Resumen de publicaciones

Redes sociales de ASEPP

Mayo – noviembre de 2026

01. ¿Por qué ser socio de ASEPP?

29 de mayo de 2026

La Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP) trabaja para representar, conectar y fortalecer a los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la psiquiatría privada, promoviendo una práctica clínica rigurosa, ética y comprometida con la calidad asistencial.

Pertenecer a una asociación profesional permite compartir conocimientos y experiencias, favorecer la colaboración entre especialistas y participar en iniciativas de formación continuada e investigación. Asimismo, contribuye a construir una voz colectiva que represente los intereses y necesidades de la profesión.

ASEPP apuesta por una psiquiatría privada conectada, actualizada y centrada en el bienestar de los pacientes, impulsando espacios de encuentro, desarrollo profesional y defensa de una atención de calidad. Formar parte de ASEPP significa contribuir a una comunidad profesional que comparte conocimientos, promueve la excelencia clínica y trabaja por el futuro de la psiquiatría privada.

La actividad asociativa también permite identificar retos compartidos, impulsar el intercambio de buenas prácticas y participar en debates sobre la evolución de la asistencia psiquiátrica. Las iniciativas colectivas pueden facilitar una actualización profesional continuada y contribuir a que la atención privada mantenga estándares de calidad, transparencia y responsabilidad. La fortaleza de una asociación reside en la participación activa y plural de sus miembros.

02. ¿Más pruebas significan siempre una mejor atención?

25 de junio de 2026

En psiquiatría, realizar más pruebas no implica necesariamente ofrecer una mejor atención. Una entrevista clínica detallada y una anamnesis rigurosa siguen siendo herramientas fundamentales para comprender los síntomas, la historia personal y las circunstancias de cada paciente.

Las pruebas complementarias, como los cuestionarios, las evaluaciones neuropsicológicas o las exploraciones médicas, son especialmente útiles cuando responden a una pregunta clínica concreta, ayudan a aclarar hipótesis diagnósticas o aportan información relevante para elegir y supervisar un tratamiento. La selección de estas herramientas debe considerar su validez, sus limitaciones y las características de cada persona.

La evaluación clínica también debe tener en cuenta las preferencias del paciente, el contexto en el que aparecen las dificultades y la posibilidad de que existan distintas explicaciones para los mismos síntomas. Una exploración pertinente es aquella cuyo resultado puede modificar una decisión asistencial. La interpretación de cualquier prueba exige considerar sus márgenes de error y evitar que una puntuación aislada sustituya al juicio clínico.

Evitar exploraciones innecesarias también forma parte de una práctica sanitaria responsable, basada en la evidencia y centrada en el paciente. La calidad asistencial no depende de acumular pruebas, sino de integrar adecuadamente la información disponible para tomar mejores decisiones clínicas. Una prueba puede resultar útil en un contexto y aportar poco en otro.

Por ejemplo, una evaluación cognitiva puede ayudar a caracterizar dificultades concretas, pero no sustituye la entrevista sobre su evolución y repercusión funcional. La indicación de exploraciones debe ser proporcional a la incertidumbre diagnóstica y al beneficio esperado, evitando pruebas redundantes, resultados incidentales y costes innecesarios.

03. ¿Cómo diferenciar la tristeza de la depresión?

27 de junio de 2026

La tristeza es una emoción natural que forma parte de la experiencia humana. Puede aparecer ante pérdidas, conflictos o cambios vitales y, aunque resulte desagradable, cumple una función adaptativa. La depresión, en cambio, es un trastorno de salud mental que puede afectar de manera persistente al estado de ánimo, la motivación y el funcionamiento cotidiano.

No siempre se manifiesta como tristeza intensa: también puede aparecer pérdida de interés o de capacidad para disfrutar, acompañada de fatiga, alteraciones del sueño, dificultades de concentración o desesperanza. La diferencia no depende de un síntoma aislado, sino de su duración, intensidad y repercusión. Cuando el malestar se prolonga o interfiere significativamente en la vida diaria, conviene solicitar una valoración profesional.

