

INFOCOP

NÚMERO 42. Marzo - Mayo 2009

Expertos reclaman un nuevo modelo asistencial con presencia de psicólogos en Atención Primaria

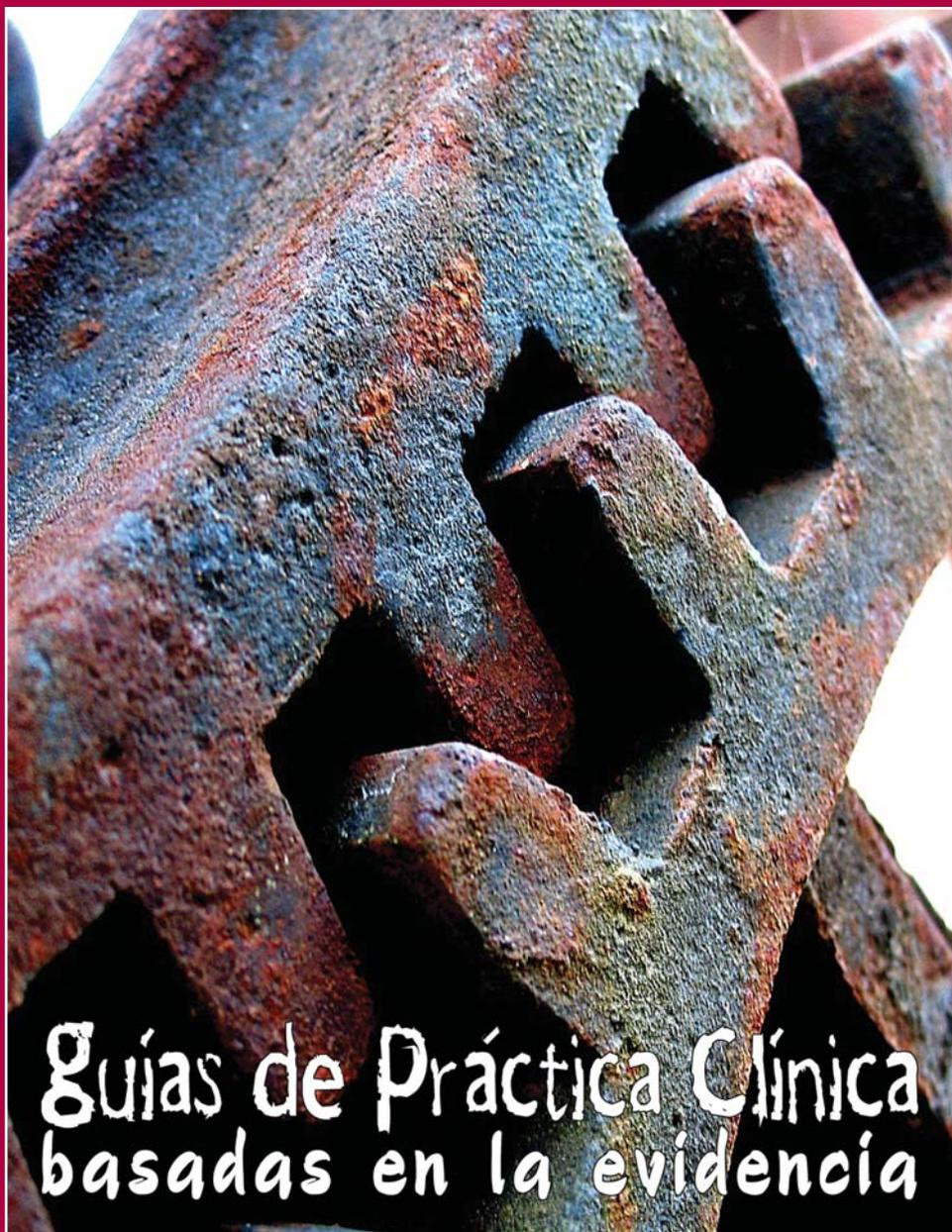
¿Qué es ser feliz y cómo puedo lograrlo?

Entrevista a E.G. Fernández-Abascal

Atención psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido

¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un cáncer?

Nueva guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable



En Portada

4. Guías de Práctica Clínica, ¿realmente “prácticas”?

11. Valoración de la GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto

14. Una guía debe recoger la mejor evidencia, sin voluntarismos y sin sesgos - Entrevista

20. Valoración de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria

29. Da la sensación que creen que es más fácil aplicar tratamientos psicológicos que farmacológicos - Entrevista

33. Valoración de la GPC sobre Cuidados Paliativos

Actualidad

39. Expertos reclaman un nuevo modelo asistencial con presencia de psicólogos en Atención Primaria

41. El Parlamento Europeo se compromete a priorizar la Salud Mental

43. Hablando con los fundadores de la Psicología contemporánea española - Entrevista

51. ¿Qué es ser feliz y cómo puedo lograrlo? Entrevista a E.G. Fernández-Abascal

Es Noticia

56. Atención psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido

Investigación

67. ¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un cáncer?

Universidades

69. ¿Cómo controlar la presión arterial?: la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM ofrece tratamiento psicológico gratuito para la hipertensión

El Consejo Informa

72. Fernando Chacón comparece en el Senado: por una atención psicológica de calidad

73. Nueva guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable

Colegios Autonómicos

75. Noticias de los Colegios

Libros

108. Reseñas de libros de actualidad



Immersos como estamos en una crisis económica y social de considerables proporciones, los psicólogos nos preguntamos cómo nos puede afectar profesionalmente, ya que en lo personal es evidente que nos golpea como a los demás, y en qué medida podemos contribuir a paliar sus efectos más nocivos.

La contestación a esas preguntas no es fácil. Nuestra profesión no tiene remedios para reducir o acabar con las crisis globales de esta naturaleza. Se dice que gran parte del problema actual es de carácter psicológico, y que el problema financiero de fondo tiene más de exceso de confianza, antes, y de crisis de confianza, ahora, que de verdadera quiebra del sistema productivo y de creación de riqueza. Cualquiera que sea la razón de fondo, y ahí los expertos tienen mucho que investigar y decir, resulta un hecho que la crisis es un producto del comportamiento de las personas en el mercado, entre otras variables importantes, y que sus efectos nocivos repercuten sobre la salud y el bienestar de esas mismas personas. Estos son asuntos de gran interés para los psicólogos.

Si empezamos por lo que “produce” la crisis de confianza de las personas, resulta evidente que la respuesta no puede ser simple. Es seguro que hay circunstancias objetivas de tipo económico o político que han disparado la alarma social y han generado la espiral de desconfianza. Sin embargo, y esto tiene más enjundia psicológica, no debemos olvidar que la crisis no debe ser tratada sólo como un efecto, sino que también tiene una acción “causal” o “motivadora” de la desconfianza general. Como en casi todo lo que afecta a la conducta humana, la causalidad no es lineal. La presencia de la propia crisis genera un comportamiento

defensivo (se compra menos, se endeuda uno menos, se emprende menos) que amplifica los recelos y deteriora aún más el tejido económico. El efecto en el comportamiento de las personas de los fenómenos objetivos, se convierte, a su vez, en causa que estimula y acelera la crisis económica. ¿Cómo podemos ayudar a hacer frente a esta situación?

En un reciente editorial, el presidente de la APA propugnaba tres vías: 1) Enseñar a la gente a manejar la incertidumbre, 2) Contrarrestar los mensajes negativos (destructivos) de los medios, y 3) Desarrollar el optimismo a través de la aplicación de la Psicología Positiva. No sé en qué medida los psicólogos españoles, sean profesionales o académicos, podrían responder al desafío de proponer los medios y los procedimientos para que estas medidas puedan pasar de la musa de la ciencia al teatro de la vida. Pero es evidente que la Psicología española no debería permanecer al margen de una situación que nos compromete como ciudadanos y profesionales.

En donde, sin embargo, las respuestas están más claras es en la forma en la que podemos ayudar a paliar las consecuencias de la crisis económica y social actual. Los datos son contundentes. Crece el paro de manera importante, disminuye la capacidad de gasto de las administraciones en gasto social, y como consecuencia aumenta el malestar. Ese malestar se traduce en mayor demanda de servicios sanitarios, entre otros de salud mental, en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias.

Los psicólogos hemos venido diciendo, reiteradamente, que la actual demanda de servicios psicológicos dentro del sistema sanitario no puede ser atendida de forma efectiva y eficiente por la actual dotación de personal. Y ésto lo decíamos cuando no se preveía una crisis como la actual. Ahora, es previsible, que las contradicciones del sistema acaben llevándolo a una situación extrema. Más pacientes en Salud Mental dentro de un modelo de gasto sanitario muy decantado por el consumo farmacéutico, es una receta segura para que las magras arcas de la Sanidad queden secas. Y lo más curioso es que este modelo tampoco garantiza que los problemas estén en vías de solución, ni va a reducir el sufri-

miento y la discapacidad, como así lo atestiguan otros sistemas sanitarios que se están encaminando hacia la vía de la reforma. Si las crisis ofrecen una oportunidad de oro para las reformas, este es el momento de que se propongan soluciones nuevas y efectivas para problemas del Sistema Nacional de Salud conocidos.

También, las situaciones de crisis son momentos adecuados para retomar con más fuerza algunas aspiraciones latentes, que la desidia y la inercia mantienen en el cajón del olvido. La prevención siempre gozó de las mejores intenciones, pero de muy escasos recursos. Señalada como eje de muchas políticas sanitarias, ha sido, en muchas ocasiones, más una estrategia de marketing que una idea impulsora de medidas que atajaran las causas de los problemas. Es conveniente recordar que no hay nada tan eficiente como la prevención efectiva. Éste es un hecho que resulta conveniente resaltar en un momento en que cada céntimo que se gasta, debe mirarse con esmero.

Creo que ha llegado la hora de darle a la prevención la importancia que se merece. Debemos atajar, antes de que se produzcan, muchos de los trastornos que luego consumirán crecientes y costosos recursos. Problemas como el fracaso escolar, la drogodependencia, los trastornos alimentarios, el comportamiento antisocial y otros, tienen su caldo de cultivo en la infancia y la adolescencia, y no están siendo adecuadamente atendidos por los servicios con los que está dotada nuestra enseñanza. ¿Por qué no se ponen los medios para que se pueda realizar una prevención de calidad en la escuela? ¿Por qué no se adoptan medidas para reducir, de forma efectiva, la actual desatención de nuestros jóvenes en el campo de la salud mental?

Un momento de crisis como el actual puede ser un buen momento para eliminar falsas barreras (Educación versus Sanidad) y apostar por políticas efectivas que beneficien a los ciudadanos y mejoren su calidad de vida y su bienestar. A buen seguro, eso mejorará su confianza y contribuirá a reducir la crisis. ¿No es eso lo que se pretende?

Francisco Santolaya Ochando
Presidente Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, ¿REALMENTE “PRÁCTICAS”?

REDACCIÓN DE INFOCOP

La investigación y la difusión de la información han evolucionado en las últimas décadas hacia una proliferación de datos epidemiológicos, ensayos clínicos, estudios experimentales y variedad de tratamientos, que han hecho prácticamente imposible que un profesional de cualquier especialidad sanitaria pueda conocer en profundidad los últimos avances científicos.

Desde que se inició la metodología basada en la evidencia (*Evidence Based Medicine*, o Medicina Basada en las Pruebas), cuya finalidad es asegurar que el conocimiento científico se respalde en estudios controlados de calidad, diversas organizaciones e instituciones públicas y privadas han desarrollado bases de datos que permiten conocer los últimos avances de una manera actualizada y rápida. Tal es el caso de institutos como **The Cochrane Collaboration** (<http://www.cochrane.org>) o **UpToDate** (<http://www.uptodate.com>), ampliamente reconocidos en el mundo científico.

En un intento de acercar los nuevos avances científicos a la realidad de la práctica diaria, han comenzado a desarrollarse también guías clínicas sobre las principales enfermedades y patologías, donde se recogen recomendaciones y pautas consensuadas de actuación frente a las mismas. Aunque históricamente la mayoría de estas guías se han elaborado basándose en opiniones de expertos o en el consenso entre diferentes profesionales, existe un creciente interés en usar métodos explícitos para

desarrollar guías basadas en la evidencia científica. El objetivo principal de estos manuales es recopilar las mejores evidencias científicas, de tal manera que permitan a los profesionales tomar las decisiones más acertadas en lo que respecta al tratamiento que se ofrece a los distintos pacientes. Algunos organismos, como el **Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido** (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) o la **Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica** (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, SIGN) son puntos de referencia internacionales en el desarrollo de estas guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

En España, en el año 2003, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el *Proyecto GuíaSalud* con el objetivo de mejorar la toma

de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC). Desde entonces, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha promovido la elaboración de guías específicas para el tratamiento de diversas enfermedades, difundíendolas a través de Internet para facilitar su acceso a todos los profesionales y pacientes (más información en: <http://www.guiasalud.es/egpc/>).

Posteriormente, en el año 2006, esta línea estratégica se afianzó a través de un Programa de elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica del *Plan de Calidad* para el Sistema Nacional de Salud (SNS). En el marco de este Programa se estableció un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Calidad del SNS y una serie de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, donde se acordó definir una metodología común para la elaboración de las GPC (a través de un mismo manual metodológico) y se solicitó la elaboración de un conjunto de GPC a diferentes agencias y grupos expertos en patologías prevalentes en nuestro país. La creación de estas GPC, a diferencia de las anteriormente difundidas por el Ministerio de Sanidad, se basa en una metodología más rigurosa de selección de la información y de clasificación de las recomendaciones en función de su grado de respaldo en estudios científicos controlados.

Como resultado de esta línea estratégica iniciada en el año 2006, el pasado 27 de noviembre de 2008 se presentaron en Madrid las primeras guías de salud basadas en una metodología sistemática, entre las que se encuentran la GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, la GPC sobre Diabetes tipo 2, la GPC sobre Cuidados Paliativos, la GPC sobre el tratamiento de Cáncer de Próstata y la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

Durante los próximos meses, el Ministerio espera publicar más guías, sobre temas como la obesidad infantojuvenil, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la diabetes, el ictus en Atención Primaria, los trastornos del espectro autista en Atención Primaria, el insomnio en Atención Primaria, la depresión mayor en niños y adolescentes y las intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, entre otros.

José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, participó en el acto de presentación de estas GPC en el marco de la Jornada *Apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia*. En su intervención, Martínez Olmos señaló que uno de los principales desafíos del

Sistema Nacional de Salud es saber incorporar con rapidez la innovación a la práctica clínica, ya que de lo contrario “*el sistema de salud se puede quedar obsoleto*”.

En su discurso inaugural, el Secretario General manifestó que el SNS español se encuentra a la cabeza de Europa en materia de salud con los menores índices de mortalidad y morbilidad. No obstante, no mencionó los recientes informes de la **OMS** (Proyecto Atlas-2005; *Policies and practices for mental health in Europe-meeting the challenges*, 2008) y de la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** (*Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España*, 2005), en lo que respecta a la atención en salud mental, que sitúan a España en la cola de los países europeos, como demuestra el escaso número de profesionales destinados a la atención de la enfermedad mental, a pesar de que los trastornos mentales constituyen, en su conjunto, el problema de salud más extendido en Europa.

Así mismo, de acuerdo al **Euro Health Consumer Index-2008**, España ha empeorado su posición respecto al año pasado en el mismo estudio, y actualmente ha sido superada en indicado-

INFOCOP

NÚMERO 42. 2009

Marzo - Mayo

Edita

Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos.
España

Director

José Ramón Fernández Hermida.

Redacción

Silvia Berdullas.
Aída de Vicente.
Inés Magán.

Diseño

Cristina García y Juan Antonio Pez.

Administración, maquetación y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez.

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta

Tels.: 91 444 90 20

Fax: 91 309 56 15

28006 Madrid - España.

E-mail: infocop@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.

C/ Cormoranes, 14. Polígono

Industrial La Estación

28320 Pinto Madrid

M-12764-2004 • ISSN 1138-364X

*Los editores no se hacen
responsables de las opiniones
vertidas en los artículos
publicados.*

INFOCOP

se puede leer en la
página WEB del
Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos
<http://www.cop.es>

PUBLICIDAD

desclée

AMOR Y VIOLENCIA
La dimensión afectiva del maltrato
Pepa Horno

MANUAL DE FORMACIÓN EN TRANCE PROFUNDO
Habilidades de hipnotización
Igor Ledochowski

MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR
Mónica Ramírez Basco

AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA
Babette Rothschild

res de calidad en atención sanitaria por países nuevos en la comunidad europea, como son la República Checa y Hungría. De acuerdo a este estudio, España ha obtenido la posición 18 (de un total de 31 países analizados), con tan sólo 639 puntos de los 1.000 puntos posibles. Una de las razones de tan baja calificación se encuentra en el problema de las listas de espera y de la falta de personal, lo que pone de manifiesto nuevamente que la estructura de la sanidad pública española es insuficiente para atender la demanda, lo que a su vez, supone graves implicaciones para la calidad de la atención a los pacientes.

Otras críticas más recientes que ha recibido el sistema sanitario público español han puesto de manifiesto la tendencia a recetar fármacos de manera abusiva (a pesar de sus efectos secundarios, de su dudosa eficacia para el tratamiento de algunas dolencias y del elevado coste económico que suponen), así como las enormes carencias de los facultativos de Atención Primaria para detectar y tratar adecuadamente los problemas de salud mental. Así se ha reflejado en el reciente estudio titulado *Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*, financiado por la Secretaría de Estado para la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y coordinado por el psicólogo **Santiago Mario Araña Suárez**.

Por otro lado, el enorme protagonismo que han alcanzado los tratamientos psicológicos para el abordaje de determinadas enfermedades (sobre todo, depresión y ansiedad), contrasta con la escasa participación de psicólogos en la elaboración de las guías presentadas en esta jornada, así como la invisibilidad

de los profesionales de la Psicología en el sistema sanitario español. Prueba de ello es que los psicólogos fueron excluidos de las profesiones sanitarias reguladas y todavía hoy en día se está luchando por el reconocimiento de la Psicología como profesión sanitaria en nuestro país, mientras que en Europa y en el resto del mundo esta condición es ampliamente reconocida.

Martínez Olmos señaló que el presupuesto que se destina para el sistema sanitario español supone el 6% del P.I.B. (63 millones de euros), lo que sitúa a España dos puntos y medio por debajo de la media europea. Además apuntó que, especialmente en estos momentos de crisis económica, se deben realizar esfuerzos por “gastar mejor” e invertir en tratamientos y tecnologías diagnósticas más eficaces. Tal y como establecen numerosos estudios, así como el NICE, los tratamientos psicológicos son una alternativa más eficaz y barata que los antidepresivos para el tratamiento de la depresión (conclusión a la que ha llegado también el grupo de expertos que ha



elaborado la GPC sobre tratamiento de la depresión en adultos o sobre los trastornos de ansiedad). A este respecto, cabe preguntarse si ese esfuerzo por “gastar mejor” en tratamientos que han demostrado su eficacia, se va a convertir en una realidad para el caso de la depresión y la ansiedad. Para aplicar este criterio sería preciso incorporar personal especializado en la implementación de terapias psicológicas (es decir, profesionales de la Psicología que han recibido, al menos, 5 años de formación específica para ello), así como poder disponer de tiempo y espacio para la puesta en marcha de estos programas, ya que de lo contrario estaremos cayendo en un problema serio de demagogia. Otros países, como el Reino Unido, ya han iniciado esta reforma en su sistema sanitario a la luz de la evidencia científica, incorporando a más de 3.600 psicólogos en los servicios de Atención Primaria en un plazo de menos de 3 años, para cubrir esta demanda asistencial y con calidad (se trata del denominado *Improving Access to Psychological Therapies Programme*).

Como es sabido, la calidad asistencial está, en gran medida, ligada a las innumerables decisiones clínicas que se producen a diario. Para que estas decisiones sean eficientes, adecuadas y seguras, los profesionales necesitan herramientas de apoyo y las administraciones sanitarias deben promover la utilización de estas herramientas derivadas del conocimiento científico.

Sin embargo, además de proveer de dichas herramientas, las administraciones deben proporcionar los recursos materiales y humanos necesarios para llevarlas a la práctica, garantizando la calidad de la asistencia. De nada sirve, por ejemplo, que la revisión de la evi-

dencia científica señale que los tratamientos psicológicos son más eficaces que los fármacos para el tratamiento de los problemas de ansiedad en Atención Primaria, si no se adoptan una serie de medidas para incorporar profesionales preparados para su implementación. En esta línea, el sistema sanitario público español presenta enormes carencias, que deberían ser subsanadas para poder alcanzar el objetivo marcado de incorporar con rapidez la innovación a la práctica clínica.

La importancia del cuidado de la salud de los ciudadanos y, más específicamente, de la salud mental, tiene serias repercusiones que trascienden al ámbito personal o social. Tal y como han establecido más de 450 expertos en progreso económico de un total de 16 países, en un informe publicado recientemente en la revista *Nature*, denominado “*The mental wealth of nations*”, la única vía para el progreso económico y social de las naciones de cara a los próximos años es asegurar la salud mental de los ciudadanos.

Sin duda, la incorporación de GPC basadas en la evidencia científica en nuestro país supone un importante avance para la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Estas herramientas aportan beneficios no sólo a los profesionales de la salud, -facilitando la elección de las mejores decisiones diagnósticas y terapéuticas-, sino, sobre todo, a los pacientes, al apoyar la incorporación de tratamientos más eficaces y al asegurar la consistencia de los cuidados que se les prestan evitando que personas con idénticos problemas reciban tratamientos diferentes en función del facultativo que les atiende, del centro de salud de referencia o de su lugar de residencia. La accesibilidad de esta infor-

mación al público en general, permite además que los pacientes estén mejor informados respecto a las posibilidades de su tratamiento, lo que les permite tener un papel activo en la toma de decisiones sobre su cuidado. Pero además, las GPC tienen importantes beneficios para los propios sistemas sanitarios, ya que al mejorar la eficacia de los cuidados optimizan los costes derivados de los sistemas de salud, reduciendo los días de hospitalización, la prescripción de fármacos inadecuados o el número de visitas al médico.

No obstante, cualquier profesional interesado en la actualización de su conocimiento que se acerque a la información que se ofrece en estos manuales, debe hacerlo desde un punto de vista crítico. Para facilitar esta labor, el equipo de *Infocop* ha decidido dedicar la sección de *En Portada* al análisis y valoración de tres de las ocho GPC que el Ministerio de Sanidad acaba de publicar, en concreto, la GPC para el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria y la GPC de

Cuidados Paliativos. La depresión, los trastornos de ansiedad y los cuidados paliativos constituyen tres áreas de máximo interés para los profesionales de la Psicología del ámbito clínico, no sólo por el papel protagonista que tienen los tratamientos psicológicos en el abordaje de estas condiciones, sino también por su elevada prevalencia y por los costes que suponen hoy en día para los servicios de salud.

Gracias a la colaboración de distintos expertos, tanto del área académica como de la práctica clínica, se ofrece una revisión y se profundiza en el contenido e implicaciones que tienen las recomendaciones que se ofrecen en dichos manuales. Para ello, contamos con la participación, en primer lugar, de **José Manuel García Montes**, profesor de la Universidad de Almería, y **Carmelo Vázquez**, Catedrático de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

(UCM), que nos ofrecen su opinión respecto a la GPC para el Manejo de la Depresión Mayor en el adulto. Seguidamente, **Antonio Capafons**, profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y **Antonio Cano Vindel**, Catedrático de Psicología de la UCM y Presidente de la **Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés**, abordarán el contenido e implicaciones de la GPC para el

Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. En tercer lugar, **M^a Eugenia Olivares**, psicóloga clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y **Javier Barbero**, psicólogo clínico en el servicio de Hematología del Hospital Universitario de La Paz de Madrid, analizarán la GPC de Cuidados Paliativos.

A través de este grupo de expertos, abordaremos cuestiones directas sobre la calidad de su contenido y su rigor metodológico. Pero también avanzaremos un paso más allá en la reflexión acerca de la aplicabilidad de sus recomendaciones, la indefinición de roles respecto al profesional encargado de la actuación profesional, la ausencia de la figura del psicólogo, la escasa participación de profesionales de la Psicología e instituciones psicológicas en su elaboración o la importancia otorgada a los tratamientos y terapias psicológicas para el manejo de estas patologías.



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

INFOCOP

REVISTA DE PSICOLOGÍA

¡Todos los números publicados en la web!

<http://www.cop.es/infocop>

FICHA TÉCNICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO

GRUPO ELABORADOR: Grupo de Trabajo de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T).

EXTENSIÓN: 125 páginas en su versión completa

Justificación: Tal y como se establece en su apartado de *Alcance y objetivos*, “la elaboración de esta Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto se justifica por la demanda generada desde diferentes ámbitos del sistema sanitario implicados en el abordaje de esta patología, tanto en el nivel asistencial como en el nivel de gestión de servicios, ante la magnitud del problema tanto sanitario como social”.

Alcance: Esta GPC se centra en el manejo del trastorno depresivo mayor, en sus diferentes manifestaciones: depresión leve, moderada o grave. No contempla recomendaciones acerca de la depresión en niños y adolescentes, el trastorno distímico o los trastornos bipolar y adaptativo.

Destinatarios: Los principales destinatarios a los que va dirigida la guía son “*todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la depresión, así como pacientes y cuidadores*”.

Integrantes del equipo: En este caso, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) ha sido la encargada de la elaboración de esta GPC, y en el grupo de trabajo han participado 8 médicos (tres de ellos psiquiatras), 2 psicólogos y 1 enfermera de salud mental. Como revisores externos

ha contado con la participación de 16 personas más (11 médicos, 2 psicólogos y 3 enfermeros).

Objetivos: Tal y como establece la GPC, los objetivos de este manual son:

- Mejorar la atención sanitaria prestada a los pacientes con depresión en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria.
- Ofrecer recomendaciones al profesional sanitario para la atención a pacientes con depresión.
- Desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la práctica de los profesionales.
- Ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas.

Contenido: La GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto ha sido elaborada en cuatro versiones diferentes: versión completa, versión resumida, información para pacientes y herramientas de consulta rápida.

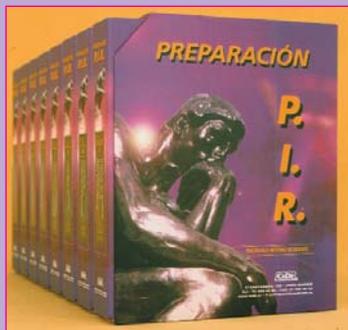
En su versión completa, el contenido de

la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, es el que se recoge a continuación:

ÍNDICE DE LA GPC SOBRE DEPRESIÓN

- Presentación
- Autoría y colaboraciones
- Preguntas para responder
- Resumen de las Recomendaciones
- 1. Introducción
- 2. Alcance y objetivos
- 3. Metodología
- 4. Definición y diagnóstico de la depresión mayor
 - 4.1. Definición
 - 4.2. Diagnóstico
 - 4.3. Factores de riesgo
 - 4.4. Cribado de depresión
 - 4.5. Riesgo de suicidio
- 5. Tratamiento farmacológico
 - 5.1. Eficacia general
 - 5.2. Eficacia comparativa de fármacos
 - 5.3. Duración del tratamiento
 - 5.4. Estrategias farmacológicas en la depresión resistente
- 6. Psicoterapia
 - 6.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)
 - 6.2. La terapia interpersonal (TIP)
 - 6.3. La terapia interpersonal (TIP)
- 7. Otros tratamientos
 - 7.1. Terapia electro-convulsiva
 - 7.2. Autoayuda guiada
 - 7.3. Grupos de apoyo
 - 7.4. Ejercicio físico
 - 7.5. Acupuntura
 - 7.6. Hierba de San Juan
- 8. Indicadores de calidad
- 9. Difusión e implementación
- 10. Recomendaciones de investigaciones futuras
- Anexos
- Listado completo de tablas y figuras
- Bibliografía

PUBLICIDAD



LA MEJOR, MÁS COMPLETA Y CONTRASTADA
PREPARACIÓN A DISTANCIA Y PRESENCIAL

MATERIALES

- ✓ CARPETAS PIR CONTENIDOS DE CEDE
- ✓ CARPETAS TEST COMENTADOS
- ✓ CARPETA CON TODOS LOS EXÁMENES PIR DESDE 1993. Últimos comentarios.
- ✓ GUIA PIR DE PREPARACIÓN

CURSOS PRESENCIALES

POSIBILIDAD ELEGIR ENTRE DISTINTOS TIPOS DE CURSOS, SEGÚN EL:

- ✓ INICIO: Enero, Marzo, Abril, Junio
- ✓ DURACIÓN de 7, 6, 5, y 4 Meses
- ✓ GRUPOS de martes y jueves ó sábados

PUEDES DISPONER DE LAS CARPETAS ANTES DEL INICIO DE LOS CURSOS

VER CALENDARIO EN INTERNET

CURSOS A DISTANCIA

Dirigido a los que por su situación laboral o geográfica no puedan asistir a los cursos presenciales y desean preparar el P.I.R. con todas las garantías.

- ✓ **MATERIALES:** Carpetas PIR de CEDE y GUIA PIR.
- ✓ **TUTORÍAS:** Para orientar, consultar y solucionar las dudas surgidas a lo largo de la preparación.
- ✓ Realización de **EXÁMENES** por Áreas.
- ✓ Realización de **SIMULACROS** de Examen PIR. Los mismos que los presenciales.

LOS MEJORES RESULTADOS
MAS DEL 65% DE LAS PLAZAS LAS
CONSIGUEN NUESTROS ALUMNOS

INFÓRMATE EN
<http://pir.cede.es>
La Web del psicólogo



C/ CARTAGENA,129 - 28002 MADRID
TEL.: 91 564 42 94 - www.cede.es
e-mail: oposiciones@cede.es

La versión para pacientes y cuidadores que ofrece la GPC se ha elaborado con un carácter eminentemente divulgativo, e incluye las siguientes secciones: ¿Qué es la depresión?; ¿Qué causa la depresión?; Tipos de depresión?; ¿Qué puedo hacer si creo que tengo depresión?; ¿Qué puede ofrecerme el sistema sanitario si creo que tengo depresión?; ¿Cómo se trata la depresión?; ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?; y Más información (teléfonos y asociaciones de interés).

Sistema de formulación de las recomendaciones: Para la formulación y evaluación de las recomendaciones, la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, al igual que las otras guías que se han elaborado en el marco del Proyecto *GuiaSalud*, se basa en el sistema SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network* o Red Escocesa

Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica). Este método clasifica la calidad de la evidencia científica y la fuerza de las recomendaciones, estableciendo diferentes niveles de gradación (de mayor a menor sustentación científica) (ver *Tabla 1*).

