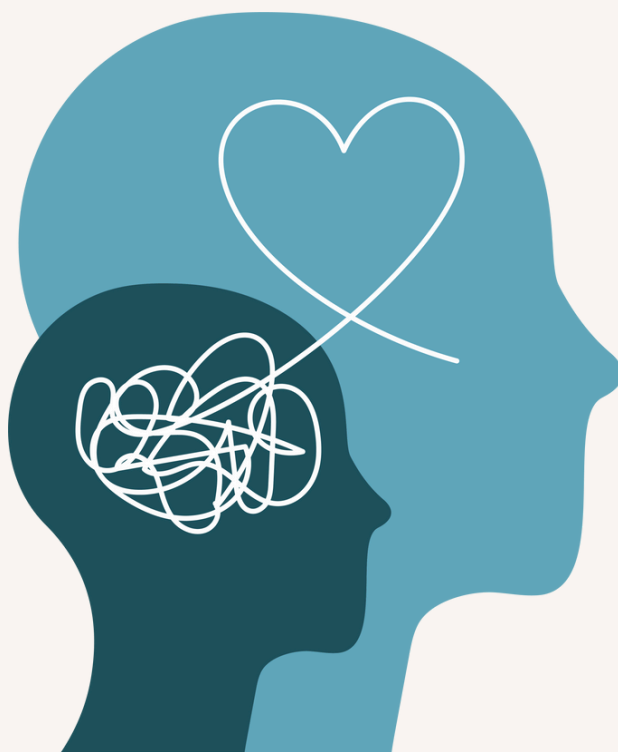


Decálogo

de los asuntos que hoy
preocupan a la SEPSM



- 1 Confusión entre las figuras del psiquiatra y el psicólogo
- 2 No todo malestar es una enfermedad mental
- 3 Redes sociales y jóvenes: un desafío creciente
- 4 El suicidio: una necesidad clínica no cubierta adecuadamente
- 5 Banalización del cannabis
- 6 Humanización en psiquiatría
- 7 Rechazo al tratamiento psicofarmacológico
- 8 Estigmatización de las técnicas de neuromodulación
- 9 El culto al cuerpo y a la vida saludable como promotor de las enfermedades mentales
- 10 Innovación en psiquiatría

1

Confusión entre las figuras del psiquiatra y el psicólogo

Los profesionales de la psiquiatría son médicos especialistas en Psiquiatría. Es decir, han cursado la **carrera de Medicina** y se han especializado en **Psiquiatría**. La formación de los psiquiatras dura un mínimo de once años: seis de la carrera de Medicina , y cinco de especialidad. A la formación en Psiquiatría, se accede por el examen MIR y se realiza en los diferentes hospitales públicos de España.

El principal cometido de los psiquiatras es **tratar y diagnosticar los trastornos mentales**. Para ello, pueden pedir pruebas para hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, poner **tratamientos psicofarmacológicos y hacer psicoterapia**; todo ello con el objetivo de conseguir la remisión de la clínica y la integración plena de las personas con trastorno mental en la sociedad. Los tratamientos implementados en Psiquiatría se basan en **evidencias científicas contrastadas**, al igual que en el resto de la medicina. La psiquiatría, además, es una especialidad médica en la que cobra especial relevancia la **visión antropológica del hombre** , el **existencialismo** y el **humanismo**.

Los psiquiatras realizan también labores de **investigación y docencia** para avanzar en el conocimiento de las enfermedades mentales.

En general , los psiquiatras suelen trabajar en equipo con otros profesionales, como **psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales**.

La especialidad de Psiquiatría actualmente tiene algunos retos importantes. El primero **la falta de profesionales**. El *Libro Blanco de la Psiquiatría de la SEPSM* ya advertía en 2023 que era necesario incorporar una media de **500 psiquiatras anuales** para aliviar dos hechos claves: el primero, que en España teníamos aproximadamente

unos **12 psiquiatras por 100.000 habitantes**, mientras que la media europea era de **18-20**; y el segundo que el **20,77%** (913) de los psiquiatras tenía más de 60 años y el **6,73%** (296) más de 65 años, por lo que se esperaba un elevado número de jubilaciones en los siguientes años. **A comienzos de 2026**, tres años después, **la brecha persiste**, mermando el tiempo disponible por paciente y degradando el acto médico a una gestión de síntomas.