La depresión puede acompañarse de síntomas físicos, irritabilidad o enlentecimiento, y no siempre existe un acontecimiento desencadenante identificable. La valoración debe explorar también enfermedades médicas, consumo de sustancias y otros factores que puedan contribuir al malestar. Disponer de tratamientos eficaces, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos cuando están indicados, hace especialmente importante no minimizar los síntomas persistentes.

Reconocer estas diferencias ayuda a evitar tanto la patologización de emociones normales como la infradetección de problemas que requieren atención. La intensidad de la tristeza por sí sola tampoco permite establecer un diagnóstico. Es necesario explorar el curso temporal, la presencia de anhedonia, los cambios respecto al funcionamiento previo y posibles pensamientos de muerte o suicidio. Cuando estos últimos aparecen, requieren una valoración específica de seguridad.

La atención debe adaptarse a la gravedad y a las circunstancias de cada persona, sin asumir que todas las experiencias depresivas son iguales.

04. TDAH en mujeres: ¿por qué se retrasa el diagnóstico?

29 de junio de 2026

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no siempre se manifiesta de la misma manera. En muchas mujeres destacan las dificultades de atención, organización y planificación, mientras que la hiperactividad motora puede resultar menos visible. Algunas desarrollan estrategias compensatorias basadas en la autoexigencia, el esfuerzo constante o una planificación excesiva. Estas estrategias pueden ocultar las dificultades durante años, aunque supongan un desgaste considerable.

En etapas como la adolescencia, la maternidad o la menopausia, los cambios en las demandas cotidianas y, posiblemente, las fluctuaciones hormonales pueden hacer más evidentes algunos síntomas. El diagnóstico en la edad adulta requiere una evaluación clínica completa que explore la historia evolutiva, los síntomas presentes desde la infancia y su impacto en distintos contextos.

Los síntomas pueden confundirse con ansiedad o con dificultades derivadas de la sobrecarga cotidiana. Por ello, no basta con reconocer rasgos compatibles: es necesario confirmar su persistencia a lo largo del desarrollo y descartar explicaciones alternativas.

Una identificación adecuada puede ayudar a comprender trayectorias personales de esfuerzo elevado y orientar estrategias prácticas de apoyo en Las diferencias en el reconocimiento pueden estar influidas por expectativas sociales y por la manera en que se interpretan los síntomas en la escuela, la familia o el trabajo. Una evaluación completa incluye ejemplos concretos de desatención, impulsividad y autorregulación, así como información sobre el impacto funcional.

También es importante valorar el sueño, la ansiedad y otras condiciones que pueden producir dificultades similares. el trabajo, los estudios y la vida familiar. Reconocer estas presentaciones facilita una atención individualizada y contribuye a reducir el infradiagnóstico.

05. ¿Cómo se manifiesta el autismo en la edad adulta?

2 de julio de 2026

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que puede expresarse de formas muy diversas. Algunas personas llegan a la edad adulta sin diagnóstico tras años de dificultades en determinadas interacciones, sobrecarga sensorial o sensación de ser diferentes.

En ocasiones, estas características pasan inadvertidas porque la persona ha aprendido a adaptar o disimular su comportamiento para ajustarse a las expectativas sociales. Este fenómeno, denominado camuflaje social, puede implicar un esfuerzo importante. No obstante, tener dificultades sociales, intereses intensos o preferencia por las rutinas no significa necesariamente presentar autismo.

Una evaluación rigurosa debe considerar la historia del desarrollo, la comunicación e interacción social y los patrones de comportamiento. Las necesidades de apoyo varían considerablemente entre personas y también pueden cambiar a lo largo de la vida. Algunas presentan capacidades cognitivas y lingüísticas destacadas y, aun así, experimentan dificultades significativas en contextos sociales o sensoriales.

La valoración debe evitar estereotipos, recoger información de distintas fuentes cuando sea posible y considerar la coexistencia de ansiedad, TDAH u otras condiciones. Identificar adecuadamente el TEA puede favorecer la comprensión personal y facilitar los apoyos necesarios. En adultos, reconstruir la infancia puede ser complejo cuando no existen informes escolares o familiares disponibles.

En esos casos, la entrevista clínica debe buscar ejemplos evolutivos consistentes y examinar cómo han cambiado las demandas ambientales. El diagnóstico diferencial es especialmente importante porque experiencias de ansiedad social, trauma o dificultades de comunicación pueden compartir manifestaciones superficiales con el autismo, sin tener el mismo origen.