Fuente: La GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, en sus diferentes versiones, puede descargarse de manera gratuita en el siguiente enlace: www.guiasalud.es/egpc/depresion/index.html

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	
1 ++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

TABLA 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación SIGN

VALORACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO

JOSÉ MANUEL GARCÍA MONTES
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

1 Aspectos a destacar de esta guía:

Un aspecto que habría que destacar de esta GPC es que no sólo analiza la evidencia científica de los diferentes fármacos, sino que contempla una amplitud de tratamientos. Así, además de los distintos abordajes farmacológicos y psicológicos, se recogen las posibles aportaciones de la terapia electroconvulsiva, la autoayuda guiada, los grupos de apoyo, el ejercicio físico, la acupuntura o la “hierba de San Juan”. Igualmente, es positivo que se hayan revisado diversos ensayos clínicos aleatorios y estudios de meta-análisis aunque, como es bien sabido, el meta-análisis siempre tiende a sobreestimar la eficacia de las intervenciones. Además, la “*Información para pacientes*”, que aparece en el Anexo 5 de la Guía, está bien elaborada y combina sencillez con rigor.

2. Aspectos a mejorar: Hay diversos aspectos que se podrían mejorar. Así, por lo que se refiere a su elaboración hubiera sido deseable, a mi juicio, que se incluyeran dentro del grupo de trabajo profesionales que ejercieran su actividad facultativa en otro ámbito geográfico además del gallego. No se entiende cabalmente por qué razón se ha dado un protagonismo tan importante a la “*Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia*”. A este respecto debe tenerse en cuenta que la GPC, como se dice en su presentación, se encuadra en el *Plan de Calidad* para



José Manuel García Montes

el Sistema Nacional de Salud. El propósito de este Plan es “*incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia*”. En mi opinión el procedimiento de elaboración, centrado exclusivamente en profesionales que ejercen su actividad en Galicia, va claramente en contra de dicho objetivo de cohesión e igualdad en el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, aunque participan como sociedades colaboradoras, entre otras, la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, la Sociedad Española de Neurología o la Sociedad Española de Psiquiatría no se ha contado, por ejemplo, con la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud.

Por lo que atañe directamente al contenido, se echan en falta ciertos trabajos empíricos con datos críticos sobre la acción de la medicación antidepressiva en comparación con el placebo, como los trabajos de **Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholson** (2002) o los de **Kirsch & Sapirstein** (1998).

De la misma forma, la GPC recomienda los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor, aun cuando en ciertos meta-análisis se han mostrado más eficaces los tricíclicos (Steffens, Kirshnan & Helms, 1997). Como reconoce la GPC, la principal ventaja que tienen los ISRS sobre los antidepressivos tricíclicos es que los primeros son mejor tolerados que los segundos, al tener un menor número de efectos adversos y, por tanto, menos posibilidades de que se abandone el tratamiento. Justamente por ello no hubiera sido descabellado que la guía hubiera profundizado algo más sobre los efectos secundarios que tampoco faltan en los ISRS. Así, por ejemplo, se podría haber comentado algo más que dicho tipo de antidepressivo son los que más altos índices de disfunción sexual producen, afectando a una tasa de pacientes que oscila entre el 30% y el 60% (Gregorian et al., 2002), dependiendo del fármaco en concreto. Obviamente este tipo de problemas no suelen aparecer si se aplican tratamientos psicológicos que,

cuando menos, son tan eficaces a largo plazo como los farmacológicos para el tratamiento de la depresión mayor.

3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos:

En general, según mi criterio, la función otorgada a los tratamientos psicológicos es bastante pobre. Así, por ejemplo, aun cuando se recoge la conclusión del *National Institute for Clinical Excellence* según la cual la terapia cognitivo-conductual es tan efectiva como los fármacos antidepresivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento y con un mantenimiento de los resultados superior al de los antidepresivos, no aparece expresamente recogida una recomendación de aplicar dicha terapia en cualquier tipo de depresión que tuviera la suficiente entidad; sino que, por el contrario, se dice que *“la terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal”* (pág. 55). Por cierto que esta recomendación, la sexta, se contradice en parte con la anterior, la quinta, según la cual *“En la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada”* (pág. 55).

¿Con qué nos quedamos entonces? ¿Es que la terapia cognitivo-conductual no es una “intervención psicológica adecuada”? Y si lo es, ¿qué debemos hacer en el caso de un paciente con depresión moderada? ¿Le recomendamos ya de entrada la terapia cognitivo-conductual o sólo se la ofrecemos si, informado de los posibles efectos adversos de la medicación, rechaza el tratamiento

farmacológico? Parece que los autores de la GPC no nos dejan muy clara su recomendación a este respecto y, tal vez, en esta confusión salgan beneficiados los tratamientos farmacológicos frente a los psicológicos sin que existan razones objetivas para ello.

No deja de ser también curioso el que se recomiende que *“las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada”*. ¿Por qué no se ha utilizado la palabra “psicólogos” o, dado que nos encontramos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, “psicólogos clínicos”? La recomendación puede generar un cierto punto de ambigüedad que hubiera sido muy sencillo evitar.

Además, el Anexo 11, relativo a las “psicoterapias” es, a mi modo de ver, completamente innecesario. El citado Anexo comienza con un párrafo que, como se puede comprobar, no ensalza precisamente el rigor y la bonanza de los tratamientos psicológicos:

“En 1993, F. Guattari decía textualmente: “Las prácticas psicoterapéuticas y sus formulaciones teóricas se hallan actualmente en un estado de dispersión casi total. Esta situación no puede considerarse como un signo de libertad, un estímulo a la invención y a la creatividad, sino que es la consecuencia del sectarismo que reina en este ámbito y del desconocimiento, que en ocasiones alcanza extremos irritantes, acerca de todo cuanto sucede en el interior de cada uno de esos cotos cerrados.”

Quince años después, esta cita no sólo no ha perdido su vigencia, sino que podría decirse que esas palabras han resultado proféticas...” (pág. 104).

No se llega a vislumbrar cuál era la profecía que hacía **Guattari** en 1993, pero lo que se puede profetizar fácilmente es que el lector habrá entrado en un contexto en que lo que aparezca seguidamente no será muy bien valorado.

En vez de este Anexo 11, hubiera sido interesante que, por ejemplo, se transcribiera literalmente *The Depression Report* elaborado por la *London School of Economics* (2006) en que, sin profetizar nada, se recomienda la contratación de 5.000 nuevos psicólogos clínicos en 7 años para abordar el problema de la depresión y la ansiedad en el Reino Unido y, al mismo tiempo, reducir costes.

4. Algún otro comentario de interés:

Tan sólo señalar que, el Anexo 5 de la GPC, relativo a la “*Información para pacientes*” es, a mi juicio, más adecuado que el resto de la guía. Así, se indica, por ejemplo, que el sistema sanitario puede proporcionar a la persona con depresión “*información y apoyo*” (pág. 83). También se le dice al paciente que

“es importante que te sientas implicado en cualquier decisión y que percibas que el profesional sanitario tiene en cuenta tus preferencias” (pág. 83).

Para la depresión leve se señala que “resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas” (pág. 84) y que “para la depresión moderada, las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos funcionan igual de bien” (pág. 84). Además, según esta información “para la depresión grave, lo más recomendable son los fármacos combinados con terapia psicológica” (pág. 84).

En relación ya propiamente con las terapias psicológicas, cuando se le habla al paciente se le dice que “en el sistema sanitario, pueden proporcionarte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia de pareja. La investigación ha demostrado que estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia)” (pág. 85-86). Después de leer

lo que se decía de las psicoterapias en el Anexo 11, esperemos que no se traspale este Anexo 5 y se vaya a entregar por error el 11 al paciente.

Quizás los mayores problemas de esta “información para pacientes” vengan cuando se trata la terapia farmacológica (pág. 86), ya que se dice a los usuarios que “tu médico puede informarte sobre los efectos secundarios que son esperables con tu medicación”. En este punto habría que hacer una reestructuración cognitiva a la inversa y cambiar los “puede” por los “tiene que”.

5. Valoración general:

	MUY POBRE	POBRE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
Alcance y objetivos				X	
Participación de todos los grupos implicados		X			
Contenido			X		
Rigor metodológico				X	
Claridad y presentación			X		
Incorporación de innovaciones científicas			X		
Grado de aplicabilidad de las recomendaciones			X		
Consideración del punto de vista del paciente		X			
Consideración de las necesidades psicológicas del paciente	X				
Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía	X				
Participación del psicólogo en la implementación de la guía		X			
Valoración Global de la GPC		X			

SOBRE EL AUTOR

José Manuel García Montes es Licenciado y Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo y Licenciado en Derecho por la UNED, además de psicólogo especialista en Psicología clínica. Actualmente trabaja en el Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Almería, como profesor contratado doctor. Ha publicado en diversas revistas internacionales de impacto como *Behaviour Research and Therapy*, *British Journal of Clinical Psychology*, *Journal of Nervous and Mental Disease* o *Personality and Individual Differences*. Es autor, junto a Marino Pérez Álvarez, del capítulo “Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión” en el libro “Guía de tratamientos psicológicos eficaces” (Editorial Pirámide).

REFERENCIAS

Gregorian, R.S., Golden, K.A., Bahce, A., Goodman, C., Kwong, W.J., & Khan, Z.M. (2002). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36 (10), 1577-1589.

Kirsch, I., Moore, T.J., Scoboria, A., & Nicholls, S.S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5, 23. Disponible en: www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html

Kirsch, I. & Sapirstein, G. (1998) Listening to prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, 1, Artículo 0002a. Disponible en: <http://journals.apa.org/pt/prevention/volume1/pre0010002a.html>

London School of Economics (2006). *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. http://cepág.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/depression_report_layard.pdf

Steffens, D.C., Krishnan, K.R., & Helms, M.J. (1997). Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depression and Anxiety* 6(1), 10-18.

UNA GUÍA DEBE RECOGER LA MEJOR EVIDENCIA, SIN VOLUNTARISMOS Y SIN SESGOS

ENTREVISTA A CARMELO VÁZQUEZ, CATEDRÁTICO DE PSICOPATOLOGÍA UCM

REDACCIÓN DE INFOCOP

En esta primera sección, sobre la evaluación de la GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, *Infocop* ha querido contar con la opinión de uno de los grandes expertos en esta área: **Carmelo Vázquez**. Carmelo Vázquez es catedrático de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y ha participado como revisor externo en la elaboración de esta GPC. En esta entrevista analiza qué papel juega y debe jugar la Psicología en el abordaje de la depresión, así como las implicaciones de las recomendaciones recogidas en esta GPC.

ENTREVISTA

Infocop: *Según se señala en la GPC, los profesionales que trabajan en el sistema sanitario se enfrentan a dos principales dificultades para el manejo adecuado de este problema: el infradiagnóstico y la implementación de tratamientos eficaces (ya que la evidencia muestra que el 38% de los pacientes con depresión no responden al tratamiento farmacológico y el 54% de los pacientes no muestran remisión de síntomas). ¿Qué implicaciones tienen estos datos para la Psicología? ¿Qué soluciones pueden aportar los psicólogos a estos problemas?*

Carmelo Vázquez: El infradiagnóstico es un tema importante pero que igualmente ha de ser tratado con cautela pues podemos “psicopatologizar” o “psiquiatrizar” innecesariamente a las



Carmelo Vázquez

personas. Este es un viejo debate que, en parte, se ha visto alentado por la voracidad de la industria farmacéutica en su intento de ampliar y captar mercados, y la tan abrumadora como innecesaria medicalización de los problemas psicológicos.

El mensaje que se nos suele dar es que hay un infradiagnóstico y, como corolario de esa afirmación, que son los médicos de AP quienes deben asumir esa responsabilidad pues son el primer filtro diagnóstico en el sistema de salud. La cuestión que se deriva de esto es que si los médicos generalistas o de familia han de tratar las depresiones, entonces los instrumentos y formación con la que cuentan es muy limitada: básicamente, fármacos y escaso tiempo para tratar a sus pacientes. Esto puede convertirse en un modelo perverso si no se introducen

otros mecanismos de actuación.

El problema de la depresión no es tanto la eficacia de los tratamientos (semejante al finalizar la terapias como muestran muchos metaanálisis), sino la efectividad en mejorar realmente la vida de la gente y prevenir recaídas. En este sentido, las revisiones de estudios efectuadas recientemente (por **Paykel**, por ejemplo), demuestran que las terapias psicológicas, y en especial las terapias cognitivo-conductuales, reducen recaídas y recurrencias de la depresión. Es en este terreno en donde las terapias tendrán que dirimir finalmente sus pugnas sobre la eficacia.

Por otro lado, muchos pacientes no sólo no responden bien a terapias (o abandonan tratamientos) sino que en un porcentaje alto de pacientes, que teóricamente han “respondido al tratamiento”, quedan lo que eufemísticamente se llama “síntomas residuales”. Bajo este término se esconde gente que no acaba de mejorar, que tiene vidas aún limitadas, y que no ha recuperado cosas tan esenciales para una buena vida como la ilusión, la motivación, o la sensación de que uno crece vitalmente. La Psicología tiene un papel de enorme importancia, pues lo que los pacientes desean, como ha demostrado un reciente estudio de **Zimmernan** en el *American Journal of Psychiatry*, no es tanto reducir síntomas sino vivir mejor.

I: *A la luz de la evidencia científica, ¿qué papel juegan actualmente la*



Psicología y los tratamientos psicológicos en el manejo de la depresión?
¿Considera que en la GPC han quedado reflejadas estas cuestiones?

C.V.: La GPC es en realidad una guía que surge a imagen de otras guías semejantes y tiene un énfasis grande, a mi modo de ver, en tratamientos farmacológicos. Por eso es necesario contextualizar el significado y alcance de la misma. En la guía, por ejemplo, se contemplan “tratamientos eficaces” pero no “técnicas eficaces”, sobre lo que hace no mucho efectuamos una revisión, ni tampoco se incluyen nuevos tratamientos prometedores (p.ej.: *mindfulness* o terapias de intervención positiva) que requieren aún muchos más ensayos controlados para poder determinar su verdadera utilidad.

Tampoco se hace una crítica seria (aunque no es ese su papel, probablemente), al hecho de que el efecto placebo tiene un peso muy grande en la determinación del efecto de los fármacos antidepressivos -recordemos el revuelo que causó el metaanálisis de **Irving Kirsch** en 2008, que incluso llegó a los medios de comunicación, demostrando que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina tienen un efecto no mucho mayor estadísticamente que los placebos-.

Es decir, el abanico y posibilidades de intervención son seguramente mayores, pero una guía, en mi opinión, no es ni un manual ni un compendio exhaustivo sino que, en el mejor de los casos, debe recoger la mejor evidencia comparada disponible, sin voluntarismos y sin sesgos de intereses profesionales aunque, naturalmente, es muy difícil zafarse de ellos.

I.: *La GPC sobre Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, se in-*

cluye dentro de los objetivos del Plan de Calidad para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia científica en el Sistema Nacional de Salud. Para elaborar esta GPC se ha contado con la participación de un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. ¿Considera, no obstante, que en el equipo de elaboración de esta GPC están adecuadamente representados los profesionales de la Psicología?

C.V.: No sé si hay una representación adecuada. El problema de fondo es la baja participación de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y eso no permite tener posiciones tan visibles y relevantes como creemos que deberíamos tener. Pero es un paso importante que en guías de esta naturaleza tengamos la máxima representación y que, al menos, se puedan corregir sesgos de calado. Recordemos que no es una guía de, o para, psicólogos. Se trata de una guía de consensos sobre un modelo de partida en el que los médicos tienen una participación abrumadoramente mayoritaria en el diagnóstico y tratamiento de problemas como la depresión. Esa es la realidad.

I.: *Algunas de las anteriores GPC editadas han sido criticadas por un escaso rigor metodológico en la elaboración y por una deficiente aplicabilidad de las recomendaciones a la práctica clínica. ¿Considera que esta nueva guía subsana estas limitaciones?*

C.V.: Desconozco esas críticas. Seguramente hay aspectos mejorables y, desde luego, no se trata de un vademécum de terapias o técnicas eficaces disponibles. El panorama es, sin duda, mucho más complejo y rico. Pero se requieren más ensayos clínicos controlados y más investigación sobre eficacia de tratamientos para poder tener posiciones de fuerza, avaladas por datos, que nos permitan una situación comparativamente mejor en la elaboración de futuros protocolos de actuación. Y, sin duda, estamos preparados, como profesión, para afrontar esa responsabilidad.

I.: *A la hora de implementar las recomendaciones, sobre todo, los tratamientos psicológicos, ¿se han contemplado los posibles obstáculos o necesidades para su puesta en marcha? Desde su punto de vista, ¿las funciones del psicólogo han quedado bien definidas?*

C.V.: Insisto en que probablemente no es el objetivo de una guía como ésta. Una de las cuestiones que particularmente me preocupa, es que el sistema público debe ser ecuánime respecto a la información que se da a los ciudadanos. Si hay tratamientos igualmente eficaces, esto debe reconocerse. Hace unos quince años, se publicaron en EEUU las guías para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria (AHCPR: *Depression in Primary Care Guidelines*) y fueron fuertemente contestadas por **Ricardo Muñoz, Steve Hollon**, y otros relevantes psicólogos, en un conocido artículo en *American Psychologist*, por no ofrecer en igualdad de condiciones toda la información disponible sobre la eficacia de las terapias psicológicas. Estaban cargados de razón pues se trataba de un organismo oficial y no de un folleto de unos laboratorios.

Éste es un riesgo aún existente y no del todo resuelto. Uno de mis empeños en los textos de la guía ha sido poner de manifiesto que las terapias psicológicas (como la cognitiva y cognitivo-conductual, fundamentalmente) han demostrado reiteradamente ser al menos tan efectivas como las farmacológicas. Y, por cierto, uno de los sesgos iniciales de la guía, sutil pero perverso, era exponer implícitamente que el tratamiento de elección es el farmacológico, por defecto, y si el paciente no mejora, entonces se puede recurrir a terapias psicológicas añadidas.

Creo que esto se fue corrigiendo en su redacción y al final mejoró sobre borradores previos. Puede que desde el punto de vista del funcionamiento real de los servicios de AP en España, y en la práctica totalidad de los países, esta prelación de lo farmacológico sobre lo

psicológico sea así. Pero no responde a evidencias científicas sino a situaciones puramente profesionales: si hubiese equipos de Psicología en Atención Primaria (AP), no habría razones para que éste fuese el protocolo por defecto. Incluso hay datos, publicados en revistas de psiquiatría norteamericanas, por cierto, que demuestran que la asistencia psicológica en AP es a medio y largo plazo más eficaz en términos económicos que la puramente farmacológica.

I.: *La depresión es un problema de salud que presenta una elevada prevalencia (10,5%). Además, la OMS establece que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. Estos datos subrayan la necesidad de una atención adecuada y urgente de la depresión por parte de la administración pública. ¿Considera que el abordaje de este problema cuenta con un soporte asistencial suficiente en nuestro país? ¿Qué mejoras serían necesarias?*

C.V.: Me parece bien que se aborde el tema de la prevención aunque con unas ciertas cautelas sobre esta supuesta “epidemia”. Las cifras son efectivamente muy alarmantes aunque, no obstante, hay que ser muy cautos ante los datos epidemiológicos. Cuando además de los síntomas se evalúan de modo más fino las limitaciones reales que esos síntomas comportan, las cifras de personas realmente afectadas pueden reducirse incluso a la mitad. Hay estudios epidemiológicos que demuestran que es necesario poner estos filtros para no generar alarmas innecesarias que, obviamente, pueden interesar a determinados sectores profesionales.

En todo caso, se requiere que los ciudadanos dispongan de información y, sobre todo, de acceso a tratamientos que

vayan dirigidos directamente a resolver problemas concretos de sus vidas y, más aún, a mejorar sus vidas. Esto es una asignatura todavía pendiente de la Psicología, pues aunque esa orientación está mucho más marcada que en la intervención médica y psiquiátrica, creo que hay que acentuarlas aún más desarrollando programas en los que la recuperación se valore no sólo mediante la reducción de síntomas y problemas (lo que no está nada mal) sino, además, con criterios reales de calidad de vida.

I.: *Como tendrá conocimiento, en el Reino Unido está teniendo lugar una importante reforma en el Sistema Nacional de Salud, gracias a la cual más de 3.600 psicólogos van a ser incorporados en los próximos 3 años en los servicios de Atención Primaria para poder atender a los pacientes aquejados de problemas de ansiedad y depresión. ¿Considera esta propuesta un buen ejemplo a seguir? ¿Cree que es posible que en España se pueda implementar este tipo de soluciones?*

C.V.: Es un ejemplo estupendo, aunque es verdad que el sistema sanitario en el Reino Unido tenía algunas deficiencias estructurales importantes.

Creo que en España eso será posible aunque ha de ir vinculado a un desarrollo más vigoroso, selectivo y científico de la Psicología clínica. La formación de tantos estudiantes es insostenible para una universidad de calidad. Pero parece que esto no es una preocupación generalizada, ni siquiera en los ámbitos universitarios. Debemos procurar sistemas que preparen bien a los estudiantes para la acción clínica y esto, desgraciadamente, es bastante excepcional.

I.: *¿Qué aspectos quedan aún por resolver y considera, como experto, que deben abordarse en futuras*



dios sobre eficacia de la depresión se basan en la reducción de síntomas en escalas clínicas, pero esto es sólo una parte, sin duda importante, de lo que puede cambiar en una persona. Pero no deja de ser un tipo de datos muy limitado y un tanto “miope” sobre el tipo y alcance de cambios que pueden efectuarse en las intervenciones psicológicas.

Carmelo Vázquez es Catedrático de Psicopatología de la UCM. Fue becario Postdoctoral Fulbright en Northwestern University (Evanston, Illinois). Ha sido subdirector del *British Journal of Clinical Psychology* y en la actualidad es miembro del consejo editorial de varias revistas internacionales. Es miembro fundador de la International Positive Psychology Association (IPPA). Entre sus publicaciones recientes, destacan los libros “Psicología Positiva Aplicada” (Desclee de Brower, 2008) y “La ciencia del bienestar” (Alianza Editorial, 2009).

actualizaciones de esta GPC?

C.V.: Me gustaría una representación, en la que los psicólogos podamos tener mayor peso, naturalmente. Pero además de recurrir a estas guías, quizás no habría que lamentarse tanto y las propias organizaciones profesionales y académicas de Psicología podrían elaborar sus propias guías (es un tema espinoso pero que, sin duda, se habrá de abor-

dar), sin esperar a que organismos históricamente vinculados a otros sectores profesionales constituyan el único instrumento visible.

Otro problema, si se quiere más conceptual, con las guías, es que se derivan de un modo de hacer investigación un tanto limitado. Como decía anteriormente, la inmensa mayoría de los estu-



Infórmate

Tus noticias siempre al día

www.infocoponline.es

www.infocoponline.es

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA

FICHA TÉCNICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO ELABORADOR: Grupo de trabajo de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo

EXTENSIÓN: 159 páginas en su versión completa

Justificación: Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que mayor coste económico suponen. Además, los pacientes con trastornos de ansiedad suelen consultar de manera frecuente los servicios sanitarios, sobre todo, en el primer nivel de atención.

Alcance: Esta GPC se centra exclusivamente en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y en el trastorno de angustia, con o sin agorafobia (TA) en población adulta.

Destinatarios: Según expresan los autores, la GPC está dirigida a los profesionales sanitarios implicados en el manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad y que trabajan en el ámbito de Atención Primaria (médicos, enfermeras, trabajadores sociales), así como a todos los pacientes que sufren estos trastornos de ansiedad y que acuden a este primer nivel asistencial.

Integrantes del equipo: La elaboración de esta GPC ha estado a cargo de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid), que ha formado un grupo elaborador compuesto por 3

psiquiatras, 3 médicos, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 1 sociólogo, 1 paciente, 1 trabajador social y 2 técnicos. Además, se ha contado como revisores externos con la participación de 5 personas más (entre ellas, otro psicólogo).

Objetivos: Dado que los facultativos de Atención Primaria, de manera frecuente, deben resolver un importante número de demandas generadas por estas patologías, esta GPC pretende orientar a estos profesionales sanitarios, “*por un lado, en el reconocimiento de los trastornos de ansiedad en pacientes adultos, y por otro lado, en la selección de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre las intervenciones terapéuticas para el manejo de los pacientes adultos con aquellos trastornos de ansiedad que son abordables desde el punto de vista de Atención Primaria: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de angustia (TA), con o sin agorafobia*”.

Contenido: Los capítulos en los que se

estructura la GPC sobre el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, en su versión completa, son los siguientes:

ÍNDICE DE LA GPC SOBRE ANSIEDAD

- Presentación oficial
- Autoría y colaboraciones
- Preguntas para responder
- Resumen de las recomendaciones
- 1. Introducción
- 2. Alcance y objetivos
- 3. Metodología
- 4. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones
 - 4.1. Ansiedad normal y patológica
 - 4.2. Clasificaciones
- 5. Diagnóstico de la ansiedad
 - 5.1. Criterios diagnósticos
 - 5.2. Entrevista semiestructurada
 - 5.3. Uso de escalas
 - 5.4. Algoritmo diagnóstico
- 6. Tratamiento de la ansiedad
 - 6.1. Tratamiento psicológico
 - 6.2. Técnicas psicológicas de aplicación posible en nuestro ámbito de Atención Primaria
 - 6.3. Tratamiento farmacológico
 - 6.4. Tratamiento combinado: terapias psicológica y farmacológica
 - 6.5. Otros tratamientos
- 7. Información/comunicación al paciente
- 8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas
 - 8.1. Trastorno Ansiedad Generalizada (TAG)
 - 8.2. Trastorno de Angustia (TA)
 - 8.3. Crisis de Pánico
- 9. Difusión e implementación
- 10. Recomendaciones de investigación futura
 - Anexos
 - Listado completo de tablas y figuras
 - Bibliografía



Además de la versión completa, y al igual que otras GPC, existe una versión resumida de la GPC, de menor extensión y con los principales anexos de la GPC completa, una guía rápida con las recomendaciones y algoritmos principales (herramientas de consulta rápida) y un folleto informativo para pacientes. Este manual para pacientes aborda los siguientes puntos: ¿Qué es la ansiedad?; ¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?; ¿Cómo se hace el diagnóstico?; ¿Qué tipo de trastornos de ansiedad hay?; ¿Cuáles son las opciones de tratamiento?; ¿Cuál es la evolución de la ansiedad y la angustia?; ¿Qué debo tener en cuenta cuando visite mi centro de salud?; ¿Cómo puedo manejar mi ansiedad para que evolucione favorablemente?; ¿Cómo pueden ayudarme la familia y los amigos?, y ¿Dónde puedo aprender más sobre la ansiedad?.

Sistema de formulación de las recomendaciones: Para la formulación y evaluación de las recomendaciones, esta GPC también se basa en el sistema SIGN (para más información consultar la Ficha Técnica de la GPC sobre el manejo de la Depresión en el Adulto página 10.).

Fuente: Todos estos documentos se pueden descargar de manera gratuita en el siguiente enlace: www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/index.html

PUBLICIDAD



**COLEGIO OFICIAL
DE PSICOLOGOS DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**



BASE DE PREGUNTAS EXAMEN PIR

Base con 8000 preguntas que abarca todas las materias incluidas en el examen PIR.

La BASE DE PREGUNTAS PIR es un instrumento esencial para entrenar con eficacia el examen PIR. Proporciona un feedback inmediato del grado de conocimiento de las materias. Constituye una herramienta eficaz para realizar repasos programados que eviten el olvido de los temas estudiados.

Las PREGUNTAS de la BASE PIR están:

- Redactadas con el formato que se utiliza en el examen oficial.
- Clasificadas por materias.
- Elaboradas por Especialistas en Psicología Clínica y profesores de Universidad.

El programa de la BASE DE PREGUNTAS PIR permite:

- Realizar exámenes por materias, simulación del examen PIR.
- Decidir la extensión del examen en cada sesión.
- Conocer la respuesta correcta de cada pregunta realizada.
- Disponer de preguntas comentadas.
- Obtener, al final de cada sesión, un informe del resultado.

Este instrumento de preparación del examen PIR se complementa con el MANUAL OPOSICIÓN PIR. Tres volúmenes con los contenidos completos y actualizados de las materias incluidas en el examen.

PRECIO: Base de preguntas PIR 250€
Bases de preguntas más Manuales 300€

300 entradas de 3 horas de duración. computadas desde el momento de la compra hasta la fecha del examen de la siguiente convocatoria PIR

Más Información en:

www.cop-asturias.org

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Ildefonso Sánchez del Río 4 - 1º B - 33001 - Oviedo
Tel.: 985 285 778 - Fax: 985 281 374

e-mail: copasturias@cop.es



Infórmate



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos ya ha puesto en marcha el Programa de Formación Continua a Distancia en Psicología (FOCAD).

Esta iniciativa tiene como finalidad promover la actualización científico-profesional de los psicólogos y psicólogas colegiados españoles, en diferentes campos de intervención psicológica, entre otros, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Educativa y Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos.

FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA
FOCAD



Bienvenidos a las actividades de Formación Continuada a Distancia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

VALORACIÓN DE LA GPC PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANTONIO CANO VINDEL
PRESIDENTE DE LA SEAS

1 Aspectos a destacar de esta guía:
Es para mí un placer hacer una labor de revisión sobre una Guía de Práctica Clínica (GPC) cuya intención es proporcionar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) una serie de recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, con el fin de facilitar la correcta detección de los trastornos de ansiedad y favorecer la utilización de aquellos tratamientos que se ha demostrado son más efectivos.

Resulta encomiable el esfuerzo del SNS por generar estas GPC que resumen la investigación para los profesionales que atienden nuestra salud. Pero es una pena que en el grupo de trabajo de esta guía que comentamos, formado por trece personas, haya tan sólo una que es psicóloga clínica, o que entre las sociedades científicas que han asesorado en la elaboración de la guía no haya ni una sola sociedad científica de Psicología, cuando en este campo de los trastornos de ansiedad los mejores resultados terapéuticos se están obteniendo con técnicas psicológicas. Nada más contemplar este dato inevitablemente comenzamos a establecer hipótesis como: (1) no habrá muchas revistas de Psicología en las referencias; (2) no aparecerán muchos términos psicológicos en la bibliografía (por ejemplo, “psychology”); (3) no aparecerán autores tan relevantes en la clínica de los trastornos de ansiedad como **Salkovskis** (uno de los autores de la GPC para los



Antonio Cano Vindel

trastornos de ansiedad, *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*, del NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, [McIntosh et al., 2004]), o **Clark**; (4) no se mencionará a **Chambless** ni al Grupo de Trabajo sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*) de la APA; o (5) no se habrá revisado la base de datos de publicaciones científicas más importante de la Psicología, PsycINFO.