Por otra parte, existe una tendencia creciente a "borrar" la Psiquiatría de los planes estratégicos, simplificando los trastornos mentales complejos a meros problemas de adaptación social. Ante esto, **es necesario reafirmar el modelo biopsicosocial**: una aproximación que entiende que el sufrimiento psíquico tiene raíces biológicas, psicológicas y sociales indisolubles.

Si hablamos de la **diferencia entre psiquiatras y psicólogos**, esta radica en que **los primeros son médicos y los segundos no**. Por tanto, los **psiquiatras pueden prescribir medicación** a los pacientes. Tanto los profesionales de la psiquiatría como los de la psicología, utilizan la **psicoterapia para ayudar a los pacientes** a resolver conflictos personales y mejorar los síntomas de los trastornos mentales. Pero, al ser médicos, **los psiquiatras pueden identificar enfermedades físicas que tienen síntomas mentales**. Por tanto, pueden solicitar pruebas médicas a los pacientes o derivarlos a otros especialistas, como neurólogos o endocrinos, para su valoración.

Los **psicólogos** realizan el **grado de Psicología** de 4 años. Para acceder a realizar actividad clínica y tratar pacientes pueden optar por dos vías: La primera, realizar el **examen PIR**, lo que supone una formación de 4 años (estos son los llamados **psicólogos clínicos**, que pueden ejercer en el sistema de salud público y en el sector privado); y, la segunda, hacer el **master** habilitante de **Psicología Sanitaria** (estos son los llamados **psicólogos sanitarios**, que sólo pueden ejercer en el sector privado). En algunas CCAA, dada la falta de psicólogos clínicos, se están empezando a contratar psicólogos sanitarios fundamentalmente en Atención Primaria para reducir el aumento de demanda en Salud Mental.

2

No todo malestar es una enfermedad mental

El malestar de la vida cotidiana se refiere a las **emociones negativas** (tristeza, enojo, ansiedad...) y al **estrés** que experimentamos de forma normal como parte de la vida. Este malestar es adaptativo y suele aparecer cuando enfrentamos pérdidas, conflictos , frustraciones o cuando experimentamos incertidumbre. Estas **emociones negativas** son **pasajeras** y **se pueden sobrellevar** con recursos propios y con el apoyo de las personas cercanas.

Un trastorno mental es algo bien distinto, no son simples altibajos: suponen un **sufrimiento profundo** que afecta la vida global de la persona. La **OMS** define los **trastornos mentales** como aquellos trastornos que **implican una alteración clínicamente significativa** de la cognición, de la regulación de las emociones o del comportamiento del un individuo que, por lo general, van asociados a **angustia** y a **discapacidad funcional**, tienen unos criterios diagnósticos definidos y requieren un tratamiento específico. La **falta de tratamiento puede cronificar o empeorar los síntomas** e impedir a la persona vivir con normalidad. Por eso, es fundamental que los especialistas en psiquiatría realicen el diagnóstico y establezcan un tratamiento adecuado, al igual que en otras enfermedades médicas.

Hay muchos trastornos mentales. Entre otros, la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo, el trastorno bipolar, la anorexia y la bulimia nerviosas, las adicciones, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos del espectro autista o los trastornos de la personalidad. Cada uno de ellos tiene **síntomas diferentes** y requiere de un **tratamiento individualizado** destinado a conseguir su recuperación y su integración sociolaboral plena. Con el **tratamiento adecuado**, las personas con enfermedad mental pueden recuperarse y hacer una vida normalizada. Algunos más graves requieren más apoyo social o condiciones laborales acordes a su situación.

Dado que la mayoría de las enfermedades psiquiátricas empiezan en la **juventud** es imprescindible que la intervención sea precoz para que la persona puede continuar con su formación y su desarrollo biográfico.

El **origen** de las enfermedad mentales es **biopsicosocial**, es decir, en su aparición influyen **factores biológicos** (alteraciones bioquímicas, metabólicas, genéticas...), **factores psicológicos** (vivencias, traumas, aprendizaje, personalidad, aspectos familiares...) y **factores sociales** (culturales, ámbito social...)

