewieck, 2018; Roberts, 2019)

Los Moderadores de Contenido Comercial (MCC) son profesionales encargados de examinar y filtrar el contenido generado por los

usuarios en plataformas digitales, asegurando el cumplimiento de las políticas internas de la empresa y los marcos legales vigentes, y aplicando las acciones correspondientes en cada situación.

Su función en la sociedad es indiscutible, ya que garantizan entornos digitales seguros y funcionales, previenen la exposición de los usuarios a material nocivo y protegen el bienestar psicológico y social de la comunidad en línea. Además, limitan la difusión de desinformación, promoviendo el acceso a información veraz y confiable, hacen cumplir las normas comunitarias para fomentar una convivencia respetuosa y contribuyen a la sostenibilidad de las plataformas, manteniéndolas atractivas tanto para los usuarios como para los anunciantes.

PROCESO DE MODERACIÓN DE CONTENIDO

El contenido que llega a la pantalla de un moderador tiene dos posibles orígenes:

1 / Denuncias de usuarios de contenido considerado inapropiado o que infringe las normas, lo que activa el proceso de revisión. Cada denuncia requiere una revisión individual, incluso si es sobre el mismo contenido. MCC: «Este es un sistema donde no es que tú borraras o escalas un contenido y se hace una cadena dominó y borra todos los mismos videos a la vez, no, en absoluto, esto es uno por uno. Si la gente hizo mil denuncias va a llegar mil veces» (Serrano, 2024).

CLASIFICACIÓN DEL CONTENIDO QUE PUEDE SER DENUNCIADO POR LOS USUARIOS:

El contenido que regulan los moderadores suele presentarse principalmente en tres formatos: texto, vídeo e imágenes. Según las dis-

tintas plataformas, este contenido se puede agrupar en las siguientes categorías:

Odio: Palabras ofensivas, estereotipos racistas o sexistas, deshumanización, incitación al miedo o la discriminación, referencias a discursos de odio, símbolos y logotipos relacionados con discursos de odio.

Abuso y acoso: Insultos, contenido no deseado de carácter sexual y cosificación explícita, contenido no apto para el ambiente laboral (NSFW) y contenido gráfico no deseado, negación de eventos violentos, acoso dirigido e incitación al acoso.

Discurso violento: Amenazas violentas, deseo de provocar lesiones, glorificación de la violencia, incitación a la violencia, incitación codificada a la violencia.

Protección de personas menores de edad: Explotación sexual infantil, ciberacoso a menores (*grooming*), abuso físico infantil, usuario menor de edad.

Privacidad: Distribución de información privada, amenazas de distribuir/exponer información privada, distribución no consentuada de imágenes íntimas, distribución de imágenes de mí que no deseo que estén en la plataforma.

Spam: Interacciones falsas, estafas, cuentas falsas, enlaces maliciosos.

Suicidio o autolesiones: Fomentar o promover las autolesiones, o bien proporcionar instrucciones o compartir estrategias para autolesionarse.

Contenido multimedia delicado o perturbador: Contenido gráfico, *gore* gratuito, desnudez en adultos y comportamiento sexual, conductas sexuales violentas, bestialismo y necrofilia, imágenes o videos que muestran a una persona fallecida.

Suplantación de identidad: Hacerse pasar por otra persona, incluidas las cuentas de parodia/admiradores que no cumplen las reglas.

Entidades violentas o de incitación al odio: Extremismo y terrorismo violentos, grupos y redes de contacto para incitar al odio.

2 / Detección automatizada, que identifica el contenido potencialmente problemático y lo envía para moderación. Sin embargo, estos sistemas aún no son completamente precisos y pueden cometer errores en la clasificación del material.

El contenido se organiza en una cola de revisión, similar a una lista de reproducción en YouTube. Esta cola no sigue un orden lógico, por lo que el moderador puede encontrarse con una mezcla de contenidos muy diversos. Este flujo impredecible hace que las emociones varíen constantemente a lo largo del día, generando cambios bruscos en el estado de ánimo del moderador.

¿Qué deben hacer los MCC con el contenido que les llega? Cuatro acciones posibles:

Validar: Aprobar el contenido y permitir su publicación, cuando no infringe las normas establecidas.

Advertir: Colocar filtros antes de que el usuario acceda al contenido. Por ejemplo, en casos de material delicado, como una cirugía donde se expone un órgano, se muestra una advertencia previa para que el usuario decida si quiere verlo. Este proceso ayuda a reducir el impacto de la exposición a material delicado.

Borrar: Eliminar contenido que infringe las normas, como discursos de odio («¡Vivan los nazis!») o acoso (por ejemplo, insultos acompañados de la imagen de la persona afectada), evitando que llegue a los usuarios y cause daño.

Escalar: Remitir el caso a un departamento superior cuando la situación lo requiere. Existen distintos tipos de escalaciones, por ejemplo, aquellas que involucran la protección de menores en riesgo (*p.e.*, están violando a un menor o a punto de hacerlo) o casos donde alguien muestra indicios claros de que podría intentar

suicidarse. En estas situaciones, se analizan señales que sugieren que la amenaza es real o inminente. Cuando un contenido es demasiado grave o requiere intervención especial, se remite a un nivel superior para su análisis y acción.

CONDICIONES LABORALES

— Los MCC trabajan bajo condiciones altamente exigentes que afectan su bienestar. Suelen ser personas jóvenes, menores de 30 años, de distintos países y sin experiencia previa en el área.

— Reciben una formación inicial de aproximadamente tres semanas, centrada en las normas de las plataformas, contenidos sensibles y terminología específica. MCC: «Existe una lista de 37 organizaciones terroristas elaborada por el Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU., tenemos que memorizar toda la información sobre esos grupos terroristas, memorizar sus banderas, sus lemas y moderarlos» (Serrano, 2024).

— La carga de trabajo es muy alta: se espera que revisen hasta 25.000 imágenes al día y entre 700 y 800 vídeos diarios, manteniendo una precisión del 95 %, con solo tres errores permitidos por mes. El control de calidad revisa un 3 % del contenido moderado. MCC: «Nuestra meta diaria es de 25.000 imágenes. Podría estar en el *Libro Guinness de los Récords*» (Serrano, 2024).

— El salario suele ser bajo, a pesar de la carga emocional del trabajo, la subcontratación y la precariedad laboral.

— Además, trabajan bajo estrictos acuerdos de confidencialidad, lo que limita su capacidad para compartir lo que experimentan y dificulta el afrontamiento emocional del contenido que gestionan.

— La toma de decisiones tampoco es sencilla y conlleva una gran responsabilidad: en ocasiones, deben elegir entre cuatro acciones

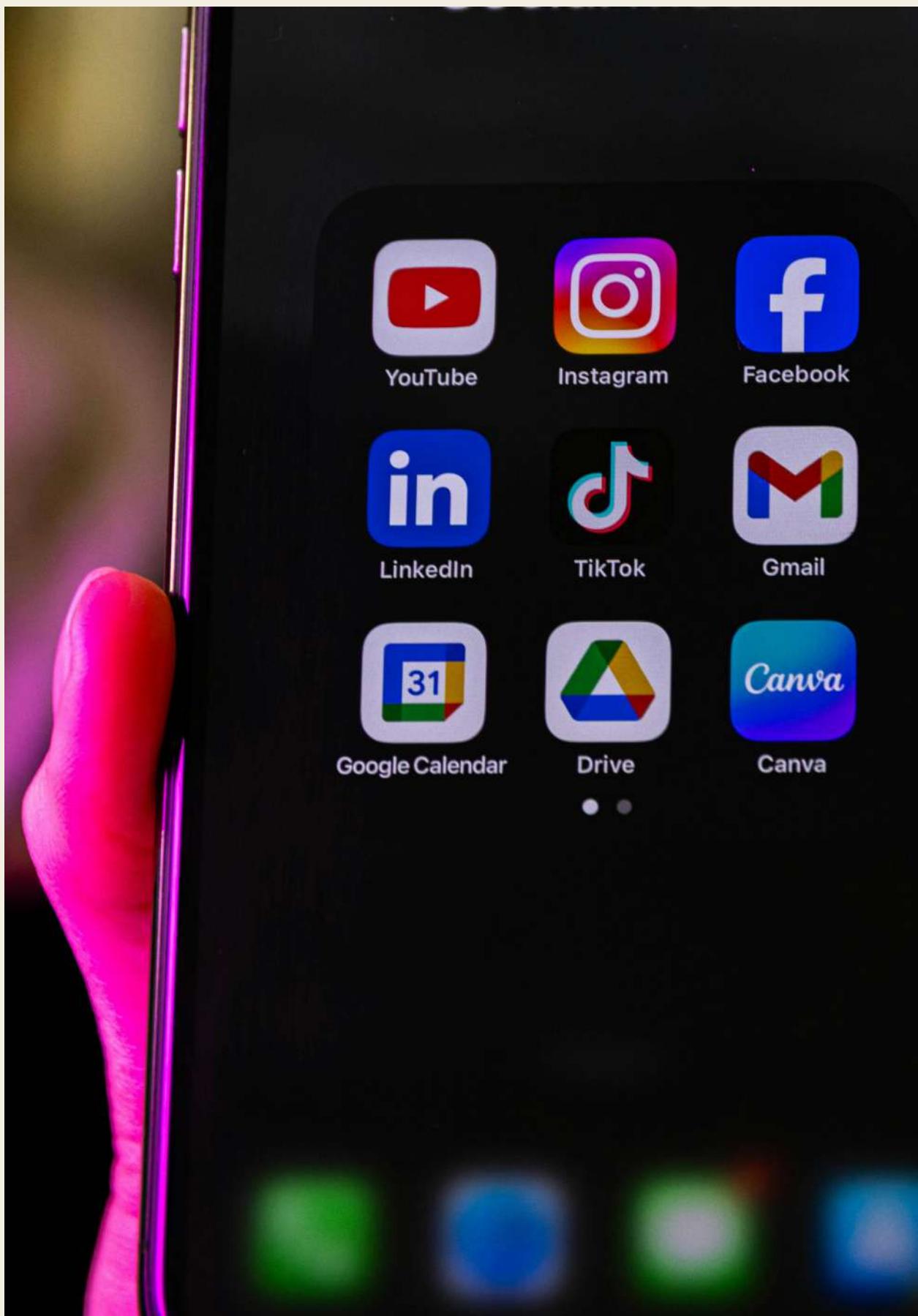


Foto: dlxmedia.hu / Unsplash

posibles sin una guía clara, enfrentándose a jerarquías internas que priorizan ciertos criterios por encima de otros. MCC: «Vi a una madre desnuda con un sable persiguiendo a su hija. Pensé que lo peor era la violencia, pero lo marqué mal porque se veía un pezón. Para Meta, lo más grave era eso» (Serrano, 2024).

IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS MCC (Spence, 2023; Steiger, 2021)

La exposición constante a material altamente perturbador puede generar consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales en los moderadores.

Todos los MCC eran conscientes de que su trabajo conlleva riesgos psicológicos, pero muchos tenían dificultades para reconocer o expresar el impacto real que tiene en su bienestar. Algunos afirmaban no verse afectados, pero al profundizar en sus experiencias, emergían ejemplos de dificultades actuales o pasadas.

La reticencia para hablar sobre el impacto podría deberse a la normalización del sufrimiento dentro de la profesión o al temor de que, al reconocer los efectos negativos, se interprete como una falta de capacidad para desempeñar el trabajo. Además, los efectos psicológicos pueden manifestarse de forma progresiva y ser difíciles de identificar o expresar con palabras. MCC: «Te afecta de manera perjudicial cuando estás solo. Afecta a tu imaginación de maneras que no puedes cuantificar, pero de todos modos te afecta» (Spence, 2023).

Después del shock inicial al ver el contenido, una forma común de afrontamiento era la desconexión emocional. Esta capacidad se desarrollaba en los primeros meses y permitía a los moderadores ver el contenido sin experimentar reacciones adversas. MCC: «Te acostum-

bras a ver esos *tickets* y ese tipo de contenido, y es como si te convirtieras en un robot. Suprimes tus emociones para poder seguir trabajando» (Spence, 2023).

Los moderadores intentaban mantener una distancia emocional de las víctimas, enfocándose en el análisis del contenido. Para algunos, esto se traducía en evitar pensar en las víctimas como personas reales, manteniendo una actitud analítica. MCC: «Me ayuda porque no me recuerdo a mí mismo que son personas reales. Me ayuda a pensar en ello como si fuera una serie de televisión» (Spence, 2023).

Algunos MCC cuestionaban si el hecho de poder realizar su trabajo sin una reacción emocional fuerte indicaba que había «algo mal en ellos». MCC: «Si ves a un niño siendo abusado, ¿cómo puedes verlo de una manera insensible? Esto lleva a mucho agotamiento» (Spence, 2023).

Sin embargo, no ocurría con todo el contenido, ya que algunos moderadores tenían sensibilidades personales hacia ciertos tipos de material. MCC: «Mi desencadenante es la bestialidad. No puedo trabajar con contenido de este tipo, pero tuve que hacerlo en algún momento, y fue muy difícil para mí porque tengo un perro» (Spence, 2023). Y otros tuvieron dificultades para mantener la distancia emocional y sintieron la necesidad de implicarse más en el contenido, lo que intensificó su angustia.

La exposición repetida a contenido traumático alteró significativamente la percepción del mundo y aspectos de la vida cotidiana de los MCC. Experimentaban pensamientos intrusivos, especialmente en situaciones relacionadas con la temática del contenido que moderaban. Cuando el contenido estaba relacionado con abuso sexual infantil, estos pensamientos podían surgir durante relaciones íntimas, generando malestar y afectando la conexión emocional con sus parejas. MCC: «A veces le digo a mi novio: dame un minuto para mí misma e intentaré llevar mis pensamientos a algo agradable, y entonces está bien. Pero eso no

estaba allí antes; es nuevo desde que empecé el trabajo» (Spence, 2023).

La presencia de niños también podía ser un detonante, provocando una sensación de hiper-vigilancia sobre su seguridad. Algunos MCC intentaban evitar interacciones con niños para no activar recuerdos del contenido moderado. Aquellos que eran padres o planeaban serlo tuvieron dificultades para continuar en el puesto, lo que sugiere que la exposición al contenido afectaba a su visión de la infancia y la crianza. MCC: «Traté de explicarle a mi tía lo que está pasando... que necesitas estar más atento cuando dejas a tu hijo en un juego. Ya no es solo un juego» (Spence, 2023).

Se evidenciaron cambios generales en la percepción del mundo, con una visión más oscura y cínica de las personas. Los MCC hablaban de haber vivido en una «burbuja» antes de trabajar en moderación y que su empleo les mostró una cara más oscura de la sociedad. En algunos casos, esto resultó en una pérdida de confianza en los demás, con moderadoras expresando sospechas generalizadas hacia los hombres por su posible implicación en la creación, distribución o consumo de contenido de abuso sexual infantil.

También se evidenció una disminución de emociones positivas y una sensación de desesperanza. Eran comunes los sentimientos intensos de ira y frustración, no sólo en relación con el contenido que moderaban, sino también de manera generalizada. Algunos informaron de reacciones fisiológicas como crisis de pánico o estados de hiperactivación nerviosa, respuestas de «lucha o huida» al ver contenido perturbador. MCC: «A veces siento como si mi cuerpo estuviera muy despierto, pero no en el sentido de no estar cansado. Más como si estuviera un poco nervioso sin razón cuando veo contenido muy perturbador» (Spence, 2023).

Las alteraciones del sueño, como el insomnio y las pesadillas, fueron mencionadas con frecuencia, lo que contribuía al agotamiento diurno. La carga emocional también afectaba

los hábitos de autocuidado. Algunos recurrieron al consumo excesivo de alimentos, cafeína o tabaco como mecanismos de afrontamiento. MCC: «Conozco a muchas personas que dicen que comen mucho chocolate mientras trabajan. El chocolate es uno; el café es otro... Los fumadores toman más descansos para fumar» (Spence, 2023).

La sensación de aislamiento era frecuente debido a la imposibilidad de compartir su experiencia con amigos o familiares. MCC: «Cuando tienes un mal día, cuando tienes las emociones revueltas, todavía tienes que fingir que estás bien, que todo está bien» (Spence, 2023).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS MCC (Spence, 2023)

Barreras para el afrontamiento. Los moderadores percibían que no podían compartir sus experiencias con otras personas debido a las restricciones impuestas por Acuerdos de Confidencialidad, las reacciones del entorno (sentían que familiares y amigos evitaban el tema o preferían no saber nada de su trabajo), el miedo a «traumatizar» a otros (evitaban compartir detalles por temor a generar malestar, angustia en sus seres queridos). MCC: «Intenté contarle a la gente lo que hacía, pero no querían escuchar. Es como contar una película de terror, nadie quiere saberlo» (Spence, 2023).

Esto llevó a los MCC a ser selectivos respecto a qué aspectos de su trabajo compartían y con quién lo hacían, dependiendo de cómo creían que reaccionarían.

Apoyo social. Los compañeros de trabajo desempeñan un papel clave en el afrontamiento, ya que comparten experiencias similares, comprenden mejor la naturaleza de su labor y pueden hablar abiertamente sobre ella. Esta interacción facilita la validación emocional, la

normalización de reacciones y ayuda a reducir el impacto psicológico, permitiendo a los moderadores protegerse emocionalmente cuando la situación se vuelve abrumadora. Las relaciones con los compañeros fueron identificadas como un factor protector clave. MCC: «Eso es lo que te ayuda a seguir, tus compañeros de equipo, que están sufriendo contigo, pero también son tus mayores fuentes de apoyo» (Spence, 2023).

Compartir experiencias con otros moderadores está relacionado con un mejor ajuste psicológico y mayor resiliencia. Los MCC que podían compartir sus experiencias con otros informaron de una mejor capacidad para procesar sus emociones y menor sensación de aislamiento.

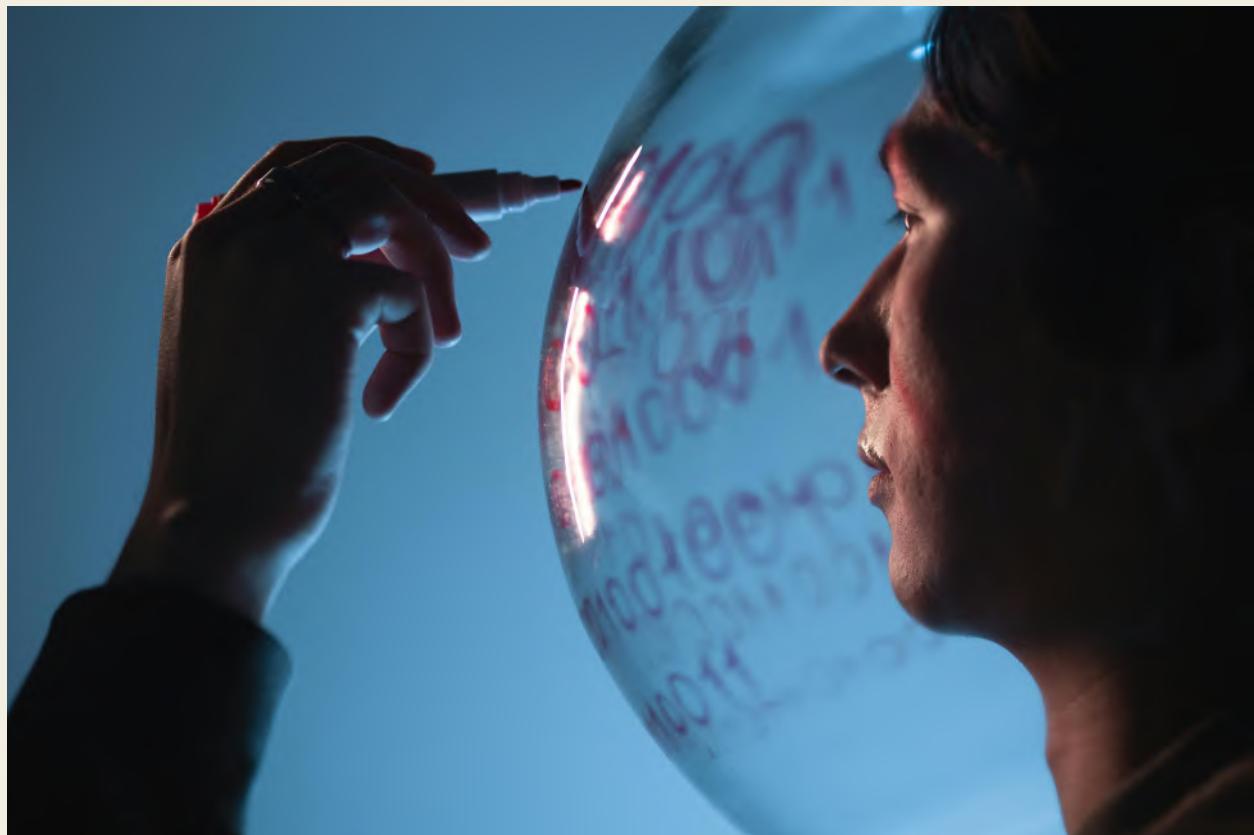
Límites entre trabajo y vida personal.