Desgraciadamente para esta GPC todas estas hipótesis se cumplen. Por otro lado, a nivel metodológico la descripción que se hace de los procedimientos de investigación que se han seguido no es tan detallada como debería, ni en la

guía, ni en la página de Internet a la que remite donde se detalla la metodología (compárese con el Apéndice 17 de la Guía del NICE en la que se describen las palabras clave buscadas en las bases de datos). Hoy en día la comunidad científica tiene muy claro que cuanto más sistemáticas son las revisiones, hay menos sesgos en los resultados y resulta más fácil replicar ese estudio. Así, algunas recomendaciones de esta GPC que comentamos no coinciden en absoluto con las de la guía del NICE, y estas diferencias se deben sin duda a estos dos grandes fallos que acabamos de comentar: no se ha hecho una revisión de la literatura científica psicológica y, en general, no se ha hecho una revisión lo suficientemente sistemática. Recodemos el esfuerzo que se está haciendo en el Reino Unido por incluir los tratamientos psicológicos con apoyo empírico en la Atención Primaria de los trastornos de ansiedad y depresivos. La evidencia científica, así como la de costes-beneficios, así lo han aconsejado. Toda una experiencia que deberíamos estudiar a fondo en España.

Los resúmenes de los resultados de diversos estudios científicos incluidos en la GPC resultan muy informativos (a pesar de existir otros de gran relevancia que no se han incluido); la breve explicación de distintos instrumentos de evaluación resulta ilustrativa; el Anexo 4 (donde se incluye información para ser entregada por escrito al paciente) resul-



ta práctico (pero es lamentable que se diga al paciente que los trastornos de ansiedad son una patología crónica para la que no existe un remedio total –esta conclusión es contraria a la evidencia científica en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad), así como la organización y claridad de la guía. Me parece muy acertado constatar que el paciente debe ser informado acerca de las distintas posibilidades de tratamiento y que su preferencia a la hora de elegir el tratamiento ha de ser tenida en cuenta.

2. Aspectos a mejorar: Me gustaría comenzar señalando que, gracias a la investigación científica de los últimos años, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser el tratamiento de elección tanto para el trastorno de ansiedad generalizado (TAG) como para el trastorno de pánico (TP), o trastorno de angustia (TA) (Hofmann & Smits, 2008; Otto, Smits, & Reese, 2004; Stanley & Beck, 2000; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993; Yates, 2005).

Hay algunos desajustes o contradicciones entre diferentes partes de la guía que estamos analizando. Si en las páginas 61 y 64, donde se exponen los resultados de diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), se constata que existe evidencia (1+) para afirmar que: “*La TCC revisada incluye psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva y técnicas de respiración, de relajación y de manejo del pánico, con sesiones semanales, de 1 a 2 horas, en 4 meses de tratamiento*”, ¿por qué en el Resumen de las recomendaciones, al principio de la GPC (página 14), se recomienda otra información (“*La TCC debe ser aplica-*

da, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas.”)?

El extremar las garantías metodológicas de las investigaciones para establecer la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos y/o farmacológicos se ha convertido en una necesidad y prioridad indiscutible. No existe evidencia empírica que apoye el uso de tratamiento farmacológico en los casos de TAG y TA a largo plazo; sí existe dicha evidencia a favor de la TCC (Hofmann & Smits, 2008; Kenardy, Robinson, & Dob, 2005; Nadiga, Hensley, & Uhlenhuth, 2003).

De la evidencia científica publicada en los últimos años se concluye que el tratamiento farmacológico puede resultar eficaz a corto plazo. Pero no debemos soslayar que presenta un número significativamente mayor de recaídas a largo plazo que la TCC (Margraf, Barlow, Clark, & Telch, 1993; Ost & Westling 1995; Telch et al., 1993).

No estoy de acuerdo en aplicar un tratamiento farmacológico como primera opción con pacientes diagnosticados con TAG y/o TA, pero si se diera el caso y no se produce una mejoría después de 12 semanas de tratamiento farmacológico, se debería recomendar la aplicación de otro tipo de tratamiento de eficacia demostrada (i.e., la TCC y no directamente probar con otro fármaco tal y como recomienda la GPC), ya que existen pruebas que sitúan, por su efecto más duradero, a la TCC en el primer lugar de los tratamientos (Barlow, 1997; Durham et al., 2004; Durham, Chambers, MacDonald, Power, & Major, 2003). En el caso concreto del tratamiento del TA, los estudios que han combinado la exposición con tratamiento farmacológico no son más efectivos que los que han aplicado TCC única-

mente (para un meta-análisis véase Gould, Otto & Pollack, 1995).

Pero no basta con que un tratamiento sea efectivo, eficiente y eficaz; además de ello debe causar el menor número posible de tasas de abandono. Hoy en día sabemos que en los casos de TA, la farmacoterapia presenta tasas más elevadas de abandono que la TCC, ya sea por los efectos secundarios negativos de los medicamentos o por las atribuciones respecto de cada tratamiento que realizan los pacientes (Otto, Pollack, & Maki, 2000).

La GPC especifica que: “*En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento*” (p. 15). Además de esto, y tal y como recomienda la guía *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder* de la National Institute for Clinical Excellence (NICE) del año 2004, se debería añadir un aviso en la primera tabla de la página 15 de la GPC acerca del posible aumento en los niveles de ansiedad al comenzar un tratamiento a base de antidepresivos, los inconvenientes de saltarse una dosis, el tiempo aproximado en hacer efecto el

fármaco, así como la importancia de retirar la medicación de forma gradual durante un periodo de tiempo extendido (McIntosh et al., 2004). Se debería especificar, en el mismo lugar, la necesidad de entregar al paciente, por escrito y de forma inteligible y adaptada a su nivel cultural, toda esta información.

En la página 55 de la GPC se constata que en los casos de TAG “*sí hay evidencia de que la mayoría de los pacientes que han sido seguidos tras el tratamiento con TCC a largo plazo mantienen los beneficios de este tratamiento*”, sin embargo en las tablas y resúmenes de la GPC se recomienda el uso de tratamiento farmacológico. La recomendación de utilizar la TCC como tratamiento bien establecido y de primera elección debería quedar reflejada de forma clara y repetida a lo largo de la GPC.

De forma parecida a como se señala en la guía *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder* (McIntosh et al., 2004) se debería destacar en la GPC que no existe suficiente evidencia empírica que apoye las siguientes intervenciones en el TA:

- Hipnosis
- Terapia interpersonal
- Terapia familiar breve
- Programación neurolingüística
- Solución de problemas
- Relajación muscular progresiva
- Psicoanálisis
- Psicoterapia focal
- Control y manejo del estrés
- Terapia psicodinámica
- Estimulación bilateral
- *Eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR)

Por lo tanto, y basándonos en la evidencia, se debería eliminar la recomendación de aplicar técnicas de terapia interpersonal (e.g., en la Tabla “Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)” de la página 13), terapias psicodinámicas, terapias centradas en el cliente, terapia familiar breve, counseling, etc. Si “[N]o hay estudios suficientes que hayan evaluado la efectividad de técnicas de intervención psicoterapéuticas distintas a la TCC, para el tratamiento del TAG” (véase p. 59 de la GPC), entonces ¿por qué se recomienda su uso en varios apartados de la GPC?

Existe una elevada respuesta de placebo ante la medicación en los estudios sobre tratamiento del TAG (McIntosh et al., 2004). A mi juicio, esta información debería incluirse en la GPC.

La evidencia empírica (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Barrowclough et al., 2001; Kenardy et al. 2005; Ladouceur et al., 2000; Öst, Thulin & Ramnero, 2004; Schmidt et al., 2000) demuestra que, tanto en los casos de TAG como de TP, se alcanzan mayores niveles de eficacia cuando se aplica un mínimo de 12 sesiones de TCC, de una hora a una hora y media de duración,

llevadas a cabo de forma semanal, aproximadamente durante 3 - 4 meses (y no como dice la GPC “*unas 10 sesiones en unos 6 meses*”, lo cual se traduce en cerca de un 60% menos del tiempo recomendado por la literatura científica).

Basándose en un solo estudio considero que no se debería afirmar que en los casos de TAG “[L]a TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual conlleva menores tasas de abandono.” (p. 13).

Recomiendo la inclusión de datos comparativos sobre los costes del tratamiento farmacológico vs. psicológico a corto y a largo plazo para que se pueda aportar esta información a los pacientes. Por ejemplo, de un meta-análisis realizado a partir de 91 investigaciones, se desprende que la aplicación de la TCC, tanto en los casos de TP como de depresión, supone un ahorro del 33% del coste final en comparación con los tratamientos farmacológicos (Hunsley, 2003).

Las benzodiazepinas, por sí solas, parecen tener efecto sólo a corto plazo en los casos de TAG y no se deberían prescribir durante más de 2 a 4 semanas (Laakmann et al., 1998). Su uso no está recomendado en los casos de TP (Rubio & López-Ibor, 2007); sin embargo, en la p. 17 de esta GPC hay una tabla titulada “Benzodiazepinas para el Trastorno de Angustia (TA)”, en la que se recomienda la prescripción de estos fármacos (con una recomendación de tipo B, que implica un buen apoyo científico). En España se recetaron en el año 2007 la friolera de 43.527.860 millones de envases de tranquilizantes, con un gasto 113,48 millones de euros, según los datos de la receta médica oficial,



que sólo cubrió el 69,03% del consumo de medicamentos, por lo que calculamos que el consumo real ha podido superar los 63 millones de envases en dicho año, con un gasto cercano a los 165 millones de euros.

Hay algunas frases que pueden conducir a confusión. Por ejemplo, la frase “La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas” (p. 14) debería modificarse por “La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones, una vez por semana, de 1 a 2 horas”, pues sino parece querer decir que se deben aplicar 8-16 sesiones cada semana.

Se debería constatar en la GPC que en el caso del TA, la TCC con y sin exposición es eficaz (McIntosh et al., 2004). Además, basándonos en algunos datos de la literatura científica (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2007; Van Balkom et al., 1997), nos gustaría remarcar que la exposición en los casos de TP, es mucho más útil y eficaz después de varias sesiones de reestructuración cognitiva, por lo que se sugiere modificar la siguiente frase de la tabla “Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Angustia (TA)” que dice (p. 14): “Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante exposición y reestructuración cognitiva”, por ésta otra:

“Se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales en los centros de salud por profesionales entrenados, preferiblemente de manera individual, mediante reestructuración cognitiva y posteriormente, aunque no necesariamente, de exposición”.

Me gustaría saber en qué tipo de estudios se han basado los autores de esta guía para recomendar en la tabla “Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el Trastorno de Angustia (TA)” lo siguiente:

“Como técnicas psicológicas de posible aplicación en AP, para reducir la sintomatología ansiosa del TA, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal”. No hay evidencia científica para estas afirmaciones, ni la experiencia clínica, ni siquiera la razón, camina en ese sentido tampoco. Pensamos que se debería especificar a qué se refieren con técnicas de autocontrol. Por otro lado, ¿de qué le sirve a una persona que sufre de TA un entrenamiento en habilidades sociales? No tiene ninguna lógica. La detención del pensamiento, aplicada por sí sola, tampoco ha sido demostrada como una técnica eficaz.

Si en el año 2003 el Consejo Interterritorial del SNS creó el proyecto Guía-Salud con el objeto final de mejorar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica no tiene sentido incluir como tratamiento psicológico eficaz para el TAG y el TA las psicoterapias psicodinámicas. Insisto de nuevo en retirar de la GPC la terapia interpersonal y sustituirla por algo tan básico y fundamental como la psicoeducación en el tratamiento del TA. En nuestra opinión, se debería incluir información sobre lo que son los sesgos atencionales

(Schmidt, Lerew, & Trakowski, 1997) e interpretativos (e.g., Clark, 1986; Harvey, Richards, Dziadosz, & Swindell, 1993) y su papel a la hora de generar ataques de pánico (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997), una explicación de lo que es la anticipación ansiosa, la catastrofización de los síntomas fisiológicos, la importancia de la distracción o la utilidad de la refocalización atencional, etc. Conceptos todos ellos básicos hoy en día en los modelos más recientes sobre estos trastornos.

La tabla “Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en AP para la Crisis de Angustia” (p. 14), aunque las recomendaciones que hace se marcan como opiniones consensuadas por los autores, deberían basarse en los conocimientos científicos más actuales. Sólo se hacen recomendaciones conductuales cuando se ha demostrado, en multitud de estudios a lo largo de los últimos años, el papel tan importante que juegan los sesgos cognitivos (sesgos atencionales e interpretativos), la anticipación ansiosa, la catastrofización de los pensamientos y de las sensaciones

fisiológicas, así como las conductas de seguridad en los ataques de pánico. Estos modelos cognitivos tienen apoyo empírico y fueron formulados algunos de ellos hace más de veinte años; sin embargo, no se menciona nada de esto en la GPC. Existen libros, basados en la evidencia científica, como el *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide* de **Barlow y Craske** (2007), que podrían haber sido útiles a los autores, pero que ni siquiera se mencionan en la GPC. Otro craso error de la GPC es dar por hecho que todos los pacientes con TA hiperventilan cuando realmente, una tercera parte de los mismos no presentan síntomas respiratorios en sus ataques de pánico (Goodwin, Hamilton, Milne, & Pine, 2002) y en otros estos síntomas no tienen gran relevancia.

En el año 1993, un grupo de expertos de la División 12 de la *American Psychological Association* (dedicada a la Psicología Clínica), se reunió para elaborar el Informe de la Comisión sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1993). Las personas que formaban este comité eran de diversa procedencia respecto a las escuelas psicológicas: psicodinámicas, interpersonales y cognitivo-conductuales. El objetivo no era otro que determinar la eficacia de los distintos tratamientos para los trastornos médicos y psicológicos para después elaborar guías de tratamiento o protocolos diseñados específicamente para los cuadros clínicos concretos (Chambless et al., 1996). Es, cuando menos, sorprendente que no se cite dicho informe en la GPC.

Según la *Task Force* (1993) de la APA, los únicos dos programas que cuentan con suficiente apoyo empírico

como para ser considerados tratamientos bien establecidos para el TP son el Tratamiento del Control del Pánico (TCP) desarrollado por **Barlow** (Barlow & Craske, 2007) y la Terapia Cognitiva para el TP de **Clark** (Clark, 1986). Sería interesante resumir cualquiera de los dos programas protocolizados (son muy parecidos) de forma que se especifique de modo esquemático los siguientes puntos: psicoeducación (explicación didáctica de una información esencial sobre: la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; por qué las sensaciones que experimenta el paciente son normales e inofensivas; los efectos producidos por la hiperventilación; cómo el miedo o la percepción de amenaza provocan un aumento de las respuestas de ansiedad, etc.); reestructuración cognitiva (identificación y modificación de los pensamientos catastrofistas respecto de las sensaciones fisiológicas —en el caso del pánico— y las cogniciones que subyacen a la ansiedad); entrenamiento en autoinstrucciones (diálogo interno del paciente); entrenamiento en relajación (relajación muscular progresiva de los principales

músculos mediante ejercicios de tensión y relajación); exposición interoceptiva (se inducen sensaciones internas similares a las de un ataque de pánico con el objetivo de romper o debilitar la asociación entre las señales corporales específicas y las reacciones de pánico) y exposición gradual en vivo (enfrentamiento gradual de las situaciones temidas, aquellas donde suelen ocurrir los ataques de pánico, con el objetivo de reducir el miedo), aunque no funciona en muchos casos porque no se generan verdaderas sensaciones de pánico; control de la respiración (para ayudar al paciente a relajarse y prevenir una posible hiperventilación); tareas para casa (experimentos conductuales, abandono de las “conductas de seguridad” para desconfirmar sus predicciones negativas, etc.).

En el mismo informe se constata que el tratamiento de elección para el TAG es la TCC (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Borkovec et al., 1987; Chambless & Gillis, 1993). Estos estudios tampoco se citan en la GPC.

Recomiendo la lectura de artículos como el de **Capafons** (2001), dentro de un número monográfico de la revista *Psicothema* sobre tratamientos eficaces, antes de afirmar frases como “Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG” o “Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT)” incluidas en la Tabla “Antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)“.



Siendo los resultados equívocos en cuanto a la utilización de buspirona en casos de TAG (McIntosh et al., 2004), no estoy de acuerdo en recomendar su uso en el apartado de “Otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).” También se ha demostrado que los antipsicóticos no son eficaces en el tratamiento del TAG por lo que su recomendación debería ser eliminada de la misma tabla.

En la Tabla titulada “Antidepresivos para el Trastorno de Angustia (TA)”, según algunos autores, se debería añadir “únicamente a corto plazo” a la frase “*Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TA*” (Craske et al., 2005).

Una de los mayores errores de esta GPC desde un punto de vista científico es recomendar el uso de hierbas medicinales. Permítasenos una pequeña reflexión sobre las hierbas medicinales de la mano de un ejemplo bien conocido, el *hypericum perforatum* o hierba de San Juan que se recomienda para el tratamiento de diferentes trastornos, especialmente para la depresión, y como es sabido contiene 127 principios activos. Por supuesto, no hay estudios científicos que analicen las interferencias que se pueden producir entre tal cantidad de sustancias entre sí y a su vez con los fármacos que consume el paciente. Pero sabemos que ha habido múltiples de casos de interacción fatal entre el consumo de esta hierba y los fármacos médicos, con resultado de muerte. ¿Por qué recomendar un antidepresivo tricíclico (el principio activo de la hierba de San Juan contra la depresión) si está unido a otros 126 principios activos, cuyo efecto no está bien estudiado, cuando disponemos de mejores antide-

presivos, más recientes (como los ISRS), que están aislados en una píldora (sin más principios activos), y cuyos efectos, principal y secundarios, sí se conocen. ¿Hierbas medicinales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Angustia (TA)? ¿En qué estudio o información basada en la evidencia se apoyan los autores de la GPC para incluir la recomendación de valeriana, pasionaria, o ginkgo biloba y extracto de kava en esta guía? ¿Cómo se puede recomendar el extracto de kava, tras añadir que no es eficaz y que posee una alta hepatotoxicidad? (“no le va a curar su ansiedad, pero si quiere destrozarse el hígado...”). Creemos que todas estas recomendaciones deberían ser eliminadas.

Pensamos que se debería eliminar la afirmación “*se recomienda el tratamiento combinado de TCC y diazepam o la TCC por sí sola,...*” de la Tabla “Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)” pues no está basado en la evidencia científica.

A pesar de que algunos autores sugieren la combinación de tratamiento farmacológico y psicológico frente a la monoterapia en los trastornos de ansiedad (Ohaeri, 2006) o que algunos defienden que se obtienen los mismos resultados combinando farmacoterapia y TCC que aplicando TCC únicamente (Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2006), se debería eliminar la afirmación “*se recomienda la combinación de la TCC (técnicas de exposición y reestructuración cognitiva) y antidepresivos (tricíclicos e ISRS), de acuerdo a las preferencias del paciente*” de la Tabla “Tratamiento combinado (TCC y medicación) para el Trastorno de Angustia (TA)” de la pág. 18, puesto que existe fuerte evidencia en contra de ello, tanto para el TAG como para el TA (Black, 2006; Otto, Smits, & Reese, 2005; Pull, 2007), y todo ello sin mencionar el coste innecesario añadido.

Para conceder un mayor apoyo a esta sugerencia, me gustaría mencionar los resultados encontrados por Schmidt, Wollaway-Bickel, Trakowski, Santiago, & Vasey (2002), quienes, a pesar de no contar con un grupo control, evaluaron los efectos de la retirada de la medicación antidepresiva (como tratamiento del TA y no de un posible trastorno del estado de ánimo) durante la aplicación de 12 sesiones de TCC, de dos horas de duración cada una. Se asignaron aleatoriamente a 13 de los 22 sujetos a la condición de retirada de la medicación; el

resto continuó tomando las mismas dosis de antidepresivos hasta pasados los 6 meses de seguimiento. No se observaron efectos adversos en el primer grupo de pacientes, ni en el postratamiento ni a los 6 meses, ni siquiera diferencias significativas en cuanto al estado final de funcionamiento entre ambos grupos (75% y 80%, respectivamente). Todos estos datos concuerdan con los obtenidos por **Kenardy** et al. (2005), pues señalan que los efectos producidos por el TCC se mantienen tras un seguimiento de más de 6 años.

La literatura científica demuestra que la TCC confiere una gran ventaja frente a los tratamientos farmacológicos; es más eficaz y produce menos abandonos que los antidepresivos tricíclicos, los ISRS o las benzodiazepinas (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Gould et al., 1995; Mitte, 2005b). No se ha podido demostrar la superioridad de ninguno de estos últimos frente al resto de fármacos (Mitte, 2005a). Sin embargo, sí se ha demostrado recientemente que el añadir 12 sesiones de TCC a un tratamiento farmacológico produce mejorías clínica y estadísticamente significativas, que de otro modo no se producirían a largo plazo (Craske et al., 2005).

Consideramos importante resaltar que a pesar de la mostrada superioridad de la TCC (Carter, Sbrocco, Kristie, Marin, & Lewis, 2003; Sharp, Power, Simpson, Swanson, & Anstee, 1997), es más probable que un paciente, sometido a un tratamiento combinado, atribuya las mejorías a los fármacos que al tratamiento psicológico aún cuando la literatura científica nos demuestra que los efectos beneficiosos de éstos son superiores a los de aquéllos (Brown & Barlow, 1995; Labrador, Echeburúa, & Becoña, 2000; Pérez-Alvarez y

Fernández-Hermida, 2001). Esta última información debería estar disponible para cualquier profesional que lea la GPC. Hay pacientes que llevan años tomando benzodiazepinas, sin que remitan sus ataques de pánico (Rubio y López-Ibor, 2007); sin embargo, cuando inician un tratamiento con TCC dichos ataques desaparecen y el nivel de ansiedad va disminuyendo a lo largo del tiempo, pero muchos de estos pacientes no pueden dejar de tomar sus tranquilizantes por temor a recaer (como si hubiera sido su tranquilizante quien le hubiera salvado de los terribles ataques de pánico, cuando durante años no fue así). Muchos de ellos tienen serios problemas para abandonar el consumo de estos fármacos, incluso con dosis subclínicas (un cuarto de pastilla de una dosis mínima), lo que indica que no se trata sólo de un fenómeno químico. Está claro que este temor es irracional y que sustenta otro trastorno mental, la dependencia de benzodiazepinas. Esta dependencia lógicamente está en la base de ese consumo abusivo de tranquilizantes que se da en nuestro país.

La siguiente afirmación de la página 24 de la GPC se aleja considerablemente de la realidad: *“De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria, y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas patologías”* (Fernández et al., 2006). Estamos de acuerdo con la primera parte de la frase, sí que es verdad que los problemas de salud mental llegan en primer lugar a Atención Primaria (AP) y que un alto porcentaje de los pacientes de AP demandan tratamiento para sus trastornos mentales, especialmente trastornos de ansiedad y trastornos del estado de

ánimo (depresiones). Pero no estamos de acuerdo con la afirmación de que en ese nivel de atención se “resuelva” un importante número de demandas. Si el TA o TP se cura en unos meses, de acuerdo con la evidencia científica, ¿por qué hay un 1,7% de españoles con este trastorno y un 0,62% con agorafobia? (Haro et al., 2006). En las consultas de AP en España un 5,9% de varones y el 11,6% de las mujeres tiene un TA o TP (King et al., 2008). Además, muchos de ellos llevan años en tratamiento farmacológico. El seguimiento a largo plazo de los pacientes con TP tratados con fármacos indica una alta tasa de recaídas. En un estudio se encontró que el 61% presentaba al menos ataques de pánico ocasionales (Katschnig et al., 1995), mientras que en otro con un seguimiento a muy largo plazo se encontró que el 90% de los pacientes seguía consumiendo benzodiazepinas (Rubio y López-Ibor, 2007).

A pesar de la considerable incapacidad asociada a los trastornos de ansiedad y la disponibilidad de tratamientos eficaces, sólo unos pocos pacientes (entre el 15% y el 36%) con ansiedad son diagnosticados correctamente en los servicios de Atención Primaria (Kessler, Lloyd, Lewis, & Gray, 1999; Löwe et al., 2003).

Se debe revisar minuciosamente la información para el paciente incluida en el Anexo 4 de acuerdo con la información que se ha detallado hasta este punto. Quisiera resaltar que en la definición de crisis de angustia faltan síntomas como las parestesias o entumecimiento, molestias abdominales, la desrealización o despersonalización y los temblores. Es importante que los pacientes dispongan de la lista completa de 13 síntomas posibles de un ataque de pánico.

Por último, me gustaría saber por qué



no se ha consultado PsycINFO, la base de datos bibliográfica de la APA. Ésta contiene referencias y resúmenes de artículos de revista, libros, tesis doctorales e informes de Psicología y otras disciplinas relacionadas como la medicina, psiquiatría, sociología, educación y farmacología, entre otras. Se han consultado otras bases de datos mucho menos importantes. La psiquiatría y la medicina no pueden vivir de espaldas al trabajo de investigación que realizan los psicólogos. En otros países no sucede así. Los psicólogos españoles especialistas en trastornos de ansiedad consideramos a **Barlow** un maestro y es psiquiatra.

3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos: Resulta sorprendente que sólo se haya contado con la participación de un psicólogo clínico (y de un psicólogo de una asociación de ayuda a pacientes – que no es una sociedad de científicos– como revisor externo) para la elaboración de la GPC, cuando se ha demostra-

do que el tratamiento de elección tanto para el TAG como para el TP es la TCC (y no el tratamiento farmacológico).

4. Algún otro comentario de interés:

En nuestra opinión, la GPC necesita una urgente actualización y debe ser modificada en profundidad de modo que refleje, de forma fehaciente, los resultados encontrados en la literatura científica y la importancia y necesidad de aplicar, siempre en primer lugar, los tratamientos más eficaces y bien establecidos.

Es fundamental que quienes atienden a pacientes con trastornos de ansiedad como el TAG o TA, estén al día de los conocimientos científicos necesarios para hacer el diagnóstico correcto y aplicar el tratamiento más indicado. Si existen procedimientos terapéuticos de eficacia reconocida, como la TCC, no es admisible que se trate a quienes lo padecen con abordajes cuyos resultados son dudosos o no se mantienen a largo plazo.

5. Valoración general:

	MUY POBRE	POBRE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
Alcance y objetivos					X
Participación de todos los grupos implicados		X			
Contenido				X	
Rigor metodológico			X		
Claridad y presentación				X	
Incorporación de innovaciones científicas			X		
Grado de aplicabilidad de las recomendaciones			X		
Consideración del punto de vista del paciente			X		
Consideración de las necesidades psicológicas del paciente			X		
Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía	X				
Participación del psicólogo en la implementación de la guía		X			
Valoración Global de la GPC			X		

SOBRE EL AUTOR

Antonio Cano Vindel es Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Editor y Director de la revista científica *Ansiedad y Estrés*, Director del Grupo de Investigación *Cognición, Emoción y Salud* de la UCM, ha publicado más de cien trabajos científicos sobre ansiedad y temas relacionados.

REFERENCIAS

Barlow, D. H. (1997). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 2), 32-36.

Barlow, D. H. & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 2529-2536.

Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *J Consult Clin Psychol*, 69, 756-762.

Black, D. W. (2006). Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 11(Suppl 12), 29-33.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.

- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*, 63, 754-765.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Carter, M. M., Sbrocco, T. G., Kristie L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive-Behavioral Group Therapy Versus a Wait-List Control in the Treatment of African American Women With Panic Disorder. *Cogn Ther Res*, 27, 505-518.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24, 461-470.
- Craske, M. G., Golinelli, D., Stein, M. B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting? *Psychol Med*, 35, 1645-1654.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L. R., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 165, 315-323.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med*, 33, 499-509.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord*, 96, 9-20.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Goodwin, R. D., Hamilton, S. P., Milne, B. J. & Pine, D. S. (2002). Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population. *Depression and Anxiety*, 15, 69-74.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ES-EMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*, 126, 445-451.
- Harvey, J. M., Richards, J. C., Dziadosz, T. & Swindell, A. (1993). Misinterpretation of ambiguous stimuli in panic disorder. *Cogn Ther Res*, 17, 235-248.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 69, 621-632.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73.
- Katschnig, H., Ameringer, M., Stolk, J. M., Klerman, G. L., Ballenger, J. C., Briggs, A., et al. (1995). Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *Br J Psychiatry*, 167, 487-494.
- Kenardy, J., Robinson, S., & Dob, R. (2005). Cognitive behaviour therapy for panic disorder: long-term follow-up. *Cogn Behav Ther*, 34, 75-78.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D.P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 318, 436-439.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*, 192, 362-367.
- Laakmann, G., Schule, C., Lorkowski, G., Baghai, T., Kuhn, K., & Ehrentauf, S. (1998). Buspirone and lorazepam in the treatment of generalized anxiety disorder in outpatients. *Psychopharmacology*, 136, 357-366.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos. Hacia una nueva Psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 68, 957-964.
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R.L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S., et al. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res*, 55, 515-519.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther*, 31, 1-8.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., et al. (2004). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*. University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care.
- Mitte, K. (2005a). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88, 27-45.
- Mitte, K. (2005b). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Nadiga, D. N., Hensley, P. L., & Uhlenhuth, E. H. (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depress Anxiety*, 17, 58-64.
- Ohaeri, J. U. (2006). The management of anxiety and depressive disorders: A review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 103-118.
- Öst, L. G., Thulin, U., & Ramnero, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*, 42, 1105-1127.
- Öst, L. G. & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*, 33, 145-158.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol*, 68, 556-563.
- Otto, M. W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl5), 34-41.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 72-86.
- Pérez-Álvarez, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. / Finding the kernel: Psychological treatments through the sieve. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pull, C. B. (2007). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 30-35.
- Rubio, G. & Lopez-Ibor, J. J., Jr. (2007). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 22, 80-86.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. M. (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Beh Res Ther*, 45, 877-885.
- Schmidt, N.B., Lerew, D. R. & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol*, 65, 214-220.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., et al. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *J Consult Clin Psychol*, 68, 417-424.
- Schmidt, N. B., Wollaway-Bickel, K., Trakowski, J. H., Santiago, H. T., & Vasey, M. (2002). Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*, 40, 67-73.
- Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Anstee, J. A. (1997). Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Br J Gen Pract*, 47, 150-155.
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review. Special Issue: Assessment and treatment of older adults*, 20, 731-754.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.
- Telch, M.J., Lucas, J.A., Schmidt, N.B., Hanna, H., LaNae, T., & Lucas, R.A. (1993) Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther*, 31, 279-287.
- Van Balkom, A. J., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis*, 185, 510-516.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders (2nd ed.)*. Chichester, England: Wiley.
- Yates, W. R. (2005). Review of Generalized Anxiety Disorder-Advances in Research and Practice. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 103-104.