La clave es distinguir entre el malestar de la vida cotidiana y los trastornos mentales para acceder a la atención especializada en el caso de los segundos. Actualmente, en una sociedad menos resiliente y con una cierta intolerancia a la frustración, **existe una tendencia a psiquiatrizar las emociones negativas y el malestar** inherente a la vida. Ello repercute negativamente en el acceso a la atención de las personas con trastorno mental, ya que compiten por los mismos recursos, aumentando la demanda e incrementando las **listas de espera** en la atención especializada.



3

Redes sociales y jóvenes: un desafío creciente

Las redes sociales plantean **un desafío creciente para los jóvenes**, porque amplifican necesidades muy propias de la adolescencia: ser vistos, pertenecer a un grupo o recibir aprobación inmediata, entre otras. En un entorno que nunca se apaga, cuando el uso se vuelve intensivo, muchos adolescentes presentan más síntomas de **ansiedad, depresión y estrés**.

El cerebro adolescente está especialmente orientado a la **búsqueda de estatus y refuerzo social**. Hoy día, en redes sociales, los jóvenes encuentran un flujo continuo de “**me gusta**”, **comentarios** y **comparaciones** que actúan como pequeñas recompensas frecuentes y difíciles de interrumpir. Al mismo tiempo, se exponen a las primeras experiencias de **rechazo, ciberacoso** o sensación de **no estar a la altura**, lo que puede activar sistemas de **estrés y malestar emocional** en jóvenes vulnerables.

Desde la perspectiva del desarrollo, la **adolescencia** es un **periodo clave para construir identidad** y aprender a regular las **emociones**. Las redes pueden ayudar a explorar intereses y conectar con iguales, pero también fomentan la **comparación constante**, la **idealización del cuerpo** y el **miedo a quedarse fuera**, con impacto especial en adolescentes que ya tienen problemas de ánimo o disregulación emocional. En estos jóvenes se observa, además, un uso más intenso y emocionalmente cargado de las plataformas, con **cambios de humor** muy ligados al **feedback recibido** y con más riesgo de que se consoliden mensajes internos del tipo “valgo menos que los demás” o “no encajo”, lo que se acompaña de retirada de la vida offline.

Ciertos mensajes relacionados con el **ideal corporal** pueden tener un impacto significativo y llegar incluso a favorecer la aparición de **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**.

Los estudios y metaanálisis disponibles muestran asociaciones consistentes, aunque de magnitud moderada, entre el **uso problemático de las redes sociales** y la presencia de **depresión, ansiedad y estrés** en adolescentes y adultos jóvenes. Asimismo, señalan **vínculos con un mayor malestar psicológico** general, así como con **autolesiones y conductas suicidas** en una parte de la población juvenil. No obstante, la dirección de estas relaciones aún no está completamente aclarada: los adolescentes con peor salud mental tienden a utilizar las redes sociales de forma diferente y con mayor intensidad, y, a su vez, este patrón de uso puede agravar su estado psicológico. Por ello, resulta fundamental comunicar la necesidad de más estudios de alta calidad que permitan identificar qué perfiles presentan mayor riesgo, qué tipos de uso son más perjudiciales y qué intervenciones resultan más eficaces.

Junto a los riesgos descritos, las **redes sociales** también constituyen un **canal relevante** para la **difusión de mensajes de prevención y promoción de la salud mental**. Por ello, resulta clave, por un lado, reforzar la **alfabetización digital** y la **capacidad crítica** para identificar contenidos fiables y distinguirlos de aquellos potencialmente dañinos y, por otro, proteger y **fomentar la vida fuera de la pantalla** mediante el ocio presencial, la práctica deportiva, un descanso adecuado, las relaciones cara a cara y la participación en actividades comunitarias. Todo ello debe complementarse con **programas escolares de bienestar digital** y con **normas parentales** claras, coherentes y proporcionadas. Asimismo, son fundamentales medidas como el **retraso en la edad de acceso** -tal y como ya se ha establecido por ley en algunos países- y la **limitación de los tiempos** de uso, con el objetivo de reducir posibles daños, promover usos más saludables y generar una mejor evidencia científica que oriente las decisiones educativas, políticas y clínicas.