Uno de los mecanismos más utilizados por los moderadores es establecer una separación cla-

ra entre su vida personal y laboral. Para ello, algunos finalizan sus tareas, por ejemplo, media hora antes de salir del edificio o aprovechan el tiempo de traslado como un espacio de desconexión, creando así una barrera física y simbólica con el trabajo. Una vez fuera del entorno laboral, intentan «dejar el trabajo en el trabajo», evitando reflexionar sobre el contenido moderado. MCC: «Cuando salgo de la oficina, solo puedo pensar para mí mismo: está bien, eso es todo por hoy, y no hay necesidad de pensar en nada relacionado con mi trabajo» (Spence, 2023).

Los conflictos entre el trabajo y la vida personal se han relacionado con estrés, absentismo, agotamiento e insatisfacción. Establecer límites y una gestión exitosa de la interfaz trabajo-hogar se asocia con mayor creatividad y compromiso laboral. Los moderadores informaron de

Foto: Cottonbro/ Pexels



la importancia de mantener una identidad fuera de su rol como moderador.

Actividades fuera del ámbito laboral.

Cumplen un rol clave en la regulación emocional de los moderadores, ya que no solo les permite distraerse y liberar el estrés acumulado, sino también centrar su atención en el presente y recuperar cierta sensación de equilibrio.

El ejercicio físico intenso, como correr o usar una bicicleta estática, es una estrategia comúnmente empleada. MCC: «Monté en la bicicleta estática para liberar algo de la energía que tenía dentro» (Spence, 2023).

Investigaciones previas han demostrado que el ejercicio está asociado con una mejora en la capacidad de autorregulación, así como con la disminución del estrés percibido, la reducción del malestar emocional y una menor dependencia de sustancias como el tabaco, el alcohol y la cafeína.

Además del ejercicio, actividades creativas como la repostería o la escritura ayudan a los moderadores a procesar sus pensamientos y emociones. MCC: «Escribir fue una forma en la que traté de expresar lo que pensaba o cómo podrían ayudarme aquí o qué se podría hacer. Para mí, es una estrategia de afrontamiento. No guardo las cosas para mí» (Spence, 2023). Las técnicas de distracción y actividades que generan estados de «flow» (concentración total en una actividad desafiante, pero gratificante) ayudan a reducir el estrés y mejorar el sentido de bienestar.

Equipo técnico. Algunos profesionales manifestaron que los dispositivos proporcionados eran obsoletos o no estaban suficientemente especializados. Asimismo, el uso de software diseñado para reducir la exposición al contenido (por ejemplo, con funciones de difuminado) fue percibido como una barrera, al dificultar una evaluación precisa del material. MCC: «Yo nunca he usado algo así (software que difumina imágenes) porque siento que podría perderme algo, así que para mí no funciona» (Spence, 2023).

Como alternativa, los moderadores han desarrollado estrategias personales para minimizar la exposición, como visualizar las imágenes en tamaños reducidos, desactivar el sonido de los videos, ocultar el contenido una vez identificado (p.e., dejar de ver inmediatamente cuando se confirmaba que el contenido era sobre abuso sexual infantil). Estas estrategias han demostrado ser eficaces en estudios sobre percepción emocional de imágenes.

Acceso a servicios terapéuticos. La mayoría de las empresas proporcionan servicios de bienestar, aunque la frecuencia y la calidad del servicio varían entre organizaciones. Los moderadores valoraban positivamente la terapia, considerándola un recurso útil para gestionar el impacto emocional del trabajo. Coincidieron en que el apoyo psicológico debería ser especializado, y que las personas que lo brindaran deberían comprender el tipo de exposición experimentada. Algunos expresaron el temor de que, si el terapeuta no tenía experiencia, el contenido podría sobrecargarlos y traumatizarlos, de la misma forma que podría ocurrir con amigos y familiares, lo que limitaba su disposición a compartir detalles de su trabajo. El acceso a sesiones regulares con terapeutas especializados facilitaba la apertura y la expresión de las dificultades relacionadas con el trabajo.

Apoyo organizacional. El respaldo organizacional es un factor determinante en la capacidad de los moderadores para afrontar las demandas de su rol. Se sentían apoyados por sus organizaciones si había una inversión continua en su rol o si sentían que la organización escuchaba sus preocupaciones e ideas.

De particular importancia era la sensación de autonomía en la gestión del tiempo. Los moderadores percibían los descansos como un elemento clave para el bienestar laboral. Tomar pausas según sus necesidades individuales y de una manera que les resultara cómoda (p.e., dar un paseo en lugar de sentarse en una sala de descanso), así como la capacidad de tomarse

días por enfermedad cuando el trabajo se volvía abrumador, eran medidas altamente valoradas por estos profesionales.

La percepción de autonomía ha sido vinculada de manera consistente con mayor satisfacción laboral, compromiso y motivación, así como con menor tasa de abandono del puesto. En aquellas organizaciones que contaban con políticas similares a las fuerzas de seguridad, el acceso a terapia y a un entorno de trabajo flexible promovía una mayor estabilidad emocional en los MCC.

Reconocimiento y sentido del trabajo. El reconocimiento del valor de su trabajo es una fuente clave de motivación y resiliencia. Sentir que su trabajo tiene un propósito y contribuye a un cambio real en la sociedad les permite encontrar significado a lo que hacen, lo que fortalece su capacidad para lidiar con las dificultades que enfrentan diariamente. MCC: «Cuando trabajas con material de explotación sexual infantil, tienes el potencial de salvar la vida de un niño o de meter a alguien en prisión... Si puedes vincular tu trabajo a eso, sobrevives mucho más tiempo en esa área» (Spence, 2023).

El problema es que existe una falta de retroalimentación. La mayoría de los MCC no recibía actualizaciones sobre los casos que escalaban o marcaban. Sin embargo, cuando esto ocurría, el poder vincular sus acciones con resultados reales era alentador y fortalecía su sentido de propósito.

La creencia en el valor social del trabajo ayuda a justificar la exposición al material y protege contra los efectos negativos. Un reconocimiento más amplio y público del trabajo importante que realizan los moderadores podría ayudar a aumentar el sentido de motivación, significado y propósito. No obstante, el temor a traumatizar a otros, la falta de comprensión de la comunidad y la «invisibilidad» de su profesión dificultan que los MCC reciban el apoyo necesario.

MEDIDAS DE BIENESTAR EN EL ÁMBITO LABORAL (Steiger, 2021)

1/ INTERVENCIONES PRAGMÁTICAS

Prevención primaria: Incorporación de bienestar

Algunas empresas establecen un programa inicial de incorporación antes de la primera exposición al contenido. Un ejemplo bien conocido es el programa Resilience and Activity for Everyday (READY), que abarca una variedad de factores protectores de resiliencia, tales como emociones positivas, flexibilidad cognitiva (aceptación), significado de la vida, apoyo social y afrontamiento activo. En un estudio longitudinal de dos años mostró resultados que respaldan la efectividad del programa al evaluar el impacto del entrenamiento con oficiales de policía mediante la medición de puntuaciones de síntomas físicos, afrontamiento, bienestar mental, calidad del sueño y agotamiento.

Prevención secundaria: Entrenamiento en resiliencia

El entrenamiento en resiliencia va más allá de los programas preventivos. Este tipo de entrenamiento continuo ha demostrado tener un impacto positivo en la salud mental y el bienestar de los empleados, así como en su rendimiento y productividad. Consiste en un entrenamiento en habilidades, dirigido por un profesional de salud mental, o información para ayudar con estrategias de afrontamiento luego de la exposición a un evento. Se encontró que los programas que incorporan intervenciones de terapia cognitivo-conductual aumentaron el bienestar y alivieron el estrés según medidas fisiológicas y psicológicas, tasas de deserción, absentismo y autoinformes.

Prevención terciaria: Atención clínica

Estudios previos han demostrado que la terapia en el lugar de trabajo es una intervención efectiva para reducir la ansiedad, el estrés y la depresión en la mayoría de los empleados que utilizan los servicios. Los hallazgos de las revisiones de artículos incluyeron un 80 % de satisfacción de los empleados con los servicios clínicos ofrecidos, un impacto positivo en los síntomas psicológicos de los empleados y la reducción del estrés, preocupaciones psicológicas y el rendimiento laboral.

2/ INTERVENCIONES TECNOLÓGICAS

Prevención Primaria: Prevención de la Exposición

Se han propuesto varios algoritmos para detectar automáticamente contenido problemático con el fin de minimizar la cantidad de trabajo de moderación humana requerido. Aprendizaje automático supervisado: puede utilizarse para detectar contenido problemático de forma automática. Requieren datos de entrenamiento anotados por humanos y generalmente grandes cantidades de estos datos para funcionar con precisión.

El Foro Global de Internet para Contrarrestar el Terrorismo (GIFCT.org), fundado por Facebook, Microsoft, Twitter y YouTube, mantiene una base de datos compartida de contenido extremista. De manera similar, la base de datos PhotoDNA de Microsoft cataloga material conocido de explotación infantil. Permiten que el material perturbador conocido, cuando se recircula, sea eliminado automáticamente sin exposición adicional a los moderadores. Sin embargo, el contenido a menudo se modifica para eludir dicha detección mediante coincidencias exactas. Para abordar esto, existen técnicas de coincidencia aproximada. Dichas

técnicas de detección de duplicados cercanos pueden filtrar automáticamente contenido o agrupar contenido relacionado para facilitar el trabajo de moderación.

Prevención Secundaria: Reducción de la Exposición

Cuando se aplicaron el desenfoque y la reducción del tamaño de la imagen, se encontró una reducción significativa en la respuesta emocional. El desenfoque de la imagen redujo la conductancia de la piel, que de otro modo aumentaba al ver imágenes emocionalmente estimulantes. En la investigación de Das (2020), se encontró que la nueva herramienta de desenfoque interactivo no solo redujo el impacto emocional de la moderación, sino que lo hizo sin afectar la precisión ni la velocidad del proceso.

Prevención Terciaria: Apoyo clínico

La realidad virtual (RV) se ha utilizado como apoyo en terapias de *mindfulness*, facilitando la conexión con el momento presente. Resulta especialmente útil cuando la persona experimenta un recuerdo traumático o se expone a contenido que puede activar dicho recuerdo. Quienes participaron en intervenciones con RV mostraron mayores niveles de atención plena y menor malestar emocional (niveles significativamente más bajos de tristeza, ira y ansiedad) en comparación con quienes practicaron *mindfulness* sin RV. Otros usos de la RV incluyen la relajación, el aumento de emociones agradables y la reducción del estrés. Se observó que la inmersión en entornos virtuales permitió a los participantes alcanzar rápidamente un estado de relajación, al favorecer la desconexión del entorno real y contribuir al bienestar psicológico.

RETOS FUTUROS Y PAPEL
DE LA INTELIGENCIA
ARTIFICIAL (Ahmed, 2024;
FasterCapital, 2024;
Roberts, 2019; Steiger,
2021; Torres, 2022):

Tabla 1
Comparativa entre inteligencia artificial y moderadores humanos

	Inteligencia Artificial (IA)	Moderadores Humanos
Velocidad y escalabilidad	Capacidad para procesar un gran volumen de contenido de forma inmediata.	Limitada por el número de profesionales y la necesidad de descansos.
Comprendión del contexto	Dificultad para comprender sarcasmo, humor o intenciones no explícitas.	Alta capacidad para captar intenciones, matices y contexto cultural.
Precisión y consistencia	Ofrece resultados consistentes cuando se sigue un patrón claro, pero puede cometer errores en situaciones complejas.	Consistencia variable, pero puede adaptarse a situaciones complicadas con juicio humano.
Impacto emocional	No experimenta estrés ni fatiga, lo que es útil para contenido extremadamente gráfico o perturbador.	Pueden sufrir estrés emocional y agotamiento por la exposición repetida a contenido perturbador.

Nota. Elaboración propia a partir de Ahmed (2024), FasterCapital (2024), Roberts (2019), Steiger (2021) y Torres (2022).

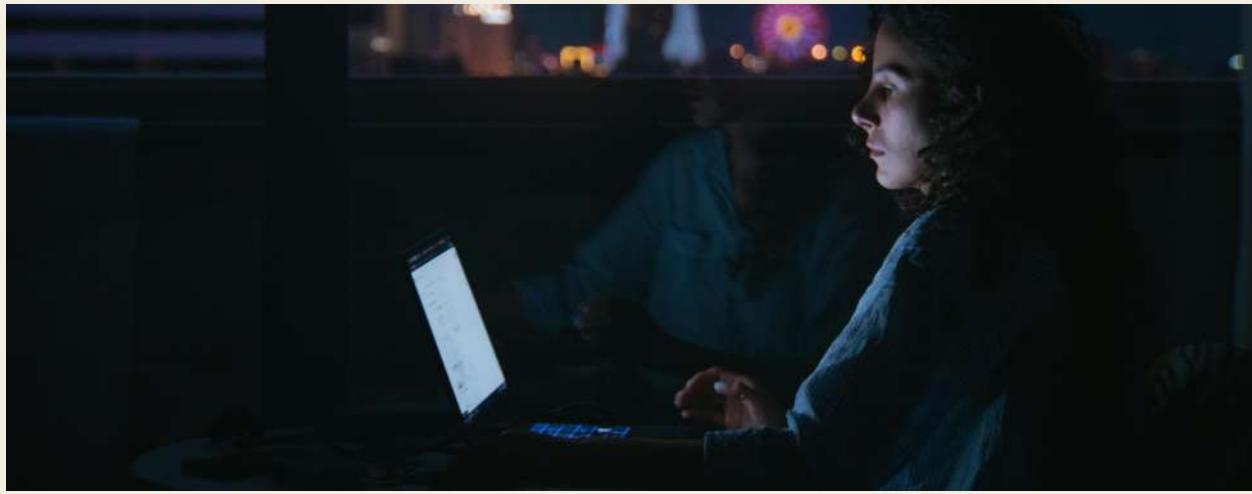


Foto: Beka Ichkiti / Pexels

Desafíos éticos de la moderación automatizada:

— **Sesgos.** Si los datos usados para entrenar la IA están sesgados, esto se reflejará en las decisiones que toma la IA, afectando a minorías o grupos vulnerables.

— **Eliminación de contenido legítimo.** La IA puede eliminar contenido que no infringe normas, como discursos políticos o sátira, por no entender el contexto cultural o el tono.

— **Falta de transparencia.** Los sistemas de toma de decisiones automatizadas no siempre explican de manera clara por qué se eliminó un contenido, dificultando el derecho a la apelación de los usuarios.

— **Desplazamiento del trabajo humano.** A medida que las plataformas automatizan procesos, se reduce la necesidad de moderadores humanos, lo que puede llevar a la pérdida de empleos y deshumanización en el proceso.

Situación actual y tendencias emergentes:

— **IA como primer filtro.** La IA se encarga de filtrar contenido claro y evidente como *spam*, pornografía o discursos violentos, permitiendo a los humanos centrarse en casos más complejos.

— **Colaboración entre IA y moderadores humanos.** La supervisión humana sigue siendo fundamental para revisar casos que impliquen juicio ético, matices culturales o temas delicados.

— **Mayor regulación y transparencia.** Se espera que las políticas internacionales, como las regulaciones europeas, exijan mayor transparencia en los sistemas de IA y en cómo se toman las decisiones de moderación.

— **Desarrollo ético de la IA.** Se está promoviendo la creación de sistemas de IA más responsables, con menos sesgo y mayor implicación humana en el proceso de toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Los efectos psicológicos de ver contenido dañino están bien documentados, con informes de moderadores que experimentan síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros problemas de salud mental. Esta exposición repetida aumenta el riesgo de que desarrollen ansiedad, depresión, trastornos por estrés, enfermedades cardíacas, conflictos interpersonales y abuso de sustancias, de ma-

nera similar a otras ocupaciones que implican exposición a eventos traumáticos.

Es importante señalar que, más allá de la exposición al contenido perturbador, existen otros factores que contribuyen al estrés en el trabajo de los MCC. El entorno laboral en sí mismo resulta estresante. La actitud de los superiores influye significativamente en la experiencia de los moderadores, especialmente en función de si se respeta o no su rol dentro de la empresa. Los objetivos de productividad y precisión, sumados al elevado volumen de contenido a revisar, generan una presión considerable, ya que se percibe que la empresa prioriza el rendimiento por encima del bienestar de sus empleados. A esto se suma la frustración con las herramientas de trabajo, las cuales no parecen estar diseñadas para adaptarse ni a las características específicas del rol ni al tipo de contenido moderado, lo que incrementa el malestar y la sensación de desamparo.

Para enfrentar estos desafíos, los moderadores emplean diversas estrategias de afrontamiento y se benefician de medidas de bienestar organizacional que buscan proteger su salud mental. Por su parte, la IA contribuye a reducir la carga emocional y la exposición directa a contenido dañino. Sin embargo, aunque ha avanzado en la moderación de contenido, aún necesita de la supervisión humana para interpretar contextos complejos y tomar decisiones éticas. La colaboración entre personas y tecnología es una realidad, y la transparencia y la regulación son más necesarias que nunca. Promover una IA responsable es clave para garantizar un entorno digital más justo y seguro. El verdadero desafío será asegurar que, incluso con el avance tecnológico, los derechos y el bienestar de las personas sigan estando en el centro de todo el proceso.

Bibliografía

Ahmed, A., & Khan, M. (2024). *AI and content moderation: Legal and ethical approaches to protecting free speech and privacy*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23619.41767>

Barrett, P. M. (2020). Who moderates the social media giants. A Call to End Outsourcing. *Center for Business and Human Rights*, 102. https://bhr.stern.nyu.edu/wp-content/uploads/2024/02/NYUContentModeration-Report_FINALVERSION.pdf

Das, A., Dang, B., & Lease, M. (2020). Fast, accurate, and healthier: Interactive blurring helps moderators reduce exposure to harmful content. *Proceedings of the AAAI Conference on Human Computation and Crowdsourcing*, 8(1), 33–42. <https://doi.org/10.1609/hcomp.v8i1.7461>

FasterCapital. (2024, 22 de junio). *Papel de la IA en la moderación y censura de contenidos*. <https://fastercapital.com/es/contenido/Papel-de-la-IA-en-la-moderacion-y-censura-de-contenidos.html>

Gillespie, T. (2018). *Custodians of the internet: Platforms, content moderation, and the hidden decisions that shape social media*. <https://doi.org/10.12987/9780300235029>

Igartua, M. T. (2024). Síndrome de burnout de moderador de contenidos en línea como accidente de trabajo: Comentario a la Sentencia del Juzgado de lo Social n.º 28 de Barcelona 13/2024, de 12 de enero. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, (480), 172-180. <https://doi.org/10.51302/rtss.2024.21519>

Lousada, J. F. (2024). Enfermedades del trabajo en la era digital: ¿están las leyes ajustadas a las nuevas realidades? Los trastornos psiquiátricos de un moderador de contenidos de Internet. *Revista de Jurisprudencia Laboral*, (2), 1-6. https://doi.org/10.55104/RJL_00520

Parks, L. (2019). Dirty data: content moderation, regulatory outsourcing, and the cleaners. *Film Quarterly*, 73 (1), 11–18. <https://doi.org/10.1525/fq.2019.73.1.11>

Riesewieck, M., y Block, H. (Directores). (2018). *The Cleaners* [Documental]. Documaniatv. https://www.documaniatv.com/ciencia-y-tecnologia/los-limpiadores-video_b89a3e8fe.html

Roberts, S. T. (2019). *Behind the screen: Content Moderation in the shadows of social media* Yale University Press. https://books.google.es/books?id=3-aaDwAAQBAJ&printsec=front-cover&hl=es&source=gb_s_atb#v=onepage&q&f=false

Serrano, G. (2024, 13 de octubre). *Salvados: Redes sociales: la fábrica del terror (Parte 1)* [Programa de televisión]. La Sexta. https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-21/redes-sociales-la-fabrica-del-terror-parte-1_670943f6c4c9b0e4a733c6d9/

Serrano, G. (2024, 14 de octubre). *Salvados: Redes sociales: la fábrica del terror (Parte 2)* [Programa de televisión]. La Sexta. https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-21/redes-sociales-la-fabrica-del-terror-parte-2_670949534911b0e4979c8b87/

Spence, R., Bifulco, A., Bradbury, P., Martellozzo, E., & DeMarco, J. (2023). The psychological impacts of content moderation on content moderators: A qualitative study. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 17(4). <https://doi.org/10.5817/CP2023-4-8>

Spence, R., Harrison, A., Bradbury, P., Bleakley, P., & Martellozzo, E. (2023). Content moderators' strategies for coping with the stress of moderating content online. *Journal of Online Trust and Safety*, 1(5), 1-18. <https://doi.org/10.54501/jots.v1i5.91>

Steiger, M., Bharucha, T. J., Venkatagiri, S., Riedl, M. J., & Lease, M. (2021). The psychological well-being of content moderators: The emotional labor of commercial moderation and avenues for improving support. *CHI '21: Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, (341), 1-14. <https://doi.org/10.1145/3411764.3445092>

Torres Vargas, G. A. (2022). Plataformización de la sociedad y moderación de contenidos. En J. Hernández (Ed.), *Desafíos en el entorno de la información y la documentación ante las problemáticas sociales actuales: volumen 2*, 105-120. https://ru.iibi.unam.mx/jspui/handle/IIBI_UNAM/529

Vasco, A. C. (2023). *Impacto en la salud mental de los moderadores de contenido de redes sociales* [Tesis de maestría, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano]. Repositorio institucional de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/33916>

We Are Social & Meltwater. (2024). *Digital 2024 Global Overview Report*. <https://data-report.com/reports/digital-2024-global-overview-report>



«EROS EN EL ESPECTRO» SEXUALIDAD Y AUTISMO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aldara Varela Lodeiro

Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental de Concepción Arenal. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

María Candal González

Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental de Noia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

aldara.varela.lodeiro@sergas.es

SUMARIO

GALLEG

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Varela Lodeiro, A., & Candal González, M. (2025). «Eros en el espectro». Sexualidad y autismo: Una revisión de la literatura. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 88-97. <https://coggalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la interacción social y patrones repetitivos que pueden repercutir en el desarrollo afectivo-sexual. A pesar de ello, su desarrollo fisiológico está normalizado por lo que cabe esperar que experimenten necesidades en esta esfera. El propósito de esta revisión de la literatura es describir las particularidades respecto a la sexualidad propias de las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y comparar las diferencias en dichas características entre población con TEA y población general. A través del análisis cualitativo de once artículos se encontró una mayor diversidad en la identidad de género y la orientación sexual; siendo los adolescentes y adultos con TEA más proclives a identificarse como transgénero, no binarios, homosexuales, bisexuales y/o asexuales, así como a presentar dificultades asociadas al diagnóstico para establecer y mantener relaciones y para recibir una educación sexual adaptada a sus necesidades.