06. ¿Qué debemos saber sobre las adicciones sin sustancias?

6 de julio de 2026

Las adicciones no siempre implican el consumo de una sustancia. Algunas conductas, como el juego de apuestas, pueden convertirse en problemas clínicos cuando existe pérdida persistente de control, se mantienen pese a sus consecuencias negativas y desplazan otras actividades importantes. El trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos cuentan con reconocimiento en clasificaciones diagnósticas internacionales.

Otras conductas, como el uso problemático de redes sociales o pornografía, pueden producir malestar, pero no tienen necesariamente el mismo reconocimiento ni respaldo científico como trastornos adictivos. Es importante evitar etiquetar como adicción cualquier actividad frecuente o intensa. La evaluación debe distinguir entre un hábito, una conducta de riesgo y un trastorno clínico, además de explorar posibles problemas de salud mental asociados.

Las intervenciones suelen incluir estrategias psicológicas orientadas al control de impulsos, la modificación de hábitos y la recuperación de actividades y relaciones significativas. Entre los indicadores de alarma destacan los intentos repetidos y fallidos de reducir la conducta, el abandono de responsabilidades y la continuidad pese a perjuicios económicos o interpersonales.

No existe una única causa: intervienen la disponibilidad de recompensas inmediatas, los hábitos aprendidos y la vulnerabilidad personal. La intervención puede requerir también apoyo familiar y medidas prácticas para limitar las situaciones de riesgo. La clave no es únicamente cuánto tiempo se dedica a una actividad, sino su impacto en las relaciones, el trabajo, el descanso y el bienestar.

Una evaluación profesional permite comprender la función de la conducta y orientar intervenciones de prevención y tratamiento adaptadas a cada caso.

07. ¿Cuándo los olvidos pueden ser una señal de deterioro cognitivo?

10 de julio de 2026

Olvidar dónde hemos dejado las llaves o tardar en recordar un nombre son experiencias habituales que no indican necesariamente una enfermedad neurológica. La memoria depende también de la atención, el sueño y otros procesos cognitivos. El estrés, la ansiedad, la depresión, algunos medicamentos y determinadas enfermedades pueden afectar al rendimiento de la memoria.

También existen cambios asociados al envejecimiento normal que deben distinguirse de un deterioro patológico. Conviene consultar cuando los olvidos aumentan progresivamente, se repiten con frecuencia o dificultan tareas que antes se realizaban con normalidad, especialmente si afectan a la autonomía. La valoración clínica y neuropsicológica permite estudiar diferentes funciones cognitivas e identificar posibles causas.

Cuando se detectan cambios, es útil describir ejemplos concretos, su evolución y el grado de autonomía de la persona. La evaluación puede complementarse con información de familiares, revisión de medicación y exploraciones médicas cuando proceda. No todos los problemas cognitivos tienen la misma causa ni siguen la misma evolución; por eso, una valoración individualizada resulta más útil que interpretar los olvidos de forma aislada.

Detectar a tiempo los cambios facilita orientar el diagnóstico, abordar factores tratables y planificar apoyos adecuados sin asumir de antemano que existe una demencia. La información aportada por familiares o personas cercanas puede ser relevante cuando existe una discrepancia entre la percepción subjetiva y los cambios observados en la vida diaria. Las pruebas cognitivas deben interpretarse según edad, escolaridad, contexto cultural y situación emocional.

Un resultado aislado no confirma una demencia: la valoración médica permite considerar causas potencialmente reversibles y decidir si procede seguimiento.

08. Psicodélicos y salud mental: ¿qué dice la evidencia científica?

17 de julio de 2026

En los últimos años ha crecido el interés por investigar sustancias como la psilocibina y el MDMA en determinados problemas de salud mental. Aunque tienen mecanismos diferentes, ambas se han estudiado en contextos clínicos controlados y con protocolos específicos. Algunos ensayos han ofrecido resultados prometedores, especialmente en ámbitos como la depresión o el trastorno de estrés postraumático.

Sin embargo, persisten preguntas sobre seguridad, efectos a largo plazo, selección de pacientes y eficacia comparada con tratamientos establecidos. Es esencial distinguir la investigación clínica del consumo recreativo: los estudios incluyen selección de participantes, supervisión especializada y seguimiento. Asimismo, la autorización de estos tratamientos depende de la sustancia, la indicación y el país.