DA LA SENSACIÓN QUE CREEN QUE ES MÁS FÁCIL APLICAR TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS QUE FARMACOLÓGICOS

ENTREVISTA A ANTONIO CAPAFONS

PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

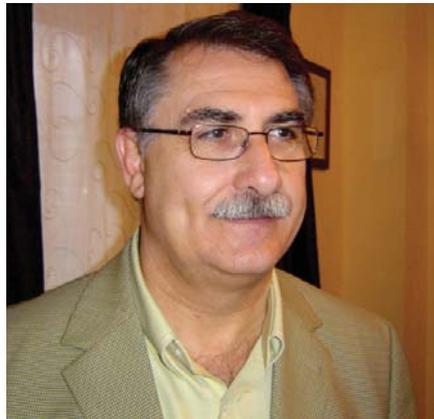
REDACCIÓN DE INFOCOP

La evidencia demuestra que la terapia psicológica debe ser el tratamiento de elección para el abordaje de los problemas de ansiedad, y así lo recoge la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Sin embargo, uno de los aspectos más llamativos de estas GPC publicadas por el Ministerio de Sanidad es la falta de definición de los profesionales encargados de la aplicación de las terapias psicológicas que se recomiendan. Para conocer abordar éste y otros aspectos relacionados con los trastornos de ansiedad, *Infocop* ha entrevistado para su lectores a **Antonio Capafons**, psicólogo especialista en Psicología Clínica y profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

ENTREVISTA

Infocop: *Precisamente la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) reconoció hace unas semanas que estos pacientes requieren un abordaje psicosocial, ya que los tratamientos farmacológicos prescritos no suelen ser eficaces. ¿Cuál es la evidencia científica al respecto? ¿Qué tratamientos son los más eficaces para el abordaje de los problemas de ansiedad? ¿Considera que esta GPC ha recogido adecuadamente esta evidencia?*

Antonio Capafons: Creo que en lo sustantivo, la guía recoge bastante bien los principales resultados que se han encontrado en la investigación sobre los trastornos que incluye. Considera múltiples aspectos



Antonio Capafons

de las posibles aplicaciones, y creo que, básicamente, está lo que debe estar. Destaca la importancia de los tratamientos psicológicos, y de ellos, las terapias cognitivo-conductuales y el psicoanálisis interpersonal, ambos muy útiles para depresión y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Curiosamente, a pesar de que está excluida de las prestaciones sanitarias, aconsejan el uso del Entrenamiento Autógeno de **Schultz** para la relajación (por cierto, escribiendo el nombre del autor de manera incorrecta, como puede verse en las páginas 57, 58 y 63 de la guía), ya que este entrenamiento es una técnica de auto-hipnosis.

Quizá si hubieran consultado las guías que existen ya, tanto en castellano publicadas por revistas psicológicas como *Psicothema* o más recientemente *Psicología Conductual*, y por editoriales como *Pirámide* y *Dykinson*, más las publicadas en inglés y ya clásicas, como la de **Nathan y Gorman**, **Roth y Fonagy**, etc.,

las conclusiones hubieran sido más sólidas, enfatizando aún más la eficacia superior de la intervención psicológica sobre la médica. No obstante, es cierto que este aspecto se recoge bien en la guía, por lo que sorprende los pocos psicólogos que están en el grupo que la ha redactado.

Otra cuestión que necesitaría aclararse en la GPC es si las terapias cognitivo-conductuales son igual de eficaces aplicadas por un psicólogo clínico, por un psicólogo que ha recibido una formación en Psicología clínica y de la salud, o por cualquier otro profesional (que no sea psicólogo o psiquiatra), al que se entrena específicamente para estos temas. Ahí se echa en falta información científica suficiente y sólida que indique si se mantienen los mismos resultados sin mermas importantes en la eficacia y eficiencia de la aplicación.

I.: *Los propios autores que han elaborado la Guía señalan como recomendación la aplicación de la terapia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad en Atención Primaria, planteando algunas propuestas innovadoras como talleres grupales y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud, por “profesionales entrenados”. ¿Qué opinión le merece esta iniciativa? De ponerse en práctica, ¿considera que un médico/enfermero “entrenado” puede sustituir la labor de un psicólogo?*

A.C.: Es sorprendente que en nuestro país exista la distinción entre psicólogo especialista en Psicología clínica y el que no

lo es, e incluso que se diferencie entre los psicólogos que han accedido a este título a través del PIR y los que no, -con posibilidades y competencias diferentes, que se basan, supuestamente, en la mayor formación de quienes han cursado un PIR-, y sin embargo, tal y como señalan en este manual, se deje entrever que personal, que ni siquiera tiene titulación en Psicología o Psiquiatría, pueda aplicar procedimientos, que, en algunos casos, son realmente difíciles (como la *exposición en vivo* o la reestructuración cognitiva), recibiendo para ello sólo una formación específica (de la cual, por cierto, no se detalla nada en la guía).

Sorprende también que, teniendo en cuenta la mediana eficacia y poca preferencia que los pacientes tienen por la terapia farmacológica (y que recoge la propia guía), no se piense más en formar a psicólogos clínicos para que puedan recetar los fármacos recomendados bajo la supervisión de médicos de asistencia primaria. Da la sensación de que los autores de la guía creen que es más fácil aplicar procedimientos psicológicos que farmacológicos.

Otro tanto podría afirmarse respecto del diagnóstico, ya que se dan orientaciones precisas de cómo detectar y evaluar los trastornos referidos, de forma que, aparentemente, casi cualquier profesional sanitario puede establecer tales diagnósticos -por cierto, obviando escalas de ansiedad tan conocidas como el STAI de **Spielberger**, al que, sin embargo, mencionan como instrumento útil para valorar cambios en alguna investigación (véase página 58 de la guía).

Por ello, no acaba de entenderse que haya más distancia respecto a las competencias a la hora de aplicar tratamientos psicológicos a pacientes entre psicólogos especialistas en Psicología clínica y psicólogos que no lo son (pero que sí tienen una sólida formación en Psicología clínica y de

la salud), que entre aquellos y los médicos de intervención primaria, enfermeros, etc.

Mi opinión es que un buen psicólogo clínico puede aplicar la medicación oportuna, con menos formación de la que un “no psicólogo o psiquiatra” necesita para aplicar los tratamientos psicológicos recomendados. Más aún, creo que con una ligera supervisión de un médico (para recetar fármacos) y la ayuda de personal de enfermería (como coterapeutas), el psicólogo clínico podría dar un tratamiento integral muy eficaz y eficiente a la mayoría de los pacientes con este tipo de trastornos, y no a la inversa, es decir, que personal sin formación en Psicología y supervisado por psicólogos especializados.

I.: *En contraste, el gobierno británico ha apostado claramente por la presencia de psicólogos en Atención Primaria para el abordaje de los trastornos de ansiedad y depresión a través de su ambicioso programa Improved Access to Psychological Therapies, por el que pretende extender la aplicación de tratamiento psicológico en este primer nivel asistencial. ¿Qué opinión le merece esta iniciativa?*

A.C.: Muy sensata y creo que más acorde con lo que dicta el sentido común, las competencias profesionales y los derechos del paciente de recibir la mejor intervención por un profesional especialmente cualificado para aplicarla.

I.: *¿Ha echado en falta, en el contenido de la Guía, algún aspecto de interés para el abordaje de este problema?*

A.C.: Nada excepcional. Como he dicho antes, quizá el apelar también a otras fuentes documentales, insistir en los posibles estudios que indiquen la bondad de que personal no especializado con algo de entrenamiento sea igual de eficaz que psicólogos especializados. Y no sólo eso, sino que ese personal “no psicólogo” no genere sin pretenderlo iatrogenia al aplicar inadecuadamente a trastornos, que no pensamos que caigan bajo sus competencias, procedimientos que parecen sencillos, pero no lo son, como la relajación o la auto-hipnosis.

También echo de menos el que no se mencionen algunas escalas y formas de diagnóstico habituales en la bibliografía para psicólogos (véase el manual de **V. Caballo** del 2005, por ejemplo), y que no incluyan para sus análisis más referencias en castellano sobre trastornos de ansiedad. Y poco más. La guía está bien realizada en términos generales, aunque con detalles que indican la poca presencia de psicólogos (nombres mal escritos, o las referencias que no cumplen normas *American Psychological Association*). El tema a considerar y analizar es, según mi opinión, el de la formación y el personal que aplicará las recomendaciones de la guía.

I.: *Para finalizar, ¿desea destacar algún otro aspecto en relación al tema que nos ocupa?*

A.C.: Sí, me pregunto qué pasa con los niños y adolescentes y por qué no incluyen, entre las asociaciones consultadas, a una de la importancia de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI, o al Consejo General de Colegios de Psicólogos, etc., entidades que podrán aportar una información y experiencia valiosísima para esta guía.

Antonio Capafons es Profesor Titular de Universidad de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia; psicólogo Especialista en Psicología Clínica; experto en tratamientos cognitivo-comportamentales e hipnosis, temas sobre los que ha publicado en revistas y editoriales nacionales e internacionales, y ha sido invitado como ponente en congresos internacionales. Ha recibido la *Distinguished Scientific Contributions Award* de la división 30 de la American Psychological Association en 2007.

FICHA TÉCNICA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

GRUPO ELABORADOR: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba.

EXTENSIÓN: 307 páginas en su versión completa.

Justificación: En la actualidad, tal y como se recoge en el apartado *Presentación de Guía de Práctica Clínica* (GPC) de *Cuidados Paliativos*, la sanidad pública se enfrenta a una prevalencia cada vez mayor de personas que presentan enfermedades crónico-degenerativas que amenazan a la propia vida, como diferentes tipos de cáncer o el SIDA, entre otras.

Alcance: La GPC de Cuidados Paliativos incluye los siguientes aspectos o problemáticas del paciente que se encuentra en la fase final de su vida, tanto de tipo oncológico como no oncológico, así como de aspectos de interés para sus familiares: comunicación con el paciente y su familia, control de síntomas, apoyo psicosocial y espiritual, atención a la familia, atención en la agonía, sedación y duelo. No puede obviarse que los cuidados paliativos son un área muy amplia; por ello, esta guía se restringe a la población adulta, así como tampoco incluye otros contenidos relevantes como puede ser la nutrición, técnicas específicas de tratamiento (de tipo invasivo para el dolor, o de psicoterapia, por ejemplo) o los problemas de tipo emocional (*burnout*) que puede sufrir el personal que trabaja en los Cuidados Paliativos. Así, el propósito principal de esta GPC, no es otro que el

“servir como instrumento para mejorar la atención sanitaria de las personas en la fase final de la vida (FFV) y de sus familias, en los distintos ámbitos y centros donde sean atendidos (hospitalario, atención primaria, domicilio, servicios especializados, servicios de urgencias, centros sociosanitarios, etc.)”.

Destinatarios: Esta guía está destinada a todos aquellos profesionales que trabajan en este ámbito, desde médicos de diferentes especialidades (Atención Primaria, especializada, etc.), enfermeros, farmacéuticos y psicólogos, así como a cualquier profesional que desempeñe su labor con este tipo de pacientes. La guía pretende ser un instrumento, fundamentado en la evidencia empírica, que facilite la toma de decisiones a todos estos profesionales.

Grupo elaborador: En el marco del *Proyecto Guía-Salud del Plan Nacional*

de Calidad para el SNS, la GPC de Cuidados Paliativos ha sido elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco – Osteba. Para su desarrollo, ha contado con un grupo de trabajo integrado por 12 profesionales (diez médicos de diferentes especialidades, una enfermera y un farmacéutico). Además, un grupo de expertos de un total de 35 personas han sido los encargados de valorar y revisar el borrador de la guía. Dentro de este grupo, además de profesionales de la medicina, enfermería y farmacia, se han incluido a dos psiquiatras y a dos psicólogos.

Objetivos: El objetivo de esta GPC podría resumirse en la propuesta de una atención planificada y organizada, que garantice una atención integral y coordinada de calidad, tanto para el paciente que se encuentra en la fase final de la vida como para su familia. Los cuidados paliativos, tal y como la OMS lo define, son un enfoque integral que pretende mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares. Para ello, el personal de cuidados paliativos ha de enfocar su trabajo hacia la promoción del bienestar, el aumento de la calidad de vida, prevención y alivio del sufrimiento y promoción de la autonomía.

Contenido: Se han realizado tres versiones de la GPC en Cuidados Paliativos: una versión completa, otra versión resumida, así como una herramienta de consulta rápida. En su versión completa, esta guía incluye los siguientes contenidos:

ÍNDICE DE LA GPC SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

- Presentación
- Autoría y colaboraciones
- Preguntas para responder
- Resumen de las recomendaciones
- 1. Introducción
- 2. Alcance y objetivos
- 3. Metodología
- 4. Introducción a los cuidados paliativos
 - 4.1. Definición y objetivos de los cuidados paliativos
 - 4.2. Conceptos relevantes
 - 4.3. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos
 - 4.4. Predicción de la supervivencia
- 5. Información, comunicación y toma de decisiones
 - 5.1. Principios para una información y una comunicación adecuadas en cuidados paliativos
 - 5.2. Formación en comunicación en cuidados paliativos
 - 5.3. Aspectos éticos y legales de la información y la comunicación en cuidados paliativos
 - 5.4. Elementos para la toma de decisiones
- 6. Control de síntomas
 - 6.1. Introducción
 - 6.2. Tratamiento del dolor
 - 6.3. Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación
 - 6.4. Síntomas respiratorios
 - 6.5. Síntomas psicológicos y psiquiátricos
 - 6.6. Síntomas digestivos
 - 6.7. Cuidados de la piel
 - 6.8. Síntomas urinarios
 - 6.9. Urgencias
- 7. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV
 - 7.1. Apoyo psicosocial
 - 7.2. Apoyo espiritual
- 8. Apoyo psicosocial a la familia
 - 8.1. Necesidades de apoyo psicosocial a la familia
 - 8.2. Percepción de carga en los cuidadores
 - 8.3. Atención de las necesidades psicosociales y de apoyo de la familia
- 9. Atención en los últimos días. Agonía
 - 9.1. Introducción
 - 9.2. Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo
 - 9.3. Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de su vida
- 10. Sedación paliativa
 - 10.1. Introducción
 - 10.2. Proceso de sedación paliativa en la agonía
- 11. Duelo
 - 11.1. Duelo normal: definición, fases y manifestaciones
 - 11.2. Atención al duelo: organización
 - 11.3. Factores de riesgo de duelo complicado y su valoración
 - 11.4. Duelo complicado o trastorno por duelo complicado
 - 11.5. Eficacia de las intervenciones en el duelo
- Anexos
- Bibliografía
- Listado completo de tablas y figuras

Sistema de formulación de las recomendaciones: Para la formulación y evaluación de las recomendaciones, esta GPC se basa en el sistema SIGN (para más información consultar la Ficha Técnica de la GPC sobre el manejo de la Depresión en el Adulto).

Fuente: Todas las versiones de la GPC de Cuidados Paliativos pueden descargarse en la siguiente página web: www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/index.html

VALORACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

MA EUGENIA OLIVARES

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID Y HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

1 Aspectos a destacar de la guía: Respecto a la metodología utilizada, ésta es correcta, ya que se ha utilizado la metodología común de elaboración de Guías de Práctica Clínica para el Sistema Nacional de Salud ajustándose al consenso y coordinación entre los profesionales expertos en nuestro país. Todos los capítulos cuentan con la selección de preguntas clínicas a las que hay que responder. Las preguntas con implicación de materias psicológicas, me parecen oportunas, pero las respuestas a las mismas poco operativas, tal y como indica el *Manual de Elaboración de Guía Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico* (pág. 27-30) con el sistema PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultados). Cabe mencionar el rigor metodológico al utilizar el sistema SIGN, valorando el diseño del estudio y el riesgo del sesgo.

Las bases de datos son correctas tanto para las referencias de artículos primarios, como para revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

En el Anexo 5 se especifican de forma clara y muy pormenorizada dos tipos de *Vademécum*: por fármacos (especificando nombre farmacológico, comercial, presentación, indicaciones y posología, efectos adversos y observaciones) y por síntomas (especificando síntoma, fármaco, dosis recomendada y observaciones), lo que justifica que se cumpla el objetivo de utilidad clínica y rapidez en



Mª Eugenia Olivares Crespo

el uso de cualquier guía de práctica clínica.

Así mismo, resulta aclaratorio la recopilación de documentos que constituyen tanto el marco legal nacional como internacional de referencia en los cuidados paliativos (Anexo 4).

2. Aspectos a mejorar: El *Plan de Calidad* para el Sistema Nacional de Salud tiene por propósito “el incremento de la cohesión en el mismo y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia”, en la presente GPC sobre Cuidados Paliativos, en contraposición al propósito del plan, se identifica que

el Grupo de trabajo y la coordinación están constituidas exclusivamente por profesionales pertenecientes al País Vasco e incorporando profesionales de otras comunidades autónomas sólo en el apartado de colaboradores expertos.

Tal y como indican las directrices de elaboración de GPC se debe incluir una breve descripción de los resultados. En la presente, lo que se expone realmente son las tablas resumen que posteriormente se derivan de cada uno de los capítulos, lo que provoca una lectura redundante y tediosa. Resultaría también recomendable citar qué grupos y centros profesionales pueden beneficiarse y encontrar ayuda en la guía.

Sería conveniente citar aproximaciones al tipo de decisiones, aspectos de coste-eficacia, éticos, culturales, organizativos u otro tipo de aspectos relevantes que se tendrán en cuenta en las recomendaciones que se citan en cada capítulo; y también, el tipo de ayudas para la gestión clínica: si la guía incluye tipo de herramientas de ayuda en la toma de decisiones (guía de referencia rápida, material didáctico, versión informática, etc.).

Sería recomendable incluir un apartado (como en el resto de Guías de práctica clínica existentes) con información útil y rigurosa para el paciente y sus familiares o allegados, así como, otros recursos de interés (asociaciones, direcciones de Internet, referencias bibliográficas).

3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos:

Se han considerado todas las áreas relevantes a los Cuidados Paliativos y se ha consultado con personas expertas en el tema, haciendo mención a todos los miembros del grupo elaborador de la guía. Como se puede ver con una primera impresión, existe un amplio contenido de aspectos psicológicos, pero llama la atención el escaso o nulo número de Instituciones relacionadas con la Psicología participantes en este proyecto, así como, la consulta a tan sólo dos psicólogos (y no como miembros del equipo de trabajo sino como colaboradores expertos).

En cuanto al diseño de los apartados psicológicos, las preguntas formuladas son correctas respecto a la temática, pero son muy amplias y poco operativas, lo que conduce a que los apartados de evidencia y recomendaciones resulten demasiado similares. Al no estar de forma precisa y con enunciados específicos la formulación de las recomendaciones, se dificulta la utilización de la GPC por parte del clínico.

Por ejemplo, en el capítulo 7: *Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV*, existe dicha carencia de especificación: ¿apoyo, tratamiento o prevención de riesgo?, ¿psicológico o social?, ¿quién es el profesional responsable de la intervención?, ¿cuál es la delimitación de roles?, etc.

Se inicia el capítulo haciendo alusión a las necesidades psicosociales: “enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes, -al margen de trastornos psiquiátricos-, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, etc...” (pág. 175). Los cuidados paliativos y la

fase final de la vida no tienen que circunscribirse a una enfermedad, pueden consistir en el propio devenir de los años. Si estamos hablando al margen de trastornos psiquiátricos (considero más preciso “psicopatológicos” como disciplina básica), ¿qué son la ansiedad, depresión y abuso de sustancias, entonces? Los apartados sobre aspectos biológicos son muy precisos, pero en este apartado psicológico existe imprecisión en variables y en instrumentos de medida.

Así mismo, existe una inespecificidad en cuanto a la persona encargada de la actuación profesional: “la estrategia más adecuada fue la comunicación de

información mediante trabajadores de enlace, que proporcionan...” (pág. 177).

También proporciona información contradictoria: “en ausencia de evidencia apropiada sobre cual es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva” (pág. 183).

Debería mejorarse este aspecto del diseño de la Guía por las barreras que supone en la implementación posterior de la misma.

A nivel psicológico, la guía no se



apoya en herramientas para su aplicación. Sólo aparecen algunas en el Anexo 2: *escalas*. No indicando en ningún caso la forma de aplicación-corrección, ni los criterios psicométricos. Además, llama la atención no encontrar otras escalas muy citadas en la bibliografía y muy aplicadas a nivel clínico y, por el contrario, citar otras que no se ajustan a los conceptos vigentes hoy en día (por ejemplo, **Karnofsky**, en relación al constructo actual de calidad de vida como multidimensionalidad, subjetividad, temporalidad).

Respecto al el Anexo 3: *Cómo comunicar malas noticias*, si existe evidencia de la eficacia de este procedimiento, debería ponerse en el texto y no en anexos. Así mismo, se cita el método **Buckman** y no otros, que también han demostrado una alta eficacia, como el de **SPIKES**.

4. Algún otro comentario de interés:

Respecto a la delimitación de la propuesta, sería conveniente empezar tal y como cita la “*Elaboración de Guías*

de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”, es decir, recogiendo los motivos de la Institución promotora de la guía y trabajos previos, como los realizados por la **Sociedad Española de Cuidados Paliativos** (o al menos, desarrollar este aspecto un poco más). Así mismo, sería conveniente especificar la población a la que va dirigido, así como los grupos de pacientes que se tendrán en cuenta en la guía y aquellos pacientes que no se van a considerar.

La guía me ha resultado extensa y me gustaría que fuera más sintética, para favorecer una búsqueda rápida de información en la consulta (ya que éste debe ser su objetivo). Al mismo tiempo, agradecería no sólo el resumen de recomendaciones, sino también algoritmos y saber cuáles son las estrategias que se van a seguir para la implementación de esta guía de práctica clínica.

5. Valoración general:

	MUY POBRE	POBRE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
Alcance y objetivos				X	
Participación de todos los grupos implicados		X			
Contenido			X		
Rigor metodológico					X
Claridad y presentación				X	
Incorporación de innovaciones científicas			X		
Grado de aplicabilidad de las recomendaciones			X		
Consideración del punto de vista del paciente			X		
Consideración de las necesidades psicológicas del paciente		X			
Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía	X				
Participación del psicólogo en la implementación de la guía		X			
Valoración Global de la GPC			X		

SOBRE EL AUTOR

M^a Eugenia Olivares Crespo es Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y Máster en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en Psicología de la Salud de esta misma universidad. Actualmente trabaja como psicóloga clínica, en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid), en el Servicio de Ginecología y Obstetricia (IMSALUD). Además, es profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico de la UCM y docente de post-grado para varias instituciones (UCM, UAM, Universidad Salamanca, CEU, Camilo José Cela, COP, etc.). Así mismo, participa como miembro del consejo editorial de revistas científicas y es autora de numerosas publicaciones nacionales e internacionales.

EL SUFRIMIENTO NO ESTÁ EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ENTREVISTA A JAVIER BARBERO, ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS

REDACCIÓN DE INFOCOP

En esta ocasión, *Infocop* ha contado con la participación de **Javier Barbero Gutiérrez**, experto en bioética y en cuidados paliativos, para abordar las implicaciones que tiene la GPC en Cuidados Paliativos publicada por el Ministerio de Sanidad. Javier Barbero Gutiérrez actualmente trabaja como psicólogo clínico en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz (en Madrid) y ha colaborado como revisor externo en el proceso de elaboración de esta GPC.



Javier Barbero Gutiérrez

ENTREVISTA

Infocop: *La sociedad actual, caracterizada por un envejecimiento general de la población, presenta una mayor incidencia de diferentes enfermedades crónicas o de distintos cánceres que pueden amenazar la propia vida a corto o medio plazo. Este hecho puede provocar un elevado sufrimiento tanto en la persona como en su familia, que varía en función del estadio en que se encuentre el individuo (diagnóstico, comunicación de noticias, afrontamiento a la muerte, duelo, etc.). ¿Qué implicaciones supone para la Psicología? ¿Qué pueden aportar los psicólogos?*

Javier Barbero: La Psicología tiene un reto crucial, si no quiere estar alejada de los avatares que realmente preocupan a las personas. En concreto, la Psicología de la Salud, como ámbito

particular de nuestra profesión. En él vamos a estar obligados a estar en contacto con otros profesionales, fundamentalmente del ámbito sanitario y sociosanitario que pueden tener unos paradigmas de intervención ciertamente distintos y, por ello, complementarios. Si una persona padece un cáncer o una esclerosis lateral amiotrófica o una insuficiencia renal crónica, primeramente va a acudir al médico especialista y desde ese filtro tendremos acceso y/o entendimiento para dar un apoyo integral. Realmente todo un reto.

I.: *En relación a la evidencia científica, ¿cuál es la relevancia de la intervención psicológica en cuanto a la valoración y diagnóstico de la enfermedad? ¿Cree que se ha reflejado de forma adecuada en la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Cuidados Paliativos?*

J.B.: La GPC de Cuidados Paliativos (CP) es un intento loable de ir aproximando el rigor científico al quehacer global de los CP. No olvidemos que los CP –al menos en el ámbito de la medicina– suelen tener una valoración “light” entre los médicos, frente a otras especialidades más tecnificadas como puede ser la neurocirugía, por ejemplo. Por ello, todos los avances a la hora de definir y reflejar la evidencia científica son bienvenidos. Ahora bien, como siempre, el ámbito de la Psicología suele estar en un segundo plano. Las razones son muy diversas. En primer lugar, porque los psicólogos aún no hemos investigado lo suficiente en CP, a pesar de las cada vez menos extrañas excepciones (como pueden ser los casos de profesionales como Ramón Bayés o Pilar Barreto). En segundo lugar, porque investigar la subjetividad en momentos tan delicados de la vida de las personas, sigue siendo como mínimo complejo. Y por último, porque –nos guste o no– el paradigma predominante en la práctica sigue siendo el biomédico, aunque se siga vendiendo la teoría de que es el bio-psico-social.

I.: *¿Y en cuánto al proceso de adaptación y afrontamiento a la enfermedad?*

J.B.: En la guía sí que aparecen conceptos como proceso, adaptación, afrontamiento, etc. Y es un logro porque sí que recogen una realidad del día a día de las personas y de las interven-



ciones. Lo que creo que no ha quedado suficientemente reflejado es que el objetivo nuestro de acompañar procesos es tan importante como el de resolver (o ayudar a resolver) problemas.

I.: *A este respecto, ¿qué puede decirnos sobre la atención psicológica al final de la vida? ¿Considera que al trabajo del psicólogo se le ha dado el papel que merece en las GPC?*

J.B.: Creo que no suficientemente. Yo insistí –sin mucho éxito– que se reflejara más en profundidad lo que significaba el trabajo interdisciplinar real, como telón de fondo (como “guía”), como un modo de afrontar conjuntamente los problemas de los pacientes y sus familias. El trabajo en equipo realmente interdisciplinar es aún una de las mentiras de los cuidados paliativos.

I.: *Según los datos científicos, ¿qué papel podría jugar el psicólogo en el trabajo con la familia y en la comunicación de malas noticias? ¿Esto se ha reflejado adecuadamente en la GPC?*

J.B.: Es de lo más acertado. En concreto, en cuanto al trabajo con familias, el psicólogo utiliza protocolos de manejo de la conspiración del silencio, de prevención e intervención frente a la claudicación familiar, de prevención de duelo complicado, etc. En la cuestión de las malas noticias, normalmente el psicólogo es buscado por el paciente para la aclaración o confirmación de lo que ha escuchado. Le servimos para ayudarlo a metabolizar, a digerir la mala noticia, a adaptarse a ella.

I.: *En la GPC, se comenta la necesidad de un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar para estos enfermos y sus familias. ¿Cree que éste es el trabajo que se realiza en la realidad actual?*

J.B.: Yo creo que ya está contestado en una pregunta anterior. Como venía a decir, una de las asignaturas pendientes más importantes. También es de lo más duro. Balfor Mount, médico canadiense pionero en aquel país, solía decir: “¿Has trabajado en equipo? Enséñame las cicatrices”.

I.: *En cuanto al desarrollo de la GPC, ¿considera que el psicólogo ha estado adecuadamente representado en su elaboración?*

J.B.: Creo que la presencia es insuficiente; pero también es insuficiente la presencia de los psicólogos en los equipos específicos de CP. Es decir, en ese sentido, la participación en la elaboración de la guía puede tener una correlación directa con la participación en los equipos asistenciales. Pocos y poco reconocidos.

I.: *A la hora de implementar las recomendaciones, sobre todo, los tratamientos psicológicos, ¿se han contemplado los posibles obstáculos o*

necesidades para su puesta en marcha? Desde su punto de vista, ¿las funciones del psicólogo han quedado bien definidas?

J.B.: No han quedado bien definidas. Tampoco es tarea de la guía. Ésta se ocupa más de lo que hay y de su nivel de evidencia, no del papel de cada disciplina.

I.: *La prevalencia de este tipo de problemas de salud es elevada y se espera una incidencia creciente. ¿Considera que el abordaje de este problema cuenta con un soporte asistencial suficiente en nuestro país? ¿Qué mejoras serían necesarias?*

J.B.: Aún estamos en los comienzos, con presencias muy desiguales según Comunidades Autónomas. La cobertura no es la idónea en muchas de ellas y la calidad asistencial tampoco. Pero al menos se está intentando. Necesitaríamos coberturas más amplias, que disminuyeran el quebrantamiento del principio de justicia, y equipos más cualificados e interdisciplinares para atender la realidad plural y compleja de los pacientes y sus familias.

I.: *¿Qué aspectos quedan aún por resolver y considera, como experto, que deben abordarse en futuras actualizaciones de esta GPC?*

J.B.: En primer lugar, el reconocimiento de que la intervención psicoterapéutica no tiene como objetivo único el abordaje de los trastornos psicopatológicos, sino también la experiencia de sufrimiento. El sufrimiento no está en la cartera de servicios del sistema y, por tanto, tampoco queda reflejado de manera suficiente en la guía. En segundo lugar, el reconocimiento también de la importancia de la labor preventiva de nuestro trabajo. Si facilitas los procesos de adaptación a una mala noticia, estás

previniendo futuras quiebras emocionales. Es decir, lo central de nuestro trabajo no está en la intervención en crisis, sino en el trabajo continuado y preventivo con todos los intervinientes. Y, en último lugar, como venimos diciendo, destacar la efectividad del trabajo en equipo, a mi entender mucho más significativa que el trabajo de enlace o de interconsulta.