PALABRAS CLAVE — Trastorno del Espectro Autista, sexualidad, intimidad, identidad sexual, orientación sexual.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulties in social interaction and repetitive patterns that can affect affective-sexual development. Despite this, their physiological development is normal, so it is reasonable to expect that they will experience needs in this area. The purpose of this literature review is to describe the particularities regarding sexuality in people diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) and to compare the differences in these characteristics between the ASD population and the general population. Through the qualitative analysis of eleven articles, greater diversity was found in gender identity and sexual orientation, with adolescents and adults with ASD being more likely to identify themselves as transgender, non-binary, homosexual, bisexual, and/or asexual, as well as to experience difficulties associated with their diagnosis in establishing and maintaining relationships and receiving sex education adapted to their needs.

KEY WORDS — Autism spectrum disorder, sexuality, intimacy, sexual identity, sexual orientation.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza principalmente por deficiencias en la comunicación e interacción social, así como por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Estas dificultades deben estar presentes en las primeras fases del desarrollo, sin embargo, es necesario tener en cuenta que en ocasiones pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supere las capacidades limitadas o bien pueden estar enmascaradas mediante el empleo de estrategias aprendidas a lo largo de la vida. Cabe destacar también que las manifestaciones del trastorno pueden variar mucho en función de la gravedad de la afección, del nivel del desarrollo y de la edad cronológica: de ahí el término de espectro. Por ello, a pesar de que el núcleo de las alteraciones de las personas que presentan este diagnóstico es compartido, la presentación clínica puede llegar a ser muy heterogénea, por lo que las dificultades, así como las fortalezas, son idiosincráticas en cada caso (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

Teniendo en cuenta las alteraciones asociadas a este diagnóstico, es razonable esperar dificultades sociales y emocionales inherentes al espectro. Así, las personas que presentan un diagnóstico de TEA manifiestan serias dificultades en la reciprocidad socioemocional (lo cual se manifiesta en problemas para iniciar o mantener una interacción social, para compartir emociones, sentimientos o conversaciones o para procesar y responder a las señales sociales complejas), en la regulación emocional y en la cognición social (donde se incluirían dificultades relacionadas con la Teoría de la Mente o la Empatía) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013; Guillón et al., 2014). Además, de la misma manera, estos síntomas suponen también una afectación en el desarrollo afectivo-sexual, en especial en la edad adolescente y adulta (Hervás y Pont, 2020).

Estas dificultades son relevantes, ya que la sexualidad constituye una parte esencial de nuestras vidas, tanto que nuestra existencia es fruto de una interacción sexual. A la hora de hablar de sexualidad, debemos tener en cuenta que el desarrollo de la ciencia que se encarga de estudiar esta área, es decir, la sexología, no ha sido neutral ya que siempre ha estado muy determinada por las creencias culturales y sociales del momento histórico en particular, con el impacto que esto tiene. Así, a lo largo de la historia se identifican posturas más biologicistas, en las que se concibe la sexualidad como un simple impulso reproductor, hasta orientaciones moralistas, en las que se aborda desde un interés religioso, llegando a ser objeto de represión y persecución social.

En la actualidad, se adopta una perspectiva más amplia, donde la sexualidad es concebida como una dimensión del ser humano, que se presenta a lo largo de la vida y constituye el resultado de la interacción de factores biológicos, sociales, psicológicos, políticos, económicos, culturales, históricos, religiosos y espirituales. Por lo tanto, la sexualidad no se reduce únicamente a la atracción física o a las relaciones sexuales, en realidad, incluye aspectos como el género, la identidad sexual, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción y se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. En otras palabras, abarca todo lo que una persona es y siente (de Montis, 2008).

Tradicionalmente, debido al tabú todavía existente, la sexualidad de la población con TEA no ha sido tenida en cuenta. Durante mucho tiempo, se les ha considerado erróneamente como personas asexuales, defendiendo su falta de deseos afectivos o sexuales por sus iguales (Hancock, 2017). Sin embargo, las personas que presentan este diagnóstico tienen un desarrollo fisiológico normalizado, es decir, muestran los mismos cambios físicos que los adolescentes neurotípicos (Ogalla, 2003), por lo que se pue-

de concluir que también experimentan necesidades afectivo-sexuales propias de esta etapa del desarrollo (Fernández Basanta, 2014).

OBJETIVOS

Recientemente, se ha observado que existen diferencias significativas entre los individuos con TEA y N-TEA en diversas áreas de la sexualidad. Por ello, el propósito de esta revisión es, por una parte, describir las particularidades respecto a la sexualidad propias de las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), así como comparar las diferencias en dichas características entre población TEA y población general.

MÉTODO

Esta revisión de la literatura se llevó a cabo en febrero de 2025 utilizando las bases de datos de Web of Science, PsycInfo y Scopus. La

búsqueda pormenorizada de artículos se realizó empleando los siguientes descriptores en ciencias de la salud: (“Autistic disorder”) AND (“Sexuality” OR “Gender role” OR “Romantic relationship”). Como límites adicionales se incluyeron fecha posterior a 2019, el tipo de registro (artículo) e idioma (español o inglés). Despues de la eliminación de los duplicados, se ejecutó el cribado de artículos mediante la lectura del título y el resumen empleando como criterios de inclusión la edad de la muestra (mayores de 13 años), evaluación de población con trastorno del espectro autista y disponibilidad del artículo. Además, se procedió a la identificación de dos artículos mediante búsqueda manual. Como resultado se obtuvieron 11 artículos (Beato et al., 2024; Brilhante et al., 2021; Hancock et al., 2020; Kohn et al., 2023; Mogavero, 2019; Pecora et al., 2021; Torralbas-Ortega et al., 2023; Sala et al., 2024; Sala et al., 2020; Weir et al., 2021; Yew et al., 2023), de los cuales 8 comparan población TEA y población general. En la figura se muestra el proceso de selección de los artículos.

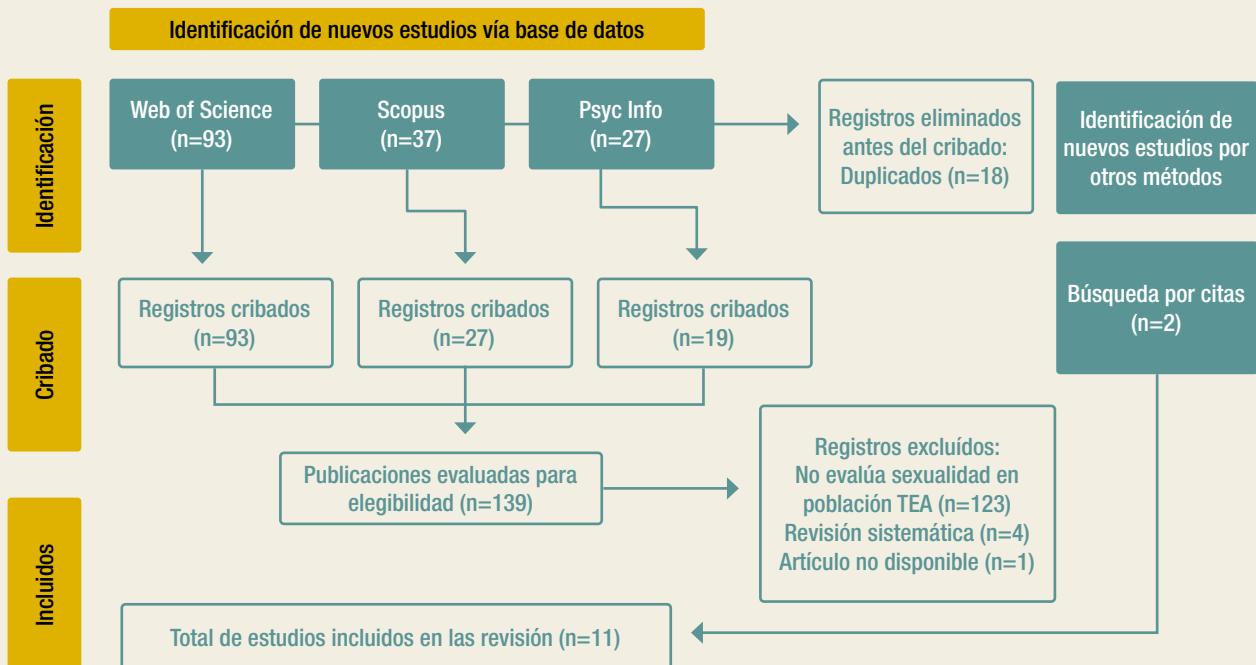


Figura 1 — Diagrama del proceso de selección

RESULTADOS

El número total de participantes en los 11 estudios fue de 3.692 individuos con una edad media de 22,9 años. Se evaluó a un total de 1.792 personas con TEA, suponiendo el 48,54 % de la muestra. Es importante señalar que en 2 estudios se empleó la misma muestra. Basándonos en revisiones previas y en la conceptualización actual de la sexualidad, agrupamos los resultados conforme a la siguiente estructura:

Identidad de género y disforia de género: Las personas con diagnóstico TEA se sienten más desafiados al abordar cuestiones de identidad de género (Torralbas-Ortega et al., 2023). Además, presentan mayor diversidad de género en comparación a la población general (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Weir et al., 2021) y 7,29 veces más tendencia a ser de género no binario (Sala et al., 2020; Sala et al., 2024).

Orientación sexual: Mayor diversidad de orientación sexual en población TEA (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Sala et al., 2024), donde algunos estudios apuntan a que esta población tiene 1,62 veces mayor probabilidad de ser no-heterosexual (Sala et al., 2020), así como una mayor tendencia a ser asexual (entre 8,1 y 7,6 veces más de probabilidades) (Weir et al., 2021).

Conciencia sexual: Este término hace referencia al conocimiento y la percepción de sentimientos, deseos, motivaciones y situaciones relacionadas con el sexo (Hannah y Stagg, 2016). Los estudios revisados apuntan que la población con diagnóstico TEA presenta dificultades para reconocer necesidades afectivo-sexuales (Torralbas-Ortega et al., 2023) como la identificación de sentimientos y sensaciones asociados con el interés sexual, la excitación y el deseo (Beato et al., 2024), la averiguación de los intereses y los sentimientos propios hacia otras personas (Beato et al.,

2024), así como para expresar sus sentimientos (Torralbas-Ortega et al., 2023).

Relaciones de pareja: Se observan niveles similares de interés romántico en comparación con la población general (Hancock et al., 2020; Sala et al., 2020). Sin embargo, se observan menos oportunidades para conocer potenciales parejas y relaciones más cortas, así como niveles más altos de ansiedad en las interacciones románticas iniciales (Hancock et al., 2020; Yew et al., 2023). Por otra parte, se observan diferencias en cuanto a las características de relación establecida, habiendo una mayor tendencia en población con diagnóstico TEA de mantener relaciones no monógamas (Sala et al., 2020), así como mayor atracción por personas neurodivergentes (Beato et al., 2024). Por otra parte, en los estudios se encuentran dificultades particulares de esta población como dificultades para expresar atracción e interés en otra persona, dificultades para interpretar las expresiones de atracción y el desinterés/interés del otro y resistencia a una proximidad activa (adoptan una actitud pasiva y muchas veces emplean a otros amigos para iniciar interacciones).

Intimidad: Se observan significados similares con respecto al concepto de intimidad en ambos grupos (intimidad entendida como el compartir, el respeto mutuo, el apoyo...), así como en formas que se consideran relevantes para el mantenimiento de la intimidad (comunicación abierta y honesta, ser consciente de que las relaciones requieren un esfuerzo...) (Sala et al., 2020). A pesar de ello, sí se aprecian algunas diferencias. Por una parte, la población TEA, debido a sus dificultades en la comprensión del lenguaje indirecto, hacen mayor énfasis en la necesidad de una comunicación clara y directa (Sala et al., 2020). Por otra parte, aunque en ambos grupos se describe la intimidad física como un símbolo/extension de la intimidad emocional (entendida como cualquier contacto mediante el tacto - besos, abrazos, relaciones sexuales...), en la población TEA existe una mayor variabilidad

de respuestas, ya que no todos consideran la intimidad física como una parte importante de las relaciones románticas, hay una mayor diversidad con respecto a lo que encuentran reconfortante o placentero y tienen mayor enfoque en el contacto no sexual (mayor asexualidad) (Sala et al., 2024).

Conocimiento sexual: No se encuentran diferencias significativas en el grupo diagnóstico con respecto al conocimiento percibido, la precisión del lenguaje, ni en reconocimiento de conocimiento sexual. Sin embargo, sí se aprecian diferencias en las habilidades del lenguaje pragmático, donde el grupo con diagnóstico TEA alcanza puntuaciones significativamente menores (Kohn et al., 2023). De la misma manera, se observa en esta población un menor conocimiento sobre cómo iniciar relaciones y menor aprendizaje a través de padres, iguales, medios y observación (Hancock et al., 2020; Mogavero y Hsu, 2020). Acorde con estos resultados, otros estudios apuntan a dificultades de comunicación bidireccional relacionadas con la educación sexual entre padres e hijos con diagnóstico TEA asociadas a aspectos como el desconocimiento de las necesidades de las personas que presentan este diagnóstico o por sentimientos de vergüenza. Así, los familiares presentan muchas veces sentimientos de ambivalencia a la hora de hablar de sexualidad con los hijos y estos, a su vez, en muchas ocasiones sienten vergüenza, por lo que rechazan este acercamiento. Como consecuencia de ello, la educación sexual queda en manos de los profesionales y, sobre todo, de un aprendizaje implícito, aspecto en el que las personas con TEA tienen dificultades (Torralbas-Ortega et al., 2023). Por otra parte, la educación sexual recibida sigue siendo restringida, ya que los programas no están diseñados para personas neurodivergentes y todavía se centran excesivamente en la mecánica del sexo (por ejemplo, la reproducción), la función sexual y la anticoncepción en lugar de en los componentes socioemocionales, el entrenamiento de habilidades y la intimidad, aspec-

tos centrales para esta población (Beato et al., 2024). Finalmente, hay que destacar que también se encuentran diferencias significativas en cuanto a experiencias con relaciones previas, en las que el grupo TEA tiene 63,43 veces mayor tendencia a no tener experiencia en relaciones (Sala et al., 2020; Sala et al., 2024)

Conducta sexual: Se encuentran experiencias sexuales solitarias similares en ambos grupos (donde se incluiría la masturbación), pero menores experiencias sexuales en pareja en el grupo con TEA (Kohn et al., 2023; Weir et al., 2021). Por otra parte, dentro de esta población, se encuentra una diferencia por género, en la que se observa que las mujeres con diagnóstico TEA tienen mayor probabilidad de informar de haber participado en actividades sexuales y suelen comenzar a una edad más temprana en comparación con los hombres con diagnóstico TEA (Weir et al., 2021). Además, otros estudios apuntan a algunos fuertes sentimientos negativos asociados a la masturbación (vergüenza o culpa) y a la importancia del estado de ánimo como elemento central del deseo o el desinterés sexuales (Beato et al., 2024).

Impacto de los síntomas: Los artículos revisados apuntan también que los síntomas asociados al espectro en ocasiones suponen un impacto importante en la sexualidad de la población con TEA. Así, dificultades como la hipo/hiper sensibilidad o las dificultades de esta población para identificar el deseo sexual puede dar lugar a la aparición o intensificación de problemas sexuales (como disminución o ausencia del deseo sexual, disminución de la capacidad para alcanzar el orgasmo, dolor persistente en el área genital o pélvica durante las relaciones sexuales, dificultad para tolerar la penetración, lubricación vaginal insuficiente, baja relajación vaginal, dificultad para lograr y mantener erecciones, etc.). Por otra parte, la sensibilidad sensorial es una problemática exclusiva de la población con diagnóstico TEA. Esto hace que las necesidades sensoriales puedan hacer el afecto físico inde-

seable o desafiante (Sala et al., 2024). Así, las dificultades en la aceptación del tacto también suponen una importante limitación, aspecto que muchas veces viven como algo abrumador y que intentan compensar con diversas estrategias. Las respuestas conductuales más frecuentes son la evitación o el empleo de estrategias para resistirlo. Dichas respuestas están influenciadas por la impredecibilidad del tacto, la no intencionalidad y el estado de ánimo negativo (Beato et al., 2024).

Conductas de riesgo: Las mujeres homosexuales con diagnóstico TEA tienen más probabilidades de haber tenido una experiencia sexual lamentada (haber consentido una conducta o experiencia sexual de la que después se han arrepentido, es decir, sentimientos negativos que surgen en encuentros sexuales sin compromiso), así como de haber tenido experiencias sexuales no deseadas (puede incluir experiencias de coerción sexual, contacto sexual no deseado y participación en cualquier forma de conducta sexual, incluidas las relaciones sexuales) en comparación con las mujeres heterosexuales u homosexuales sin

diagnóstico (Pecora et al., 2020). Además, se encuentra una mayor probabilidad por parte de la población con diagnóstico TEA de ejercer conductas de acoso o de insistencia en el cortejo, en parte asociadas a sus dificultades (Mogavero y Hsu, 2019). Finalmente, hay que destacar que se encuentra una menor probabilidad en esta población de contraer alguna ETS, resultados posiblemente mediados por la mayor tasa de asexualidad y menor actividad sexual que se encuentra en comparación con la población general (Weir et al., 2021).

DISCUSIÓN

Con esta revisión se desmienten algunos mitos relacionados con la sexualidad de las personas TEA, como esa supuesta falta de interés sexual y amorosa. Así, podemos observar que las personas con autismo tienen las mismas necesidades afectivas y sexuales que las personas de su misma edad sin TEA (Hancock et al., 2020; Sala et al., 2020), aunque con ciertas parti-



Foto: Alexander Mass / Pexels

cularidades. Por una parte, vemos que tienen mayor variabilidad en la identidad de género y en la orientación sexual (Kohn et al., 2023; Pecora et al., 2020; Sala et al., 2020; Sala et al., 2024; Weir et al., 2022), mayor tendencia a establecer relaciones no monógamas (Sala et al., 2020), mayor atracción por personas neurodivergentes (Beato et al., 2024) y mayor enfoque en el contacto no sexual (Sala et al., 2024). Por otra parte, se observan dificultades afectivo-sexuales derivadas del impacto de los síntomas de este diagnóstico y que engloban múltiples áreas como las experiencias sexuales en las relaciones de pareja, las habilidades de cortejo o la identificación de las propias necesidades afectivo-sexuales (Beato et al., 2024; Hancock et al., 2020; Kohn et al., 2023; Mogavero y Hsu, 2020; Pecora et al., 2020; Torralbas-Ortega et al., 2023; Sala et al., 2020; Weir et al., 2021; Yew et al., 2023).