4

El suicidio: una necesidad clínica no cubierta adecuadamente

El suicidio constituye un **grave problema de salud pública** que, además, es **prevenible**. A pesar de la reciente aprobación del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025–2027, continúa siendo una necesidad clínica insuficientemente atendida en España. Los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes a **2024** registran **3.846 defunciones por suicidio**.

La evidencia disponible indica que **muchas personas en situación de riesgo contactan con el sistema sanitario en las semanas previas al intento** -especialmente a través de Atención Primaria y los servicios de Urgencias- sin que en todos los casos se active un circuito específico de evaluación, intervención y seguimiento. De hecho, **solo una de cada cuatro personas que finalmente fallecen por suicidio ha sido atendida** previamente en los servicios de Salud Mental.

Persisten, por tanto, brechas relevantes que deben abordarse de manera prioritaria: **(1)** La implantación de una **detección sistemática del riesgo** que no se limite a la ideación o planificación suicida, sino que incorpore otros factores de riesgo conocidos de naturaleza sociodemográfica, clínica y psicosocial; **(2)** la garantía de **continuidad asistencial tras un intento**, mediante la elaboración de planes de seguridad, el contacto precoz y el acceso preferente a dispositivos especializados; **(3)** un **abordaje integral** que contemple tanto los factores clínicos -psíquicos y físicos- como los determinantes psicosociales; y **(4)** la unificación y adecuada dotación de los **planes preventivos a nivel estatal**. La implementación de protocolos homogéneos, la formación específica de los profesionales y una financiación suficiente resultan imprescindibles para salvar vidas y alinear el sistema sanitario con los estándares internacionales de prevención del suicidio.

5

Banalización del uso de cannabis

En los últimos años se ha producido una creciente banalización del consumo de cannabis, lo que lleva a muchos adolescentes y adultos jóvenes a **subestimar sus riesgos**, especialmente cuando el uso es frecuente o se inicia a edades tempranas, en una etapa crítica de maduración cerebral. La **evidencia científica** indica que el **consumo de cannabis** durante la adolescencia se asocia a una **mayor probabilidad de desarrollar depresión y conductas suicidas en etapas posteriores**, así como a un **peor rendimiento** académico, **mayor abandono** escolar y **dificultades significativas** en el funcionamiento global. Asimismo, numerosos estudios confirman un aumento del **riesgo de psicosis** y un inicio más precoz de los **trastornos psicóticos** en quienes consumen cannabis en la adolescencia, especialmente cuando el consumo es intenso y sostenido en el tiempo.

A este escenario se suma un factor adicional de riesgo: el cannabis disponible en la actualidad, particularmente en forma de productos de alta potencia, se asocia a un mayor riesgo de **síntomas psicóticos, trastornos de ansiedad, depresión** y desarrollo de trastorno por consumo de cannabis, en comparación con las variedades de menor potencia consumidas en décadas anteriores.

En este contexto, la creciente disponibilidad de **comestibles, vapeadores y otros formatos atractivos y discretos** para los menores **se ha vinculado a una disminución de la percepción de riesgo** entre la población adolescente. Cuando el acceso es fácil, el producto es más potente y los mensajes transmiten una imagen normalizada o incluso positiva del consumo, la consecuencia previsible es un aumento del número de jóvenes consumidores y, con ello, de los problemas asociados.

Los **mensajes** que presentan el cannabis como una sustancia “natural”, inocua o esencialmente terapéutica, sin una adecuada contextualización de sus riesgos, resultan especialmente **confusos para los adolescentes**, que tienden a infravalorar el daño potencial y a priorizar beneficios inmediatos como la desinhibición, la relajación o el sentimiento de pertenencia al grupo. En este sentido, las decisiones en materia de regulación, publicidad y narrativa pública influyen de manera directa en la percepción del riesgo y en las conductas de consumo de los más jóvenes.