No nos olvidamos de atender problemas, pero sobre todo nuestro reto está en acompañar procesos sin volver la cara a la experiencia de sufrimiento del propio paciente y de su familia.

Javier Barbero Gutiérrez es licenciado en Psicología (UAM, 1991), Magíster en Bioética (UCM, 1993) y especialista en Psicología Clínica (2004). Es experto, además de en bioética, en intervención psicológica al final de la vida en enfermos terminales y cuidados paliativos y en apoyo psicológico a personas con VIH-SIDA. Actualmente, trabaja como psicólogo en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Es docente en diferentes masters y estudios de postgrado, así como ha publicado múltiples artículos en revistas científicas, capítulos de libros y libros.



Consejo General de
Colegios Oficiales
de Psicólogos

COMUNICACIÓN COLEGIAL

De conformidad con el acuerdo de la Junta de Gobierno del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) adoptado en su reunión de 28 de marzo de 2009 y en base a lo dispuesto en el artículo 3.2 de la vigente Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, se informa que ***es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión hallarse incorporado al Colegio correspondiente.***

Esta incorporación se debe realizar en el Colegio Territorial que se corresponda con el domicilio de la actividad profesional, único o principal.

Por ello, *se ruega a todos los psicólogos que en plazo de dos meses regularicen su situación, si fuera necesario; hecho que redundará en beneficio del propio colegiado y de la Organización Colegial.*

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

EXPERTOS RECLAMAN UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL CON PRESENCIA DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aída de Vicente y Silvia Berdullas

El creciente protagonismo de los problemas psicológicos en las consultas de Atención Primaria, el consumo abusivo de psicofármacos en España -a pesar de sus efectos secundarios, de su dudosa eficacia para el tratamiento de algunas dolencias y del elevado coste económico que suponen para el Sistema Nacional de Salud (SNS)-, así como las enormes carencias de los facultativos de Atención Primaria para detectar y tratar adecuadamente los problemas de salud mental, ha llevado a un equipo de expertos, médicos y psicólogos a plantear la necesidad de una reforma en el sistema asistencial sanitario de nuestro país, apostando por la presencia de psicólogos en Atención Primaria (AP). Así lo han manifestado tras realizar un riguroso estudio que forma parte de un Programa Nacional de I+D+i, financiado por la Secretaría de Estado para la Seguridad Social del **Ministerio de Trabajo**, en el que se ha evaluado a más de 900 médicos de AP y se ha analizado la situación de la salud mental dentro del SNS en siete comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia y Valencia, -datos que suponen una representación del 80% de la atención total que se presta en España-.

El informe, que ha sido coordinado por el psicólogo clínico, jurídico y forense, **Santiago Mario Araña Suárez**, lleva por título *Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral*

Temporal, y en él se han analizado los motivos de consulta sanitaria de la población española, teniendo en cuenta los procesos de incapacidad laboral temporal y su duración, junto con otras variables demográficas como sexo, ocupación o lugar de residencia. Así mismo, se ha realizado una revisión exhaustiva de los estudios, tanto a nivel nacional como internacional, sobre la relación entre salud mental e incapacidad laboral temporal, resaltando diferentes aspectos como su repercusión económica, su relevancia epidemiológica o las características de los procesos implicados en la detección y prescripción terapéutica y psicofarmacológica de dichos pacientes en los centros de salud de nuestro país.

Algunos de los resultados más destacados del estudio son los siguientes:

- ✓ Los trastornos de salud mental ocupan el quinto lugar entre las causas con mayor incidencia de absentismo laboral, pero se sitúan en los primeros lugares, en cuanto a la duración media de los procesos por incapacidad labo-

ral temporal (en concreto, con una media de más de 76 días de baja por trabajador al año), superando en el triple a la duración media de días de baja del total de las causas de incapacidad (que se sitúa en 23,7 días).

- ✓ Los trastornos del estado de ánimo ocupan el primer lugar respecto a causas de días laborales perdidos y días de trabajo reducido, seguidos de los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad y los problemas de abuso de sustancias. En concreto, la depresión se muestra como el trastorno que produce mayor impacto en el área laboral, superando en más del triple a los días de pérdida de trabajo de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la artritis, la hipertensión o las cefaleas.
- ✓ Los pacientes con enfermedad mental presentan más problemas de salud asociados y utilizan de manera más frecuente los recursos asistenciales, que los pacientes que acuden a consulta por problemas de salud general. Comparativamente los pacientes con enfermedad mental generan un coste estimado en 72,7 euros más que el resto de los pacientes, siendo el consumo de fármacos el mayor gasto generado por este grupo. A este respecto, los expertos advierten que se ha triplicado la prescripción de antidepresivos en la última década en nuestro país, aunque esto “no ha venido acompañado de una reducción significativa del número de incapacidades laborales temporales por psicopatología, ni de su duración”. Tal

y como señala **Eugenio Laborda Calvo**, Presidente de la *Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal* y uno de los expertos del equipo de estudio, “*la administración indiscriminada de psicofármacos representa un 3% del Producto Interior Bruto de España, un gasto en salud mental, sin un fundamento científico y sanitario claro, salvo la costumbre de escribir una receta*”.

- ✓ Tan sólo uno de cada tres enfermos mentales recibe un tratamiento con unos criterios de calidad mínimos, esto es, recibir tratamiento farmacológico durante al menos dos meses, haber visitado a un especialista en salud mental o cualquier otro médico al menos en 4 ocasiones y haber recibido un mínimo de 8 sesiones de al menos 30 minutos de duración de tratamiento psicológico.
- ✓ Los médicos de AP presentan un grave déficit en la detección, diagnóstico y manejo de los enfermos con problemas de salud mental. De esta forma, los expertos han detectado importantes errores en la prescripción de fármacos, derivados de que casi la totalidad de los facultativos efectúa su prescripción a partir del síntoma principal que presenta el paciente, lo

que supone una visión muy reducida de la complejidad del trastorno y el riesgo potencial de cronificación de su sintomatología.

- ✓ La falta de una adecuada atención a las personas con enfermedad mental supone un importante aumento de los días de baja laboral y de incapacidad temporal. El absentismo laboral derivado de problemas de salud mental genera, además, un importantísimo coste que, de forma creciente, repercute en el subsistema de la Seguridad Social y paralelamente en la financiación sanitaria.

En conclusión, en el informe se alerta de los costes económicos derivados de la mala atención a estos enfermos y se subraya la necesidad de efectuar “*cambios inmediatos*” en los Centros de Atención Primaria para optimizar la calidad de la atención que se presta. A este respecto, los expertos proponen un nuevo modelo de asistencia sanitaria basado en un enfoque multidisciplinar, donde todos los profesionales trabajen de manera conjunta, contribuyendo al diagnóstico y a la elaboración y selección del tratamiento. A modo de ejemplo, en el informe se señalan dos propuestas. Por un lado, la realizada por la *Organización Mundial de Psiquiatría* y publicada en diciembre de 2008, denominada *Nuevo modelo polivalente de centros de salud mental*, donde se plantea que el médico de Atención Primaria pueda recibir la ayuda de otros médicos especialistas, y todos coincidan en el mismo lugar de trabajo con, al menos, un psiquiatra y seis psicoterapeutas que trabajen en equipo.

Para consultar el documento completo: <http://www.seg-social.es/st-pri00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>

Por otro lado, los expertos subrayan la propuesta del Reino Unido, de semejantes características que la anterior, y a través de la cual, tal y como hemos anunciado en diferentes ocasiones en *Infocop*, el ejecutivo británico se ha comprometido, entre otras medidas, a la contratación, en un periodo de 10 años, de más de 10.000 psicólogos dentro del Sistema Nacional de Salud y a la creación de centros de salud públicos especializados en tratamiento psicológico, hasta alcanzar un mínimo de un centro por cada 250.000 habitantes.

El documento, de más de 200 páginas, incluye un nuevo instrumento de evaluación, el Cuestionario *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental en Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal* (DP-SMAP; Araña Suárez, 2008), que consta de 43 ítems de respuesta dicotómica y que es el instrumento que se ha administrado a los médicos de Atención Primaria, con la finalidad de detectar posibles carencias en los procesos de diagnóstico, prescripción farmacológica, prescripción terapéutica y aspectos funcionales relacionados con la incapacidad laboral temporal.

Sin duda, el informe, que ha sido puesto en conocimiento de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social y del director general de la Seguridad Social, invita a la reflexión y a la adopción de medidas urgentes en los centros de Atención Primaria para frenar la incidencia y repercusión que supone una mala gestión y asistencia de las personas con enfermedad mental.

Tal y como señala **Eugenio Laborda Calvo**, “*la inclusión de profesionales de la Psicología y la Psiquiatría en Atención Primaria conllevaría un enriquecimiento de la atención asistencial que se presta en nuestro país*”.

EL PARLAMENTO EUROPEO SE COMPROMETE A PRIORIZAR LA SALUD MENTAL

Aída de Vicente e Inés Magán

El pasado 18 de febrero, el pleno del Parlamento Europeo aprobó la resolución por la que se reconoce la salud mental como prioridad básica de actuación y se insta a los Estados miembro a que adopten una serie de medidas para promover la salud mental en la Unión Europea (UE), con el objetivo de prevenir la incidencia de los trastornos mentales y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

El informe, que ha sido aprobado con 616 votos a favor, 24 en contra y 12 abstenciones, denuncia que la lucha contra las enfermedades mentales es aún insuficiente y que existe una falta de comprensión y de inversiones para la promoción de la salud mental y la prevención de este tipo de enfermedades.

Se estima que uno de cada cuatro europeos padece algún trastorno mental, siendo en su conjunto, la enfermedad más extendida en Europa, lo que acarrea un coste económico para cada uno de los Estados miembro de entre el 3% y el 4% del Producto Interior Bruto del país. En concreto, según se recoge en el documento presentado, en el año 2006, el coste de las enfermedades mentales para la Unión Europea fue de 436.000 millones de euros. Por estos motivos, subrayan la necesidad de crear un *Plan de acción europeo para la salud mental, la investigación en materia de salud y bienestar de los ciudadanos*, y se solicita a la Comisión que amplíe el mandato del *Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades* (CEPCE), para incluir la salud mental.

El documento titulado *Informe Sobre la Salud Mental* (ver: <http://www.infocoponline.es/pdf/230209pe.pdf>), presentado por la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, recoge una serie de recomendaciones generales para promover la salud mental y el bienestar de la población, combatir la estigmatización, la discriminación y la exclusión social, fortalecer la acción preventiva y proporcionar apoyo y tratamiento adecuado a las personas con problemas de salud mental, sus familias y sus cuidadores.

Entre estas recomendaciones destacan el énfasis en la prevención de las enfermedades mentales a través de intervenciones sociales y apoyo a grupos vulnerables; el refuerzo de la investigación en materia de salud mental; la necesidad de incluir indicadores de salud mental comunes a los Estados miembro con vistas a mejorar la evaluación de las necesidades nacionales y europeas y facilitar el intercambio de mejores prácticas; el desarrollo de programas de sensibilización y de integración en el mercado laboral; y la implantación de programas de

formación para todos los profesionales que trabajan en este sector (entre los que se incluye a los psicólogos).

Así mismo, se propone la creación de una Plataforma de la Unión Europea sobre salud mental que supervise y coordine las medidas destinadas a aplicar el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* (junio, 2008), y que esté formada por miembros de la Comisión Europea, de la Presidencia del Consejo, del Parlamento, de la *Organización Mundial de la Salud*, así como representantes de asociaciones de enfermos y familiares.

Por otro lado, el documento contiene también recomendaciones específicas en las cinco áreas prioritarias señaladas por el *Pacto Europeo*:

- 1. La prevención de la depresión y del suicidio.** Se propone la creación de redes locales de información entre los profesionales sanitarios, los usuarios, los familiares, los centros educativos y laborales, para la prevención de la depresión y el suicidio, así como la puesta en marcha de “*cursos de formación específicos para los médicos de familia y para el personal de los servicios psiquiátricos, incluidos médicos, psicólogos y enfermeros*”.
- 2. La salud mental de los jóvenes y en el sistema educativo.** En el informe se subraya la necesidad de crear servicios especializados en salud mental para niños y adolescentes, pero también la creación de una figura de consejero (experto en edu-

cación y salud mental) en todas las escuelas secundarias, para que *“atienda las necesidades sociales y emocionales de los jóvenes, con especial énfasis en los programas de prevención encaminados a mejorar la autoestima y a la gestión de las crisis”*. A su vez, se propone que la salud mental infanto-juvenil se incluya en los planes de estudios de todas las profesiones en el ámbito de la sanidad y que se prevean la educación y formación permanentes en este ámbito.

3. La salud mental en el lugar de trabajo. El documento señala la importancia de desarrollar y apoyar políticas de integración laboral de las personas con problemas de salud mental. Al mismo tiempo, insiste en la necesidad de que se promueva la creación de ambientes de trabajo saludables y que se preste especial atención al estrés laboral, de tal manera que se requiera a las empresas y organismos públicos que publiquen

anualmente un informe sobre sus políticas y sus acciones en materia de salud mental de los trabajadores.

4. La salud mental de las personas mayores. En el ámbito de las personas mayores, se incluye la promoción de medidas dirigidas hacia una vejez saludable y activa y la necesidad de fomentar la investigación para la prevención y el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas. También se hace hincapié en la importancia de formar al personal sanitario en lo que respecta a las necesidades de las personas mayores con problemas de salud mental y a adoptar medidas de apoyo a cuidadores.

5. La lucha contra la estigmatización y la exclusión social. En el texto se incide en la necesidad de desarrollar una estrategia europea de promoción de la salud mental, mediante campañas públicas de información y sensibilización, y se insta a la Comisión a que elabore unas

directrices europeas para que los medios de comunicación proporcionen una cobertura responsable de los problemas de salud mental.

Así, el informe se pretende constituir como una herramienta útil para lograr los cambios necesarios en el sector de la salud mental en el ámbito europeo. A través de la aprobación de esta Resolución, el Parlamento Europeo se compromete a poner en marcha un proyecto claro y a largo plazo, para la prestación de servicios de salud mental comunitarios de calidad, eficaces, accesibles y universales, desde un modelo de atención globalizado que tenga en cuenta de manera conjunta la salud física y mental de los ciudadanos.

Este informe pone de manifiesto que cada vez existe una mayor concienciación a nivel europeo sobre la importancia de asegurar la salud mental de la población, ya que se trata, sin duda, de una necesidad estratégica para poder asegurar el crecimiento y el desarrollo de cada uno de los Estados miembro.



Psychology in Spain es una revista electrónica publicada anualmente por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Su objetivo es difundir en lengua inglesa la mejor psicología española publicada en las revistas del COP.

La selección de artículos es realizada por un Consejo Editorial cualificado formado por varios de los especialistas más prestigiosos de la psicología española, académica y profesional.

REVISTA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA

<http://www.psychologyinspain.com>

HABLANDO CON LOS FUNDADORES DE LA PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA ESPAÑOLA

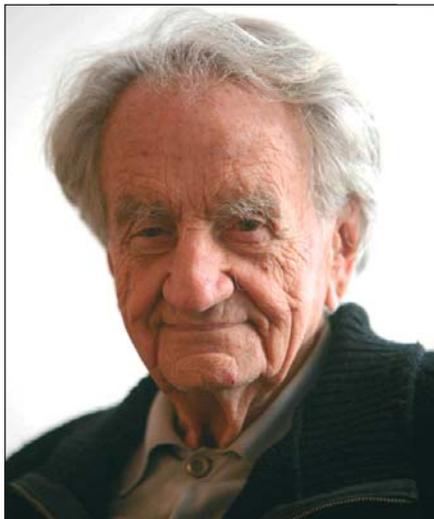
ENTREVISTA A MIGUEL SIGUÁN

Inés Magán y Silvia Berdullas

Miguel Siguán y Soler (Bilbao, 1918) es uno de los psicólogos de mayor prestigio tanto a nivel nacional como internacional. Desde 1962, es Catedrático de Psicología en la Universidad de Barcelona, donde ejerce como Profesor hasta 1986, cuando, a raíz de su jubilación, se convierte en profesor Emérito. Entre sus honores académicos, se encuentra la concesión de *Doctor Honoris Causa* en Psicología por la Universidad de Ginebra y la Universidad del País Vasco, así como posee el *Premio Compostela* otorgado por la Red de Universidades y *Premio Nacional de Literatura*. Es también miembro de la *Academia Scientiarum et Artium Europaea*.

Sin duda, es el máximo representante de la “oficialización” de los estudios universitarios de Psicología en Cataluña. Su importante labor en la creación en el desarrollo de Psicología como ciencia y profesión en España y, en concreto, en su tierra, se refleja en su nombramiento como *Director Honorario del Instituto de Ciencias de la Educación (ICE)* de la Universidad de Barcelona y *Decano Honorario de la Facultad de Psicología* de dicha universidad.

Han pasado muchos años desde que, junto a Pinillos, Yela, o Secadas, entre otros, en aquel *Departamento de Psicología Experimental del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)* y bajo la tutela de José Germain, se iniciara un proyecto que hoy ha dado sus frutos: convertir la Psicología española



Miguel Siguán

en una ciencia empírica y desarrollar los estudios universitarios de Psicología, independientes de la Filosofía. *Infocop* tiene el honor de repasar lo que fue ese proyecto, ha sido y será a través de los recuerdos, opiniones y consejos de uno de sus protagonistas, **Miguel Siguán y Soler**.

ENTREVISTA

Infocop: *En primer lugar, me gustaría agradecerle en nombre del equipo de Infocop que nos haya concedido esta entrevista. Si echamos la vista atrás, en sus años de estudios universitarios, no existía la carrera de Psicología como tal en España, ¿qué le impulsó a decantarse por estos estudios?*

Miguel Siguán: Es verdad. Yo no estudié Psicología como tal porque tal estudio no existía. En tiempos de la República en las Facultades de Filoso-

fía de Barcelona y de Madrid, se cursaban dos años de estudios de materias de humanidades y, después de realizar un examen conjunto de todas las asignaturas, se elegía una especialidad: Filosofía, Historia, Literatura, Lenguas clásicas, Lenguas semíticas, etc. Esta segunda parte de la carrera o especialización duraba tres años en los que había numerosos seminarios y clases prácticas, y sólo se celebraba un examen final general. Yo aprobé el examen intermedio en junio del 36, pero no pude iniciar la especialidad de Filosofía porque el mes siguiente empezó la guerra civil. Participé en la guerra y el azar de la *Caja de Reclutas* me llevó a una unidad anarquista, donde durante una temporada actué como “miliciano de cultura” en primera línea en el frente de Teruel.

Es cierto, sin embargo, que durante los dos años de estudios comunes leí libros de Psicología que me interesaron mucho. Entre ellos: *Esencia y formas de la simpatía* de Scheler; *Psicología de la edad juvenil* y *Formas de vida* de Spranger; así como, las primeras obras de Piaget, las que escribió como consecuencia de sus observaciones en la *Maison des Petits* de Ginebra. Además, en estos años mantuve contactos con el *Instituto Psicotécnico* que dirigía en Barcelona **Eduardo Mira**. A lo que añadiré que, como puede verse en mi libro *La guerra a los veinte años*, la guerra fue para mí, entre otras cosas, una escuela de Psicología y de Sociología.

Después de la guerra terminé, a tran-
cas y barrancas, la licenciatura en Filo-
sofía e hice diferentes trabajos,
fundamentalmente, dar clases en Barce-
lona y en Santander. Rozaba los 30
años y hacía poco que había terminado
la guerra en el mundo, cuando tuve la
ocasión de pasar un año en Londres y
allí, entre otras cosas, en la *London
School of Economics* (LSE) seguí un
curso sobre Psicología social del traba-
jo. De regreso a Barcelona, me trasladé
a Madrid para leer mi tesis doctoral so-
bre *La Psicología del amor en la místi-
ca del siglo XII*. En aquellos años, sólo
la Universidad de Madrid podía otorgar
títulos de Doctor y por ello se llamaba
la “Universidad Central”. Fue en esta
estancia cuando formalicé mi incorpo-
ración al recién creado *Departamento
de Psicología Experimental del CSIC*.

I: *No puede negarse que usted es uno
de los padres de la Psicología contem-
poránea española, y en concreto en
Cataluña. Fue en el Departamento de
Psicología Experimental del CSIC
donde se fragó un movimiento para
desarrollar la Psicología como una
ciencia experimental. ¿Qué nos puede
contar sobre aquel Departamento?
¿En qué consistía aquel proyecto?*

M.S.: En el Departamento, y bajo la di-
rección del Doctor **Germain**, coinci-
dimos jóvenes universitarios de distintas
procedencias. **Mariano Yela**, madrile-
ño castizo, **José Luis Pinillos**, vasco, y
yo mismo, catalán. Los tres habíamos
estudiado Filosofía y compartíamos la
ilusión de que en las facultades de Filo-
sofía existiese una licenciatura en Psi-
cología. El **Padre Úbeda** y **Jesusa
Pertejo**, con quien compartía despacho,
eran castellanos viejos y médicos; y **Se-
cadas**, montañés y pedagogo.

Nuestro director y orientador, el Doctor
Germain, antes de la guerra había crea-
do el *Instituto Psicotécnico de Madrid*,
una entidad pública dedicada, como su
homóloga en Barcelona, a la Orientación
y Selección Profesional, cuya base teóri-
ca era la psicotecnia y, por tanto, los
tests. El *Instituto* tenía como objetivo
principal llevar a cabo diagnósticos psí-
quicos de calidad y lo que pretendía
Germain era refundar el *Instituto* y de-
volverlo a su antiguo esplendor.

Sin embargo, los jóvenes, en cambio,
pretendíamos introducir la Psicología
en la Universidad; entendiendo por Psi-
cología, la Psicología de base empírica
y con pretensiones de ciencia que veá-
mos desarrollar en Europa y con la que,
a pesar de nuestros escasos medios,
estábamos en sintonía.

I: *Como bien ha mencionado anterior-
mente, tuvo la oportunidad de formar-*

*se en la prestigiosa London School of
Economics (LSE), concretamente, en
el área de la Psicología del Trabajo y
las Organizaciones. ¿Qué destacaría
de aquella época?*

M.S.: Como ya he dicho, en Londres
asistí a cursos en la LSE sobre Psicolo-
gía social del trabajo que a mí me abrie-
ron un mundo nuevo. Ya no se trataba
de analizar psicométricamente las apti-
tudes del trabajador ni de evaluar de la
misma manera las capacidades que exi-
gía una tarea determinada; sino de cons-
tatar que el trabajador, al ingresar en
una empresa, se integraría en un grupo
humano que tendría un jefe, a través del
cual se le transmitían los objetivos de la
empresa. De esta manera, el comporta-
miento laboral de un trabajador vendría
determinado por las actitudes del grupo
en relación con su jefe y a través de éste
con los objetivos de la empresa. Así la
empresa se convertía en un complejo de
relaciones humanas y la tarea del psicó-
logo industrial era saber entender y me-
jorar estas relaciones.

En realidad, la mayoría de los que tra-
bajábamos en el Departamento había-
mos tenido ocasión de hacer alguna
estancia en el extranjero. **Mariano
Yela** había estado en Chicago con
Thurstone trabajando sobre tests psico-
métricos y su tratamiento estadístico y
luego en Lovaina. **Pinillos** había estado
en Alemania trabajando sobre tests pro-
yectivos y más adelante estuvo en Lon-
dres con **Eysenck**, que hacía estudios
psicométricos sobre rasgos de persona-
lidad. El **Padre Úbeda** nos trajo de Es-
tados Unidos el polígrafo, una rigurosa
novedad en aquellos días y **Jesusa Per-
tejo** había perfeccionado en Suiza su
estudio del Rorschard.

I: *¿Cuáles son los recuerdos que le
quedan de aquella época? ¿Qué puer-*

tas le abrió trabajar con aquel grupo de jóvenes psicólogos bajo la dirección del profesor José Germain?

M.S.: Guardo un recuerdo delicioso y emocionado empañado sólo por la constatación de que ya somos muy pocos los que quedamos. De todos modos, querría añadir algo sobre el tema: lo que hicimos en el Departamento ha influido tanto en el desarrollo posterior de la Psicología en España que tiende a suponerse que el Departamento tenía un volumen y unos medios muy superiores a los que efectivamente tenía. Durante muchos años, los que lo formábamos éramos simplemente becarios y el Departamento, de hecho, sólo funcionaba de siete a nueve o diez de la noche, lo cual significa que durante el día teníamos que dedicarnos a otras actividades para subsistir.

Yo, por mi parte, inicié estas actividades colaborando con el departamento de personal de la fábrica *Standard Eléctrica* y luego asesorando en cuestiones de dirección y problemas humanos a diferentes empresas de muy diversos tipos. En un ámbito próximo, me dediqué a estudiar la inmigración, un fenómeno de un volumen extraordinario a partir de la liberación económica de 1960, y así escribí *Del campo al suburbio*, por el que recibí el Premio Nacional de Literatura.

I.: *En el Departamento, se fraguó el proyecto de convertir la Psicología en una licenciatura. ¿Puede contarnos en qué consistía el proyecto y cómo juzga los resultados conseguidos?*

M.S.: Ya he dicho que tanto **Mariano Yela** como **José Luis Pinillos** y como yo mismo habíamos estudiado en la Facultad de Filosofía y Letras la especialidad de Filosofía. A los tres nos parecía muy pobre la presencia de la Psicología

en esta facultad y soñábamos con que un día existiese en la facultad una especialización en Psicología y, en definitiva, una licenciatura completa. Yo mismo lo propuse en un artículo en la Revista *Arbor*, órgano del CSIC.

En aquel momento parecía una utopía porque las facultades de Filosofía y Letras no sentían ningún interés por el tema. Cuando **Ruiz Jiménez** se hizo cargo del Ministerio de Educación y nombró Rector de la Universidad de Madrid a **Pedro Laín Entralgo**, se abrió una posibilidad. De acuerdo con el nuevo Rector, establecimos, no en la Facultad de Letras, sino en el viejo caserón de San Bernardo, y dependiendo directamente del Rectorado, una *Escuela Profesional de Psicología*. En la Escuela de Psicología se impartía un postgrado de dos cursos que estaba abierto a licenciados de cualquier carrera, con varias especialidades: pedagógica, laboral y clínica. El éxito nos reafirmó en el convencimiento de que era necesaria una auténtica formación universitaria y por tanto una licenciatura. Esto último sólo pudimos conseguirlo más adelante, cuando los tres éramos ya catedráticos universitarios y podíamos influir desde dentro.

Mientras, en el Departamento manteníamos esta lucha, siendo conscientes de que en muchas Universidades de Europa y de América existían Departamentos de Psicología que no sólo

llevaban adelante la investigación en Psicología sino que ofrecían algún tipo de enseñanza. Nos sentíamos claramente atrasados. Sin embargo, con el paso de los años, el modelo que adoptamos, una licenciatura única y polivalente, no sólo ofrecía una buena base para el ejercicio profesional sino que permitía la constitución de una organización profesional de los psicólogos única y, por tanto, capaz de ponerse a la altura de otras profesiones más antiguas; esto último no ocurre en países en los que la Universidad u otros centros ofrecen una variedad de formaciones psicológicas.

A lo dicho podemos añadir que, no sólo tenemos un buen sistema de formación profesional de los psicólogos, -otra cosa, por supuesto, es que en cada lugar concreto funcione mejor o peor-, sino que la investigación que hoy se lleva a cabo en nuestros departamentos universitarios es tan buena o mejor que en cualquier país europeo.

I.: *Tras una larga carrera profesional, ¿cuál cree que es la situación de la Psicología española como ciencia en la actualidad? ¿Dónde situaría la investigación española en Psicología y qué es lo que nos distancia, bajo su punto de vista, de otros países europeos o de EEUU?*

M.S.: Es cierto que, por muchas razones, la investigación que se hace en Es-

tados Unidos, sea en el campo de la Psicología sea en cualquier otro campo, tiende a ser la predominante. Y es igualmente evidente que sea donde sea que se localice la investigación, sólo si está escrita en inglés puede aspirar a un reconocimiento internacional. Pero una vez dicho todo esto, añado que la investigación en Psicología que hoy se hace en España tiene tanta calidad como la que se hace en los países europeos con más tradición en este campo. Cuando nosotros empezamos, esto no era así, pero la situación ha cambiado totalmente y algún mérito nos corresponde a los pioneros de este cambio.

I: *¿Cree que la profesión del psicólogo tiene el reconocimiento social y político-legal que merece?*

M.S.: Hace sesenta años la profesión de psicólogo no existía. Hoy, si no estoy equivocado, los Colegios Profesionales de psicólogos en las distintas Comunidades Autónomas tienen cerca de 50.000 afiliados, lo cual significa que la profesionalización de la Psicología ha encontrado un amplio respaldo social, mucho mayor del que podíamos imagi-

nar al principio. Por supuesto, sé que hay problemas puntuales en el ámbito de la sanidad pero doy por supuesto que acabarán resolviéndose.

I: *Si analizamos más allá del campo estrictamente profesional, ¿qué es lo que le ha aportado la Psicología?*

M.S.: Para mí la Psicología ha significado dos cosas: por un lado, enseñar, dar clase, orientar a los alumnos, etc.; y, por otro, observar y reflexionar sobre los comportamientos humanos individuales y colectivos.

De joven, en la Universidad, oí hablar de un profesor ya fallecido del que se contaba que decía muy admirado: “*En la Universidad me dejan dar clase y encima me pagan*”. Enseñar, dar clase, es casi lo único que sé hacer y lo que más me gusta. Mi padre era maestro y desde muy jovencito ya le ayudaba. En la guerra, ya he dicho que enseñaba a

Para saber más sobre Miguel Siguán y Soler, visita su blog (<http://siguan.blogspot.com>) y su página Web (www.gkdesign.com/siguan).

leer en las trincheras. Hoy, a punto de cumplir noventa y uno, estoy ilusionado porque dentro de unos días voy a dar un cursillo de cuatro lecciones.

En cuanto a observar e intentar entender el comportamiento ajeno, individual o colectivo, reconozco que más que mi ocupación es mi obsesión, es decir, que si la Psicología no existiese yo me vería capaz de inventarla.