El diseño de estos estudios plantea retos específicos, como las expectativas de los participantes y la dificultad para mantener el La interpretación de los ensayos requiere considerar el tamaño de las muestras, la duración del seguimiento y las dificultades para mantener el cegamiento, ya que los efectos subjetivos de estas sustancias pueden revelar la asignación del tratamiento.

Además, los protocolos de investigación incluyen selección de participantes, apoyo psicológico y supervisión clínica. Sus resultados no pueden extrapolarse sin más al uso no supervisado ni a todas las personas con el mismo diagnóstico. enmascaramiento. También deben considerarse los riesgos psicológicos y físicos y la posible interacción con otros tratamientos.

La comunicación pública de resultados preliminares debe distinguir cuidadosamente entre hipótesis de investigación, evidencia clínica consolidada y autorizaciones regulatorias. La innovación en psiquiatría requiere evaluar de forma crítica tanto los beneficios potenciales como los riesgos, evitando expectativas prematuras.

09. ¿Cómo afrontar la ansiedad ante la muerte?

26 de julio de 2026

El miedo a la muerte es una experiencia humana frecuente. Puede intensificarse ante una enfermedad, una pérdida o un cambio vital importante, sin que ello implique necesariamente la existencia de un trastorno psicológico. La manera de vivir este temor depende de la historia personal, las creencias, el contexto cultural y las experiencias previas.

Evitar por completo hablar de la muerte puede dificultar la expresión de preocupaciones legítimas; en cambio, disponer de espacios seguros para compartirlas puede resultar beneficioso. La intensidad del temor puede variar según las experiencias de pérdida, la salud física, las creencias personales y el apoyo disponible. Hablar de la muerte con sensibilidad, sin imponer interpretaciones ni ritmos, puede facilitar la elaboración emocional.

Si aparecen evitación intensa, preocupación constante o una limitación importante de la vida diaria, conviene explorar si existen otros problemas de ansiedad o necesidades específicas de acompañamiento. Explorar los propios valores, fortalecer los vínculos y aprender a tolerar la incertidumbre son recursos que pueden ayudar a afrontar este miedo.

Cuando la preocupación se vuelve persistente, intensa o limita la vida cotidiana, el acompañamiento psicológico puede facilitar su comprensión y ofrecer estrategias de afrontamiento ajustadas a la persona. La ansiedad ante la muerte puede expresarse como preocupación por el sufrimiento, por la separación de los seres queridos o por la incertidumbre. Hablar de estas inquietudes sin trivializarlas puede facilitar su elaboración. Cuando aparecen evitación intensa, ataques de pánico o limitaciones persistentes, una intervención psicológica puede ayudar a abordar los pensamientos catastróficos y recuperar actividades significativas.

10. Trastorno de pánico y ansiedad generalizada: ¿en qué se diferencian?

6 de agosto de 2026

La ansiedad puede manifestarse de formas distintas y no todos los trastornos de ansiedad comparten los mismos síntomas. Diferenciarlos resulta importante para realizar una evaluación adecuada y seleccionar el tratamiento más indicado. El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados, acompañados de preocupación persistente por nuevas crisis o cambios de comportamiento relacionados con ellas.

Durante los ataques pueden aparecer palpitaciones, sensación de ahogo, mareo o miedo intenso.
En el trastorno de pánico, el temor a nuevas crisis puede llevar a evitar lugares o situaciones asociadas a sensaciones corporales. En la ansiedad generalizada, las preocupaciones suelen abarcar varios ámbitos y acompañarse de tensión, inquietud o ASEPP | Publicaciones para la web | Mayo–noviembre 2026 10 problemas de sueño.

Ambos trastornos pueden coexistir, y su diferenciación exige estudiar el patrón de síntomas, su duración y las estrategias de evitación. En el trastorno de ansiedad generalizada predomina una preocupación excesiva y difícil de controlar sobre diferentes aspectos de la vida, acompañada con frecuencia de tensión, inquietud, fatiga o problemas de sueño. Ambas condiciones pueden coexistir, pero requieren valorar sus características específicas.