Con respecto a la diversidad en la identidad de género y de orientación sexual, todavía no hay explicaciones claras acerca de este fenómeno, sin embargo, existen algunas hipótesis que pretenden dar algún posible esclarecimiento. Por una parte, se plantean perspectivas más neurobiológicas en las que se defiende que la sobreexposición a la testosterona fetal (lo cual parece estar relacionado con el desarrollo de características cognitivas de autismo) se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar una identidad de género masculina y una orientación sexual no heterosexual entre las mujeres con TEA. De la misma manera, se defiende que esta mayor exposición en el caso de los hombres con TEA supone una preferencia no-heterosexual, aunque dicha evidencia es débil (Bejerot S y Eriksson JM, 2014; Knickmeyer y Baron-Cohen, 2006). Por otra parte, se plantean teorías más psicosociales que intentan explicar de alguna manera esta mayor diversidad. Entre ellas destaca la Teoría de la motivación social, la cual explica que la menor sensibilidad de esta población a las normas sociales junto con el menor acceso a parejas sexuales y románticas produce una re-

ducción de la relevancia del sexo de nacimiento a la hora de elegir o responder a potenciales parejas, aumentando así la variabilidad de las preferencias y prácticas sexuales (Chevallier et al., 2010). Por otra parte, otra de las posibles variables que puede entrar en juego a la hora de explicar esta variabilidad en la identidad de género es la inflexibilidad cognitiva. Esto hace que las personas con TEA presentan dificultades a la hora de aceptar y adaptarse a los cambios, entre los que se encuentran los cambios asociados a la pubertad. De esta manera, esta dificultad puede llevar al rechazo de su cuerpo y de su identidad de género (Hervás y Pont, 2020). De la misma manera, esta rigidez en el pensamiento puede llevar a interpretaciones inflexibles de los roles de género y una mayor probabilidad de desarrollar una identidad de género que no es consistente con el sexo de nacimiento si los intereses/atributos no encajan con los estereotipos (de Vries et al., 2010).

Continuando con el análisis de los resultados, podemos observar que, a pesar de la evidencia que hay con respecto a la «Teoría del cerebro masculino extremo en autismo» (la cual defiende un patrón extremo de habilidades de sistematización y empatía), los resultados concuerdan con los obtenidos en otras revisiones en las que se respalda la idea de un rol de género desmasculinizado en población TEA, es decir, no cumplen los estereotipos propios del rol masculino, como las afirmaciones de poder, asertividad, habilidades de liderazgo y competitividad, lo cual, a nivel sexual, se podría traducir en menor libido, menor probabilidad de tomar iniciativas sexuales en relaciones románticas y frecuencias más bajas tanto de excitación sexual como de orgasmos (Bejerot y Eriksson, 2014).

Por otra parte, los resultados también evidencian cómo la sociedad continúa ignorando y silenciando las singularidades de la sexualidad de esta población. Rescatamos de uno de los artículos la crítica realizada hacia la metáfora del «ángel azul», concepto que hace referencia al color representativo del autismo y a la

imagen estereotipada de inocencia eterna de este colectivo. En el artículo se pone en tela de juicio la perpetuación de un discurso de infantilización y patologización de la sexualidad de la población con diagnóstico TEA a la vez que se reivindica la importancia de respetar su autonomía (Brilhante et al., 2021).

Por último, hay que mencionar que existen programas de educación psicosexual orientados a personas con diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista que tienen el objetivo de mejorar algunas de las dificultades encontradas en esta revisión. Existen diferencias entre ellos en función de la población a la que va dirigida. Así, se han encontrado programas dirigidos a TEA de alto funcionamiento como el Tackling Teenage Training (TTT), The Supporting Teens with Autism on Relationships Program (STAR) o el programa educativo SALUDIVERSEX-T y programas dirigidos a TEA con Discapacidad Funcional como The Healthy Bodies Toolkit. A pesar de las diferencias en cuanto a la población objetivo, todos coinciden en abordar las mismas temáticas, estando entre ellas la pubertad, las relaciones sociales, sentimientos y comportamientos sexuales, salud sexual, anticoncepción e identidad de género (García et al., 2023).

CONCLUSIONES

En conclusión, al contrario de lo que tradicionalmente se defendía, las personas que tienen un diagnóstico de TEA presentan unos niveles de interés y deseo sexual similares a los de la población general. Sin embargo, sí se observan características o dificultades particulares dentro de esta población que deben ser tenidas en cuenta y que, en parte, están asociadas a los síntomas propios del espectro. Además, hay que destacar que dichas particularidades serán idiosincráticas a cada persona en cuestión al igual que ocurre con la gran diversidad sintomatológica del espectro.

Bibliografía

- Almagia, E. B. (2002). *Psicología de la sexualidad*. Universidad de Concepción.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª ed.* American Psychiatric Publishing
- Beato, A., Sarmento, M. R., & Correia, M. (2024). Experiencing Intimate Relationships and Sexuality: A Qualitative Study with Autistic Adolescents and Adults. *Sexuality and Disability*, 42(2), 439-457.
- Bejerot, S., & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: a case control study. *PloS one*, 9(1), e87961. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087961>
- Brilhante, A. V. M., Filgueira, L. M. D. A., Lopes, S. V. M. U., Vilar, N. B. S., Nóbrega, L. R. M., Pouchain, A. J. M. V., & Sucupira, L. C. G. (2021). "I am not a blue angel": Sexuality from the perspective of autistic adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 417-423.
- Calvo Escalona, R., Puig, O., Balcells, R., Visser, K., Amat, C., Peran, L., & Van der Vegt, E. (2016). 1.24 the Ttt®(Tackling Teenage Training), Spanish Version: a Pilot Study in Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), S107.
- Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodkin E.S & Schulz R.T. (2010). The social motivation theory of autism. *Trends Cogn Sci*. 16(4), 231-9. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007>.
- De Montis, I. A. (2008). *Sexualidad humana*. Editorial El Manual Moderno.
- De Vries A.L.C., Noens I.L.J., Cohen-Kettenis P.T., van Berckelaer-Onnes I.A. & Doreleijers T.A.. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40(8), 930-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.

Duarte, L., Figueiredo, R., & Alves, J. C. (2022). Psychosexual education and training for adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review. *Nascer E Crescer-Birth and Growth Medical Journal*, 31(2), 123-129.

Fernández-Basanta, S. (2014). *Adolescentes con Síndrome de Asperger: Familia y educación sexual*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la Coruña]. <http://hdl.handle.net/2183/13648>

García, M. A. C., Arjona, A. A. M., Moscato, G., & del Pino Brunet, N. (2023). Intervención educativa afectivo-sexual en adolescentes con TEA. *La escuela promotora de derechos, buen trato y participación.: Revisiones, estudios y experiencias*. 964-971.

Guillon, Q., Hadjikhani, N., Baduel, S., & Rogé, B. (2014). Visual social attention in autism spectrum disorder: insights from eye tracking studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 279–297. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.013>.

Hancock, G., Stokes, M. A., & Mesibov, G. (2020). Differences in romantic relationship experiences for individuals with an autism spectrum disorder. *Sexuality and Disability*, 38, 231-245.

Hancock, G. I., Stokes, M. A., & Mesibov, G. B. (2017). Socio-sexual functioning in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analyses of existing literature. *Autism Research*, 10(11), 1823-1833.

Hervas, A., & Pont, C. (2020). Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 80, 7-11.

Knickmeyer R.C. & Baron-Cohen S. (2006) Fetal testosterone and sex differences in typical social development in autism. *J Child Neurology*, 21(10), 825-45. <https://doi.org/10.1177/08830738060210101601>.

Kohn, B. H., Vidal, P., Chiao, R., Pantalone, D. W., & Faja, S. (2023). Sexual knowledge, experiences, and pragmatic language in adults with and without autism: Implications for sex education. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3770-3786.

López, N. (2016, 14 de abril). *Cadena Ser*. La evolución de la sexualidad en el ser humano.

Mogavero, M. C., & Hsu, K. H. (2020). Dating and courtship behaviors among those with autism spectrum disorder. *Sexuality and Disability*, 38(2), 355-364.

Ogalla Sanchez, E. J. (2003). “Adultización” de los jóvenes con autismo y/o necesidades de apoyo generalizado. hacia una conversión necesaria. *Escuela Abierta*, 6(2003), 85–127. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/787690.pdf>

Pecora, L. A., Hancock, G. I., Hooley, M., Demmer, D. H., Attwood, T., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Molecular autism*, 11, 1-16.

Sala, G., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2020). Romantic intimacy in autism: A qualitative analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(11), 4133-4147.

Sala, G., Hooley, J., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2024). Comparing physical intimacy and romantic relationships of autistic and non-autistic adults: A qualitative analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(10), 3942-3951.

Torralbas-Ortega, J., Roca, J., Coelho-Martinho, R., Orozko, Z., Sanromà-Ortiz, M., & Valls-Ibáñez, V. (2023). Affectivity, sexuality, and autism spectrum disorder: qualitative analysis of the experiences of autistic young adults and their families. *BMC psychiatry*, 23(1), 858.

Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2021). The sexual health, orientation, and activity of autistic adolescents and adults. *Autism Research*, 14(11), 2342-2354.

Yew, R. Y., Hooley, M., & Stokes, M. A. (2023). Factors of relationship satisfaction for autistic and non-autistic partners in long-term relationships. *Autism*, 27(8), 2348-2360.



CASO 1

EL JUEGO COMO PUENTE TERAPÉUTICO: ALIANZA Y ENFOQUE INTERDISCIPLINAR EN EL CASO DE UNA MENOR CON AUTOLESIONES

Sandra Marco Peligro

Psicóloga Interna Residente. Área Sanitaria de Ferrol

Sandra.marco.peligro@sergas.es

Sara Vázquez Rumbo

Enfermera Especialista en Salud Mental. Área Sanitaria de Ferrol

Sara.vazquez.rumbo@sergas.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Marco Peligro, S., & Vázquez Rumbo, S. (2025). El juego como puente terapéutico: alianza y enfoque interdisciplinar en el caso de una menor con autolesiones. *Anuario de Psicología y Salud, 18*, pp. 98-109. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

El artículo describe el abordaje interdisciplinar de un caso clínico de una paciente de 12 años con conductas autolesivas, atendido de manera conjunta por una residente de Psicología Clínica y una residente de Enfermería de Salud Mental. La intervención se centró en la creación de una sólida alianza terapéutica y en el uso del juego como principal herramienta de trabajo, con el apoyo del juego Dixit. A través de este enfoque, se facilitó la expresión emocional, la mentalización y el desarrollo de estrategias para la gestión del malestar emocional. El caso ilustra la eficacia del trabajo conjunto y coordinado entre ambas disciplinas para intervenir en problemáticas complejas en población infanto-juvenil.

PALABRAS CLAVE — Alianza terapéutica, Trabajo interdisciplinar, Autolesiones, Juego Terapéutico, Dixit.

ABSTRACT

The article describes the interdisciplinary approach to a clinical case of a 12-year-old patient with self-injurious behaviors, jointly attended by a Clinical Psychology resident and a Mental Health Nursing resident. The intervention focused on the creation of a strong therapeutic alliance and the use of play as the main work tool, with the support of the Dixit game. Through this approach, emotional expression, mentalization and the development of strategies for managing emotional distress were facilitated. The case illustrates the effectiveness of joint and coordinated work between both disciplines to intervene in complex problems in the child and adolescent population.

KEY WORDS — Therapeutic alliance, Multidisciplinary team, Self-harm, Therapeutic play, Dixit.

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas (ANS) son comportamientos deliberados de daño físico sin intención letal (como cortes, arañazos o quemaduras) y constituyen un motivo de consulta que es cada vez más frecuente en población infanto-juvenil. Se estima que la prevalencia a nivel global estaría entre el 16-22 % en población general (Farkas et al., 2024). Aunque suelen iniciarse entre los 12 y los 15 años, algunos casos de sintomatología ansiosa aparecen ya en la preadolescencia.

Según el informe de The Lancet, se registran a nivel mundial al menos 14 millones de episodios de autolesión al año, lo que supone una tasa global de aproximadamente 60 por cada 100.000 personas, aunque se destaca que son datos muy probablemente subestimados. Aun así, las autolesiones llegarían a afectar al 14 % de la población infanto-juvenil a nivel mundial (Moran et al., 2024). Además, tras la pandemia se ha observado un aumento significativo tanto de ANS como de otro tipo de problemas emocionales dentro de la población infanto-juvenil (Fundación ANAR, 2023).

Estos datos, subrayan la importancia de poder identificar y abordar de una manera precoz las ANS, además de la necesidad de intervenciones centradas en mejorar la regulación emocional y la expresión del malestar, así como el fortalecimiento de redes de apoyo en menores que presenten este tipo de dificultades.

En este contexto y especialmente con este tipo de población, la construcción de una alianza terapéutica segura se convierte en el pilar fundamental del proceso de intervención. La alianza terapéutica puede definirse como un proceso relacional que incluye el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta, así como el acuerdo mutuo sobre las metas y tareas del tratamiento (Bordin, 1979). En población infanto-juvenil, este vínculo tiene la particularidad de estar mediado por las figuras parentales,

con las cuales también se hace imprescindible tener una buena alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es un proceso relacional complejo que implica cuatro dimensiones interdependientes (Escudero y Friedlander, 2019):

- Enganche en el proceso terapéutico: refleja el comportamiento de cada cliente en términos de la medida en que negocia los objetivos del tratamiento con el terapeuta, acuerda realizar tareas específicas durante la sesión y/o participa en casa y a nivel global en el proceso terapéutico.
- Conexión emocional con el/la terapeuta: hace referencia al vínculo emocional entre cliente y terapeuta.
- Seguridad dentro del sistema terapéutico: tiene que ver con sentirse cómodo y acogido, no solo con el/la terapeuta, sino también con todos los demás miembros de la familia hayan venido o no a la sesión.
- Sentido de propósito compartido: refleja la implicación y coordinación de la familia como un todo para definir el problema, establecer objetivos, acordar tareas y compartir un sentimiento de unidad al hacerlo.

En este contexto, el juego se convierte en una herramienta terapéutica clave, especialmente en la intervención con menores que presentan dificultades a la hora de expresar sus emociones, como puede suceder en casos de autolesión.

El uso del juego como herramienta terapéutica en la atención de la salud mental infanto-juvenil está ampliamente respaldado por la literatura científica y la práctica clínica. Diversas modalidades de juego, que van desde el simbólico hasta los videojuegos diseñados con fines terapéuticos, han demostrado ser eficaces para promover el desarrollo emocional, cognitivo y social en niños y adolescentes (David et al., 2021; Sertkaya Fidan y Ulusoy Doğmuş, 2025). El juego ofrece un medio fundamental

para que los niños expresen emociones, procesen experiencias difíciles y desarrollen habilidades de afrontamiento (Alemdar et al., 2024).

A través del juego simbólico, es posible representar situaciones de la vida cotidiana, lo cual facilita la comprensión y elaboración de conflictos internos, al tiempo que fomenta la autonomía y la autoestima (Fidan y Doğmuş, 2025). Asimismo, los juegos tradicionales y de mesa continúan siendo herramientas valiosas dentro del contexto terapéutico, ya que estimulan funciones cognitivas como la memoria y la atención, además de potenciar competencias sociales y emocionales, tales como la autorregulación, la cooperación y el respeto por las normas (Alemdar et al., 2024). Estos juegos promueven también la interacción social, esencial en procesos de desarrollo y en la construcción de vínculos terapéuticos.

En este sentido, Dixit constituye un ejemplo destacado. Se trata de un juego de mesa en el que los participantes utilizan cartas con ilustraciones simbólicas para narrar y adivinar historias a partir de pistas creativas. Su dinámica favorece la imaginación, la comunicación y la interpretación subjetiva de significados, lo que lo convierte en una herramienta útil en la práctica terapéutica. A través de sus imágenes sugerentes, los pacientes pueden proyectar emociones, experiencias y pensamientos, facilitando así la expresión emocional, la empatía y el fortalecimiento de habilidades sociales.

En definitiva, comprender las autolesiones y favorecer una sólida relación terapéutica son claves para ofrecer una atención integral y efectiva; abordando las distintas dimensiones del sufrimiento, acompañando de forma cercana y potenciando los recursos del paciente. Asimismo, la incorporación del juego como herramienta terapéutica brinda un espacio seguro para expresar sentimientos y reforzar la alianza entre los profesionales y el paciente. Por ello, a continuación, se expone un caso clínico que ilustra la aplicación integrada de estos elementos desde un abordaje interdisci-

plinar, en este caso dirigido por una residente de Psicología Clínica y otra de Enfermería de Salud Mental.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se trata de una paciente de 12 años, sin antecedentes en salud mental, que acude por primera vez, en enero de 2024, a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IX) tras derivación desde Pediatría.

La unidad familiar se compone por su madre (en situación de incapacidad laboral desde 2019 por patología osteoarticular), su padre (electricista con frecuentes desplazamientos por trabajo), su hermano mayor (estudiante de ciclo medio) y su tío materno (conviviendo con la familia desde hace dos años y sin actividad laboral).

La paciente se encontraba cursando 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) manteniendo vínculos con compañeros de clase.

Acerca de los antecedentes familiares de interés, la madre recibe atención en Psiquiatría por un cuadro ansioso asociado a su situación de incapacidad laboral. Asimismo, su hermano mayor presenta un quiste cerebral, por lo que en la actualidad mantiene seguimiento por Neurología. Por su parte, una tía materna ha requerido asistencia en dispositivos de salud mental a causa de ideación autolítica.

MOTIVO DE CONSULTA

El interés de la derivación a las consultas de Psicología Clínica parte de la madre de la paciente, quien muestra una gran preocupación tras ser informada en una revisión pediátrica acerca de la presencia de autolesiones en la menor. En un primer momento, la paciente

adopta una postura reticente frente al proceso terapéutico, mostrando una actitud defensiva y expresando abiertamente su negativa a acudir a las sesiones.

En las primeras entrevistas, sin embargo, esta es capaz de identificar como motivo de consulta la acumulación de estresores que ha vivido en los últimos años y que le resulta difícil afrontar. Destacan, entre ellos, la muerte de su gata —una figura con la que mantenía un fuerte lazo afectivo— y diversos cambios en la estructura familiar. La paciente refiere que, desde hace aproximadamente dos años, su tío materno vive en el hogar familiar, ocupando la habitación que anteriormente era de ella, lo que ha implicado una reestructuración del espacio en la vivienda y ha aumentado las tensiones diarias.

Al comenzar la intervención, la paciente nos habla acerca de cómo le afecta esta reestructuración del hogar, compartiendo habitación con su madre, mientras que su padre duerme en el sofá del salón cuando no se encuentra fuera del domicilio por motivos laborales. Muestra su enfado ante ello, ya que le impide disponer de un espacio propio donde poder descansar, estudiar o contar con privacidad. Esta situación, junto con otros factores, parece haber influido significativamente y de manera negativa en su bienestar emocional y en su percepción de seguridad y apoyo en el entorno familiar.

OBJETIVOS

El objetivo principal de la intervención fue la reducción y eliminación de las autolesiones, promoviendo a su vez formas alternativas y más adaptativas de regulación del malestar emocional.

De forma adicional, se trabajó de manera progresiva la expresión emocional, aspecto que desde las sesiones iniciales se identificó como

una de las principales dificultades de la menor, tanto en consulta como en su día a día.

INTERVENCIÓN

Previo al inicio de la intervención, se decide realizar un diario conjunto entre ambas terapeutas, asignando un título para cada sesión, una breve recogida acerca de lo trabajado en la sesión, tareas que se hayan establecido y sensaciones que se hayan tenido. Tanto la recogida de datos como su posterior manejo se ha realizado teniendo en cuenta las normas de buena práctica de investigación biomédica (Declaración de Helsinki y Convenio de Oviedo); así como la normativa sobre protección de datos (Reglamento UE), y demás normas de obligado cumplimiento sobre investigación y uso de datos clínicos de los pacientes. Ambas firman un consentimiento informado.

Sesión 1: «Empezamos»

Se realizan las marcas de contexto, nos presentamos ambas residentes y encuadramos el tipo de intervención que vamos a realizar de manera conjunta. Se recoge información sobre datos sociodemográficos y sobre el motivo de consulta. Lo más destacado de esta primera sesión es la actitud de la paciente, se muestra desafiante e indiferente hacia nosotras, llegando a verbalizar que no quiere acudir a las consultas. No hay mucho espacio para intervenir, por lo que nos dedicamos a comenzar a trabajar el vínculo con la paciente y le agradecemos el esfuerzo que ha hecho acudiendo a la consulta.

Tras esta primera consulta nuestra sensación inicial era de incertidumbre al ver la poca predisposición inicial de la paciente y del reto que

teníamos por delante para conseguir vincular con ella.

Sesión 2: «Melonazo»

En esta sesión realizada a solas con la madre, describe como complicada la situación en casa con su hermano, con el cual no tiene buena relación. Refiere haberlo acogido en casa por presiones familiares y está teniendo dificultades para que abandone el domicilio. En esta consulta también nos habla de su marido, el cual pasa mucho tiempo fuera de casa por trabajo, teniendo que realizar viajes incluso de meses, lo que dificulta todavía más la dinámica familiar.