I: *Y para terminar, ¿qué les diría a los jóvenes profesionales de la Psicología?*

M.S.: Todo el que empieza a ejercer una profesión universitaria se da cuenta, o cree darse cuenta, de que la mayor parte de lo que aprendió en la carrera no le sirve para nada. En cambio, parece que a lo que podría ser útil no se le prestó demasiada atención. De modo que si volviese a empezar los estudios, lo haría mejor; pero el caso es que ya no hay tiempo para recomenzar. La verdad es que, cuando se termina de estudiar, hay que aprender de la realidad, de los casos con los que uno se enfrenta, de las situaciones en las que ha de actuar, buscando información debajo de las piedras, pidiendo ayuda, dejándose la piel si hace falta, y aprendiendo de los fracasos y no cediendo al desaliento. Hay que ir descubriendo, poco a poco, que uno no es un genio pero tampoco un inútil y que, si de verdad se propone ayudar a su cliente y no regatea esfuerzos, acaba por ayudarlo. Estos pequeños éxitos, repetidos a lo largo del tiempo y alternados con algún fracaso, para evitar caer en la vanidad, acaban por constituir una vida profesional satisfactoria. Sentirse satisfecho con la propia ocupación profesional es una de las mejores cosas que le pueden ocurrir a uno en esta vida.

Solicita
TU CONEXIÓN A
Internet

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos facilita a los colegiados el acceso a internet.

¡Infórmate en tu Colegio!

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y DEL APRENDIZAJE, ASIGNATURAS PENDIENTES DEL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL

Aída de Vicente

Un reciente informe de la Fundación Instituto de Empresa (IE), realizado con profesores de Secundaria, revela que los docentes evalúan negativamente la evolución del sistema educativo en España. Entre sus críticas al sistema de enseñanza destacan los altos índices de fracaso escolar y de problemas de aprendizaje, así como las dificultades para hacer frente a los comportamientos violentos y al desafío a la autoridad por parte de sus alumnos.

En el estudio han participado 502 profesores de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Comunidad de Madrid, a los que se ha realizado una encuesta sobre su trayectoria profesional, prácticas educativas, compromiso docente y resultados escolares, entre otros.

El informe, titulado *La experiencia de los docentes vista por ellos mismos: una encuesta a profesores de enseñanza secundaria de la Comunidad de Madrid* (ver documento en: <http://www.infocoponline.es/pdf/030309docentes.pdf>), ha puesto de manifiesto que si bien en líneas generales los profesores señalan que tienen buenas relaciones con sus alumnos, reconocen que existe un porcentaje minoritario pero significativo de escolares que crea problemas. En concreto, señalan que 4 de cada 10 alumnos tienen poca motivación para estudiar, 3 de cada 10 no se esfuerzan y casi 4 de cada 10 tienen dificultades de concentración.

En este sentido, establecen una estimación media del fracaso escolar de sus alumnos en el 18%. Además, un 35% considera que son muchos o bastantes

los alumnos que obtienen el título de Graduado en ESO sin estar preparados para ello, y un 40% cree que son muchos o bastantes los alumnos que pasan de curso indebidamente.

Por otro lado, señalan que un 7% de los alumnos mantiene una actitud de rechazo o desafío a las normas. Así, casi la mitad de los profesores de ESO (48%) reconoció haberse enfrentado al menos a un intento de boicot de la clase por parte de algún alumno durante el curso pasado (2007-2008) y un porcentaje similar de docentes afirmó haber tenido noticia de algún caso de acoso escolar entre sus alumnos.

En términos globales, los profesores encuestados suspenden al sistema de enseñanza español. Una gran mayoría cree que la motivación de los profesores va a menos (75%), y que el nivel de disciplina en los centros está disminuyendo (70%).

Los resultados del estudio sacan a la luz las carencias del sistema de enseñanza para hacer frente a problemas cada vez más frecuentes en los centros educativos. Estos problemas, de índole psico-

lógica (trastornos de la conducta y del aprendizaje), requieren un abordaje especializado y urgente, ya que afectan directamente a la calidad de la enseñanza y al rendimiento de los alumnos y obstaculizan la labor de los docentes.

En el ámbito educativo, la Psicología y los psicólogos tienen mucho que aportar. Estos profesionales realizan una labor fundamental en los centros escolares, no solamente a través de las tareas de orientación educativa y profesional asignadas a los equipos y departamentos de orientación, sino también a través de las labores de apoyo a las familias y al profesorado en el abordaje de estos problemas psicológicos que inciden en la adaptación del alumno y en la convivencia escolar.

Los psicólogos, tal y como se estableció en el informe de conclusiones del *I Encuentro Nacional de Profesionales de la Psicología de la Educación*, celebrado el pasado mes de enero, aportan un valor añadido a la enseñanza, ya que están especialmente entrenados para desempeñar las siguientes funciones y tareas:

1. Prevención y detección de problemas de salud mental y su posible derivación y seguimiento de los casos.
2. Detección temprana y diagnóstico de trastornos del desarrollo.
3. Evaluación psicológica del alumno utilizando los instrumentos y técnicas psicológicas específicas, así como la elaboración del correspondiente informe psicológico.
4. Diagnóstico de discapacidades psíquicas, sobredotación intelectual, trastornos del comportamiento y de las

emociones y trastornos específicos del aprendizaje.

5. Intervención psicológica con alumnos que presentan discapacidades sensoriales y motóricas que lo precisen.
6. Intervención psicológica con alumnos o con grupos en situaciones de conflicto: violencia escolar, acoso escolar, conductas agresivas, etc.
7. Asesoramiento al profesorado para el manejo del grupo: resolución de conflictos, mejora de habilidades sociales, acoso escolar, etc.
8. Asesoramiento al profesorado, a las familias y a los alumnos sobre los problemas y procesos psicológicos que afectan al aprendizaje: trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, control de esfínteres y otros trastornos de conducta.
9. Asesoramiento a familias, a profesores y a los alumnos que han estado expues-

tos a situaciones traumáticas: fallecimiento de un familiar, malos tratos, abuso sexual, terrorismo, catástrofes, etc. y su posterior intervención y derivación.

Sin duda, la consolidación de la figura del psicólogo en los centros educativos permitiría hacer frente a estos problemas que requieren una atención urgente para mejorar la calidad de la Educación y la dinámica de los centros. Sin embargo, la realidad es que la Administración actualmente está diluyendo la presencia de los psicólogos educativos en los centros escolares. De hecho, está planeando la creación de un cuerpo de orientadores, en sustitución de los tradicionales equipos formados por psicólogos, pedagogos y psicopedagogos, que estará integrado por aquellos que hayan superado la correspondiente especialidad del Máster obligatorio de Secundaria y hayan aprobado la oposi-

ción, es decir, que no se exigirá como requisito esta formación especializada.

Si se valoran los resultados de este trabajo, la Administración debería impulsar políticas de actuación dirigidas a atajar los problemas a los que diariamente se enfrentan profesores, alumnos y familiares, relacionados con temas como la violencia escolar, los problemas de aprendizaje o el fracaso escolar, y para los cuales el psicólogo es el profesional mejor preparado. Tal y como ha señalado **Francisco Santolaya**, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: *“El psicólogo debería ser una pieza esencial en los centros educativos, prestando el servicio para el que está mejor cualificado, la atención psicológica. Nadie, excepto los psicólogos, está formado, dentro del rigor científico, para evaluar, diagnosticar, intervenir y tratar profesionalmente la conducta humana”*.

PUBLICIDAD



Curso de

Orientación Sociolaboral

www.intervencionsocial.com

www.intervencionsocial.com

El reto de estar formados para la nueva realidad social

El empleo es el motor de la economía, de la estabilidad personal, familiar, etc. y el acceso y mantenimiento de un puesto de trabajo es la base de la situación y estabilidad social de las personas. Conocer las características y funcionamiento del mercado de trabajo, las técnicas de búsqueda de empleo y las herramientas a poner en práctica, así como recursos de formación e inserción pueden incrementar las posibilidades de incorporación al mercado de trabajo de personas desempleadas así como facilitar el mantenimiento y mejora profesional de las condiciones de trabajo a personas desempleadas.

☎ 954 933 807 📠 954 933 808

✉ formacion@intervencionsocial.com

📍 c/ Peñalara, 15 Bajo Izq. 41005 Sevilla.

125 horas

Curso a Distancia

Matrícula:

Soporte Papel: 250 €
Soporte CD: 230 €
Soporte Web: 200 €

Organiza y dirige:



IESE Intervención Social, SL., CIF: B - 91226407 Entidad Inscrita en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de la Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía con Nº AS E- 4525.



EL DEFENSOR DEL PUEBLO PRESENTA UN INFORME SOBRE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

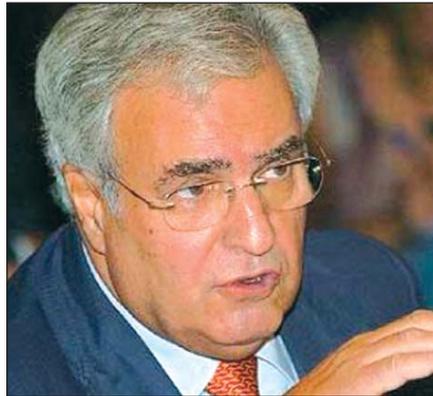
Aída de Vicente y Silvia Berdullas

El Defensor del Pueblo, **Enrique Múgica**, presentó, el pasado 17 de febrero, ante la Comisión Mixta del Senado, un informe monográfico sobre los centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. El informe es el resultado de la investigación de 27 de los 58 centros para jóvenes con problemas de conducta que hay en España. Tras la presentación del informe, el Fiscal General del Estado ha acordado la apertura de diligencias preprocesales y las oportunas investigaciones sobre las situaciones descritas.

Según ha denunciado el propio Múgica en su comparecencia: *“hemos examinado de cerca un sistema que no está dando los frutos esperados, un sistema cuya financiación supone además un cuantioso esfuerzo económico para la administración y para la ciudadanía (3.810 euros de media mensual por cada menor), un sistema abandonado a la inercia de unos poderes públicos que incumplen a veces sus funciones de vigilancia y tutela, que no garantiza suficientemente los derechos de los menores y que, en ocasiones, incluso les aplica tratamientos que no son los más adecuados a sus necesidades”*.

La Oficina del Menor comenzó dicho estudio en el año 2007, tras recibir denuncias tanto por parte de los jóvenes internados, como por parte de los familiares y educadores que han trabajado en dichos centros.

En el informe, el Defensor del Pueblo ha cuestionado el nivel ético y el carácter



*Enrique Múgica
Defensor del Pueblo*

pedagógico de determinados métodos que se aplican a menores con trastornos de conducta y en dificultad social, destacando la existencia de numerosas irregularidades en la atención a estos jóvenes, como vulneraciones de derechos y castigos “desproporcionados”, entre los que se encuentran: la prohibición a asistir a centros educativos, la privación de salidas al patio durante una semana, la administración de medicamentos psiquiátricos contra su voluntad y sin ajustarse a la ley reguladora de la autonomía del paciente (en el 75% de las situaciones de grave alteración se suministra tratamiento farmacológico a los menores), la imposición de medidas de contención física o mecánica y medidas de aislamiento extremas, así como la realización de registros personales en los que se obliga a los menores a desnudarse sin justificación ni comunicación al juez. Las sanciones agresivas que se aplican en muchos de estos centros llegan al extremo de los malos tratos y del aislamiento de los menores en “salas de baja estimulación” o de “reflexión”, con

paredes recubiertas de caucho negro y sin ventilación, que apenas alcanzan tres metros de longitud.

Así mismo, ha destacado la carencia de personal especializado en Psiquiatría y Psicología infantil y juvenil y la amplia variación en lo que respecta a la composición del equipo técnico encargado del cuidado de los menores, dándose el caso de que muchos de estos centros no cuentan en sus equipos con psicólogos, trabajadores sociales y ayudantes técnicos sanitarios. Como consecuencia de esta carencia de profesionales adecuados, se han detectado numerosos niños con graves trastornos mentales, con altos niveles de fracaso escolar y/o con serios problemas de abuso de sustancias, que no están siendo diagnosticados ni atendidos.

Otra de las graves deficiencias encontradas es la escasa o nula preparación que se proporciona a los menores para afrontar su futuro. Según declaró Múgica, una vez que salen de estos centros, la realidad con la que se encuentran es la calle y la exclusión social, por lo que *“es preciso educarlos recuperando para esa tarea toda la nobleza del término educar, (...) y utilizando para ellos todos los recursos disponibles y las mejores opciones que nos ofrecen hoy la Psicología y las técnicas pedagógicas”*.

A lo largo de su presentación, Enrique Múgica ha cuestionado la metodología pedagógica, de carácter eminentemente sancionador, frecuentemente empleada en estos centros, y ha insistido en la urgencia de desarrollar programas que cubran aspectos que no se suelen tener

en cuenta en las intervenciones con estos menores, como sus necesidades afectivas, educativas, terapéuticas o de promoción y desarrollo de su autonomía. Así, ha señalado que se necesitan métodos que *“les ayuden a manejar su ira y agresividad, que fomenten su sentido de pertenencia al grupo, que les ayuden a salir airoso de situaciones adversas, que orienten su rebeldía de manera creativa y les permitan recuperarse para la vida y afrontar su futuro”*, señalando, además, que la mayoría de estos menores se quejan del uso excesivo de psicofármacos y reclaman una mayor atención psicológica.

En su informe el Defensor del Pueblo establece algunas recomendaciones para hacer frente a estas deficiencias, como la elaboración de indicadores que permitan evaluar la efectividad de los dis-

tintos programas de intervención puestos en práctica en los centros o la regulación de sus protocolos de asignación y de actuación, así como un mayor seguimiento y control por parte de las administraciones. Entre dichas medidas también se incluye *“que se revise el actual modelo de especialidades de Psiquiatría y Psicología para incluir, como áreas de capacitación preferente, la Psiquiatría y la Psicología de la infancia y adolescencia”*.

En conclusión, el informe señala serias deficiencias que obligan a cuestio-

nar los modelos coercitivos que caracterizan muchos centros de protección de menores. En este sentido, la Psicología ofrece programas alternativos de intervención, tanto en contextos educativos como clínicos, que han demostrado una alta eficacia para el control de las conductas violentas y que se basan en el desarrollo de la autonomía, como técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ira, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, educación en valores, etc. Según señaló el propio Múgica, *“atiborrar de pastillas a los adolescentes en los centros de acogida revela dejadez y rutina profesional en lugar de implicación en el tratamiento”*.

El documento original puede descargarse en: http://www.defensor-delpueblo.es/documentacion/informe_smonograficos/informe_menores_09.pdf

PUBLICIDAD

exceso de trabajo
exámenes
pérdida de concentración

Des-Estrésate con D-Stress

El ritmo de vida actual provoca situaciones puntuales de estrés que pueden acabar siendo crónicas. D-Stress es la respuesta moderna para controlar esta situación y equilibrar el estado de serenidad.

Con su contenido en Taurina, Arginina, Vitaminas del grupo B y Magnesio liposoluble, D-Stress logra un efecto inmediato en situaciones de tensión y reequilibra el organismo.

Distribuido en España por:
Hilefarma®
Tel. 972 402 560
info@hilefarma.com
www.hilefarma.com

De venta en farmacias y parafarmacias C.N. 33797/9



¿QUÉ ES SER FELIZ Y CÓMO PUEDO LOGRARLO?

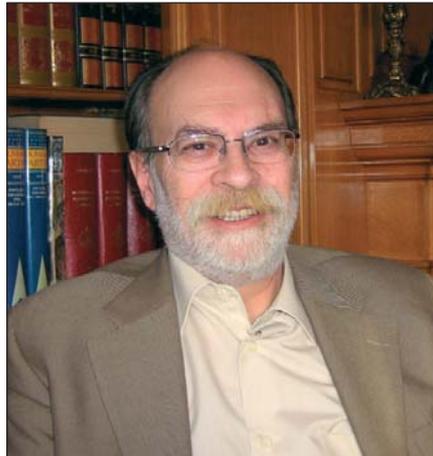
ENTREVISTA A ENRIQUE G. FERNÁNDEZ-ABASCAL, COORDINADOR DEL LIBRO EMOCIONES POSITIVAS

Inés Magán y Silvia Berdullas

Durante mucho tiempo, las emociones positivas, tales como la alegría, el amor, la felicidad, etc., han suscitado poco interés científico. Sin embargo, en los últimos años, se han recuperado del olvido, especialmente a partir de 1998 cuando M. Seligman inició su presidencia en la *Asociación Americana de Psicología* (APA). A lo largo de esta última década, son muchos los investigadores que han iniciado el estudio científico de las emociones positivas o la llamada Psicología Positiva.

Probablemente, uno de los grandes retos a los que se enfrentan las personas en la sociedad actual es aprender a ser felices y a mantener la experiencia de emociones positivas. En España existen múltiples grupos de investigación que han tratado de dar respuesta a éstas y otras preguntas con una exquisita rigurosidad científica. **Enrique G. García-Abascal** ha contado con los investigadores de mayor prestigio en el área y ha coordinado la publicación de todos estos avances en un nuevo libro, *Emociones Positivas*, que de una forma amena y entretenida, y sin perder la rigurosidad científica, trata de explicar qué son las emociones positivas, cuáles son y para qué sirven, analizando, así mismo, los procesos cognitivos que se asocian a ellas, su relación con la salud, y su importante labor en relación a los momentos adversos de la vida, el estrés, o los sucesos traumáticos.

Con motivo de la publicación de este libro, *Infocop* ha querido realizar una



Enrique G. Fernández-Abascal

entrevista a su coordinador, **Enrique G. Fernández-Abascal**, catedrático de Psicología de la Emoción y la Motivación en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), para que él mismo nos cuente, de primera mano, todos estos avances.

ENTREVISTA

Infocop: *Durante mucho tiempo, la Psicología ha estado anclada, sobre todo, en las emociones negativas. Sin embargo, desde hace unos años, las emociones positivas han comenzado a recuperarse del olvido. En su calidad de experto en el área, ¿podría explicarnos por qué la Psicología Positiva o de las Emociones Positivas surge ahora y además con tanta fuerza, tanto en el campo más básico como en el aplicado?*

Enrique G. Fernández-Abascal: La ratio entre las publicaciones que recoge el *PsycINFO*, desde 1887 hasta la actualidad, constatan que un 95% de ellas se

han dedicado al afecto negativo y un escaso 5% al positivo. Las razones de este desequilibrio son varias. En primer lugar, la mayor presión e interés por entender y paliar el sufrimiento humano asociado con el afecto negativo, y que sólo cuando se ha dispuesto de un bagaje consolidado de técnicas terapéuticas el interés se ha tornado a la prevención y las formas de disfrute asociadas al afecto positivo.

Por otra parte, se encuentran las dificultades de medida de las emociones positivas, ya que todas ellas comparten muchos elementos comunes tanto en la comunicación no verbal, como en los autoinformes o en el afrontamiento, lo que ha dificultado su medida y discriminación, frente a las emociones negativas como el miedo, la ira o la tristeza que presentan elementos de medida mucho más fáciles de objetivar y diferenciar, lo que ha facilitado y primado su estudio, todo lo cual a su vez, las convirtió en el prototipo del estudio de la emoción en el laboratorio, lo que limitó severamente la posibilidad de estudiar con esos procedimientos las emociones positivas.

Por último, otra parte del interés por el afecto positivo proviene de las también recientes aportaciones proporcionadas por el estudio de la inteligencia emocional y especialmente el papel regulador que las emociones positivas ejercen sobre las negativas, lo que ha puesto de manifiesto las importantes funciones adaptativas que tienen las emociones positivas y que hasta ahora habían sido ignoradas.

I: *En su opinión, ¿cuáles son las emociones positivas fundamentales?*

E.G.F.A.: Durante los primeros meses de vida, la alegría, que surge cuando conseguimos alguna meta u objetivo deseado o cuando experimentamos una atenuación en un estado de malestar, es prácticamente la única emoción positiva con la que contamos, pero en la medida que el bebé comienza a desarrollar capacidades manipulativas y de interacción con el medio se desarrollan las dos familias de emociones positivas fundamentales en nuestra vida, las que tienen que ver con la presencia de otras personas, como el amor, y las que tienen que ver con la realización de actividades, como el disfrute o el fluir.

I: *En relación a los últimos hallazgos científicos, ¿cuáles serían las diferencias más relevantes entre las emociones positivas y las negativas?*

E.G.F.A.: Las emociones positivas frente a las negativas presentan importantes diferencias, que en algunos aspectos parecen jugar papeles antagonistas, aunque no lo sean. Así, las emociones positivas tienen importantes efectos sociales que hacen que mejoren nuestras relaciones humanas, influyendo tanto en el establecimiento de relaciones interpersonales como en las expectativas que tenemos frente a las mismas; hoy sabemos que cuando predomina el afecto positivo actuamos de forma más prosocial, que se ve incrementada la probabilidad de ayudar a otras personas, que expresamos mayor agrado por los demás, que somos más generosos con los otros y con nosotros mismos, que actuamos de manera más cooperativa o que somos menos agresivos.

Por otra parte, las emociones positivas también tienen efectos sobre nuestro

rendimiento cognitivo mejorándolo, por ejemplo, sabemos que nos permiten actuar de forma más creativa, tomar decisiones de manera más eficiente, incrementar nuestra motivación intrínseca o hacernos más persistentes ante señales de fracaso.

Y por último, otros importantes hallazgos tienen que ver con su influencia sobre la salud y los importantes beneficios que le aportan. Así, las emociones positivas nos hacen más resistentes al estrés, es decir, crean tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores y sabemos que esta respuesta al estrés, desde el procesamiento de los acontecimientos hasta la activación fisiológica en respuesta a los mismos, es modulada por el afecto positivo reduciendo sus posibles efectos patógenos.

I: *De forma análoga al dilema “lloro porque estoy triste o estoy triste porque lloro”, ¿“sonrío porque estoy contento o estoy contento porque sonrío”?* ¿Cuál es la evidencia empírica en relación a dicho dilema?

E.G.F.A.: Se produce el “sonrío porque estoy contento” ya que, sin duda, la sonrisa es la manifestación distintiva de las emociones positivas, aunque no toda sonrisa es genuina y responde a una emoción positiva, incluso existen sonrisas falsas que intentan esconder una emoción negativa. Y también se produce el que “estoy contento porque sonrío”, ya que se encuentra avalado tanto el hecho de que manifestar una sonrisa incrementa la intensidad emocional, como el hecho de que simplemente tensar el risorio, como mera mueca, produce afecto positivo y prueba de ello es que se trata de un método utilizado en el laboratorio con ese fin.

I: *¿Qué es el “optimismo inteligente”? ¿Qué papel juegan los procesos y los componentes cognitivos en el optimismo o en las emociones positivas?*

E.G.F.A.: El *optimismo inteligente o realista* se refiere a un uso eficiente de nuestros recursos emocionales y a la ponderación de los elementos positivos que todas las circunstancias de la vida tienen. Ser optimista es una tendencia a esperar que el futuro nos deparará resultados favorables, y esto es fruto de nuestras experiencias anteriores y de las expectativas que tenemos sobre el futuro, y ambas condicionan directamente nuestro sistema de análisis emocional.

Pasado nuestro primer año de vida, el mundo deja de ser un blanco y negro emocional, es decir, para un adulto las cosas no son totalmente positivas o negativas emocionalmente hablando, sino que todas las circunstancias tienen aspectos tanto positivos como negativos. Quien sólo ve los elementos negativos o los positivos (como el optimista ingenuo), se pierde una parte de la realidad y tendrá dificultades para adaptarse a ella.

En estas circunstancias, el pensamiento optimista se caracteriza por recordar los acontecimientos felices del pasado, minimizar el peso de los negativos, al mismo tiempo que selecciona la información actual de la manera más beneficiosa para su propia autoestima. Para ello sesga la memoria emocional, hace atribuciones autocomplacientes (*sesgo*

autocomplaciente) y crea una ilusión de control. Es decir, el optimismo actúa sobre los principales mecanismos de valoración emocional, que se basan en los sesgos en el procesamiento de los acontecimientos.

I: *Actualmente, los problemas que se presentan no suelen amenazar la supervivencia, y, sin embargo, la reacción emocional es la misma que antaño, lo cual facilita la aparición de trastornos de ansiedad, estrés, etc. ¿Qué potencial podría tener para los tratamientos psicológicos incluir un componente para el entrenamiento sistemático de las emociones positivas?*

E.G.F.A.: No es del todo correcto pensar que no vivamos rodeados de peligros, aunque estos sean evolutivamente muy diferentes de los que padecían los primeros humanos. Un conductor que pierde el control de su coche y nos enviste, el aire que derriba una cornisa cuando paseamos por la calle o un escape de gas en nuestra propia casa, son amenazas presentes a las que nuestro sistema emocional puede y tiene que dar respuesta, y del que dependemos para sobrevivir. Incluso no se puede pensar que ya no vivamos rodeados de depredadores, ya que lo hacemos del mayor depredador de toda la evolución, el ser humano. Desde un atraco hasta un atentado terrorista o una guerra, nuestra vida depende muchas veces de nuestra capacidad de reacción emocional.

Además, emociones negativas no son sinónimo de malas, si manipuláramos genéticamente al ser humano y le suprimiéramos las emociones negativas, simplemente no sobreviviríamos ni como personas ni como especie. Muchas de las cosas “positivas” que hacemos están motivadas por emociones negativas, así,

cuando estamos enfermos vamos al médico por miedo al sufrimiento y a la muerte.

El problema de los trastornos de ansiedad y estrés tiene más que ver con un incorrecto procesamiento y regulación emocional. En este caso, al contrario de lo que hemos comentado en el optimismo, se crean sesgos emocionales que focalizan nuestra atención en las amenazas, sesgan nuestra memoria haciéndonos recordar sólo aspectos catastróficos y sesgan negativamente la interpretación que hacemos de los acontecimientos. Ante este cuadro, sin duda las emociones positivas presentan el mejor antídoto, ya que entre sus características están las de proporcionar una atención más global, un acceso a la memoria antagónico y proporcionar una interpretación de las circunstancias más realista. Pero esto no siempre es posible ya que, por ejemplo, la depresión está

asociada a una anhedonia lo que limita severamente su uso como medida terapéutica, y en los trastornos de ansiedad la persona debería contar previamente con un robusto repertorio de emociones positivas, ya que en los momentos de crisis es muy difícil su creación.

Cuando nos encontramos en una situación de emergencia emocional, es difícil desarrollar nuevas emociones de signo hedónico contrario a ese en el que estamos involucrados. Sólo en los momentos en los que no tenemos ninguna demanda emocional es cuando estamos en condiciones óptimas para el desarrollo de éstas. Así pues, un entrenamiento sistemático en emociones positivas tiene su ubicación más en la prevención que en el tratamiento. Pero si ya existe un repertorio previo de emociones positivas, su empleo tiene efectos reguladores realmente importantes. Si alguna

PUBLICIDAD

DISTRIBUIDOR DE: **VIENA SYSTEM:**

REHACOM: *Sistema computerizado de rehabilitación cognitiva* **Sistema computerizado diseñado para diagnóstico psicológico, terapia e investigación.**

ESCALAS DE DESARROLLO Y NIVEL INTELECTUAL, MEMORIA LENGUAJE, AUDICION, VISION, PERCEPCION, MOTRICIDAD, PSICOLOGIA DEL DEL DEPORTE, EVALUACION SUPERDOTADOS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIAS, DIAGNOSTICO NEUROLOGICO, DIAGNOSTICO PEDAGOGICO-INTERVENCION, TERAPIA OCUPACIONAL, PERSONALIDAD, ORIENTACION PROFESIONAL, EVALUACION FISICA, BIOFEEDBACK Y ADQUISICION DE DATOS FISIOLÓGICOS, POLIGRAFIA, EXPERIMENTACION ANIMAL, MODELOS Y LAMINAS ANATOMICAS, SECCION LIBROS.

www.psymtec.com

 **Psymtec, Material Técnico**
C/ Cazalegas, 5 Local
Cp: 28025 Madrid
E-mail: psymtec@psymtec.com

¡Nueva Dirección! Tlfs: 91 341 71 95
91 341 16 21
Fax: 91 746 41 95

vez has tenido un dolor de muelas, puedes haber observado que éste es mucho menor cuando estamos rodeados de un grupo de amigos y nos divertimos, que cuando estamos solos contemplando nuestro propio dolor.

I: *Parece que existen datos empíricos que evidencian que el humor mejora la salud, que el optimismo ayuda a superar el estrés, o, en general, que las emociones positivas son un factor de protección para la salud psicológica y física. Sin embargo, ¿cuál es la situación actual respecto a la validación empírica de tratamientos psicológicos para desarrollar las emociones positivas?*

E.G.F.A.: Creo que parte de esta pregunta ya te la he contestado en la anterior. Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, es obvio que las emociones positivas juegan un importante papel en la misma.

Los resultados de los estudios de mortalidad evidencian una asociación entre afecto positivo y supervivencia. Así mismo, el afecto positivo es de especial importancia en el bienestar de las personas sanas por encima de los 55 años. Y en los estudios de morbilidad se ha encontrado, casi unánimemente, que el afecto positivo está asociado con menos riesgo de enfermedad y de lesiones, y generalmente con mejor salud; ambos tipos de estudios, los de corte transversal y prospectivos, que relacionan afecto positivo y enfermedad apoyan unánimemente esta asociación. Por contra, en cuanto a la supervivencia, son escasos los estudios existentes, y aunque parecen apuntar en esa dirección, aún hay poca consistencia en sus resultados.

Respecto a la validación empírica de tratamientos específicos desarrollados con esta finalidad, los estudios son esca-

sos, sólo abordan objetivos parciales. Además, la dificultad implícita de los estudios prospectivos hace que ésta sea la nueva frontera de este campo de estudio.

I: *Vivir el presente, disfrutar de las pequeñas cosas, cuidar las relaciones sociales, etc., son las recetas para ser feliz. No obstante, ¿es posible aprender a disfrutar de la vida? ¿Cómo habría de aplicarlo un psicólogo a un paciente de su consulta?*

E.G.F.A.: No sólo es posible aprender a disfrutar de la vida, sino que es necesario hacerlo; ya que, frente a las emociones negativas con las que nacemos más elaboradas, las positivas es necesario aprenderlas y practicarlas.

Somos el organismo más capacitado para disfrutar de la vida, y por ello, las emociones positivas son procesos más abiertos y versátiles, lo cual abre un abanico casi ilimitado de las actividades con las que podemos disfrutar.

Se trata de emociones más personales que las negativas, no sólo por las diferentes condiciones desencadenantes, sino por la propia variedad de los procesos que implican en cada persona. Un ejemplo claro puede ser el humor: no a todo el mundo le gusta lo mismo, según maduramos van cambiando las cosas que nos hacen reír y no todas las personas tienen la madurez suficiente para entenderlo.