Aunque ambos cuadros pueden coexistir, sus mecanismos y manifestaciones predominantes son distintos. Los ataques de pánico también pueden aparecer en otros trastornos y no equivalen por sí solos a un trastorno de pánico. Una evaluación adecuada explora la frecuencia de los episodios, las preocupaciones anticipatorias, las conductas de evitación y el impacto funcional, además de descartar causas médicas cuando corresponda. Cuando la ansiedad interfiere en el bienestar y las actividades cotidianas, consultar con un profesional permite iniciar una intervención basada en la evidencia.

11. Burnout: ¿cómo afecta al cerebro y al bienestar?

16 de agosto de 2026

El burnout o síndrome de desgaste profesional se relaciona con el estrés laboral crónico que no se ha gestionado eficazmente. Se caracteriza por agotamiento, distanciamiento mental o cinismo hacia el trabajo y una sensación de menor eficacia profesional. El estrés sostenido puede acompañarse de dificultades de concentración, alteraciones del sueño, irritabilidad y problemas de memoria subjetiva.

La investigación estudia sus correlatos cognitivos y neurobiológicos, aunque no debe interpretarse que el burnout produce necesariamente un daño cerebral irreversible. La prevención y la recuperación no dependen únicamente de la capacidad individual para resistir la presión. También requieren revisar las condiciones laborales, las cargas de trabajo, el apoyo organizacional y las oportunidades reales de descanso.

La Organización Mundial de la Salud describe el burnout como un fenómeno ocupacional vinculado al estrés laboral crónico que no se ha gestionado satisfactoriamente, no como una enfermedad médica independiente. Sus manifestaciones incluyen agotamiento, distanciamiento mental o cinismo hacia el trabajo y disminución de la eficacia profesional. Es importante diferenciarlo de la depresión y de otros problemas que pueden compartir síntomas.

Si el malestar persiste o aparecen síntomas significativos de ansiedad o depresión, es recomendable solicitar una valoración profesional. La Organización Mundial de la Salud describe el burnout como un fenómeno ocupacional relacionado con estrés laboral crónico que no se ha gestionado satisfactoriamente, no como una enfermedad médica independiente. Se asocia a agotamiento, distanciamiento mental del trabajo y reducción de la eficacia profesional. Su abordaje no debería limitarse a recomendaciones individuales: también requiere revisar cargas, recursos, autonomía y condiciones organizativas.

12. ¿Cómo detectar precozmente un trastorno de la conducta alimentaria?

23 de agosto de 2026

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no siempre son visibles a través del peso corporal. Pueden aparecer en personas con diferentes constituciones físicas, por lo que centrarse únicamente en la apariencia puede retrasar su identificación.

Entre las señales de alerta se encuentran la rigidez creciente en las normas alimentarias, el miedo intenso a ganar peso, la culpa al comer, el ejercicio compulsivo, los cambios importantes en los hábitos y el aislamiento social. Estas señales deben interpretarse en su conjunto y no equivalen por sí solas a un diagnóstico.

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden presentarse en personas de diferentes edades, géneros y constituciones corporales. La pérdida de peso no es un requisito universal y algunas complicaciones pueden aparecer incluso sin cambios visibles. La detección temprana exige atender a la conducta, al malestar psicológico y a posibles repercusiones médicas, evitando comentarios estigmatizantes sobre el cuerpo.

Familias, centros educativos y profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel importante al detectar cambios persistentes y facilitar una conversación respetuosa, sin juicios sobre el cuerpo. La intervención temprana, mediante una evaluación especializada y un abordaje multidisciplinar cuando sea necesario, puede mejorar el pronóstico y reducir complicaciones. Los trastornos alimentarios pueden aparecer en personas con pesos y apariencias muy diversos.

Por eso, la detección debe prestar atención a cambios conductuales, evitación de comidas compartidas, preocupación intensa por la imagen corporal y ejercicio compulsivo, sin basarse únicamente en el índice de masa corporal. Una valoración temprana permite identificar riesgos médicos y psicológicos y coordinar el tratamiento con profesionales especializados.