En esta sesión el tiempo con la paciente es breve, menos centrado en la parte clínica y más en trabajar el vínculo y conocer más acerca de sus intereses. La paciente nos empieza a hablar sobre sus amistades, sobre su familia y se empieza a observar cierta dificultad a la hora de hablar de aspectos que le generan malestar, apreciándose cierta contención emocional en consulta.

Sesión 3: «El desafío» (Consulta solo Sandra)

Esta sesión se le dedica únicamente a la paciente. En la misma, se aprecia que comienza a abrirse un poco más a la hora de hablar sobre su malestar. Cuando la terapeuta expresa su preocupación genuina por ella, la joven muestra una actitud defensiva, verbalizando «te da igual, es tu trabajo y eso se lo dirás a todos los que vienen», «te preocupó yo lo mismo que te preocupa que se te acabe los pañuelos de la mesa».

Se percibe de una manera muy clara las dificultades vinculares de la paciente y el gran miedo que tiene de abrirse y mostrarse, tal vez, «vulnerable» ante los demás.

En ese momento, no se le confronta nada de lo que dice, sino que le devuelvo que es normal que pueda pensar así, pero que realmente a

nosotras nos importa y preocupa su bienestar y que vamos a trabajar para que pueda empezar a encontrarse mejor. Tras esta devolución, ocurre lo que consideramos un punto de inflexión clave en lo que a la alianza con esta paciente se refiere, ya que esta devolución genera que rompa a llorar. Tras dejarle un espacio de desahogo, cuando está más tranquila reconoce que «nunca nadie me dijo que le importaba».

Sesión 4: «El reencuentro»

Volvemos a estar las dos terapeutas y esta es la primera consulta en la que la paciente expresa su agradecimiento y verbaliza que le gusta acudir a las consultas con nosotras.

Además, comienza a hablar más sobre las cosas que le generan malestar, permitiéndonos profundizar un poco más acerca de las autolesiones y empezamos a trabajar alternativas para las mismas. De cara a la siguiente consulta se propone comenzar a trabajar la parte más emocional, no lo rechaza, aunque sí tiene cierta reticencia.

En esta consulta preguntamos por dinámicas familiares y descubrimos que tanto ella como su hermano comen y cenan siempre en las habitaciones y sus padres en el salón. Esto parece estar muy normalizado en la familia, por lo que abordamos la importancia de los espacios y mandamos como tarea que trate de comer en el salón con sus padres 10 días (teniendo en cuenta que hasta la siguiente consulta pasarán 22 días), aceptándolo la paciente.

De manera paralela, se trabaja con la madre enfocándonos en fortalecer su rol maternal, dado que presenta una notable inseguridad, así como en la normalización de ciertos comportamientos y conductas de la paciente.

Sesión 5: «Venciendo resistencias»

Trae la tarea escrita, en el registro observamos que consiguió comer/cenar 18 días fuera de

su habitación, reforzamos y animamos a mantener esta dinámica. Además, nos trae escrito una lista de «Datos sobre mí», reconociendo que le resulta más fácil escribir que hablar. También nos trae un dibujo y se muestra muy ilusionada y animada al dárnoslo.

Comenzamos a trabajar en consulta con el Dixit para favorecer la expresión emocional, le proponemos que elija varias cartas en función de cómo se siente:

1. «Música». Le gusta la música y los gatos. La música le ayuda en momentos de malestar. Identificamos la música y los animales como un recurso y estrategia que le ayuda a gestionarse emocionalmente.

2 y 3. «Agobio por los estudios». Aquí reconoce miedo a decepcionar a su padre, sensación de ahogo y presión que siente por su parte, nos permite entrar en el tema y hablarlo. Gran afectación en la paciente al hablar sobre el mismo.

4. Habla sobre su estilo «masculino» y cómo en ocasiones ha recibido comentarios negativos sobre esto que le han hecho sentir muy mal, destacando emociones como el enfado y la tristeza.

Nuestra sensación tras esta consulta es de haber logrado una buena alianza terapéutica con una paciente que inicialmente mostraba muchas resistencias y destacamos también la ambivalencia que muestra con respecto a su padre.

Tarea: diario emocional. Facilitamos un diario con diferentes preguntas para que pueda realizar. Ejemplo de preguntas: «¿cómo estoy hoy? ¿qué emociones he sentido a lo largo del día? ¿Hay algo que me preocupa? ¿Necesito hablar de lo que siento?». Esta tarea se la pedimos, ya que parecía que a la paciente le resultaba más fácil poder expresarse por escrito y como forma de facilitar esta expresión durante el tiempo fuera de consulta.

Sesión 6: «Máscaras»

Trae el diario emocional que ha realizado en el tiempo entre consultas, nos deja leerlo y lo comentamos, reconoce sensación de ayuda a la hora de expresar por escrito.



Dixit:

1. «*Roberto*». Habla sobre sus amigos, con los que puede ser ella misma.

2 y 3. «*Dibujo*». Recurso para aliviar el malestar «dibujar es mi lugar de paz», reconoce que es donde acude cuando se encuentra mal. Encuentramos aquí una buena estrategia y recurso de la paciente, que le ayudará en momentos de malestar.

4 y 5. «*Máscaras*». Con ayuda de la carta elegida es capaz de explicarnos que intenta moldear su forma de ser según con quien se encuen-

tra para tratar de encajar con todos. También como una forma de tapar la angustia, reconoce que suele ocultar siempre cómo se siente. En este momento se abre y reconoce que a veces prefiere vivir con esta máscara, ya que si no se sentiría una persona rara. Nos habla de comentarios que le verbalizaron compañeros de clase cuando era más pequeña y que le hicieron sentir así. Se observa gran afectación al hablar sobre todo esto. Aquí también enlaza y reconoce sentir gran inseguridad y se aprecia una baja autoestima, nos permite trabajar esta parte con ella.



En esta sesión se observa la gran potencia que tiene el uso del Dixit con esta paciente, proporcionándole una mayor facilidad para expresar temas que probablemente no habrían aflorado sin ayuda de las cartas.

Sesiones 7 y 8: «Abriendo camino»

En estas sesiones destaca principalmente la mejoría que se empieza a observar en la paciente, mostrándose mucho más comunicativa y abierta en consulta. Desde que comenzaron las consultas no han aparecido de nuevo las autolesiones.

Dixit:

1. «*Música*»: de nuevo la música aparece como un gran recurso para ella.

2. «*Lectura*»: la lectura es otra de sus fuentes para combatir el malestar.

3. «*Memories*»: recuerdos bonitos; reconoce que le gusta leer conversaciones antiguas con amigos porque le trae buenos recuerdos y esto le hace sentir bien.

4. «*Escudo*»: hacer una «barrera» para aislarte de las cosas malas que suceden a tu alrededor en momentos de gran malestar. Habla de su propia barrera y de cómo la componen aspectos como escuchar música, leer, dibujar... Esto le ayuda a regularse cuando se siente mal.



Sesión 9: «Giro dramático»

Sesión a la que acude el padre por primera vez, por lo que le dedicamos más tiempo a él y a la madre. Observamos una actitud muy evasiva del padre, delegando toda la responsabilidad en la madre y minimizando posible repercusión en la paciente. No parece muy receptivo a la hora de participar en el proceso terapéutico.

En cuanto a la paciente se sigue percibiendo la mejoría observada en consultas previas. Por ello, se decide espaciar las consultas.

Sesión 10: «Agotamiento»

Presencia de nueva autolesión reactiva a estresor externo y malestar en casa. Aun así, se sitúa en un 7 en una escala que va de 0-10, reconociendo en ese momento una situación de mayor malestar con dificultad para gestionarlo, pero también destaca mejor manejo de situaciones de malestar a pesar de lo ocurrido.

Recordamos recursos trabajados en consultas previas.

Sesiones 11, 12 y 13: «Manteniendo objetivos»

Persiste la mejoría, no hay presencia de autolesiones, mostrando capacidad y recursos para gestionar momentos de malestar.

Dixit:

1. **«Decisión»:** momentos de angustia por si decide mal, incluidas decisiones del día a día, aquí aparecen miedos asociados a inseguridad que tiene la paciente.

2. **«Recuerdos»:** habla de la importancia de mantener los recuerdos, aunque sean malos, tratando de quedarse con la parte positiva y el aprendizaje generado.

3. **«Lugar de paz»:** habla de las cosas que le producen tranquilidad actualmente, destacando como una emoción que está presente últimamente.



Sesión 14: «Cerrando ciclos»

Dado que se han alcanzado los objetivos planteados al inicio de la intervención, acordamos alta en esta última sesión realizando una devolución de todos los avances observados a lo largo de las consultas. Tanto la paciente como su madre se muestran agradecidas.

CONCLUSIONES

El uso de Dixit puede ser un gran recurso dentro de la consulta a la hora de explorar situaciones complicadas que podrían resultar más difíciles de abordar en un formato de entrevista estructurada, sobre todo en población infanto-juvenil. De esta manera, comprobamos cómo nos ayudó a la hora de dar sentido y profundizar en diferentes áreas no sólo limitándose a la descripción de lo que se presenta, sino también como conductor a experiencias tanto presentes como pasadas.

Cabe destacar que el trabajo conjunto entre la enfermería especializada en salud mental y la psicología clínica ha demostrado ser no solo beneficioso, sino esencial en el abordaje integral de casos complejos como el de una menor con conductas autolesivas y escasa disposición inicial al tratamiento. La intervención coordinada permitió ofrecer una atención más flexible, cercana y personalizada, que se adaptó a las necesidades emocionales y vinculares de la paciente. Esta alianza terapéutica entre disciplinas favoreció la construcción progresiva de un vínculo de confianza, lo que resultó clave para el enganche terapéutico y la posterior adhesión al proceso.

Contar con la mirada complementaria de ambas profesionales enriqueció la comprensión del caso, facilitando una lectura más completa del sufrimiento de la menor y permitiendo diseñar intervenciones más sensibles y eficaces. Ambas miradas se articularon en torno al juego como herramienta terapéutica central, que operó como medio simbólico para tratar el dolor emocional y fomentar el vínculo.

Este caso pone de relieve la importancia de establecer una comunicación fluida y constante entre disciplinas, con objetivos terapéuticos compartidos y un lenguaje común que permita sostener una intervención coherente y alineada. Solo desde una práctica verdaderamente interdisciplinar es posible generar espacios terapéuticos potentes que ofrezcan contención, comprensión y acompañamiento reales a menores que atraviesan experiencias de profundo malestar emocional. La colaboración respetuosa y complementaria entre enfermería y psicología clínica no solo mejora la calidad de la atención, sino que también humaniza el cuidado en salud mental infantil y adolescente.

El diario se consolidó como un recurso de supervisión interna y de autoobservación, que favoreció la toma de conciencia sobre cómo el caso nos afectaba, qué resonancias despertaba y de qué manera influían estas emociones en nuestra manera de intervenir. En contextos de alta complejidad emocional, como en el abordaje de las autolesiones infantiles, es frecuente que las terapeutas se enfrenten a sentimientos de impotencia, frustración o preocupación intensa. Poder nombrar y compartir estas vivencias en un marco seguro, estructurado y colaborativo fortaleció la alianza profesional y permitió sostener una actitud clínica más disponible, sensible y coherente. Además, este ejercicio de escritura conjunta facilitó una lectura más integrada del caso, al permitir entrelazar las diferentes perspectivas desde la práctica diaria. La puesta en común de observaciones y sentires generó nuevas preguntas clínicas, enriqueció el análisis de la evolución del proceso terapéutico y favoreció la construcción de intervenciones más ajustadas y empáticas. En suma, el diario terapéutico compartido no solo funcionó como un registro clínico útil, sino como un espacio de pensamiento, elaboración emocional y coordinación profesional. Esta práctica fortaleció la calidad del trabajo interdisciplinar, promovió el autocuidado de las terapeutas y poten-

ció la continuidad y coherencia del abordaje, demostrando ser una herramienta valiosa.

En resumen, este caso pone en evidencia el valor de una intervención terapéutica interdisciplinar, creativa y profundamente humana en el abordaje de problemáticas complejas en salud mental infanto-juvenil. La utilización de herramientas proyectivas como el Dixit en combinación con un enfoque colaborativo entre enfermería especializada y psicología clínica, permitió acceder a dimensiones emocionales que difícilmente habrían emergido en un formato convencional. Esta alianza profesional, sostenida además por la práctica reflexiva compartida a través de un diario clínico, facilitó no sólo una comprensión más rica del sufrimiento de la menor, sino también una mayor coherencia y sensibilidad en las intervenciones. La experiencia subraya la importancia de trabajar desde una mirada conjunta, donde el respeto mutuo, la escucha activa entre disciplinas y la integración de recursos simbólicos se convierten en claves para acompañar, contener y transformar el dolor psíquico en contextos tan vulnerables. Así, se refuerza la idea de que no se trata sólo de intervenir, sino de construir vínculos terapéuticos significativos capaces de abrir caminos hacia la recuperación y la esperanza.

Bibliografía

Alemdar, H., Karaca, A., Konuk Şener, D., & Halmatov, S. (2023). The Impact of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Children's Anxiety Levels: A Systematic Review. *Balikesir Health Sciences Journal*. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1349116>

David, O. A., Predatu, R., & Cardos, R. A. I. (2021). Effectiveness of the RETHink therapeutic online video game in promoting mental health in children and adolescents. *Internet Interventions*, 25, 100391. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100391>

Fidan, B. S., & Doğmuş, Y. U. (s. f.). The Effectiveness of Cognitive Behavioral and Adlerian Play Therapies in Children Aged 3–12 Years: A Systematic Literature Review. *Research on Social Work Practice*, 0(0), 10497315251316182. <https://doi.org/10.1177/10497315251316182>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Farkas, B. F., Takacs, Z. K., Kollárovics, N., & Balázs, J. (2024). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 33(10), 3439–3458. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>

Fundación ANAR. (2023). *Informe anual 2022: Problemas de salud mental y autolisiones en la infancia y adolescencia*. <https://www.anar.org/informe-anual-2022>

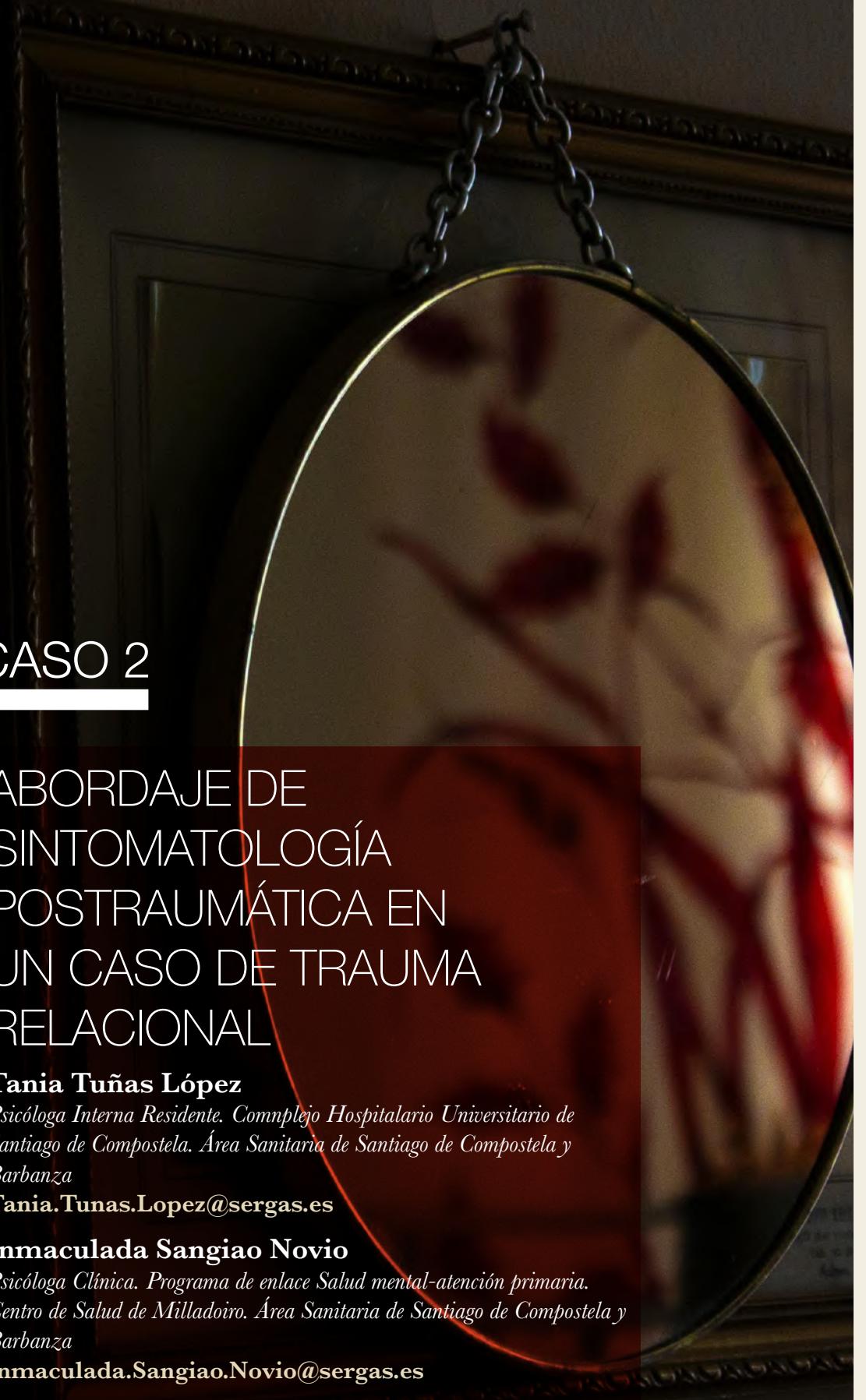
Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2019). *Alianza terapéutica con familias: Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles* (1^a ed.). Herder Editorial.

Moran, P., Chandler, A., Dudgeon, P., Kirtley, O. J., Knipe, D., Pirkis, J., Sinyor, M., Allister, R., Ansloos, J., Ball, M. A., Chan, L. F., Darwin, L., Derry, K. L., Hawton, K., Heney, V., Hetrick, S., Li, A., Machado, D. B., McAllister, E., ... Christensen, H. (2024). *The Lancet Commission on self-harm*, 404, 1–38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01121-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01121-8)

World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Council of Europe. (1997). *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention)*. Oviedo, 4.IV.1997. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>

European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. *Official Journal of the European Union*, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>



CASO 2

ABORDAJE DE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN UN CASO DE TRAUMA RELACIONAL

Tania Tuñas López

Psicóloga Interna Residente. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Tania.Tunas.Lopez@sergas.es

Inmaculada Sangiao Novio

Psicóloga Clínica. Programa de enlace Salud mental-atención primaria. Centro de Salud de Milladoiro. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Inmaculada.Sangiao.Novio@sergas.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Tuñas López, T., & Sangiao Novio, I. (2025). Abordaje de sintomatología postraumática en un caso de trauma relacional. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 110-119. <https://cogalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

En el presente artículo se describe un caso de intervención en trauma relacional en contexto de violencia de género. Se trata de una mujer que acude al programa de enlace salud mental-atención primaria del centro de salud de Milladoiro. Se describe el proceso de intervención, en el que se aborda el trabajo de identificación de las situaciones de maltrato, los mandatos de género, así como los factores de vulnerabilidad que favorecieron la entrada en la relación de violencia. Al mismo tiempo, se trabajan distintas estrategias en la fase de estabilización y se aborda el trabajo con el contenido traumático mediante EMDR.

PALABRAS CLAVE — Violencia de género, sintomatología postraumática, síntomas disociativos, intervención.

ABSTRACT

This article describes a case of intervention in relational trauma in the context of gender violence. The case involves a woman who attends the mental health-primary care liaison programme at the Milladoiro health centre. The intervention process is described, which addresses the work of identifying situations of abuse, gender mandates as well as the vulnerability factors that favoured entry into the violent relationship. At the same time, different strategies are worked on in the stabilisation phase and work with traumatic content is addressed using EMDR.

KEY WORDS — Gender violence, post-traumatic symptoms, dissociative symptoms, intervention.

INTRODUCCIÓN

La primera autora que habló del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) fue Judith Herman, al incidir en la idea de que los cuadros de trauma relacional no se ajustaban a la definición clásica del Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para esta autora, los cuadros de trauma relacional que se generan en las relaciones de maltrato en la relación de pareja constituirían cuadros de Trastorno de estrés postraumático complejo (Herman, 2004). En estos casos, además de la sintomatología presente en los cuadros postraumáticos (recuerdos intrusivos sobre los hechos traumáticos, conductas de evitación ante estímulos que recuerdan los sucesos traumáticos y un estado de hiperalerta), se asocian los problemas en la regulación del afecto, la dificultad en las relaciones sociales, así como la desvalorización de una misma, con sentimientos de culpa y vergüenza relacionados con el evento traumático, como se recoge en los criterios diagnósticos de la CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (WHO, 2018).

Todas estas alteraciones exceden cualitativa y cuantitativamente los criterios definidos para el diagnóstico del TEPT, lo que ha generado numerosos debates respecto a la diferenciación del síndrome originado por el trauma simple de la clínica relacionada con el trauma complejo, así como la necesidad de reconocer el TEPT-C como una categoría diagnóstica propia.