El procedimiento más elaborado para su aplicación clínica es el desarrollado por **Peterson** y **Seligman**, que cuenta con instrumentos como el *VIA de fortalezas personales* para determinar cuáles son las capacidades que pueden ser objeto de entrenamiento, ya que no todos disfrutamos con lo mismo ni estamos capacitados para disfrutar con cualquier actividad y, una vez realizado el diag-

nóstico sobre las 24 fortalezas, nos da las pautas de cómo trabajar sobre ellas para su desarrollo.

I: *En cierto sentido, la Psicología Positiva o de las Emociones Positivas, es un área relativamente joven. ¿Qué retos se plantean los especialistas en este campo para el futuro?*

E.G.F.A.: Sin duda, aún queda mucho por hacer. Personalmente hay un tema que me interesa especialmente y que pienso que es un condicionante para el futuro desarrollo de este campo. Me refiero a la intensidad de las emociones positivas. La mayoría de las investigaciones están realizadas con emociones de baja intensidad y por generalización se han asignado los beneficios del afecto positivo al pequeño disfrute cotidiano y, en ese sentido, se han desarrollado los propios procedimientos de actuación; pero tenemos antecedentes en la literatura psicológica de que una sola emoción de alta intensidad no sólo puede tener los mismos efectos, sino una mayor duración temporal, -como las *experiencias pico* que postuló Maslow o los propios efectos que aparecen en el fenómeno de crecimiento postraumático-. Esto podría suponer un cambio radical en los procedimientos de actuación y en los campos de aplicación.

I: *Para finalizar, ¿le gustaría comentar algún aspecto más?*

E.G.F.A.: Creo que es importante reseñar que las aportaciones que se están realizando desde el estudio de las emociones positivas y la Psicología positiva, no pretenden ser una alternativa o recambio a las practicas psicológicas actuales, sino complementarlas y enriquecerlas con el conocimiento de unos aspectos muy importantes de la afectividad humana, que no habían sido tenidos en cuenta.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Conde de Peñalver, 45-5 • 28006 Madrid

E-mail: secop@correo.cop.es

Web: <http://www.cop.es/>

Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA

Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001

Álava
C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta
01001 Vitoria - Gasteiz
E-mail: cop.alava@terra.es E-mail: copalava@cop.es

Teléf.: 945 23 43 36

Fax: 945 23 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001

Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla
Espinosa y Cárcel. 43-45 Bajo
41005 Sevilla
E-mail: cop-ao@correo.cop.es

Teléf.: 95 466 30 76

Fax: 95 465 07 06

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001

Almería, Granada, Jaén y Málaga
C/ San Isidro, 23
18005 Granada
E-mail: copao@correo.cop.es

Teléf.: 958 53 51 48

Fax: 958 26 76 74

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN

Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002

Huesca Teruel y Zaragoza
San Vicente de Paul, 7 Dpldo. 1º Izq.
50001 Zaragoza
E-mail: daragon@correo.cop.es

Teléf.: 976 20 19 82

Fax: 976 29 45 90

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA

Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001

Vizcaya
C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta
48008 Bilbao
E-mail: bizkaia@correo.cop.es

Teléf.: 944 79 52 70

944 79 52 71

Fax: 944 79 52 72

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CANTABRIA

Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003

Santander
Avda. Reina Victoria, 45-2º
39004 Santander
E-mail: dcantabria@correo.cop.es

Teléf.: 942 27 34 50

Fax: 942 27 34 50

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA

Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001

Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo
C/ La Cruz, 12 bajo
02001 Albacete
E-mail: dcmancha@correo.cop.es

Teléf.: 967 21 98 02

Fax: 967 52 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN

Creado por Acuerdo de 20/06/2002

Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora
C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta
47004 Valladolid
E-mail: dcleon@correo.cop.es

Teléf.: 983 21 03 29

Fax: 983 21 03 21

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE CATALUNYA

Creado por Orden 26/06/1985

Barcelona, Girona, Lerida y Tarragona
Gran Via de les Corts Catalanes, 751A, 2n 1a
08013 Barcelona
E-mail: copc.b@copc.es

Teléf.: 932 47 86 50

Fax: 932 47 86 54

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA

Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001

Ceuta
C/ Queipo de Llano, 6. (Esquina Jaudenes)
51001 Ceuta
E-mail: copceuta@yahoo.es

Teléf.: 956 51 20 12

Fax: 956 51 20 12

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003

Alicante, Castellón y Valencia
Carrer Compte D'Olocau, 1
46003 Valencia
E-mail: copcv@correo.cop.es

Teléf.: 96 392 25 95

Fax: 96 315 52 30

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA

Creado por Decreto 165/2004 de 03/11/2004

Badajoz y Cáceres
C/ Almonaster la Real, 1-1ºD
06800 Mérida (Badajoz)
E-mail: dextremadu@correo.cop.es

Teléf.: 924 31 76 60

Fax: 924 31 20 15

COLEXIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GALICIA

Creado por Decreto 120/2000 de 19/05/2000

La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra
Rúa da Espiñeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
E-mail: copgalicia@correo.cop.es

Teléf.: 981 53 40 49

Fax: 981 53 49 83

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA

Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001

Guipúzcoa
C/ José Arana, 15 bajo
20001 Donostia
E-mail: donostia@correo.cop.es

Teléf.: 943 27 87 12

Teléf.: 943 32 65 60

Fax: 943 32 65 61

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS

Creado por Decreto 134/2001 de 14/12/2001

Islas Baleares
Manuel Sanchís Guarner, 1
07004 Palma de Mallorca
E-mail: dbaleares@correo.cop.es

Teléf.: 97 176 44 69

Fax: 97 129 19 12

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID

Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001

Madrid
Cuesta de San Vicente, 4 - 5º
28008 Madrid
E-mail: copmadrid@cop.es

Teléf.: 91 541 99 98

91 541 99 99

Fax: 91 547 22 84

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA

Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001

Melilla
Carlos Ramirez de Arellano, 5-3A
52004 Melilla
E-mail: copmelilla@cop.es

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA

Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001

Navarra
Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera
31011 Pamplona
E-mail: dnavarra@correo.cop.es

Teléf.: 948 17 51 33

Fax: 948 17 53 48

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS

Creado por Resolución 290 de 19/02/2001

Las Palmas de Gran Canaria
Carvajal, 12 bajo
35004 Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: dpalmas@correo.cop.es

Teléf.: 928 24 96 13

Fax: 928 29 09 04

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001

Asturias
Ildelfonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB
33001 Oviedo
E-mail: dasturias@correo.cop.es

Teléf.: 98 528 57 78

Fax: 98 528 13 74

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001

Murcia
C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1
30007 Murcia- En la Flota
E-mail: dmurcia@correo.cop.es

Teléf.: 968 24 88 16

Fax: 968 24 47 88

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA

Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002

La Rioja
Ruavieja, 67-69, 3º Dcha.
26001 Logroño
E-mail: drioja@correo.cop.es

Teléf.: 941 25 47 63

Fax: 941 25 48 04

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

Creado por Resolución 02/04/2001

Tenerife
Callao de Lima, 62
38002 Sta. Cruz de Tenerife
E-mail: cop@coptenerife.es

Teléf.: 922 28 90 60

Fax: 922 29 04 45

Atención psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido

El Gobierno británico prestará ayuda psicológica gratuita a la población de trabajadores que presente problemas de ansiedad o depresión derivados de problemas económicos, pérdida de empleo o conflictos familiares. Ésta es una de las medidas con las que el Ejecutivo británico pretende combatir los efectos de la crisis económica actual y preservar la salud mental de sus ciudadanos, y de la que se han hecho eco numerosos medios de comunicación, como el ABC o el Mundo.

El pasado 8 de marzo, el ministro de Sanidad del Reino Unido, **Alan Jonson**, junto con el ministro de Trabajo, **James Purnell**, dieron a conocer un conjunto de medidas para ayudar a las personas que están de baja laboral o en situación de desempleo y que presentan problemas de ansiedad y depresión.

La propuesta, que cuenta con una inversión económica extra de 13 millones de libras (es decir, 14,5 millones de euros), incluye:

- ✓ La creación de una red de unidades de ayuda psicológica, que se van a implantar de manera inmediata por todo el país en las oficinas de empleo, durante este año 2009, y que estará lista para el año 2010 en cada una de las áreas del territorio. Cada uno de los trabajadores activos estará asociado a una de estas unidades, donde se proporcionarán estrategias específicas de apoyo al empleo para aquellas personas con problemas de salud mental y ayuda psicológica para facilitar la reinserción laboral. Para ello, se incorporarán más de 3.600 psicólogos, junto con otros profesionales de la salud.
- ✓ La incorporación de estos servicios complementarios también en los centros de Atención Primaria, donde psicólogos entrenados proporcionarán tratamiento especializado.
- ✓ La formación de los equipos de salud de Atención Primaria (médicos, enfermeras, etc.), para ayudarles a detectar los problemas de salud mental que pueden estar derivados de la crisis económica actual.
- ✓ La habilitación de una línea de ayuda telefónica directa, integrada en el *Sistema Nacional de Salud*, que será atendida por psicólogos y personal sanitario debidamente formado para este fin. La línea estará destinada a aquellas personas afectadas por depresión.
- ✓ La difusión de información a través de Internet de todos los recursos y servicios disponibles para cada ciudadano relacionados con esta red.

Con este plan, que se incluye dentro de la ambiciosa estrategia conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, denominada *Health, work and well-being*, el gobierno británico está determinado a actuar para prevenir las bajas laborales de larga duración.

En el Reino Unido, cerca de seis millones de personas padecen problemas de depresión o ansiedad y la mayoría de ellas reciben ayudas por incapacidad. Este año se están alcanzando además unas cifras muy elevadas de paro en el Reino Unido ya que alrededor de dos millones de personas se encuentran desempleadas, lo que supone un 6,3% de la población activa. Las administraciones observan preocupadas que se está observando un incremento significativo de problemas derivados del estrés, tanto en las personas que han perdido su empleo, como en el grupo de trabajadores aún activos, que siente que su situación laboral puede peligrar.

La propuesta ya se ha probado con un programa piloto llevado a cabo en el barrio londinense de Newham y en el pueblo de Doncaster. Los resultados, según admitió el Ejecutivo, fueron más que satisfactorios, ya que, de un total de 5.000 personas con problemas psicológicos que fueron atendidas en estos servicios durante el último año, el 50% han sido dadas de alta y cerca de un 10% han conseguido reincorporarse a sus puestos de trabajo.

Tal y como señaló el ministro de Trabajo: *“en tiempos de crisis se necesita más ayuda, no menos”*. Así mismo, el profesor **Richard Layard**, ex asesor del Gobierno y coautor de un informe de la *London School of Economics* sobre depresión, declaró que el plan del Ejecutivo es *“el más importante acontecimiento en el tratamiento de la salud mental”* en este país desde hace décadas.



Guía para el Trastorno de Personalidad Antisocial

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) ha publicado recientemente una nueva guía para el trastorno de personalidad antisocial. La guía incluye recomendaciones para el cuidado, tratamiento y apoyo a personas afectadas por trastorno de personalidad antisocial, así como para el manejo de los problemas de conducta en niños y adolescentes. El manual se encuentra disponible en dos versiones: una para profesionales del ámbito de la salud y legal, y otra para pacientes, cuidadores y público general.

Se estima que la prevalencia del trastorno de personalidad antisocial en la población es del 3% para los hombres y del 1% para las mujeres. Este trastorno se caracteriza por un comportamiento impulsivo, irritabilidad y agresividad, desafío a la autoridad, mentiras reiteradas, indiferencia hacia la seguridad de uno mismo y de los demás, irresponsabilidad, incapacidad para sentir empatía hacia otras personas, ausencia de culpa y remordimiento, crueldad hacia personas y animales, destrucción de la propiedad, robo, etc. La gravedad del trastorno, de naturaleza crónica, puede dar lugar al deterioro de las relaciones sociales, dificultades de adaptación social y problemas con la justicia. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial a menudo presentan otros problemas asociados, como trastornos de abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El trastorno de personalidad antisocial se considera uno de los más difíciles de tratar, ya que las personas con esta afección rara vez buscan tratamiento por su cuenta y existen pocos estudios controlados acerca de la eficacia de las intervenciones con estos pacientes. En general, se recomiendan las intervenciones cognitivo-conductuales, así como evitar el uso excesivo de fármacos, debido a los problemas de abuso de sustancias que habitualmente presentan estos pacientes.

De acuerdo a la guía que ha publicado el NICE, la intervención con este colectivo debe partir de las siguientes premisas:

- ✓ Desarrollo de una relación terapéutica basada en una atmósfera positiva y de confianza.
- ✓ Intervenciones cognitivo-conductuales con niños de 8 años en adelante con problemas de conducta.
- ✓ Evaluación forense por especialistas en trastornos de la personalidad.
- ✓ Tratamiento de los trastornos asociados.
- ✓ Papel de los tratamientos psicológicos: intervenciones cognitivo-conductuales grupales para pacientes con trastorno de personalidad antisocial.
- ✓ Coordinación entre los diferentes agentes implicados en el tratamiento.

La guía se divide en cinco apartados principales: 1) Principios generales para el abordaje de personas con trastorno de personalidad antisocial; 2) Claves para la prevención de este trastorno en el trabajo con niños y adolescentes y sus familias; 3) Evaluación y manejo del riesgo de trastorno de personalidad antisocial; 4) Tratamiento y manejo del trastorno de personalidad antisocial y problemas asociados; y 5) Organización de los servicios y planificación.

Todas las personas interesadas pueden descargarse el manual de manera gratuita a través del siguiente enlace: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG77>.



Visítanos diariamente en:
www.infocoponline.es

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA

Guías sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario

La Comunidad de Madrid ha publicado tres guías sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), dirigidas a padres, docentes y jóvenes. Las guías describen los diferentes tipos de trastornos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) y proporcionan claves para facilitar su detección, pautas de actuación (tratamiento multidisciplinar médico y psicológico), y recursos públicos disponibles para las personas afectadas y sus familiares, en la Comunidad de Madrid, para acudir en los primeros momentos del desarrollo de la enfermedad. Además, detallan un listado de direcciones de Internet útiles para la prevención y el tratamiento de los TCA.

Las guías han sido elaboradas por técnicos del *Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid* (INUTCAM) y cuentan con el asesoramiento de los profesionales de la Oficina Regional de Salud Mental y la Universidad Complutense de Madrid. Pueden descargarse, de manera gratuita, a través de la página de la Comunidad de Madrid: www.madrid.org. También se pueden solicitar a través del *Centro de Documentación Sanitaria de la Comunidad de Madrid*: 91 - 205 23 76.

Además de estas guías, el INUTCAM, cuenta con una línea telefónica gratuita (900 60 50 40) atendida por psicólogas y asesorada por expertos de la Consejería de Sanidad.

Las guías se dieron a conocer en una reunión, que tuvo lugar el pasado 23 de febrero, sobre el *Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia*, tal y como recogieron diversos medios de comunicación. El objetivo de este pacto, iniciado en marzo de 2007 y en el que participan las consejerías de Sanidad, Economía y Hacienda, Educación, Familia y Asuntos Sociales, Cultura y Turismo y Deportes, es la adopción de medidas multidisciplinarias dirigidas a concienciar a toda la sociedad de la gravedad de estas enfermedades.

Según datos proporcionados por la Viceconsejera de Sanidad en la Comunidad de Madrid, **Belén Prado**, un total de 2.612 personas afectadas por TCA fueron atendidas en la CAM durante el año 2007. El perfil de estos pacientes con TCA fue el de mujer (88% de los casos), menor de 35 años (80%). El porcentaje de pacientes menores de edad fue significativo, con un porcentaje del 16% para el caso de las mujeres y del 43% para el caso de los hombres.

Se pueden descargar las guías en el siguiente enlace: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142443754188&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPT-SA_pintarContenidoFinal&vest=1142342657410

La IUPsyS crea un boletín de noticias on line

La IUPsyS (*Internacional Union of Psychological Science*), ha iniciado una nueva etapa con la creación de un boletín de noticias *on line*, *Keeping You Posted*, que se encuentra a disposición del público en el siguiente enlace: <http://www.am.org/iupsys/newsletter/>.

Mediante dicho boletín la IUPsyS pretende ofrecer información actualizada y acceder a una mayor audiencia, incluyendo fundaciones y centros de investigación científica. Los interesados también pueden suscribirse enviando su email a la siguiente dirección: web@iupsys.org.

La IUPsyS es una organización de organizaciones, fundada

en 1951, que tiene el objetivo de promover la Psicología a escala internacional. Actualmente, está compuesta por más de 70 organizaciones, entre las que se incluyen asociaciones nacionales de Psicología de numerosos países, federaciones de dichas asociaciones o academias de ciencia que representan la Psicología en su territorio. Su misión es el desarrollo, representación y avance de la Psicología como ciencia básica y aplicada en todos los niveles: regional, nacional e internacional. Esta organización pretende ser la voz mundial de la Psicología y la representante de la Psicología en el mundo científico y político, como en las *Naciones Unidas* o en la *Organización Mundial de la Salud*, entre otras.

La información sobre la IUPsyS y las actividades que organiza (congresos, conferencias, publicaciones, etc.) se encuentra disponible en su página web: www.iupsys.org.

La Fiscalía de Madrid crea un departamento pionero con atención psicológica

El fiscal jefe de Madrid, **Manuel Moix**, ha puesto en marcha un departamento pionero en nuestro país, dirigido a víctimas y a testigos que se vean inmersos en pleitos y sufran perjuicios a causa de los retrasos y la burocracia. El servicio, que comenzó a funcionar el lunes 16 de marzo, está formado por cinco fiscales y un equipo de psicólogos, que atenderán a víctimas y testigos en la sede del Tribunal Superior de Madrid y trabajarán de forma coordinada con la Policía y la Guardia Civil.

Según declaraciones del coordinador de este nuevo departamento, **Pedro Martínez**, a El País, *“el proceso judicial no puede convertirse en una espera angustiada ni en un sufrimiento adicional de quien ha decidido colaborar*

con la justicia, como ocurre ahora”. Así, el objetivo que se persigue con este nuevo servicio es ofrecer información a las víctimas y testigos acerca de su proceso y, sobre todo, proporcionar asistencia psicológica a aquellas personas que lo precisen. Para ello, se contará con las 34 oficinas judiciales de la Comunidad de Madrid, que poseen servicios de orientación jurídica y psicológica.

Tal y como aparecía reflejado en El País, la iniciativa cuenta con el apoyo y el respaldo del secretario de Estado de Interior, **Antonio Camacho**, quien se ha comprometido a crear una unidad específica mixta de Policía y Guardia Civil para dotar a este servicio.

Primer informe psicológico de Gaza

Problemas de conducta, trastornos del sueño, alteraciones del habla, incontinencia urinaria o trastorno de estrés postraumático son algunos de los problemas que sufren actualmente los niños de Gaza tras el conflicto palestino-israelí, que ha supuesto no sólo más de 1.500 civiles muertos y 5.000 personas heridas, sino también graves secuelas psicológicas, especialmente en la población infantil. Así lo ha constatado el primer equipo de especialistas en salud mental desplazado a la franja de Gaza, según ha informado el pasado mes de febrero el presidente de la **Asociación Árabe de Psiquiatras** (*Arab Federation of Psychiatrists*, AFP).

Desde que finalizó el conflicto, esta asociación junto con la **Red Árabe de Ciencias Psicológicas** (www.arabpsy.net), se ha encargado de enviar grupos de psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras cada semana a Gaza con el objetivo de llevar a cabo programas de prevención y de intervención psicológica con la población. Estos equipos de voluntarios, hasta la fecha, han visitado un total de 15 escuelas, 15 guarderías y más de 125 hogares palestinos, así como los principales centros de salud y hospitales de la ciudad.

Junto a la atención a los heridos tras los bombardeos, y la cobertura a la gran cantidad de palestinos que han perdido sus hogares, la atención de la salud mental es, sin duda, una prioridad urgente en la franja de Gaza. Así lo han corroborado las primeras delegaciones de ayuda desplazadas a la zona afectada, lo que ha llevado a la **Asociación Árabe de Psiquiatras** a solicitar más voluntarios para llevar a cabo sus tareas a través del siguiente comunicado, denominado *Primer informe psicológico de la franja de Gaza*. El documento original puede consultarse en el siguiente enlace: www.infocoponline.es/pdf/100309first.pdf.

Contar que se padece un problema psicológico: sus beneficios y sus costes

El estigma social que sufren las personas con enfermedad mental es uno de los problemas con el que estos pacientes se enfrentan y que, probablemente, más impide la recuperación y limita la reintegración socio-laboral. Sin embargo, cuando se tiene un contacto directo con las personas con trastorno mental, suelen reducirse los prejuicios sociales, puesto que se eliminan o modifican las actitudes y creencias negativas, los mitos sobre la enfermedad mental y se reduce el miedo, el rechazo o la discriminación a estos pacientes. Consecuentemente, la “autorrevelación”, es decir, reconocer públicamente que se tiene un trastorno mental y que se recibe tratamiento para ello, parece ser el antídoto para luchar contra el estigma social. No obstante, no es fácil hacerlo, y puede convertirse en un arma de doble filo si no se maneja bien la información.

Por ello, el *U. S. Department of Health and Human Services* ha publicado una interesante guía sobre la autorrevelación para combatir el estigma asociado a los trastornos mentales, explicando qué es, cuáles son sus beneficios y sus riesgos, cómo llevarla a cabo, etc.

La autorrevelación es un proceso de toma de decisiones subjetivas y personales. Desafortunadamente, no hay una fórmula única ni mágica sobre cómo realizarlo, puesto que depende de la propia persona que padece la enfermedad mental, pero también del contexto en el que se desea (o no) revelar el problema que se padece, o de las personas que le rodean.

Efectivamente, el hecho de contar a otros que se tiene un problema psicológico, y que se recibe tratamiento espe-

cífico, para ello no tiene por qué ser un proceso de “todo o nada”, puesto que podemos escoger a quién se lo contamos, cuánto contamos o dónde lo hacemos. Este hecho se correspondería con la diferenciación entre **autorrevelación selectiva** y **autorrevelación indis-**

criminada; esta última, supone un cambio profundo de actitud, puesto que implicaría que la persona ha normalizado la enfermedad mental y no se avergüenza de padecerla. Ni la autorrevelación selectiva ni indiscriminada son buenas o malas en sí mismas; utilizar una u otra depende más de una serie de criterios que pueden guiar el proceso de toma de decisiones que la persona con enfermedad mental realiza a este respecto. Decidir contarle o no y en qué medida, supone una valoración de los beneficios y los costes que puede implicar para la persona; por ejemplo, entre los beneficios se cuentan, no tener que esconderse, recibir apoyo social, sentir que se está luchando contra el estigma, y entre los riesgos el rechazo, el cotilleo, etc.

Algunas **pautas** que pueden guiar el proceso de toma de decisiones de revelarlo o no, son las siguientes:

- ✓ Inicialmente, es útil contárselo a alguien en quien se confía, que sea tolerante y comprensivo.
- ✓ Sólo la persona que padece el problema sabe cuándo es adecuado contarle.
- ✓ Puede ayudar saber más sobre el problema mental que se padece para poder responder las preguntas que le hagan las personas a las que se lo cuente.
- ✓ Puede ser útil practicar a través de *role-playing* qué se dirá, y cómo rebatir las respuestas negativas.
- ✓ Si se cuenta a un superior o a un jefe, es importante esperar hasta que la persona que padece un problema psicológico se sienta a gusto y cómodo en su trabajo.
- ✓ Es importante recordar que la persona tiene el control de lo que quiere contar y cuánto se quiere revelar.
- ✓ A menudo, contarle es especialmente gratificante y liberador.
- ✓ La autorrevelación puede ser un medio para aumentar la autoconfianza en uno mismo y luchar contra el estigma social y la discriminación.
- ✓ También es importante saber que compartir estas experiencias puede convertirse en un ejemplo de que la mejoría y la recuperación es posible.

Otro aspecto relevante en el proceso de tomar la decisión de revelarlo o no es el contexto en el que se pretende realizar. Probablemente, el trabajo es uno de los ambientes donde tomar la decisión es más complicado, por las consecuencias que pueda tener. Respecto a ello, la guía recomienda que se consideren los aspectos más personales (la propia capacidad para manejar la discriminación y el prejuicio, el historial de trabajo, etc.), pero también son centrales las consideraciones relacionadas con la propia empresa (si es más o menos probable el prejuicio, si llevan a la práctica políticas de contratación de personas con otros tipos de discapacidad, los comentarios que se realizan sobre las personas con problemas, etc.) y sociales (si

Se abre una oficina para las víctimas del franquismo en Madrid, donde se podrá recibir apoyo psicológico

El pasado 18 de marzo, la **Asociación de Recuperación de la Memoria Histórica** (ARMH), en coordinación con la ONG *Psicólogos Sin Fronteras* (PSF), abrió la Oficina para Víctimas de la Guerra Civil y la Dictadura en Madrid. Esta oficina tiene el objetivo de coordinar la ayuda que las víctimas del franquismo puedan necesitar, como por ejemplo, orientación psicológica o jurídica, y, para ello, cuenta con un grupo de profesionales de diferentes disciplinas.

Un psicólogo del grupo *Psicología y Memoria*, grupo que pertenece a la ONG PSF y avalado por el **Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid** (COPM), desarrollará las funciones de orientación y apoyo psicológico a las víctimas. Este

grupo tiene ya una larga experiencia en el trabajo con las víctimas de la guerra civil, puesto que nació con el propósito de apoyar e impulsar el movimiento de recuperación de la memoria desde una perspectiva psicosocial. Es decir, entre sus labores principales estaría la del acompañamiento y apoyo en todo el proceso de búsqueda y exhumación de los desaparecidos durante la guerra y la dictadura, contribuyendo así a la el-

boración del duelo de sus familiares. Así mismo, también desarrollan labores de formación, concienciación e investigación, sobre todo lo relacionado con el proceso de recuperación de la memoria histórica, pero también analizan los factores de resiliencia o fortaleza psicológica en las personas que sobrevivieron a dicha experiencia.

La oficina se encuentra en la calle Francisco Madariaga, 30 (metro Pueblo Nuevo) y estará abierta todos los miércoles de 18 a 21 horas. Puede contactarse con ellos por teléfono (91 - 2335851) o por correo electrónico (memoria36@hotmail.com).

Sin duda, disponer de un espacio físico concreto a donde las víctimas de la guerra civil puedan acudir para recibir la ayuda que requieran en función de sus necesidades, facilitará enormemente la coordinación entre los diferentes profesionales para dispensar los apoyos que necesiten.

recientemente se ha publicado algún suceso negativo relacionado con la enfermedad mental o por el contrario se promueve una actitud más positiva hacia esta realidad). Igualmente, en caso de que se decida realizar la autorrevelación se puede contar de una forma muy general (decir que se tiene un problema de salud) o de una forma más específica (llegar a dar el diagnóstico exacto).

Revelar a la pareja que se padece un problema psicológico también puede suponer un proceso de toma de decisiones difícil y complicado. Aunque la pareja debe saber qué es lo que le pasa, conviene no precipitarse en proporcionar la información. En este sentido, la guía ofrece una regla que puede resultar útil: “No lo cuentes a la primera, pero tampoco te demores como para que la confianza de tu pareja quede afectada”.

No hay duda de que contar que se padece una enfermedad mental es un proceso beneficioso y positivo, pero muy difícil. Tal y como defiende la guía, cuanto más contacto y apertura hacia la enfermedad mental

haya en nuestra sociedad, más probable será la reducción del estigma y la discriminación.

La guía original puede consultarse (en inglés) en la página Web del *U.S. Department of Health and Human Services*: <http://www.samhsa.gov>

Nueva Guía para el Trastorno Límite de la Personalidad

El **Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica** del Reino Unido (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*) ha publicado recientemente una nueva guía para el trastorno límite de la personalidad, donde establece recomendaciones para el tratamiento y manejo de este trastorno en adultos y jóvenes (mayores de 18 años), basándose en la evidencia científica. La guía se compone de dos versiones: una dirigida a profesionales de la salud y otra a pacientes, cuidadores y público general.

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una inestabilidad significativa de las relaciones interpersonales, auto-imagen y estado de ánimo, así como un comportamiento impulsivo. En algunos casos, se produce una rápida fluctuación de periodos de confianza a desesperación, con miedo al abandono y al rechazo, así como una fuerte tendencia al pensamiento autolítico y a las auto-lesiones. También puede acompañarse de síntomas psicóticos transitorios, entre los que se incluyen delirios y alucinaciones.

El trastorno límite de la personalidad se asocia a un importante deterioro del funcionamiento social, psicológico y ocupacional, lo que afecta directamente a la calidad de vida de los afectados. Además, el riesgo de suicidio es muy elevado en este colectivo, por lo que son necesarios y urgentes tratamientos eficaces para el abordaje de dicha enfermedad.

Las recomendaciones que establece el NICE para el manejo de estos pacientes parten de los siguientes principios:

1. Acceso a servicios, es decir, las personas afectadas de este trastorno no deben ser excluidas de los servicios de salud por su diagnóstico o su sintomatología.
2. Autonomía y capacidad de elección: las intervenciones deben fomentar la autonomía de los pacientes y su consentimiento informado.
3. Desarrollo de una relación con los profesionales de la salud basada en la confianza y en una atmósfera positiva y optimista.
4. Manejo de la finalización del tratamiento y de los periodos de transición entre un servicio de salud y otro.
5. Tratamiento individualizado, basado en una intervención multidisciplinar, que incluya: responsabilidades y funciones de cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento, objetivos de tratamiento a corto plazo, metas a largo plazo y un plan para el manejo de las crisis.
6. Tratamiento psicológico que, sobre todo en los casos de deterioro severo, debe incluir una aproximación teórica explícita e integradora y debe ser estructurado. No se recomienda la aplicación de psicoterapia por un periodo menor de 3 meses.
7. El tratamiento farmacológico no debe aplicarse específicamente para el trastorno límite de la personalidad o para sus síntomas individuales o para las conductas asociadas con esta enfermedad (por ejemplo, auto-lesiones repetidas, marcada inestabilidad emocional, etc.). Los fármacos antipsicóticos no deben administrarse por un periodo largo en el tiempo.
8. Los equipos de intervención deben estar formados por especialistas multidisciplinarios expertos en el manejo de este tipo de enfermedad, de tal manera que sepan dar respuesta a las necesidades complejas o a las conductas de alto riesgo de estos pacientes. Estos equipos deben estar preparados para proporcionar intervenciones psicológicas o sociales adecuadas.

La guía se encuentra disponible en inglés y puede descargarse de manera gratuita en el siguiente enlace: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG78>.