13. Salud mental perinatal: más allá de la depresión posparto

30 de agosto de 2026

La salud mental perinatal abarca el bienestar psicológico durante el embarazo y después del nacimiento. Es una etapa de importantes cambios físicos, emocionales y sociales en la que pueden aparecer dificultades que merecen atención. Además de la depresión posparto, pueden presentarse ansiedad intensa, insomnio, irritabilidad, pensamientos intrusivos o síntomas relacionados con experiencias traumáticas del parto.

Es importante diferenciar los cambios emocionales transitorios de aquellos que persisten o interfieren significativamente en la vida cotidiana. Los antecedentes de salud mental, el estrés y la disponibilidad de apoyo social pueden influir, aunque las dificultades también aparecen sin factores de riesgo evidentes. Una detección temprana y un tratamiento adaptado pueden favorecer el bienestar materno y el funcionamiento familiar.

No todas las alteraciones emocionales del posparto tienen la misma gravedad. Es importante distinguir las fluctuaciones transitorias de los síntomas persistentes y reconocer señales que requieren atención urgente, como la confusión intensa, las ideas delirantes o el riesgo de daño. No todas las dificultades emocionales tras el parto son equivalentes.

El llamado baby blues suele ser transitorio, mientras que los síntomas depresivos o ansiosos persistentes requieren valoración. También deben reconocerse situaciones menos frecuentes pero urgentes, como la psicosis posparto, que necesita atención inmediata. La detección puede integrarse en los controles del embarazo y del puerperio, con intervenciones adaptadas a cada situación clínica.

El abordaje debe valorar la seguridad de los tratamientos durante el embarazo y la lactancia, así como el apoyo familiar y social disponible. Solicitar ayuda es una forma de cuidado y debe poder hacerse sin culpa ni estigma.

14. Neuromodulación: qué es y cuándo puede ayudar

7 de septiembre de 2026

La neuromodulación reúne técnicas que buscan modificar de forma dirigida la actividad de determinados circuitos del sistema nervioso. Entre las modalidades no invasivas más estudiadas en psiquiatría se encuentran la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS).

La TMS utiliza campos magnéticos y cuenta con respaldo clínico especialmente en determinadas formas de depresión, incluida la depresión resistente a tratamientos previos. La tDCS aplica corrientes eléctricas de baja intensidad y continúa investigándose para distintas indicaciones, con un grado de evidencia diferente. No todas las técnicas son apropiadas para todas las personas.

Su indicación requiere una evaluación individualizada de los síntomas, antecedentes, tratamientos previos y posibles contraindicaciones. La TMS se administra mediante protocolos específicos, cuya indicación y duración dependen de la evaluación y de la evidencia disponible. Aunque suele ser bien tolerada, requiere valorar contraindicaciones y posibles efectos adversos.

La tDCS presenta un nivel de respaldo diferente según la indicación y no debe considerarse intercambiable con la TMS. La información al paciente debe explicar beneficios esperables, incertidumbres y alternativas. La neuromodulación puede formar parte de un plan terapéutico integral bajo supervisión especializada. La estimulación magnética transcraneal se administra mediante protocolos repetidos, con una indicación y seguimiento especializados.

Aunque suele tolerarse bien, requiere revisar contraindicaciones, posibles efectos adversos y expectativas realistas de respuesta. Las indicaciones autorizadas y la disponibilidad varían según el contexto sanitario. En el caso de la tDCS, la evidencia continúa siendo heterogénea y no debe equipararse automáticamente a la de la TMS.

15. Psiquiatría centrada en la persona: mucho más que un diagnóstico

13 de septiembre de 2026

La atención psiquiátrica va más allá de identificar síntomas y establecer diagnósticos. Una perspectiva centrada en la persona busca comprender su historia, circunstancias, necesidades, valores y objetivos para ofrecer una intervención realmente individualizada. El diagnóstico es una herramienta clínica útil, pero no define por completo a quien lo recibe.

Por ello, la evaluación debe integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, además de considerar las preferencias de cada paciente. La escucha activa, la comunicación clara y la toma de decisiones compartida favorecen una relación terapéutica basada en la confianza. Cuando es posible, profesionales y pacientes deben valorar conjuntamente las alternativas disponibles, sus beneficios y limitaciones.