El concepto de TEPT-C surge con la intención de ofrecer un diagnóstico para las consecuencias psicológicas de las personas que han sufrido una experiencia traumática abusiva, reiterada y de carácter crónico, con una presentación sintomatológica que no queda plasmada en su totalidad en la categoría de TEPT. Aunque parecen existir diferencias clínicas en la presentación sintomática en función de la edad de la víctima y la naturaleza del trauma, Judith Herman considera que en todos los

casos se trataría de un síndrome reconocible con características esenciales comunes, que añade a los síntomas propios del TEPT las alteraciones identitarias, relacionales y de los significados. La exposición a la violencia continuada en ambientes de aislamiento y coerción por parte del perpetrador, con pérdida absoluta del poder y el control sobre la propia vida, puede provocar graves alteraciones en la personalidad y en el sistema de valores y de significados, además de en las respuestas fisiológicas de lucha y huida que a la víctima le han resultado ineficaces para escapar de la situación traumática (Herman, 2011).

En el trauma relacional, como es el caso de las relaciones de maltrato mantenido en el tiempo, el estrés prolongado hace que las experiencias traumáticas se codifiquen desconectadas de su contexto sin la codificación lingüística o narrativa (Dio Bleichman, 2011). Los recuerdos emocionales, que se guardan separados del resto de recuerdos, no se debilitan en el tiempo, sino que van asaltando a las víctimas en forma de emociones intensas, *flashbacks*, pesadillas y sintomatología disociativa. Los síntomas disociativos son el resultado de una desconexión y/o una ruptura en las funciones que integran la conciencia, definiéndose esta como una experiencia psicobiológica que afecta a la memoria, la identidad, la percepción subjetiva de uno mismo y del entorno, las emociones o los estados somáticos. En palabras de Van der Kolk (2015), la disociación constituye la esencia del trauma y supone una falta de integración de la realidad, la cual es básica para la superación del evento traumático. La disociación hace que lo insoportable se borre, convirtiéndose en un mecanismo de protección parcial contra las emociones intolerables, por lo que los procesos disociativos pueden hacer que las personas olviden recordar ciertos acontecimientos (Hirigoyen, 2006).

Estudios realizados con mujeres que han vivido violencia de género y que presentaban TEPT-C, han observado que presentaban síntomas de afecto negativo, somatización y

disociación (Lowenstein et al., 2014). En las mujeres que presentan cuadros de TEPT-C, la disociación se presenta de forma leve o moderada, pero no tan extrema como para cumplir criterios de un trastorno disociativo. Los síntomas predominantes en estos cuadros son las intrusiones de aspectos relacionados con el trauma en la vida diaria, alteración de la memoria o lagunas de conciencia, así como la desconexión o pérdida de conciencia de lo que ocurre a su alrededor, a veces dando lugar a síntomas de desrealización/despersonalización. La despersonalización es un síntoma disociativo que el DSM-V define como una experiencia recurrente de un sentimiento de desapego, como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (American Psychiatric Association, 2014). Algunos autores refieren que existen cuatro tipos de experiencias de despersonalización: las experiencias del cuerpo anómalas, el entumecimiento emocional, la memoria subjetiva anormal y la alienación del entorno (Frewen y Lanius, 2015). La desrealización es definida por el DSM-V como una experiencia persistente de irreabilidad del entorno, por ejemplo, experimentar el mundo como irreal, como si fuera un sueño o distante. En la intervención psicológica es muy relevante prestar atención a la estabilización y regulación de la persona, trabajando esta sintomatología dentro de la ventana de tolerancia del paciente.

Entre las consecuencias de la violencia de género, por lo tanto, se encuentra el trastorno de estrés postraumático complejo y la sintomatología disociativa, tras la exposición de forma continuada a traumas relacionales (Van der Kolk et al., 2005).

Diversos autores aluden a una clara influencia del pensamiento patriarcal en el origen y desarrollo histórico del concepto de TEPT-C, así como en el retraso en su inclusión en las clasificaciones diagnósticas. Se hace necesario comprender la utilidad social y política del reconocimiento de los daños causados por este tipo de trauma relacionado con el género y el

poder, por lo que se incluye la perspectiva feminista a lo largo del tratamiento psicológico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se trata de una mujer en proceso de separación que ha sufrido violencia de género mantenida en el tiempo en la última relación de pareja. Decide separarse después de 17 años de relación y tras haber sufrido una agresión física por parte de su expareja. En un inicio presenta escasa conciencia de otras situaciones de maltrato a las que también fue sometida en la relación (psicológico, sexual,...).

En el momento en el que acude a consulta se encuentra en proceso de separación tras interponer una denuncia por violencia de género. Cuenta con escaso apoyo social, pues su único hijo vive fuera de España y no tiene otra familia ni red en estos momentos, dado el aislamiento en el que se encuentra a consecuencia del maltrato. Trabaja en la misma empresa que su expareja y en estos momentos se encuentra en situación de incapacidad laboral.

MOTIVO DE CONSULTA

Fue derivada por su médica de atención primaria a la consulta de psicología clínica por presentar sintomatología ansioso-depresiva.

En la primera cita de psicología clínica refiere que ha interpuesto una denuncia por violencia de género tras sufrir una agresión física por parte de su expareja y que se encuentra en proceso de separación. Al relatar en la sesión lo sucedido, sufre un episodio de crisis de angustia con características disociativas, presentando amnesia para acontecimientos relacionados con el episodio de la agresión, así como de lo ocurrido en la consulta y respecto a días previos, recuperándose de este episodio al



Foto: Isabelli Pontes/ Pexels

cabo de unas horas. Dado el estado en el que se encuentra y para descartar la existencia de sintomatología orgánica, se solicita valoración por parte del servicio de urgencias. Fue valorada también por el psiquiatra de urgencias, que le prescribe tratamiento ansiolítico ocasional en caso de presentar una nueva crisis.

OBJETIVOS

Se acuerda con la paciente una intervención psicológica breve, limitada en el tiempo, con los siguientes objetivos:

- Trabajar una primera fase de estabilización de la paciente, dotándola de estrategias de desactivación emocional y técnicas de enraizamiento para la sintomatología disociativa.
- Evaluar la sintomatología disociativa mediante la escala de experiencias disociativas DES (Bernstein y Putnam, 1986).
- Trabajar la regulación emocional y el estar en el momento presente, siendo capaz de mantener la atención dual de cara a poder abordar más adelante el trabajo con recuerdos traumáticos.
- Abordar recuerdos traumáticos que están generando perturbación mediante EMDR.
- Identificar conductas y mecanismos de control coercitivo en la relación de pareja, abordando también los factores que favorecen la entrada a la relación de violencia: los mandatos de género aprendidos en la familia de origen y los transmitidos por el contexto social.
- Informar sobre los recursos comunitarios de asistencia a mujeres, de cara a tener un adecuado asesoramiento jurídico al verse inmersa en el procedimiento judicial por maltrato.

- Acompañar durante proceso de denuncia por violencia de género.

INTERVENCIÓN

En la primera sesión se realiza la exploración de la historia de infancia y no solo de la historia de la relación de pareja disfuncional, pues las situaciones traumáticas en la infancia predisponen a una mayor vulnerabilidad a vincularse en una relación de maltrato (Mosquera, 2021). A pesar de que no hay historia previa de malos tratos en la familia de origen, la exploración de estos aspectos nos ayuda a ver ciertos aprendizajes de los mandatos de género en ese contexto que son elementos de vulnerabilidad a entrar en relaciones de desigualdad.

Evaluamos también la presencia de sintomatología disociativa mediante la escala de experiencias disociativas (DES), en la que obtiene una puntuación inferior a 20 puntos, por lo que se descarta evaluar la presencia de trastornos disociativos mediante entrevista estructurada.

En la segunda sesión se trabaja en la identificación de los mecanismos de control coercitivo en la relación de pareja a través de un listado de conductas y de las consecuencias generadas por las mismas (Romero et al., 2015), tanto a nivel de sintomatología presente en la actualidad como de los mecanismos de culpabilización hacia la víctima. También se aborda con la paciente la identificación de los mecanismos que han contribuido a la entrada en la relación de violencia, como son los mandatos de género. En esta línea, se identifican aquellos mandatos que tienen que ver con el rol de cuidado de los demás por encima de una misma, el sentimiento de culpa al centrarse en el autocuidado propio, la dificultad en establecer

límites con los demás y la responsabilidad en el mantenimiento de las relaciones.

Antes de abordar los recuerdos traumáticos en relación al maltrato, se trató la estabilización de la paciente. Para ello en la tercera y sesiones sucesivas se entrenaron técnicas de regulación emocional previas a trabajar con el material traumático. Se hizo mediante el establecimiento de un lugar seguro, además de usar técnicas de desactivación, *mindfulness* y de orientación a la realidad. Se dedicó tiempo a trabajar en consulta el enraizamiento en el presente y la orientación a la realidad mediante la aproximación de muy corta duración al material traumático (de unos pocos segundos) para volver de forma casi inmediata a la orientación al presente (González, 2019). Cuando la paciente fue capaz de ir exponiéndose al material y mantenerse en el presente al mismo tiempo, se fue exponiendo cada vez más al contenido traumático. Este tipo de técnicas nos ayudan de cara a trabajar también la atención dual, al permitir trabajar el recuerdo traumático teniendo conciencia de que se encuentra en el momento presente.

En lo que respecta al desarrollo de conductas de autocuidados propios, se trabajó con la regulación emocional a través de técnicas de desactivación (relajación muscular progresiva y técnicas de respiración abdominal) y de *mindfulness*. La paciente presentaba elevados niveles de ansiedad y al poder identificar las dificultades para regularla, incluimos técnicas de autocuidado simbólico dentro del trabajo de regulación emocional, proponiéndole un ejercicio de cuidado de la emoción, pensando en que sería útil de cara al trabajo posterior con los recuerdos traumáticos que generaban ansiedad. Le pedimos a la paciente en consulta que pensase en la emoción como algo que cuidar en lugar de lo que protegerse lo que le ayuda a ir bajando el nivel de malestar al experimentar esa emoción. Mientras hace este ejercicio preguntamos si el nivel de malestar aumenta o baja, percibiendo la paciente que

la emoción disminuye. Esta tarea se le propone para realizar en su domicilio.

Se abordan con la paciente la contextualización de los síntomas. Presenta amnesia para determinados recuerdos de maltrato que, de forma progresiva, van apareciendo a lo largo de la terapia. La paciente presenta principalmente fobia a ciertos contenidos traumáticos, en lo que respecta, en concreto, a los últimos episodios de violencia física. Es este último episodio de violencia física el que le produce mayor malestar, por lo que es uno de los recuerdos que más tarde se trabajan.

A partir de la cuarta sesión y sucesivas se trabajó el material traumático mediante EMDR, siguiendo el procedimiento basado en ocho fases para cada una de las dianas seleccionadas.

En este procedimiento, las tres primeras fases se centran en la recogida de información clínica del caso, en el establecimiento de la alianza terapéutica y en la explicación de la técnica, así como en la evaluación e identificación de los eventos a reprocesar incluyendo la imagen, pensamientos, sentimientos, y sensaciones que los representan, estableciendo medidas iniciales antes de reprocesar: Unidades Subjetivas de Estrés (SUD - por sus siglas en inglés) y Validez del Pensamiento Positivo (VOC - por sus siglas en Inglés). En la fase cuarta de desensibilización, se procede a aplicar estimulación bilateral para procesar el contenido traumático. En la fase cinco de instalación, se trabaja el pensamiento positivo que el cliente desea asociar con el recuerdo hasta que este se sienta completamente verdadero. En la sexta fase, se realiza una revisión del cuerpo, en donde se piensa en el evento con el pensamiento positivo y revisa su cuerpo, procesando cualquier molestia que quede en el cuerpo con estimulación bilateral. En la séptima fase o fase de cierre, se pide que retorne a un estado de calma en el momento presente, independientemente de que se haya completado, o no, el reprocesamiento del evento. La fase octava de reevaluación se realiza al principio de cada sesión,

revisando el evento reprocesado en la sesión anterior para evaluar si todavía sigue generando malestar y si este ya no le perturba, se pasa a trabajar con el siguiente evento a reprocesar.

Para seleccionar las dianas, fue de utilidad basarse en un listado de mecanismos de control coercitivo en las relaciones de pareja, que es el mismo material que se empleó para ayudar a la paciente a detectar e identificar las conductas de maltrato. Se trabajan como diana los recuerdos en función de la accesibilidad y tolerabilidad, es decir, de lo más fácil a lo más difícil. Al existir muchos recuerdos similares de la relación abusiva, se agruparon por dianas de racimos, es decir, no es necesario trabajar con cada uno de esos recuerdos, sino que se agrupan en función de la temática de los mismos, basados en el tipo de agresión o mecanismo coercitivo (con el mismo esquema que se trabajó en la identificación de conductas de maltrato). Así, se trabajó con el primero, el peor y

el más reciente. En este caso se trabajó como diana la agresión física, coincidiendo que era el evento identificado como peor por generar mayor perturbación. Se trabajaron, además, como dianas otros mecanismos de control coercitivo identificados, como la degradación (situaciones en las que la trató como inferior, insultos, comentarios sobre su imagen o físico,...), las estrategias defensivas en las que se traslada la responsabilidad de la violencia a la propia víctima (chantaje emocional, inducir sentimiento de lástima o pena, estrategias de arrepentimiento, negación/minimización de la violencia,...).

La paciente, tras ocho sesiones, en la actualidad se encuentra estable y se ha programado alguna cita de seguimiento para ver la evolución. En el momento presente realiza seguimiento en el Centro de Información a la Mujer donde se le está proporcionando asesoramiento psicológico y jurídico.



Foto: Oscar Keys / Unsplash

CONCLUSIONES

Independientemente del enfoque psicoterapéutico que se lleve a cabo en los casos de malos tratos, se debe hacer una primera fase en la que ayudar a identificar los mecanismos de maltrato, así como las secuelas y síntomas presentes en la actualidad. Se trabaja en la identificación de los elementos que están en la base de la entrada en las relaciones violentas (relación de desigualdad, mandatos de género, ...). Todo ello va a ir ayudando a que se vaya alcanzando el objetivo de conseguir el paso de la visión de culpable, a la visión de víctima y, como último, a la visión de superviviente (Herman, 2004).

En las pacientes que han vivido experiencias traumáticas se recomienda que sea explorada la sintomatología disociativa a través de instrumentos de *screening* (González, 2019). En los casos en que se detecte alta presencia de dicha sintomatología, estaría indicado evaluar si estamos ante un caso de trastorno disociativo mediante una entrevista estructurada.

Es recomendable antes de abordar los contenidos traumáticos, realizar una fase previa de estabilización del paciente (González y Mosquera, 2015). En esta primera fase se trabaja con recursos que nos van a permitir abordar más adelante estos contenidos traumáticos. A lo largo de toda la intervención, se trabajan también los patrones de autocuidado y de regulación emocional.

El tratamiento de pacientes con TEPT-C empieza por crear unas condiciones de seguridad, desarrollar habilidades, establecer la alianza terapéutica y reducir los síntomas (Van der Hart et al., 2023). Cuando se habla de trauma relacional o complejo, no es recomendable abordar la sintomatología de forma directa a través de una exposición, sino que se debe lograr la funcionalidad de la paciente en sus áreas básicas de autocuidado, junto con la adquisición de herramientas que le permitan sostener el trabajo posterior de los eventos traumáticos (Van der Kolk, 2015). Los

recuerdos traumáticos son contenidos en esta primera fase hasta desarrollar la capacidad de permanecer en el margen de la tolerancia emocional y las habilidades necesarias de regulación emocional. Esta aproximación nos ayudará a trabajar la fobia a la experiencia interna y a los contenidos traumáticos.

En una segunda fase, se abordan los contenidos traumáticos. El EMDR (Shapiro, 2019) es una técnica para tratar el trauma, al integrar el trabajo tanto con elementos cognitivos como emocionales y somáticos, permitiendo trabajar escenas traumáticas mientras se realiza una estimulación bilateral, favoreciendo que se vayan asociando otras escenas hasta que al final se termina con una escena que no genera perturbación. Consideramos que este enfoque de tratamiento es útil de cara a abordar los componentes traumáticos en los casos de trauma relacional generado en las relaciones de violencia de género.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Editorial Médica panamericana.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Desarrollo, fiabilidad y validez de una escala de disociación. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.

Dio Bleichman, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres con perspectiva de género*. Octaedro.

Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self: consciousness, neuroscience, treatment (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton &Company.

González, A. (2019). *EMDR y procesamiento emocional. Trabajando en pacientes con desregulación grave*.

González, A. & Mosquera, D. (2015). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Ediciones Pléyades.

Herman, J. (2011). The Aftermath of Violence: Trauma and Recovery. *Transforming Terror*.

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Editorial Espasa.

Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós.

Loewenstein, R., Brand, B., & Gilbert, L. (2014). Treating complex trauma survivors. *Psychiatric Times*, 40-45.

Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica contemporánea*, 7(2), 87.

Mosquera, D. (2021). *Libre*. INTRA-TP.

Romero, I., Álvarez, R., Czalbowski, S., Soria, T. N. & Villota, M. T. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género*. Editorial Síntesis.

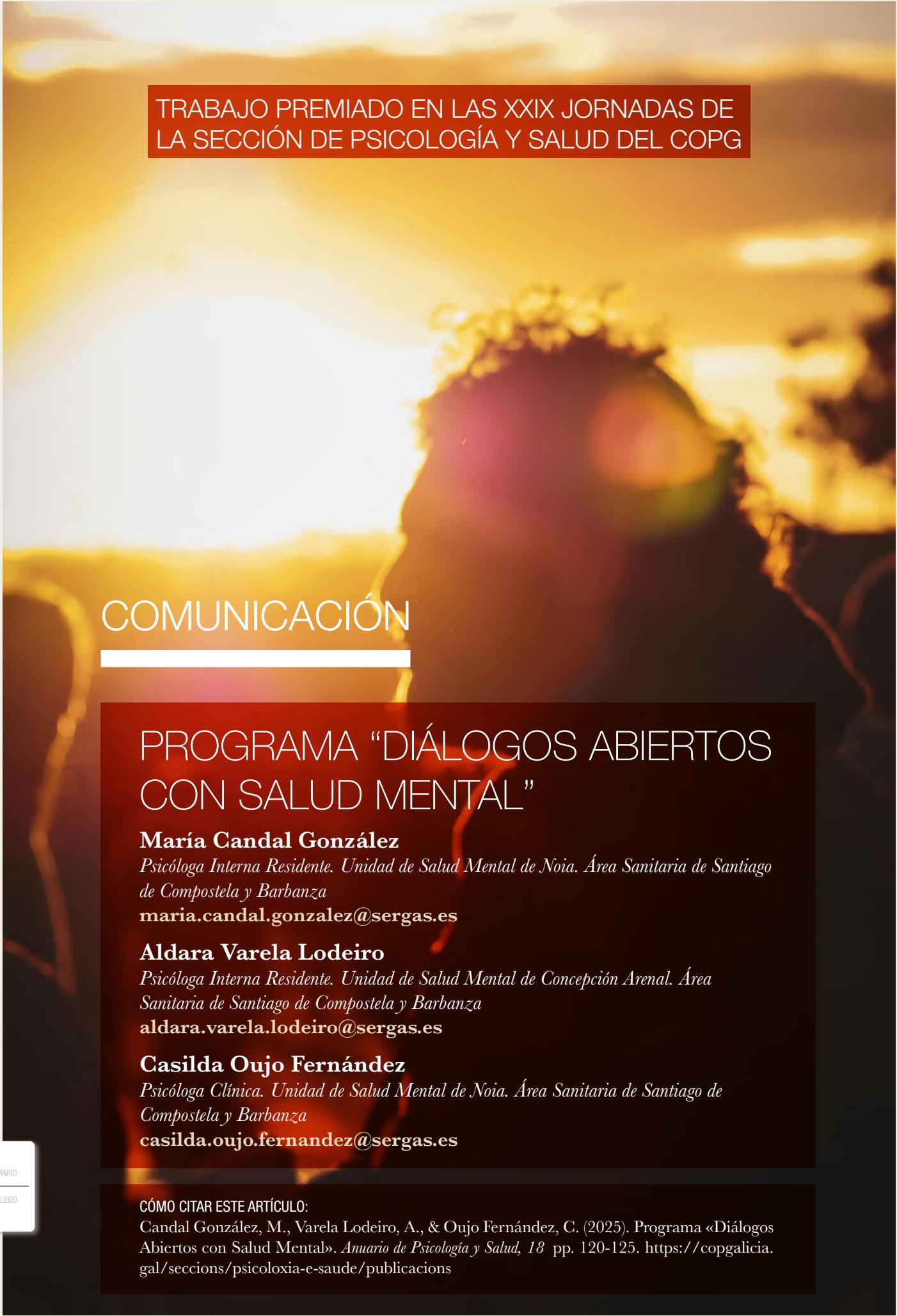
Shapiro, F. (2019). *EMDR. Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares*. Asociación EMDR España.