6

Humanización en psiquiatría

La humanización en la psiquiatría contemporánea constituye un objetivo esencial, centrado en la **dignidad**, los **derechos** y la **autonomía de las personas con trastornos mentales**. Supone abordar a la persona más allá de su diagnóstico, promoviendo una relación terapéutica basada en el **respeto mutuo**, la **empatía** y la **participación activa** en su propio proceso de recuperación.

Este enfoque prioriza la creación de **entornos terapéuticos seguros**, una **comunicación** efectiva y **estrategias** de desescalada verbal, reservando las medidas de contención física exclusivamente como último recurso.

En este marco, **el objetivo de “contención cero”** -entendido como la eliminación de la contención física- no **debe considerarse** una utopía, sino **un horizonte ético y una meta alcanzable**. Su consecución requiere una **inversión adecuada en recursos humanos**, **formación especializada** de los profesionales, la implementación de **planes de crisis** individualizados y la **mejora de los espacios** y recursos arquitectónicos.

La reducción y eliminación de la contención física constituye, además, un indicador relevante de la **calidad asistencial**, al evidenciar que es posible manejar situaciones de crisis de forma segura, respetuosa y centrada en la recuperación, en un entorno genuinamente orientado al cuidado.

7

Rechazo al tratamiento psicofarmacológico

El rechazo al tratamiento psicofarmacológico constituye una realidad clínica que **afecta tanto a personas adultas como a población infantil y adolescente**, y tiene su origen en una compleja interacción de factores, entre los que se incluyen el **temor a los efectos secundarios**, la **desinformación** y el **estigma** históricamente asociado al uso de psicofármacos en psiquiatría. En la práctica psiquiátrica actual resulta fundamental abordar este rechazo desde un **enfoque integrador**, basado en la toma de decisiones compartidas. Ello implica proporcionar **información clara, rigurosa y transparente** sobre los mecanismos de acción, los beneficios esperados y los posibles riesgos de los tratamientos, así como sobre las alternativas terapéuticas disponibles.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, una **comunicación adecuada y continuada con las familias** resulta especialmente relevante. Superar este obstáculo requiere un esfuerzo sostenido de educación y formación, tanto dirigido a la población general como a los propios profesionales sanitarios, subrayando que **los psicofármacos constituyen una herramienta más dentro de un plan terapéutico integral**, personalizado y centrado en la persona.

Asimismo, es importante poner en valor la **elevada eficacia y seguridad de los medicamentos** utilizados en psiquiatría, muchos de los cuales se encuentran entre los tratamientos con mayor efectividad en el ámbito médico y cuentan con una amplia trayectoria de uso clínico **respaldada por décadas de experiencia y evidencia científica**.

8

Estigmatización de las técnicas de neuromodulación

Las técnicas de neuromodulación -como la **estimulación magnética transcraneal (EMT)** o la **terapia electroconvulsiva (TEC)**, entre otras- constituyen **herramientas altamente eficaces y seguras** para el tratamiento de **trastornos psiquiátricos graves y resistentes**. Sin embargo, continúan estando fuertemente estigmatizadas, en gran medida debido a su **representación distorsionada en la cultura popular y el cine**, así como por el **uso indebido** y ajeno al ámbito médico que se produjo en determinados contextos históricos y políticos. **Este estigma genera miedo y reticencias** tanto en las personas pacientes como en sus familias, a pesar de que **los procedimientos actuales son notablemente más precisos, controlados y menos invasivos** que en el pasado.

Desde el punto de vista clínico, **resulta fundamental desmitificar estas técnicas mediante una información clara y rigurosa** dirigida a pacientes, familias y a la sociedad en general, destacando sus **estrictos protocolos de seguridad**, su **elevada tasa de respuesta en casos complejos** -como la depresión mayor resistente- y **la profunda evolución que han experimentado** hasta convertirse en tratamientos altamente especializados y dirigidos. En términos de principios médicos, se trata de **procedimientos comparables a los utilizados en otras especialidades**, como la cardiología ante determinadas situaciones críticas. La **educación** y la **divulgación basada en la evidencia son claves** para transformar la percepción pública y poner en valor estos tratamientos esenciales dentro de la psiquiatría moderna.