Este modelo también implica explicar las opciones terapéuticas en un lenguaje comprensible, comprobar que la persona puede expresar sus preferencias y revisar los objetivos durante el seguimiento. Las decisiones Este enfoque también supone explicar las opciones terapéuticas en términos comprensibles y comprobar que la persona ha podido expresar dudas y prioridades.

La continuidad asistencial, la coordinación entre profesionales y la consideración de los determinantes sociales pueden resultar tan importantes como la elección de una intervención concreta. La atención centrada en la persona no elimina el criterio clínico: lo integra con la autonomía y los objetivos del paciente. compartidas no eliminan la responsabilidad clínica, sino que la integran con el conocimiento y las prioridades del paciente.

La continuidad asistencial y el respeto a los derechos son elementos centrales de una atención de calidad. El objetivo de una atención de calidad no es solo aliviar síntomas, sino también mejorar la autonomía, el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida, respetando la dignidad de cada persona.

16. Novedades en psiquiatría e investigación clínica

21 de septiembre de 2026

La investigación en psiquiatría y neurociencias continúa explorando nuevas dianas terapéuticas y tratamientos para problemas que todavía presentan necesidades clínicas no cubiertas. Entre las líneas de estudio se encuentran los fármacos dirigidos al sistema de orexinas en la narcolepsia tipo 1, la investigación de semaglutida para el trastorno por consumo de alcohol, los ensayos con psilocibina en depresión resistente y las terapias dirigidas a la proteína tau en la enfermedad de Alzheimer.

Estas aproximaciones se encuentran en fases de desarrollo diferentes y no deben presentarse como opciones clínicas equivalentes. Algunos resultados iniciales son prometedores, pero todavía es necesario establecer su eficacia, seguridad y utilidad a largo plazo. Entre los principales desafíos de la investigación destacan la selección de participantes, la reproducibilidad de los resultados y la comparación con tratamientos ya disponibles.

Los hallazgos iniciales pueden abrir nuevas vías, pero requieren ensayos suficientemente amplios y seguimiento a largo plazo. Informar con precisión sobre el estado de desarrollo de cada intervención evita generar expectativas que todavía no están respaldadas por evidencia sólida. Distinguir entre tratamientos autorizados, resultados preliminares y estrategias experimentales es esencial para informar con rigor.

La innovación debe avanzar junto a la prudencia clínica y la evaluación científica continua. Los resultados de investigación deben leerse atendiendo a la fase del ensayo, la población estudiada y la magnitud real del beneficio. Un hallazgo prometedor en un estudio preliminar no garantiza su eficacia en la práctica clínica habitual.

También es esencial distinguir entre mecanismos biológicos plausibles, mejoras en marcadores intermedios y beneficios funcionales relevantes para los pacientes. La evaluación regulatoria y la farmacovigilancia completan este proceso.

17. ¿Puede la tecnología mejorar la atención sin perder el trato humano?

28 de septiembre de 2026

Las herramientas digitales ofrecen nuevas oportunidades para mejorar el acceso a la atención en salud mental, facilitar el seguimiento y reducir determinadas tareas administrativas. La teleconsulta, las plataformas de apoyo y algunas aplicaciones de inteligencia artificial forman parte de esta transformación. Sin embargo, su incorporación exige atender a desafíos importantes: privacidad de los datos, seguridad, posibles sesgos, accesibilidad y validación de su utilidad clínica.

Una herramienta innovadora no es necesariamente eficaz ni adecuada para todas las personas. Para incorporar herramientas digitales de forma responsable, conviene evaluar su utilidad clínica real, la protección de datos y la accesibilidad para personas con distintas competencias tecnológicas. Los sistemas automatizados pueden cometer errores o reproducir sesgos presentes en sus datos de entrenamiento.

Por ello, sus resultados requieren supervisión profesional y nunca deberían utilizarse como única base para decisiones clínicas de alto impacto. En psiquiatría, la tecnología debe apoyar el trabajo profesional, no sustituir indiscriminadamente la escucha, el juicio clínico ni la relación terapéutica. Su valor reside en contribuir a una atención más cercana, personalizada y segura.