Van der Hart, O., Steele, K., & Boon, S. (2023). *El tratamiento de la disociación relacionada con el trauma. Un enfoque integrador y práctico (2ª Edición)*. Desclée de Brouwer.

Van Der Kolk, B. (2015). El cuerpo lleva la cuenta. *Cerebro, mente y cuerpo*.

Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., & Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>

World Health Organization (2018). The ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Recuperado de <https://icd.who.int/browsell/l-m/es>



TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIX JORNADAS DE
LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

COMUNICACIÓN

PROGRAMA “DIÁLOGOS ABIERTOS CON SALUD MENTAL”

María Candal González

Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental de Noia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

maria.candal.gonzalez@sergas.es

Aldara Varela Lodeiro

Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental de Concepción Arenal. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

aldara.varela.lodeiro@sergas.es

Casilda Oujo Fernández

Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental de Noia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

casilda.oujo.fernandez@sergas.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Candal González, M., Varela Lodeiro, A., & Oujo Fernández, C. (2025). Programa «Diálogos Abiertos con Salud Mental». *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 120-125. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicacions>

INTRODUCCIÓN

Las personas no existimos aisladas

Las personas no existimos de manera aislada. Nuestra existencia está determinada por la participación que tenemos en diferentes áreas de la sociedad. Esto también se aplica en los problemas de salud mental, que se construyen a nivel social mediante el lenguaje y la comprensión compartida. Los trastornos mentales tienen impacto no solo en las personas que piden ayuda, sino también en sus allegados, así como en los diversos recursos que éstas necesitan para cubrir sus necesidades. Nuestras experiencias están entrelazadas, por lo que la red personal se convierte en un recurso para comprender el problema y concebir el tratamiento.

Los contextos culturales y las características de una región sostienen el universo relacional de cada persona. En un nivel más micro, la comunidad en la que estamos inmersos en nuestro día a día está formada por las redes sociales que nos rodean. Estas redes cumplen diversas funciones de acompañamiento, apoyo emocional, guía, regulación, ayuda y acceso a nuevos contactos (Sluzki, 2009). Podemos dividir dichas redes en dos grupos: las redes profesionales y las privadas (Arnkil y Seikkula, 2016).

Red profesional

Red compuesta por el conjunto de profesionales con los que la persona estuvo o está en contacto (centros de salud, asociaciones, servicios sociales, etc.). El sistema asistencial está organizado de manera sectorizada, por lo que existe una división de los problemas según la especialidad a la que compete. No obstante, los problemas de las personas son complejos y requieren de una mirada más holística e integradora. Incluir la red profesional en el tratamiento permite mejorar la colaboración entre los profesionales implicados con la persona y adaptarse a las necesidades concretas del entorno que pide ayuda.

RESUMEN

Las redes social y profesional son determinantes en los resultados de tratamiento de los problemas de salud mental. Desde la USM de Noia se pone en marcha un programa desde la perspectiva de Diálogos Abiertos, que enfatiza la importancia de dichas redes, creando un punto de encuentro mensual entre profesionales, usuarios y otras personas interesadas. Se trata de crear un espacio seguro para el diálogo, promoviendo la horizontalidad y la polifonía. A pesar de los conocidos beneficios del trabajo en la comunidad, la implantación de orientaciones que siguen la línea de Diálogos Abiertos se encuentra con diferentes obstáculos tanto dentro como fuera del sistema sanitario en el que trabajamos. Sin embargo, el proyecto expuesto pretende validar la posibilidad de realizar intervenciones más coherentes con los principios de Diálogos Abiertos que nos permitan mejorar la calidad asistencial de los usuarios de la USM.

PALABRAS CLAVE — Diálogos Abiertos, acción comunitaria, psicología clínica.

Red privada

Red compuesta por las personas importantes, sean familiares o no. La inclusión de esta red supone un hecho esencial de cara a la definición y disolución del problema. Un problema comienza a serlo cuando se define como tal por el paciente o por sus allegados y deja de serlo cuando ya no se señala así. Por ejemplo, en consumo de drogas son los allegados quienes habitualmente dan la voz de alarma. Este tipo de red también presta una ayuda importante en el descubrimiento de nuevas perspectivas del problema y posibles vías de solución, ya que pueden estar también preocupados por lo que ocurre. Su cercanía hace que exista una experiencia compartida con el paciente.

Ambas

Las personas que componen ambos tipos de redes, debido a la cercanía y al contacto con el paciente, disponen de un conocimiento valiosísimo sobre el problema. Por eso, la participación de ambas facilita una comprensión dialógica conjunta y la búsqueda de un progreso fructífero. Permite la movilización de apoyos y la creación de una comunidad, que constituye una fuente de seguridad, conformada por personas relevantes que son esenciales en la búsqueda de respuestas a cómo avanzar.

Algunos estudios, apuntan a que ambos tipos de redes son determinantes en los resultados de tratamiento de los problemas de salud mental. Su inclusión en el tratamiento posee una serie de beneficios que pueden emplearse de cara a mejora de los resultados psicoterapéuticos (Arnkil y Seikkula, 2016). Según el Plan de Salud Mental de Galicia Pos covid-19 (2020), los pacientes muestran preferencia por ser atendidos en su entorno. Esta perspectiva de trabajo requiere de un especial énfasis en la atención integrada; con la colaboración entre distintos profesionales en el tratamiento, la implicación del paciente en la toma de decisiones situándolo en el centro de su propio proceso asistencial y la apuesta por prácticas innovadoras que mejoren la sostenibilidad del sistema.

El programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (BOE 2009) ya apuntaba en esta dirección al establecer como competencia profesional de los especialistas el desarrollo de programas de coordinación y cooperación con los dispositivos de la red asistencial, incluyendo recursos sociales, jurídicos, educativos y comunitarios. Además, dentro de las posibilidades de formación que tiene el especialista existen orientaciones fundamentadas en esta filosofía de la atención comunitaria y de inclusión de la red. Concretamente, podemos destacar un enfoque que se basa en estos dos aspectos clave y que se expondrá a continuación: la perspectiva de los Diálogos Abiertos.

Conversaciones polifónicas y horizontales

El enfoque de Diálogos Abiertos (DA) surge en Laponia en los años 80-90, de la mano del equipo de Jaakko Seikkula, de la necesidad de ofrecer una nueva respuesta al incremento de personas con diagnóstico de esquizofrenia en los países nórdicos. Desde el marco de Diálogos Abiertos la atención se centra en la colaboración dentro de la red social de la persona, atravesando fronteras entre familias, grupos y clase sociales (García, 2021). Toman especial relevancia las ideas del filósofo del lenguaje Mijaíl Bakhtin (1981), quien describe el diálogo como una forma de pensar polifónica y horizontal, construida conjuntamente por todos los participantes. La intervención dialógica consiste en una serie de reuniones entre usuarios, familias y otras personas de su red social o sistema de apoyo con los miembros del equipo (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.). Como señala Bakhtin (1981), el simple hecho de ser escuchado ya supone una relación dialógica. El equipo de Jaakko Seikkula y colaboradores, a partir de las observaciones recogidas de los procesos de tratamiento, identificaron siete principios terapéuticos que ayudan a arti-



cular el trabajo desde esta perspectiva (Arnkil y Seikkula, 2016; García, 2021).

Responder inmediatamente. Se considera por norma general organizar la primera reunión en las 24 horas posteriores al primer contacto. Esto se hace para prevenir la hospitalización y para abordar temas que con el paso del tiempo serían difíciles de hablar.

Incluir a la red de apoyo social. Con el objetivo de movilizar apoyos, restaurar vínculos, ayudar a poner palabras y dar sentido a la experiencia por medio de una conversación cotidiana.

Adaptación flexible a las necesidades específicas y diversas. Basándose en las ideas del Tratamiento Adaptado a las Necesidades de Yrjö Alanen (1999), se busca el ajuste al lenguaje concreto, estilo de vida, posibilidades reales de emplear determinados métodos terapéuticos y de duración del tratamiento que se correspondan con el problema presente del paciente.

Responsabilidad compartida. Todas las cuestiones relativas al problema, definición, tratamiento y toma de decisiones se tratan en presencia de todos los asistentes.

Continuidad psicológica. Se busca el mantenimiento del mismo equipo de acompañamiento durante todo el proceso para asegurar los vínculos que surgen en la intervención.

Tolerar la incertidumbre. Generar espacios seguros en los que sea posible hablar ante situaciones que mueven intensas emociones y donde no hay una respuesta planificada.

Dialogismo. Promover el diálogo es el objetivo principal de las reuniones dialógicas. Desarrollar conversaciones terapéuticas donde todas las personas sean escuchadas y se puedan sopesar ayudas conjuntamente en beneficio de todos los presentes, de este modo se facilita que afloren los recursos.

MÉTODO Y RESULTADOS

Cruzando Fronteras

Desde la Unidad de Salud Mental (USM) de Noia, buscamos abrir espacios dialógicos cruzando fronteras entre diferentes dispositivos asistenciales y de acompañamiento a las personas. Para ello, se pone en marcha un programa desde la perspectiva de Diálogos Abiertos, que enfatiza la importancia de las redes sociales, creando un punto de encuentro mensual entre profesionales, personas con experiencia en primera persona y otras personas interesadas. Los objetivos de este proyecto, siguiendo el Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (BOE 2009), son:

- Impulsar la coordinación con otros dispositivos sanitarios, sociales, educativos, de inserción laboral, tutelares o judiciales.
- Participar y colaborar en el diseño de actividades y programas de prevención y promoción de la salud, y en especial de la salud mental.
- Participar en actividades de programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos sociales, sanitarios y de otros tipos que intervienen en el territorio.

Esta propuesta, «Diálogos Abiertos con Saúde Mental», está incluida en el programa de Atención Continuada de Psicología Clínica del área Sanitaria de Santiago de Compostela. Se llevará a cabo entre septiembre de 2024 y junio de 2025, con carácter mensual y tendrá lugar en el Espazo Xove de Noia en horario de 16:30 a 18:00. Las asociaciones participantes, concretadas hasta esta fecha, son:

- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC): lunes 30 de septiembre.
- Asociación de Dano Cerebral Adquirido SARELA: martes 22 de octubre.
- Asociación de persoas con Discapacidade da comarca de Noia e Muros MISELA: martes 19 de noviembre.

— Saúde Mental FEAFES Galicia: martes 17 de diciembre

— Asociación Saúde Mental A Creba: enero

Los métodos de difusión empleados para anunciar las reuniones son la comunicación por correo electrónico a los profesionales sanitarios del área (Noia, Lousame, Outes, Muros, Carnota, Mazaricos y Urdilide), al Centro de Información a la Mujer y a los Servicios Sociales de Noia; la colocación de carteles informativos en el centro de salud de Noia y el aviso directo a usuarios de la USM que podrían beneficiarse de estas reuniones.

Como expusimos anteriormente, la perspectiva de Diálogos Abiertos se fundamenta en siete principios. Teniendo en mente estos principios, e intentando integrarlos en nuestra práctica profesional, desarrollamos este programa de atención continuada.

Siguiendo el principio de perspectiva de red social, se invita a participar en las reuniones a las personas sensibilizadas y profesionales pertenecientes a servicios de apoyo del entorno. De acuerdo con el principio de flexibilidad de las actuaciones, se realizan los encuentros en un lugar ajeno a la institución o centro sanitario, facilitando diálogos que serían imposibles dentro de la consulta. Enlazado en el principio de inclusión de la red social, convertimos este proyecto en una acción comunitaria. En línea con el principio de responsabilidad compartida, se invita a los encuentros a aquellas personas que piensen que pueden ayudar, buscando conjuntamente entre profesionales, personas sensibilizadas con el tema y su entorno, un significado compartido. Todas las cuestiones se tratan en presencia de todos. En relación con el principio de tolerancia a la incertidumbre: favoreciendo un espacio de reflexión conjunta y evitando vías de acción apresuradas. Por último, dialógismo: se trata de crear un espacio seguro para el diálogo en el que se exponen los recursos disponibles para los usuarios, abierto a la reflexión y comprensión colectiva de las posibles problemáticas que surjan, así como a la valoración de

posibles vías de acción y cooperación de los involucrados. Todo esto desde una igualdad dialógica en la que todas las voces y experiencias son válidas, facilitando la polifonía.

CONCLUSIONES

Caminos hacia prácticas dialógicas

A pesar de los conocidos beneficios del trabajo en la comunidad, la implantación de orientaciones que siguen la línea de Diálogos Abiertos se encuentra con diferentes obstáculos tanto dentro como fuera del sistema sanitario en el que trabajamos. En el tratamiento habitual se organiza la atención a la salud mental marcando los pasos a seguir, así como la composición y estructura de los dispositivos disponibles para hacerlo. Este modelo es la base de la organización sectorizada del sistema en la que se divide la atención a los problemas de salud, olvidando la complejidad del ser humano y sus relaciones. Además, dicha perspectiva impone la idea de que el profesional es el que tiene el conocimiento absoluto de la vía de acción que se debe tomar, sin tener en cuenta la sabiduría que tiene la propia persona sobre aquello que le hace sentir mejor. Esta idea también se extiende al conocimiento popular, haciendo que tanto los pacientes como las familias y allegados consideren que la resolución del problema debe estar prescrita por el profesional, y que ellos no son los indicados para ayudar (García, 2021). Como consecuencia, la introducción de cambios en la manera rutinaria en la que se hacen las cosas es todo un reto. En la transición cara un sistema abierto el paso más importante, y en el que también es fundamental la colaboración entre familias y profesionales, consiste en hacer a la persona partícipe en su tratamiento desde el inicio. Las prácticas dialógicas no requieren de una reestructuración masiva del sistema ni de un empleo excesivo de recursos. Por encima de esto, necesitan el trabajo en red entre diversas perspectivas partiendo de una actitud de adaptabilidad y reciprocidad (Seikkula y Arnkil,

2019). Con el presente proyecto pretendemos validar la posibilidad de realizar intervenciones más coherentes con los principios de Diálogos Abiertos dentro de nuestra práctica clínica que nos permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios de la USM. Este objetivo, no es imposible, pero quizás, como indicaban Seikkula y Arnkil (2019), «los caminos hacia culturas locales sostenibles de prácticas dialógicas son cualquier cosa excepto cortos y directos».

Bibliografía

Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.

Bakhtin, M. (1981). *The Dialogic Imagination*. Texas University Press.

Bakhtin, M. M., Kriúkova, H. S., & Cazcarra, V. (1989). *Teoría y estética de la novela: trabajos de investigación*. Taurus.

García Hermo, A. (2021). Acompañar: otras formas de acompañar nas crises. *Anuario Psicoloxía e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG*, 14, 62-79. https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/anuario_psicoloxia_e_saude_14.pdf

Orden SAS71629/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 146, de 17 de junio de 2009, 51210- 51236. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder Editorial.

Servizo Galego de Saúde. (2020). Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024. https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=

Sluzki, C. E. (2009). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIX JORNADAS DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

COMUNICACIÓN

PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DATOS E IMPRESIONES DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS Y MEDIO DE IMPLEMENTACIÓN

Anxo Fernández Villar, Cristina García Diez, Nora Suárez Fuentes y Jennifer Cabaleiro Suárez

Psicólogo/as Interno/as residentes. Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés

Jacinto Jose Casas Araujo

Facultativo especialista en Psicoloxía Clínica. Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés

anxo.fernandez.villar@sergas.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Fernández Villar, A., García Díez, C., Suárez Fuentes, N., Cabaleiro Suárez, J., & Casas Araújo, J. J. (2025). Programa de atención continuada de Psicología Clínica en Atención Primaria: datos e impresiones de los dos primeros años y medio de implementación. *Anuario de Psicología y Salud, 18*, pp. 126-133. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

En marzo de 2022 se implementó en el Centro de Salud de A Parda un Programa de atención continuada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Los residentes PIR del área, dirigidos por el tutor de Psicología Clínica, llevaron a cabo una propuesta de intervención psicoterapéutica breve, individual y en coterapia para el tratamiento de los malestares emocionales significativos y la psicopatología común, que son motivos de consulta habitual en Atención Primaria. Dos años y medio después del inicio del Programa, se exponen los resultados asistenciales y se interpretan para comentar las impresiones surgidas durante el transcurso de la implementación. Consideramos que la experiencia ha sido útil para el cumplimiento de los objetivos propuestos, pese a que se han encontrado ciertas limitaciones en la puesta en marcha.

PALABRAS CLAVE — Atención primaria, psicoterapia breve, psicología clínica, atención continuada, PIR

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) es un sistema sanitario que, basado en la longitudinalidad de la asistencia, la polivalencia de sus profesionales y su accesibilidad, consigue prestar una asistencia encaminada a resolver los problemas frecuentes de salud de las personas y su comunidad, coordinándose en lo necesario con el resto de niveles asistenciales y dispositivos sociales y sanitarios (Padilla, 2014).

Los problemas de salud mental son un motivo cada vez más frecuente de consulta en AP. Los trastornos mentales más repetidamente registrados en las historias clínicas de AP son los trastornos de ansiedad con 74,6 casos por cada 1.000 habitantes, seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos, 60,7 y 41,9 por cada 1.000 habitantes, respectivamente (Ministerio de Sanidad, 2023).

El incremento sostenido de la presión asistencial en AP, junto con el aumento constante de la demanda de atención psicológica por parte de la población, ha generado una situación de creciente preocupación. La sobresaturación

de los servicios, la falta de recursos y personal adecuado, así como el aumento de las consultas, han provocado que muchos casos que podrían haberse atendido en su fase aguda lleguen tarde a las Unidades de Salud Mental (USM), dificultando así el tratamiento psicológico temprano y efectivo de los trastornos. Esta situación se ve agravada por el incremento de la medicalización como única opción terapéutica en AP, las largas listas de espera en Psicología Clínica y la consecuente cronificación de problemas mentales.

Por todo lo previo, en el área sanitaria de Pontevedra e O Salnés se decidió implementar un Programa de atención continuada de Psicología Clínica en Atención Primaria para facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos de la población y mejorar la adquisición de competencias en los PIR dentro del contexto de la atención continuada. El Programa se implementó en marzo de 2022 en el Centro de Salud de A Parda, que atiende a una población de aproximadamente 27.000 personas, con una gran acogida por los médicos de atención primaria (MAP) y el servicio de Psiquiatría. La idea principal con la que se implementó fue la de complementar los equipos de AP para lograr una verdadera multi e interdisciplinariedad y así contribuir a la atención de los pacientes bajo el modelo bio-psico-social.

Cabe mencionar que en el momento de la creación del Programa no existía la figura de Psicología Clínica en AP en el área sanitaria, por lo que el PIR rotaba en el Centro de Salud de A Parda con los tutores MAP. Este fue uno de los motivos principales para desarrollar el Programa en coordinación con los MAP de este centro.

Dos años y medio después de su implementación, recogemos los datos asistenciales y revisamos su interpretación para favorecer el debate de cómo integrar la Psicología Clínica en AP y cómo mejorar la formación de los PIR.

OBJETIVOS

- Implementar un programa de atención psicológica especializada en atención primaria.
- Ofrecer intervenciones breves, tempranas, accesibles y equitativas a personas con sufrimiento psicológico.
- Proporcionar apoyo psicológico puntual en el afrontamiento de determinados problemas de salud y procesos de enfermedad (IAM, diabetes, etc.).
- Realizar acciones formativas, apoyo técnico y coordinación con los demás profesionales de AP y establecer un enlace con las unidades del servicio de Psiquiatría.
- Implantar indicadores de gestión propios y más adecuados a nuestra especialidad para evaluar de forma sistemática los resultados.
- Ampliar los contenidos formativos y aumentar la competencia profesional de los PIR en el marco de atención continuada y crear un espacio de supervisión intensiva de casos.

MÉTODO

La intervención se llevó a cabo de forma individual dos tardes al mes. La atención psico-terapéutica se organizó en dos consultas, en las que participaron residentes en modalidad de coterapia: R1 y R4 en una consulta, y R2 y R3 en la otra. Cada tarde se realizaron un total de cuatro primeras entrevistas, con una duración de una hora cada una, y seis consultas sucesivas de 30 minutos (dos primeras y tres sucesivas por consulta). Entre las primeras entrevistas y las sucesivas se dispuso de un espacio para la supervisión de casos en el que participó el facultativo especialista que dirigió el Programa. Asimismo, antes de iniciar las primeras entrevistas, se reservó un tiempo

para la coordinación con los médicos de Atención Primaria.

A continuación, se presentan los criterios utilizados para realizar el triaje de las derivaciones de los MAP al Programa:

Criterios de inclusión:

- Primer episodio e inicio reciente.
- Psicopatología reactiva/adaptativa de gravedad leve-moderada.
- Demanda a petición del paciente y proactividad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con contacto previo en Unidad de Salud Mental por la misma problemática.
- Sintomatología asociada a trastorno mental grave, a trastorno de personalidad con elevada disfunción o a riesgo autolítico.
- Deterioro cognitivo que dificulte la entrevista.
- Alta comorbilidad asociada.