El culto al cuerpo y a la vida saludable como promotor de las enfermedades mentales

El autocuidado y la atención a la salud son, sin duda, aspectos positivos. Sin embargo, cuando la preocupación por el cuerpo, la alimentación, la salud o la delgadez se vuelve excesiva u obsesiva, puede asociarse a un deterioro significativo de la salud mental. Prácticas como las dietas extremadamente restrictivas, la clasificación rígida de “alimentos prohibidos”, el ejercicio físico compulsivo y la preocupación constante por la figura y el peso constituyen factores de riesgo para el desarrollo de **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**, entre ellos la **anorexia nerviosa**, la **bulimia nerviosa**, el **trastorno por atracón**, las **ingestas emocionales** asociadas a obesidad y otros cuadros relacionados.

En una sociedad en la que la delgadez y determinados estilos de vida “saludables” se presentan con frecuencia como sinónimos de éxito, control y felicidad, las personas con una **mayor vulnerabilidad biológica o genética**, así como aquellas que atraviesan dificultades emocionales, relacionales, experiencias traumáticas o un sufrimiento psíquico intenso, pueden recurrir al **control de la ingesta y a la obsesión por la imagen corporal** como una estrategia para manejar su malestar y recuperar una sensación de seguridad. No obstante, el mantenimiento de estas conductas y de estos ideales no solo no alivia el sufrimiento, sino que acaba consolidando un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Además, las consecuencias de una alimentación insuficiente y de la desnutrición incluyen **alteraciones significativas del estado de ánimo**, como **depresión y ansiedad intensa**, así como **cambios cognitivos** relevantes, entre ellos la rigidez del pensamiento y la tendencia a la obsesividad, que perpetúan el trastorno y dificultan la recuperación.

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria** son, por tanto, trastornos mentales **graves** de origen multifactorial, con una elevada morbilidad. Afectan con mayor frecuencia a **mujeres adolescentes y jóvenes**, aunque también pueden presentarse en varones. Conllevan importantes complicaciones orgánicas, **suelen coexistir con otros trastornos psiquiátricos** y requieren un tratamiento específico, prolongado y especializado, llevado a cabo por equipos multidisciplinares que incluyan, entre otros profesionales, psiquiatras, psicólogos y especialistas en endocrinología.



La innovación constituye una **prioridad estratégica** para la psiquiatría española, que a través de la investigación aspira a ofrecer a las personas pacientes una **atención cada vez más precisa, personalizada y basada en la evidencia**. Tanto la investigación como la práctica clínica avanzan en la identificación de marcadores de riesgo de naturaleza biológica -como la genética, la neuroinflamación o la neuroimagen-, clínica -incluidos los perfiles sintomáticos y los cursos evolutivos- y psicosocial -relacionados con el contexto familiar, laboral y comunitario- con el objetivo de estratificar mejor a los pacientes, facilitar la detección precoz y prevenir recaídas.

En el ámbito terapéutico, se trabaja en el **desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas** y en la consolidación de **otras terapias biológicas**, como las técnicas de neuromodulación no invasiva y la estimulación cerebral, junto con **psicoterapias cada vez más eficaces** y adaptadas al perfil y a las necesidades de cada persona. Asimismo, están adquiriendo un protagonismo creciente las **intervenciones rehabilitadoras** centradas en la funcionalidad, la cognición y la autonomía personal, así como las **soluciones digitales** que apoyan la monitorización clínica y la toma de decisiones asistenciales.

Este avance se acompaña de la **implantación de modelos de atención más humanizados**, que promueven la participación activa de pacientes y familias, garantizan la continuidad asistencial y refuerzan la coordinación intersectorial, especialmente con los ámbitos educativo y de los servicios sociales. Entre los retos inmediatos destacan la **necesidad de mejorar la medición de resultados** en salud, **asegurar la equidad territorial** en el acceso a la innovación y **acelerar la transferencia del conocimiento científico** a la práctica clínica, con el fin de ofrecer intervenciones cada vez más precisas, eficaces y verdaderamente centradas en la persona.

¡MUCHAS
GRACIAS!

*Si necesitas más información o te gustaría
cerrar una entrevista con la SEPSM, puedes
contactar en **comunicacion@sepsm.org***