Las herramientas digitales deben evaluarse con criterios similares a los de otras intervenciones sanitarias: utilidad demostrable, seguridad y adecuación al contexto clínico. Además, no todas las personas disponen del mismo acceso o habilidades tecnológicas, por lo que la digitalización también puede crear barreras. La supervisión profesional, el consentimiento informado y la protección de los datos son condiciones esenciales. Innovar de forma responsable significa incorporar recursos que respondan a necesidades reales sin perder de vista la experiencia humana del cuidado.

18. ¿Qué son realmente los trastornos de personalidad?

13 de octubre de 2026

La personalidad incluye patrones relativamente estables de pensamiento, emoción y relación con los demás. Tener un carácter intenso o atravesar dificultades interpersonales no significa, por sí solo, presentar un trastorno de personalidad. Se considera necesaria una valoración clínica cuando estos patrones son persistentes, poco flexibles y se asocian a malestar significativo o dificultades importantes en distintas áreas de la vida.

Su origen suele ser multifactorial, con la participación de características temperamentales, experiencias de desarrollo y factores ambientales. Los enfoques actuales también permiten comprender estas dificultades desde una perspectiva dimensional, atendiendo a su gravedad y a los rasgos predominantes. Un diagnóstico no define por completo a la persona ni implica que el cambio sea imposible.

Los modelos diagnósticos actuales incorporan dimensiones de gravedad y rasgos de personalidad para describir mejor las dificultades. La evaluación debe diferenciar patrones persistentes de reacciones transitorias al estrés y considerar posibles condiciones coexistentes. Un lenguaje no estigmatizante favorece la alianza terapéutica y transmite un mensaje importante: los patrones de relación y regulación emocional pueden modificarse con intervenciones adecuadas.

Con una evaluación rigurosa y tratamientos adecuados pueden mejorar la regulación emocional, las relaciones y el bienestar. Comprender estos trastornos ayuda a reducir el estigma. Los modelos diagnósticos contemporáneos prestan atención tanto a la gravedad de las alteraciones del funcionamiento de la personalidad como a rasgos predominantes.

19. Duelo colectivo: cómo afrontar emocionalmente una tragedia compartida

5 de noviembre de 2026

Las tragedias colectivas, como los accidentes graves, las catástrofes naturales o los acontecimientos que provocan numerosas pérdidas humanas, pueden generar un profundo impacto emocional en la sociedad. Su repercusión no se limita a las personas directamente afectadas: también puede alcanzar a quienes, sin haber sufrido una pérdida personal, experimentan tristeza, conmoción, miedo o sentimientos de vulnerabilidad. Este fenómeno se relaciona con el denominado duelo colectivo, una respuesta emocional y social ante acontecimientos que afectan al conjunto de una comunidad.

Los homenajes, los actos de recuerdo y las muestras de solidaridad pueden desempeñar un papel importante al facilitar la expresión del sufrimiento y reforzar los vínculos sociales. Es fundamental comprender que el duelo agudo no constituye, por sí mismo, un trastorno mental. Las reacciones emocionales iniciales forman parte de los procesos humanos de adaptación ante situaciones dolorosas. Cada persona puede experimentar estas vivencias de manera diferente, por lo que resulta esencial respetar los tiempos y las necesidades individuales.

En estas circunstancias, el apoyo social, la comunicación respetuosa y el acompañamiento emocional pueden actuar como factores protectores. Conviene evitar la exposición reiterada a imágenes perturbadoras cuando intensifica el malestar y prestar especial atención a niños, personas vulnerables y quienes han vivido experiencias traumáticas previas. Cuando el sufrimiento es especialmente intenso, persistente o interfiere significativamente en la vida cotidiana, puede ser conveniente solicitar ayuda profesional.

Las tragedias colectivas también ponen de manifiesto la capacidad humana para la cooperación, la solidaridad y el cuidado mutuo. Reconocer el dolor compartido y fortalecer los vínculos comunitarios puede contribuir a afrontar sus consecuencias psicológicas y sociales. No todas las personas afectadas por una tragedia colectiva necesitan tratamiento psicológico. En las primeras fases, suelen ser prioritarios la información fiable, la seguridad, el apoyo práctico y el respeto por las distintas maneras de reaccionar.

La exposición repetida a imágenes impactantes puede aumentar el malestar en algunas personas. Si aparecen síntomas persistentes, deterioro funcional o reacciones traumáticas intensas, conviene facilitar una valoración profesional.