Los resultados expuestos en el siguiente apartado suponen la recopilación de los datos asistenciales anónimos descriptivos acerca de las consultas realizadas en el Programa durante dos años y medio. Estos datos, una vez reconocidos, se analizaron mediante el programa Microsoft Excel.



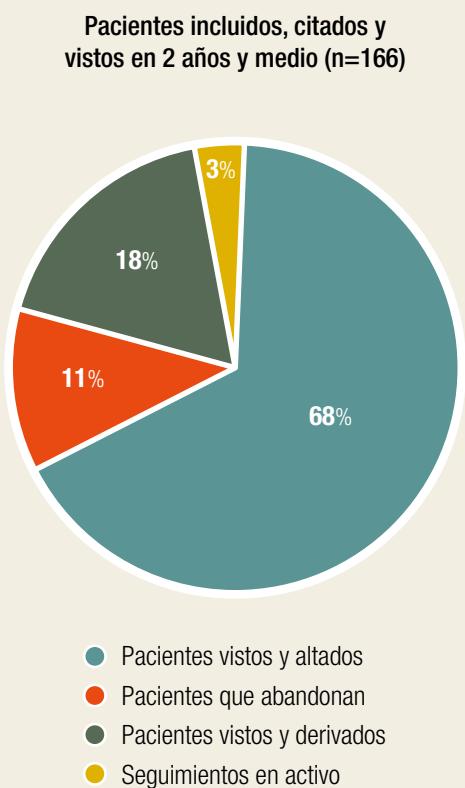
Foto: Alex Green / Pexels

RESULTADOS

Táboa 1 — *Resultados asistenciales del Programa.*

	TOTAL	DESDE 04/2022	2023	HASTA 09/2024
Derivaciones	264	81	115	68
Hombres	89	21	45	23
Mujeres	175	60	70	45
Media edad	41,98	40,53	41,01	44,41
Desviación edad	15	15,72	14,27	15,01
Pacientes no incluídos en el programa	74	23	34	17
Pacientes incluídos en el programa	190	58	81	51
Pacientes incluídos, citados y que acudiesen a 1^aC	166	50	72	44
Pacientes incluídos, citados y que no acuden a 1^aC	21	7	8	6
Pacientes incluídos, citados y que anulan	3	1	1	1
Total citas de seguimiento que no acude / no avisa	34	11	16	7
Media de consultas por paciente visto	2,16	2,06	2,11	2,38
Pacientes vistos y altados	112	33	46	33
Pacientes que abandonan	19	6	10	3
Pacientes vistos y derivados	30	11	16	3
Derivaciones a USM	19	4	12	3
Seguimientos en activo	5	0	0	5

Figura 1 — Gráfica de porcentaje de casos incluidos, citados y vistos durante el Programa.



DISCUSIÓN

Los principales motivos de consulta han sido rupturas biográficas (pérdida de empleo, capacidad económica, estatus o funcionalidad), ataques de pánico, ansiedad, ánimo bajo, estrés y *burnout* laboral, síntomas psicosomáticos y preocupaciones relacionadas con problemas de salud o enfermedades.

La estrategia de intervención ha consistido en un modelo psicoterapéutico contextual (Wampold y Imel, 2021) e integrador, apoyado en distintas propuestas breves y focales, como las descritas en Barlow et al. (2019), Beyebach

(2014) y Rodríguez Arias & Venero (2019). Se optó por una modalidad de coterapia para favorecer la adquisición de habilidades y competencias por parte de los residentes, y realizar un trabajo colaborativo en la toma de decisiones (trajes, altas, seguimientos, etc.). La supervisión realizada por el facultativo especialista responsable del Programa se realizó en un espacio de tiempo acotado entre las primeras consultas y los seguimientos, facilitando la reflexión de las consultas de primera hora y preparando las intervenciones de los seguimientos posteriores. El ambiente de supervisión fue dinámico, no estructurado, y centrado en el residente y en la formulación de casos, logrando establecer un entorno seguro y constructivo para mejorar la pericia clínica y tomar perspectiva sobre los propios procesos internos del terapeuta.

Al analizar los datos asistenciales, se identifican dos grupos de pacientes: uno dado de alta tras una única sesión (por ausencia de psicopatología, resolución del motivo de consulta, o cambios significativos previos al tratamiento) y otro que requirió entre 4 y 5 sesiones de media, en un periodo de unos 3 meses, para considerar el alta en el Programa. Para el criterio de alta se tuvo en cuenta la consecución de los objetivos propuestos en la primera consulta individual acordados con cada paciente y la resolución o disminución significativa de la psicopatología que motivó la derivación de este al Programa.

Al comienzo de la implementación del Programa se observó que algunas derivaciones realizadas no cumplían con exactitud los criterios de inclusión, cuestión que tras el paso del tiempo se fue perfilando, dado que el supervisor del Programa se encargaba de responder por correo electrónico los motivos de rechazo de las peticiones que no fueron aceptadas, generando un mejor entendimiento del funcionamiento del Programa y una mayor coordinación con los MAP. En el año 2023 se puede apreciar que aumentaron el número de derivaciones pero que proporcionalmente

se rechazaban menos en comparación con el primer año, evidenciando este hecho.

Con respecto a resultados asistenciales es reseñable mencionar que se ha atendido y dado de alta al 68 % del total de pacientes atendidos. Solo fue necesario derivar al 18 % de los pacientes a otros dispositivos secundarios (USM, sobre todo), debido a que no se logró resolver el motivo de consulta ni cumplir los objetivos establecidos en el formato de psicoterapia breve. Estas tasas, junto con un porcentaje de abandonos del 11 %, son similares a los reportados en experiencias parecidas, como la de Rodríguez-Arias Palomo et al. (2004). Consideramos que el hecho de implementar una psicoterapia breve con intervalos entre consultas de apenas un par de semanas contribuye a reducir la tasa de abandonos, además de facilitar la resolución de los motivos de consulta.

Esta experiencia no se ha propuesto como una investigación cuantitativa con grupo pre-post o grupo control, dado que el objetivo era el de implementar un Programa más que el de demostrar que una psicoterapia breve en AP es más o menos efectiva que el tratamiento habitual. A pesar de ello, consideramos que esta experiencia se enmarca en la propuesta de intervenir con psicoterapia breve como estrategia de referencia para el tratamiento de los trastornos mentales comunes y adaptativos en contraposición con el psicofarmacológico.

También es oportuno mencionar que las vacaciones, las bajas laborales y las rotaciones externas de los residentes impidieron en algunos momentos el pleno rendimiento de las consultas y el mantener los tiempos entre seguimientos con los pacientes, dado que el Programa no supone puestos estructurales o convencionales que puedan ser sustituidos o planificados con antelación.

CONCLUSIONES

La implementación del Programa ha supuesto la creación de un dispositivo de atención psicológica especializada en un centro de salud de AP.

El perfil de paciente atendido más representativo es el de mujer de mediana edad con sintomatología ansioso-depresiva reactiva a algún evento estresor.

La atención psicológica breve y centrada en objetivos ha logrado ser útil para el tratamiento de la mayoría de los motivos de consulta que se han derivado al Programa.

Consideramos que la implementación de este Programa dentro de la cartera de servicios sanitarios especializados, y llevado a cabo por facultativos especialistas, es la manera de garantizar el adecuado tratamiento de los problemas de salud mental de la población atendida.

Se han atendido un número considerable de derivaciones que, de no disponer del Programa, posiblemente hubieran sido derivadas a la Unidad de Salud Mental de referencia con el correspondiente aumento en la lista de espera.

La implementación de este Programa, junto con un espacio relevante de supervisión, ha facilitado que los residentes PIR pudieran desarrollar competencias de entrevista psicoterapéutica y de manejo de intervenciones breves en la población diana.

La instauración de una atención psicológica de estas características ha generado interés por parte de la gerencia del Centro de Salud, que estaría interesada en ampliar la oferta de tratamiento implementando la figura de un psicólogo clínico a tiempo completo.

Bibliografía

Barlow, D. H., et al. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta* (2.^a ed.; traducción de Jorge Osma y Elena Crespo). Alianza.

Beyebach, M. (2014). *24 ideas para una psicoterapia breve* (2.^a ed.). Herder Editorial.

Grupo de Traballo de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria. (2018). *Documento marco da psicoloxía clínica en atención primaria*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.

Luengo-Castro, M. A., Fernández-Menéndez, J., García-Montes, J. M., Caunedo-Riesco, P. J., García-Haro, J. M., Braña-Menéndez, B., González-Díaz, D., Cabero-Álvarez, A., & Cuesta-Izquierdo, M. (2025). Multicenter randomized clinical trial of brief psychotherapy versus usual treatment for common mental disorders in adults. *Clinical and Health*, 36(1), 9–18. <https://doi.org/10.5093/clh2025a2>

Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tabcillasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

Padilla Bernáldez, J. (2014, marzo 6). *Atención primaria: ¿por qué es la puerta de entrada?* Médico Crítico. <https://medicocritico.blogspot.com/2014/03/atencion-primaria-por-que-es-la-puerta.html>

Rodríguez-Arias Palomo, J. L., Otero Larrea, M., Venero Celis, M., Ciordia Rada, N., & Vázquez Fondó, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 15–24.

Rodríguez-Arias Palomo, J. L., & Venero Celis, M. (2019). *Terapia familiar breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico* (6.^a ed.). Editorial CCS.

Sánchez Edreira, L., Rodríguez Recarey, L., Santos Rivas, M., Vázquez Batán, P., Oujo Fernández, C. M., & Carballal Fernández, A. (2023). Psicoloxía clínica en atención primaria no Servizo Galego de Saúde: Reflexións tras dous anos de experiencia. *Anuario Psicoloxía e Saúde*, 16, 22–33. https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicaciones/anuario_inicios_16_0.pdf

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Editorial Eleftheria.



TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIX JORNADAS DE
LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

PÓSTER

ESTUDIO SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN «AYUDA MUTUA» DEL MODELO SAFEWARDS EN LAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE)

Jennifer Prieto Estévez

Psicóloga Interna Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

José Antonio Toro Varela

Enfermero Interno Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

Marta Cabaleiro Díez

Enfermera Interna Residente. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

María Rodríguez Álvarez

Enfermera Especialista en Salud Mental. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

Olalla Maceira Soto

Enfermera Especialista en Salud Mental. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

jennifer.prieto.estevez@sergas.es

SUMARIO

GALLEG

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Prieto Estévez, J., Toro Varela, J. A., Cabaleiro Díez, M., Rodríguez Álvarez, M., & Maceira Soto, O. (2025). Estudio sobre la implantación de la intervención «Ayuda Mutua» del modelo Safewards en las UHRP de Piñor (Ourense) [Póster]. *Anuario de Psicología y Salud*, 18, pp. 134-137. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicacions>

INTRODUCCIÓN

Safewards (Bowers et al., 2014) es un modelo explicativo integral sobre los conflictos y conciliaciones en las unidades de hospitalización. Está formado por 10 intervenciones sobre los factores de origen y los puntos críticos: el personal, el entorno físico, el exterior del hospital, la comunidad de pacientes, las características de los pacientes y las normas. Ofrece estrategias destinadas a promover la seguridad de los pacientes y del personal para reducir el riesgo y la coerción.

La Reunión de Ayuda Mutua es una intervención del Modelo Safewards que fomenta la ayuda que usuarios y personal se brindan entre sí, ofrece un papel socialmente valorado que redonda en una identidad más positiva, enseña a apreciarse positivamente entre sí, a modular las propias reacciones emocionales y a mantener expectativas positivas de comportamiento. Se compone de 4 secciones: agradecimientos (A), noticias (N), sugerencias (S) y solicitudes y ofertas (SO)

OBJETIVOS

Valorar la percepción de usuarios y trabajadores sobre el grupo de Ayuda Mutua.

Conocer los puntos que se consideran más conflictivos para los usuarios y trabajadores del hospital.

Conocer si el desarrollo de esta intervención contribuye a la mejora de las relaciones entre profesionales y usuarios y al clima general del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una primera entrevista a usuarios y trabajadores que han acudido al grupo de Ayuda Mutua al menos una vez y/o conocen

cómo se está llevando a cabo la intervención. Se administran cuestionarios diseñados *ad hoc*, específicos para usuarios y para profesionales.

RESULTADOS

Solo 23,5 % de los usuarios conoce el Modelo Safewards. El 47,1 % acude a todas o a casi todas las reuniones. Sugerencias es la intervención preferida (38,8 %). Un 76,7 % se siente escuchado y respetado siempre o casi siempre por parte del personal. La convivencia, el trato con profesionales y el uso compartido de la televisión son los aspectos percibidos como más estresantes.

El 48,3 % de los profesionales no conoce el Modelo Safewards. Solo el 7,1 % acude a todas o a casi todas las reuniones. Sugerencias (33,3 %) y Solicitudes y ofertas (33,3 %) son las intervenciones de mayor interés. El 30,8 % ha cambiado su forma de trabajar. Consideran esta medida de utilidad para expresar inquietudes (21,8 %), conocer a los usuarios (18 %) y mejorar las interacciones usuarios-profesionales (15 %). El principal punto de tensión es la inconsistencia en el enfoque de las normas por parte del personal (38,5 %).

Figura 1

CONOCIMIENTO DEL MODELO SAFEWARDS

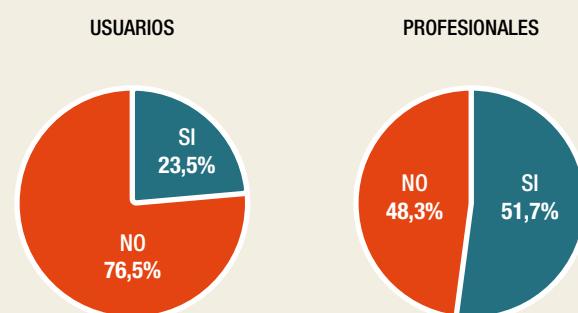


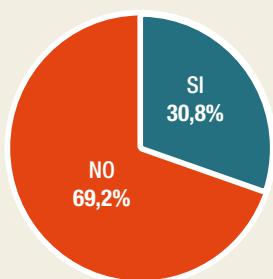
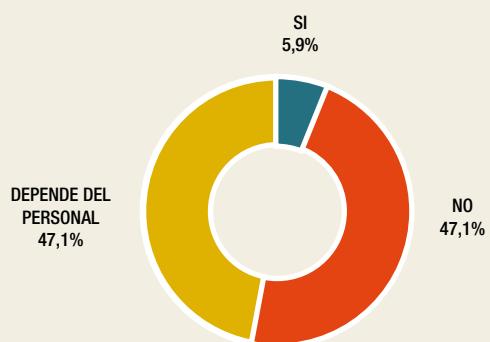
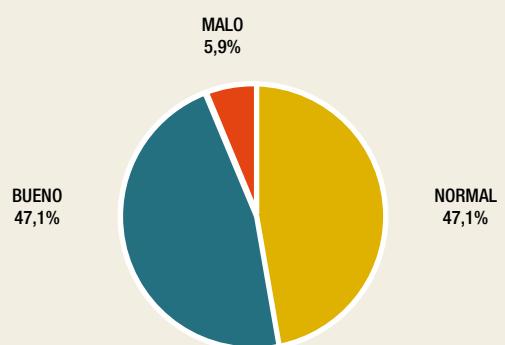
Figura 2**ASISTENCIA A LA REUNIÓN DE AYUDA MUTUA****Figura 3****SECCIONES DE MAYOR INTERÉS****Figura 4****CAMBIO EN LA FORMA DE TRABAJAR****Figura 5****¿SENTIRSE JUZGADO POR EL PERSONAL?****Figura 6****AMBIENTE DE CONVIVENCIA****Figura 7****¿SENTIRSE ESCUCHADO Y RESPETADO?****USUARIOS**

Figura 8**UTILIDAD DE LA REUNIÓN DE AYUDA MUTUA****Figura 9****PUNTOS CONFLICTIVOS**CUESTIONARIO
PROFESIONALESCUESTIONARIO
USUARIOS**DISCUSIÓN/
CONCLUSIONES**

La Reunión de Ayuda Mutua contribuye a la mejora de las relaciones entre usuarios y profesionales y favorece el clima general del hospital. Es necesario continuar difundiendo el Modelo Safewards, fomentar una mayor participación de los profesionales, dar más espacio a la sección de sugerencias, consensuar y establecer normas claras dentro del hospital y facilitar la mejora de la formación del personal en contención verbal.

Bibliografía

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 354-364.

Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 119–136. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1967533>

Safewards. Resources of Safewards implementation (s.f.). <https://www.safewards.net>

ESTUDIO SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN "AYUDA MUTUA" DEL MODELO SAFEWARDS EN LAS UHRP DE PIÑOR (OURENSE)



ÁREA SANITARIA
DE OURENSE, VERÍN E
O BARCO DE VALDEORRAS

INTRODUCCIÓN

SAFWARDS (Bowers et al., 2014): modelo explicativo integral sobre los conflictos y contenciones en las unidades de hospitalización.

- 10 intervenciones sobre los factores de origen y los puntos críticos: el personal, el entorno físico, el exterior del hospital, la comunidad de pacientes, las características de los pacientes y las normas.
- Estrategias destinadas a promover la seguridad de los pacientes y del personal para reducir el riesgo y la coerción.

REUNIÓN DE AYUDA MUTUA: intervención del Modelo Safewards.

- Fomenta la ayuda que usuarios y personal se brindan entre sí.
- Ofrece un papel socialmente valorado que redunda en una identidad más positiva.
- Enseña a apreciarse positivamente entre sí, modular las propias reacciones emocionales ante la conducta del otro y mantener expectativas positivas de comportamiento.
- 4 secciones: agradecimientos (A), noticias (N), sugerencias (S) y solicitudes y ofertas (SO)

OBJETIVOS

- Valorar la percepción de **usuarios y trabajadores** sobre el grupo de Ayuda Mutua.
- Conocer los **puntos** que se consideran más **conflictivos** para los usuarios y trabajadores del hospital.
- Conocer si el desarrollo de esta intervención contribuye a la **mejora de las relaciones** entre profesionales y usuarios y al **clima general del hospital**.

METODOLOGÍA

- 1 Se realiza una primera **entrevista** a usuarios y trabajadores que han acudido al grupo de Ayuda Mutua al menos una vez y/o conocen cómo se está llevando a cabo la intervención.
- 2 Se administran **questionarios** diseñados ad hoc, específicos para usuarios y para profesionales.



CUESTIONARIO PROFESIONALES



CUESTIONARIO USUARIOS

BIBLIOGRAFÍA

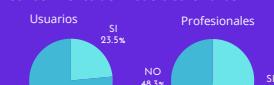
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 354-364.
 Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 119-136.
 https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1967533
 Safewards. Resources of Safewards implementation (s.f.). https://www.safewards.net

PRIETO ESTÉVEZ, J.¹; TORO VARELA J.A.²; CABALEIRO DÍEZ, M.²;
RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, M.³; MACEIRA SOTO, O.³

¹ PSICOLOGA INTERNA RESIDENTE; ² ENFERMERO/A INTERNO/A RESIDENTE; ³ ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

RESULTADOS

Conocimiento del Modelo Safewards



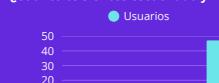
Secciones de mayor interés



¿Te sientes juzgado por el personal?



DEPENDENCIA DEL PERSONAL



¿Cuánto te sientes escuchado y respetado?



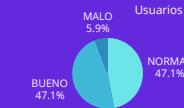
Asistencia a la Reunión de Ayuda Mutua



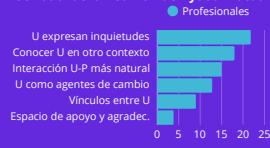
Cambio en la forma de trabajar



Ambiente de convivencia



Utilidad de la Reunión de Ayuda Mutua



- Uso compartido TV (30,8%)
- Convivencia (23,1%)
- Trato con personal (23,1%)
- Inconsistencia en el enfoque de las normas (38,5%)
- Comportamiento negativo de usuarios (26,9%)
- Pérdida de libertad e ingreso involuntario (23,1%)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Reunión de Ayuda Mutua contribuye a la mejora de las **relaciones entre usuarios y profesionales** y favorece el **clima general del hospital**.

Es necesario:

- Continuar difundiendo el **Modelo Safewards**, ya que el desconocimiento por parte del personal y usuarios es notorio.
- Fomentar una **mayor participación de los profesionales**, ya que el porcentaje que acude a las reuniones con asiduidad es pequeño.
- Dar más espacio a la sección de **sugerencias** incentivando la expresión de **críticas constructivas**.
- Consensuar y establecer **normas claras** dentro del hospital y favorecer su cumplimiento.
- Facilitar la **mejora de la formación** del personal, principalmente en contención verbal.

Nº18 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebría sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

LA EXTENSIÓN máxima será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombres y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: ARTÍCULOS LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas que sean de interés para la Psicología Clínica y de la Salud.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.