NUEVO TÍTULO
Psicólogo Especialista
en Psicoterapia
www.cop.es/certificado

Hiperfrecuentadores en Atención Primaria

Entre el 20 y el 25% de las consultas de Atención Primaria (AP) están protagonizadas por pacientes que acuden de forma regular por síntomas somáticos, según informó la *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria* (SEMERGEN) durante la presentación del **IV Curso de Formación Continuada en Trastornos del Ánimo**, organizado el pasado mes de febrero.

Estos pacientes, también conocidos como “hiperfrecuentadores”, acuden arbitrariamente a las consultas de AP 12 o más veces al año, es decir, 10 veces más que el resto de los pacientes. Entre las quejas más frecuentes en este grupo de pacientes se encuentran los problemas de índole somático y, fundamentalmente, dolores físicos derivados de problemas de ansiedad y depresión.

Según SEMERGEN, el perfil típico del hiperfrecuentador es el de una persona que se queja siempre del mismo dolor y al que, a pesar de hacersele numerosas pruebas diagnósticas, nunca se le llega a diagnosticar una dolencia orgánica. No obstante, el paciente sigue convencido de que tiene una enfermedad física y demanda más pruebas complementarias, mostrando un gran sufrimiento y necesidad de que sus dolencias sean validadas y legitimadas por los facultativos.

Dentro de este colectivo de pacientes que utilizan los recursos sanitarios de un modo excesivo, se incluyen mayoritariamente personas que presentan problemas de somatización, pero también pacientes hipocondríacos (aquellos que muestran un miedo y preocupación exagerada ante la posibilidad de desarrollar una enfermedad grave y que solicitan pruebas y exploraciones), personas con trastorno de dolor somatomorfo (es decir, pacientes que se quejan de un dolor intenso que no puede explicarse completamente por un proceso psicológico o somático) y, finalmente, pacientes con trastorno por conversión (aquellos que presentan síntomas físicos pseudoneurológicos consistentes como parálisis, ceguera y confusión). Los especialistas coinciden en que gran parte de los hiperfrecuentadores también acuden a consulta debido a motivos de problemática social, ya que muchas de las personas, sobre todo, los más mayores, carecen de la adecuada red de apoyo social y familiar.

Según reconocen los propios expertos que acudieron al Curso de Formación, estos pacientes requieren un abordaje psicosocial, ya que los tratamientos farmacológicos prescritos para el manejo del dolor no suelen ser eficaces, y los pacientes acaban acudiendo de nuevo a las consultas de AP.

Se calcula que los hiperfrecuentadores constituyen entre el 5% y el 10% del total de pacientes asignados a cada médico, lo que implica elevados costes económicos para el sistema sanitario público y un importante consumo de tiempo y de esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios que los atienden.

En este sentido, uno de los expertos que acudieron del evento, **Javier García Campayo**, aseguró que “*los estudios realizados en países como Estados Unidos y Gran Bretaña indican que los hiperfrecuentadores suponen el 10 por ciento del gasto sanitario total de un país desarrollado, sobre todo, por el impacto en el tiempo de dedicación de los profesionales y las pruebas complementarias*”. Además, añadió que una gestión adecuada en el abordaje y tratamiento de los hiperfrecuentadores puede reducir de forma considerable este gasto sanitario: “*aparte de mejorar su calidad de vida, las intervenciones adecuadas consiguen disminuir el gasto sanitario entre un tercio y la mitad*”.

Los médicos de AP reclaman soluciones a este respecto, ya que la atención de estos pacientes supone un importante desgaste profesional para estos facultativos. En esta línea, tal y como hemos anunciado en *Infocop* en diferentes ocasiones, el Reino Unido, consciente de la sobrecarga que generan los problemas de ansiedad y depresión en el sistema sanitario público, ha apostado por la incorporación en los servicios de Atención Primaria de más de 5.000 psicólogos en un plazo de cinco años, y de esta manera, facilitar el acceso a tratamiento psicológico a este grupo de pacientes.

Esta iniciativa está teniendo actualmente una importante repercusión mediática a nivel internacional, ya que supone, según palabras del propio Ministro de Sanidad británico, **Ivan Lewis**, “*el avance más importante en el sistema público de salud en las últimas décadas*”.

Reclaman psicólogos para las unidades de reproducción asistida

El pasado 11 de marzo, se presentó en rueda de prensa en Madrid, un manual para ayudar a las parejas con problemas de fertilidad, titulado *La importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida*. El manual, que ha sido elaborado por la **Unidad de Fertilidad Merck Serono** y el Grupo de Interés de Psicología de la **Sociedad Española de Fertilidad** (SEF), está dirigido a las parejas que presentan dificultades de embarazo, con el objetivo de proporcionarles información sobre el proceso y concienciarles acerca de la importancia de las variables psicológicas para el éxito del tratamiento.

Una de cada seis parejas españolas tiene problemas de infertilidad, lo que sitúa a España en el tercer puesto dentro de los países europeos en tratamientos de reproducción asistida. A modo de ejemplo, en el año 2006 se trataron en España alrededor de 80.000 casos de infertilidad, lo que supuso que un 2% de los nacimientos fueran fruto de técnicas de reproducción asistida (es decir, un 0,4% más respecto al año anterior).

Según los datos proporcionados por la SEF, el promedio de éxito de los programas de fertilidad se alcanza, en un 70% de los casos, tras un año de tratamiento, pero la realidad es que la mitad de las parejas (es decir, entre el 40 y el 60%) abandona de manera prematura los programas de reproducción asistida debido a la sobrecarga y al estrés psicológico que suponen dichos procesos, caracterizados por una sucesión de intentos fallidos. Más específicamente, el 62,4% de las parejas deja el tratamiento después del tercer ciclo, a pesar de que estadísticamente la probabilidad de concepción mejora después de múltiples exposiciones a distintos métodos. Algunas

de las razones que alegan las parejas para dichos abandonos son el sentimiento de frustración al sentir que ya han hecho todo lo posible

(66% de los casos de abandono), así como la propia percepción de incapacidad para afrontar otro ciclo después del fallo de los anteriores (42%).

Para **Vicenta Giménez**, coordinadora del Grupo de Interés de Psicología de la SEF, "*la infertilidad desestabiliza el equilibrio emocional y de pareja*", ya que da lugar a problemas como falta de autoestima, culpa, depresión, ansiedad o aislamiento social, que afectan a ambos miembros de la relación. Las mujeres, aunque son más resistentes al dolor, tienden a sufrir frustración, impotencia y tristeza con mayor frecuencia. Además, experimentan mayores niveles de ansiedad, tanto en el momento del diagnóstico como durante el tratamiento. A medida que los intentos fallidos de embarazo se suceden pueden generar evitación social, sobre todo, hacia amigas o familiares embarazadas o con hijos pequeños. Por su parte, los hombres se muestran más reticentes a expresar en público sus dificultades de fertilidad y tienden a sentirse inseguros y a generar problemas de autoestima, ya que piensan erróneamente que se pone "*en tela de juicio su virilidad*" o su capacidad sexual.

No obstante, de acuerdo a la experta, éstas no son las únicas consecuencias de las dificultades de fertilidad, sino que "*el estrés puede contribuir a la infertilidad en sí misma, ya que produce una alteración de las hormonas responsables de la fertilidad, disminuyendo, tanto la capacidad reproductiva femenina, como la calidad seminal*".

Por estos motivos, los expertos consideran fundamental el abordaje psicológico con estos pacientes para reducir la sobrecarga psicológica a la que se encuentran sometidos. Para los especialistas, todos los centros deberían contar con un psicólogo especializado debido a que, tal y como muestra la evidencia científica al respecto, el apoyo psicológico puede beneficiar al 86% de las parejas que inicialmente no lo demandan y a un 96% de las que sí lo solicitan. Además, el tratamiento psicológico ha demostrado ser beneficioso respecto a la tasa de abandono de los programas de reproducción asistida ya que, según los diferentes estudios, tan sólo el 5,7% de las parejas que participan en estos programas deja el tratamiento frente al 37,5% de las parejas que no reciben este tipo de apoyo.

Los expertos también inciden en la importancia del apoyo social que rodea a la pareja. La posibilidad de compartir sus dificultades y preocupaciones con el entorno cercano y así recibir el apoyo de amigos y familiares, les ayuda de manera positiva a hacer frente al estrés, aumentando su bienestar emocional.

La UJA y la Guardia Civil colaboran para determinar el perfil de los pederastas

A petición de la Unidad Central Operativa de la Guardia Civil, un equipo de investigadores de la Universidad de Jaén (UJA) ha iniciado un proyecto para determinar el perfil psicológico de los consumidores y distribuidores de pornografía infantil. Con la delimitación de este perfil los investigadores pretenden identificar las variables de personalidad que aumentan la probabilidad de que los consumidores de pornografía infantil pasen a convertirse en pederastas y a realizar abusos sexuales a menores.

Aunque el consumo de pornografía infantil y la pederastia son delitos distintos, se encuentran en ocasiones íntimamente relacionados. Se sabe que los pederastas suelen intercambiar información a través de Internet sobre cómo engañar a los padres de un niño, cómo compartir pornografía de forma privada y cómo evitar ser descubiertos. Los investigadores han observado una disminución de la edad de inicio de los pederastas en los últimos años, así como una fuerte asociación con el uso excesivo de Internet o adicción a Internet.

Con la idea de distinguir, dentro de los consumidores y distribuidores de pornografía infantil, entre aquéllos que sólo consultan las páginas y aquéllos que darán el salto a la pederastia, un equipo de psicólogos de la Universidad de Jaén, coordinado por la profesora **Ana García León**, ha diseñado un conjunto de herramientas, que incluyen medidas de variables de personalidad, socioambientales, relacionadas con el propio delito o con la adicción a Internet, entre otras.

El proyecto se encuentra en su primera fase de desarrollo. Tras la recopilación de datos procedentes de las bases policiales y de los artículos científicos sobre el tema, los investigadores están analizando las características psicológicas que describen mejor este tipo de personas. Así, están

aplicando esta batería de pruebas psicológicas a personas de la población general para posteriormente, en una segunda fase, poder comparar los resultados con personas que han sido detenidas por cometer este tipo de delitos. En esta segunda fase, los investigadores de la UJA trabajarán conjuntamente con el equipo de psicólogos de la Policía Judicial de la Guardia Civil. Según informa Ana García León a *Andalucía Investiga*, “se aplicarán dichas pruebas a imputados por consumo y distribución de pornografía infantil, a pederastas que han sido condenados por delitos sexuales y a reclusos condenados por otro tipo de delitos”.

Tal y como explicaba la coordinadora del proyecto en distintos medios, los resultados obtenidos de este estudio no serán publicados por el momento, para evitar que los posibles abusadores de menores intenten falsear los resultados de las pruebas que les realice la Guardia Civil. Se estima que en unos años el sistema de evaluación pueda estar funcionando a nivel nacional, de tal manera que la Guardia Civil pueda identificar a tiempo a los consumidores de pornografía infantil con un determinado perfil.

El análisis de las variables psicológicas que intervienen en este tipo de comportamientos es de gran relevancia, ya que hasta la fecha las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado no disponen de este tipo de información que permitiría prevenir e intervenir en potenciales abusadores de menores.

El manual, que contará con una tirada inicial de 1.000 ejemplares, se distribuirá gratuitamente en las unidades de reproducción, tanto públicas como privadas, existentes en todo el territorio español. Además la SEF tiene previsto hacer una campaña de sensibilización dirigida a médicos de

cabecera y ginecólogos para mejorar la calidad de la atención que se presta a estas parejas, así como impartir cursos de formación a diferentes grupos de profesionales, de tal manera que se den a conocer las dificultades psicológicas que se pueden presentar en estos grupos de pacientes.

Guía de estimulación cognitiva: se mantiene con el mejor índice de visitas desde 2002

El avance de la medicina y el estilo de vida actual han permitido que la esperanza de vida de las personas sea mayor. Es importante que las personas cada vez vivan más tiempo y mejor. No obstante, el aumento de la longevidad también puede tener una cara amarga: la aparición cada vez más frecuente de problemas relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia. Según los datos que ofrece el IMSERSO, entre el 5,2% y el 14,5% de los españoles mayores de 65 años presentan algún tipo de demencia, alcanzando casi el 30% en las personas que superan los 85 años. Las causas de este grave problema pueden ser bastante variadas, pero podrían dividirse en dos grandes grupos: demencias primarias, como la enfermedad de Alzheimer, y demencias secundarias de tipo vascular, infecciosas, tumorales, toxicológicas, etc. Sea cual sea el tipo de demencia, la realidad es que tiene consecuencias muy negativas para la persona, los familiares y la sociedad, puesto que supone una reducción de la calidad de vida tanto para el enfermo como para los familiares, una peor salud, y, en general, un aumento de la dependencia y del gasto sociosanitario, debido a una mayor probabilidad de institucionalización, así como de tratamiento farmacológico.

Sin embargo, como bien se sabe, la demencia en sí misma no es curable y los esfuerzos han de ir dirigidos a la potenciación de las capacidades que la persona con deterioro cognitivo aún posee, a la mejora de su funcionamiento cognitivo y al enlentecimiento del proceso de deterioro cognitivo. Todo ello con el objetivo general de fomentar la calidad de vida, la autonomía personal y el estado de ánimo en general de la persona con deterioro cognitivo.

Para el logro de dichos objetivos, cada vez está teniendo un mayor desarrollo la estimulación cognitiva o psicoestimulación, especialmente en el ámbito aplicado, pero fundamentada en los avances científicos de la neuropsicología, la Psicología cognitiva, y los principios básicos del aprendizaje y la motivación. En este sentido, la *Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados, y Personas Dependientes*, ha editado una guía escrita por **Teresa Martínez Rodríguez**, *Estimulación Cognitiva: Guía y Materiales para la Intervención*, que, desde 2002, que se ha convertido en un auténtico *best-seller* gratuito y

puede encontrarse en la página web del IMSERSO (<http://imsersomayores.csic.es>).

La **estimulación cognitiva** comprende un conjunto de técnicas de intervención neuropsicológica para potenciar la plasticidad de las personas con deterioro cognitivo y así preservar y mejorar su funcionamiento cognitivo, enlenteciéndose el proceso de deterioro. Esta guía ofrece un magnífico material sobre cómo diseñar un programa de estimulación cognitiva de forma individualizada, global, y basado en la evidencia científica, incluyendo 115 tareas de psicoestimulación que pueden ayudar a los profesionales que trabajan con este colectivo.

Ésta es una guía de carácter aplicado que pretende ser básicamente terapéutica, pero con un abordaje global e integral de la intervención, puesto que abarca las diferentes dimensiones del individuo (cognitivo-funcional, cognitivo, psicoafectivo y relacional).

Así mismo, esta guía ofrece pautas para realizar un programa de intervención sistemático e individualizado, comenzando por una evaluación pretratamiento que habría de repetirse cada cierto tiempo para valorar la evolución de la persona, y a partir del diagnóstico neuropsicológico, diseñar dicho programa. No obstante, aunque éste ha de ser individualizado, se ofrecen una serie de pautas generales que pueden ser de enorme utilidad (frecuencia de las sesiones, formación de los grupos, estructuración de la sesión). Igualmente, se recuerda la eficacia de la utilización de diversas técnicas de apoyo al aprendizaje y facilitación neurocognitiva, así como para favorecer la comunicación y la motivación.

La guía se completa con 115 tareas, el apartado más atractivo de la misma, donde se describe la actividad a realizar y se indica qué área del funcionamiento cognitivo pretende estimular y qué nivel mínimo sería necesario para desarrollarla.

La publicación y difusión de guías como ésta son, sin duda, un excelente ejemplo de cómo la práctica puede fundamentarse en el conocimiento científico, a la par que ser sencilla, atractiva, y útil. Sin duda un magnífico material a la disposición de todos los profesionales que se dedican a la recuperación de las personas con deterioro cognitivo.

Martínez Rodríguez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales: Asturias (ver: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-estimulacion-01.pdf>).

¿ES REAL O ILUSORIO EL CRECIMIENTO PERSONAL COMO CONSECUENCIA DE AFRONTAR UN CÁNCER?

ENRIC C. SUMALLA^{1,2}, CRISTIAN OCHOA² E IGNACIO BLANCO²

¹FUNDACIÓN DE GASTROENTEROLOGÍA DR. FRANCISCO VILARDELL (BARCELONA)

²HOSPITAL DURAN I REINALS (BARCELONA)

En el estudio del impacto vital del cáncer, como en otras situaciones extremas, se ha enfatizado la presencia de malestar emocional y psicopatología asociada, en detrimento del estudio de los cambios positivos que informan las personas que afrontan una enfermedad grave. El auge y creciente interés en lo que se ha llamado *Psicología Positiva*, debería ayudar a unir e integrar en un mismo foco de estudio los *aspectos de daño y sufrimiento* (malestar emocional, sintomatología de estrés postraumático, etc.) y *crecimiento* (cambios positivos, crecimiento postraumático, etc.) el conocimiento de estos fenómenos desde un mismo marco de experiencia humana.

Los denominados cambios positivos asociados a la experiencia traumática se han conceptualizado principalmente, pero no únicamente, como *Crecimiento Postraumático* (CPT). Así el CPT, más allá de conceptos como optimismo, resistencia, resiliencia o similares, haría referencia al cambio positivo que un

individuo experimenta como resultado del proceso de lucha, no del hecho en sí, que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Tedeschi & Calhoun, 1995).

El interés del trabajo de revisión realizado, y que aquí se refiere, se focaliza en los aspectos controvertidos de los cambios positivos (como el CPT) expresados por las personas que han superado un cáncer: *¿En qué se diferencia el cáncer de otras experiencias extremas o traumáticas? ¿Hay una experiencia de crecimiento distinta en cáncer? ¿En*

qué medida el Crecimiento Postraumático se asocia a menor malestar o mayor bienestar psicológico en la enfermedad? En relación con todo lo anterior, la pregunta que sintetiza el espíritu de todo el trabajo: *¿El crecimiento en cáncer es una realidad o una ilusión?*

En cuanto a la primera pregunta, en la revisión que se indica se identificaron las siguientes diferencias entre el cáncer y otros estresores, generalmente de naturaleza más aguda, que tiene importantes consecuencias para su abordaje. Primero, en cáncer la naturaleza del estresor no es única y discreta, sino que es múltiple. De ahí la dificultad para el afectado de identificar un sólo estresor-cáncer. Segundo, la fuente origen del estresor no es externa (como catástrofes naturales, accidentes de coche...) sino interna (el propio cuerpo). Tercero, el malestar y temores del afectado se dirigen hacia el futuro. De alguna forma, los temores que se actualizan, o se hacen presentes, no son los del evento

Enric C. Sumalla es Especialista en Psicología Clínica. Licenciado en Historia. Becado por la "Fundación Privada de Gastroenterología Dr. Vilardell" en un proyecto de investigación sobre la generación de identidad de superviviente y fenómenos de crecimiento postraumático en la Unidad de Consejo Genético del Instituto Catalán de Oncología.

Cristian Ochoa Arnedo es Especialista en Psicología Clínica, adjunto a la Unidad de Psico-Ontología del Hospital Duran i Reynals del Institut Català d'Oncologia. Su labor asistencial abarca todo el proceso oncológico en pacientes ambulatorios y hospitalizados. Las principales líneas de investigación que lleva a cabo se centran en los efectos positivos de intervenciones psicoterapéuticas grupales y el estudio del trauma, recuperación y crecimiento personal en la generación de la identidad del superviviente en cáncer. Es docente en diversos posgrados y masters en el ámbito oncológico.

Ignacio Blanco es Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cirugía General y Digestiva, y Genetista Clínico acreditado por la Asociación Española de Genética Humana. En la actualidad, es el Director del Programa de Consejo Genético en Cáncer del Instituto Catalán de Oncología. Su labor asistencial se centra en la identificación y seguimiento de individuos y familias con predisposición hereditaria al cáncer. Las principales líneas de investigación se centran en la identificación de las bases moleculares del cáncer hereditario y en el estudio del impacto emocional del consejo genético en cáncer. A nivel docente, es profesor asociado en el departamento de Patología y Terapéutica experimental de la Universidad de Barcelona.

INVESTIGACIÓN

traumático pasado (p. ej., el diagnóstico de cáncer), sino los que se imaginan podrán llegar (p. ej., dolor, pérdida autonómica, y en definitiva, la muerte). Cuarto, no hay un origen y final delimitado del estresor y la amenaza puede sentirse de forma permanente y constante. Por último, en líneas generales en cáncer hay una mayor capacidad de control percibida en torno al papel del afectado en los tratamientos, seguimientos y actividades preventivas a realizar, comparado con otros eventos más agudos.

El elemento nuclear de esta revisión reside en plantear que la principal diferencia entre los modelos y teorías sobre el crecimiento en la adversidad está en si éste se considera real o ilusorio. Realidad o ilusión en cuanto a si la gente realiza un cambio identitario positivo o no a raíz, por ejemplo, de afrontar un cáncer. El artículo recoge los argumentos, en forma de teorías y evidencias encontradas al respecto, centrandolo en la discusión en el caso del cáncer. Algunos argumentos a favor de que se considere real el crecimiento serían que se acompañe de conductas observables (p. ej., cambio de hábitos de salud), que se experimenten cambios positivos también en las personas cercanas al afectado (p. ej., familiares), o que estas personas cercanas confirmen estos cambios en el afectado.

Los argumentos que consideran ilusorio el crecimiento se basan en varios sesgos de autoensalzamiento (p. ej., “Yo soy mejor persona -o más fuerte- que antes” o “yo soy -o estoy- mejor que otros afectados, que están peor que

El artículo original puede encontrarse en la revista *Clinical Psychological Review*: Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Post-traumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.

yo”) que se han observado en pacientes de cáncer y que se han planteado como mecanismos de defensa ante la pérdida de sentido, coherencia, control y autoestima de la propia identidad que genera la enfermedad. Un sesgo propuesto, muy interesante, es el de las personas que *tras el cáncer negativizan el recuerdo de todo su pasado anterior* a la enfermedad, generando así la sensación de que tras la misma están mejor que antes.

En cuanto a la *relación entre crecimiento y bienestar emocional* (o reducción del malestar) en cáncer los resultados son poco concluyentes, ya que aunque se ha encontrado cierta asociación (es decir, el crecimiento reduce el malestar emocional), también hay estudios que han mostrado que no tienen relación, e incluso uno que indica que el crecimiento se asocia a malestar. La asociación del crecimiento con el bienestar en cáncer es un argumento especialmente importante que se ha utilizado tanto por los defensores del crecimiento como realidad, como por los de ilusión. Real porque plantean que “*sería imposible crecer sino es a través del sufrimiento (malestar), por eso es normal que crecer y sufrir se den simultáneamente*”, e ilusorio porque “*crecer debería llevarnos a mejores estados de funcionamiento personal y de bienestar,*

y sino es así, el crecimiento sería ilusorio”.

¿*Qué utilidad práctica puede tener el estudio de los cambios positivos, como el crecimiento, en cáncer?* Tendría mucho valor saber si podemos distinguir qué cambios positivos (tanto ilusorios como reales) son los que se asocian con mayor bienestar y supervivencia en cáncer. Por ejemplo, qué es más adaptativo: sentirse más fuerte, o con mayor espiritualidad, realizar cambios en hábitos de salud, o lograr mayor cercanía y sintonía con tus relaciones interpersonales tras la enfermedad. Nuestro grupo trabaja en una guía de detección de crecimiento en cáncer, donde, además de los elementos de cambio que se analizan en la revisión presentada, también se incluyen otros de regulación emocional y existencial. De forma paralela, se está implantando un protocolo psicoterapéutico de intervención grupal con supervivientes de cáncer que añade a los protocolos más clásicos en Psico-oncología (soporte-expresivo-existencial) las propuestas basadas en la Psicología Positiva Aplicada (Vázquez y Hervás, 2008).

REFERENCIAS

- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.



¿Cómo controlar la presión arterial?: la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM ofrece tratamiento psicológico gratuito para la hipertensión

La hipertensión arterial esencial (HTA-E) es una condición fisiológica en la que los niveles de la presión arterial se encuentran por encima de lo que es recomendable para la salud, esto es, por encima de 140/90 mm Hg. En 1978, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) elaboró un informe técnico alertando sobre los peligros de la HTA-E y reconociendo que la HTA-E se había convertido en un problema de salud pública y que, por tanto, eran objetivos prioritarios de salud el control y normalización de los niveles de presión arterial. No obstante, ¿por qué esta declaración de la OMS? La **importancia sociosanitaria** de la presión arterial crónicamente elevada viene definida por dos razones: (1) su *elevada prevalencia* (en España se estima que afecta a un 35% de las personas adultas), siendo el principal problema crónico de salud atendido en Atención Primaria, y (2) su condición de *principal factor de riesgo cardiovascular*. Efectivamente, esta última razón es probablemente la de mayor relevancia, puesto que los trastornos cardiovasculares son la primera causa de mortalidad mundial en los países desarrollados y occidentales. Por ejemplo, en España, en los años noventa del siglo pasado, de las apro-

ximadamente 54.000 muertes totales anuales ocurridas en personas de edad media, unas 13.500 eran atribuibles a la HTA-E; es decir, algo más del 25% de todas las defunciones. Así mismo, es importante destacar que la HTA-E es una condición *asintomática*, por lo que vulgarmente se la conoce con el nombre de el *asesino silencioso*.

Recientemente, el vicepresidente de la *Sociedad Española de Cardiología* (SEC), el **Dr. Francisco Chorro**, ha reconocido que el estrés es un factor de riesgo importante que puede contribuir a la aparición y el mantenimiento de la presión arterial crónicamente elevada. Claramente, el estrés es una respuesta general de alarma del individuo de carácter multidimensional, puesto que supone cambios importantes a nivel fisiológico, cognitivo-emocional y conductual. Entre los primeros, tal y como el Dr. Chorro comenta, se altera la homeostasis fisiológica del organismo, lo que supone la liberación de diferentes neurotransmisores y hormonas que son responsables del incremento de la presión arterial, así como de la tasa cardíaca. Si esta sobreactivación general es de carácter puntual y acorde a las demandas del contexto (por ejemplo, tener que solucionar un imprevisto laboral) las consecuencias no suelen ser negativas, es

más, es una respuesta adaptativa, puesto que moviliza todos los recursos del individuo para manejar la situación de la mejor forma posible. El problema se da cuando el estrés se convierte en “el estilo de vida del individuo”, es decir, cuando la mayoría de los días la persona percibe que las demandas laborales, familiares, etc., superan su capacidad de afrontarlas y, por tanto, es como si fuera “todo el tiempo acelerado”. Efectivamente, son los estresores cotidianos los que pueden provocar desajustes psicofisiológicos como es el caso de la presión arterial crónicamente elevada.

Vivir nuestra vida como estresante depende de la *valoración subjetiva* que realizamos de las situaciones cotidianas, pero también de la valoración sobre la propia capacidad de afrontamiento. Por ello, no sólo el estrés puede contribuir a la aparición o mantenimiento de la HTA-E, sino también otros factores psicológicos como ciertas emociones negativas, en concreto la ira y hostilidad y la ansiedad. Si bien el Dr. Chorro explica cómo el estrés puede contribuir a las elevaciones de la presión arterial a un nivel más biológico, la realidad es que las variables psicosociales de riesgo pueden facilitar la aparición y el mantenimiento de la HTA-E través de dos vías: (1) los cambios psicofisiológicos que tienen lugar en el organismo cuando se experimenta una respuesta de estrés, ansiedad o ira, y (2) el desarrollo de estrategias de afrontamiento inadecuadas y no saludables, puesto que en muchas ocasiones se tiende a afrontar el estrés o las

emociones negativas con hábitos de riesgo (consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada, etc.).

El vicepresidente de la SEC recomienda *modificar aquellas situaciones de la vida cotidiana que nos provocan estrés*. No obstante, *¿cómo puede lograrse?* En ocasiones, no es posible modificar la situación vital de la persona (por ejemplo, no puede dejar el trabajo porque necesita el dinero para mantener a su familia).

La Psicología y, en concreto, la Psicología Clínica y de la Salud, tiene una larga tradición en el estudio empírico de los factores psicosociales de riesgo para los trastornos psicofisiológicos, entre ellos la HTA-E, así como en el desarrollo de **programas de tratamiento eficaces para el control de estrés y de las emociones negativas**. Efectivamente, si la HTA-E es una condición multifactorial, es decir, es la confluencia de diferentes factores de riesgo cardiovascular que, conjuntamente, contribuyen a la aparición y mantenimiento de los niveles de presión arterial crónicamente elevada (biomédicos, hábitos de salud y psicológicos), se optimizará el control de este problema de salud, como en su día planteó la OMS, si se trabaja, de manera multidisciplinar, para controlar los distintos factores de riesgo que una persona concreta presenta (por ejemplo, colesterol, estilo de vida, estrés, etc.). Es más, el hecho de que un 50% de los pacientes con diagnóstico de HTA-E en España no logren controlar sus niveles de presión arterial con las prescripciones médicas, tal y como re-

cientemente ha constatado la **Sociedad Española de Hipertensión** (SEH-LELHA), justifica la necesidad de un abordaje multidimensional sobre este importante problema de salud.

En este sentido, existen en la actualidad programas de intervención de control de estrés que pretenden ser un tratamiento complementario a las prescripciones médicas para contribuir a la normalización y al control de los niveles de presión arterial elevada en pacientes con HTA-E. Un ejemplo es la iniciativa que desde hace algunos años se ha puesto en marcha en la **Clínica Universitaria de Psicología** de la Universidad Complutense de Madrid, a través de un proyecto de investigación dirigido por los profesores **Jesús Sanz** y **María Paz García-Vera**. Éste es un programa de tratamiento de control de estrés para la HTA-E que incluye tres modalidades de intervención, en función de los principales factores psicológicos de vulnerabilidad: uno di-

rigido al estrés propiamente dicho, otro dirigido a las emociones de ira y hostilidad disfuncional, y otro dirigido al control de la ansiedad disfuncional. Los tratamientos se realizan en coordinación con el médico que atiende al paciente con HTA-E y son complementarios a las pautas médicas, tanto farmacológicas como de modificación de hábitos, que se les haya prescrito. Este programa de intervención gratuito, dirigido a cualquier persona que presente HTA-E, se desarrolla habitualmente en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, aunque también es cierto que se están iniciando convenios de colaboración con hospitales y centros de Atención Primaria para implementar el tratamiento en dichos centros y que, por tanto, se pueda beneficiar un mayor número de pacientes.

Los resultados de este programa son muy positivos, ya que no sólo se está consiguiendo la reducción y control de los niveles medios de la presión arterial de la persona, sino que los pacientes también aprenden a controlar aquellos aspectos psicológicos disfuncionales a los que va dirigido el tratamiento concreto, observándose además generalizaciones a otras variables sobre las que no se interviene directamente (por ejemplo, aquellos pacientes que aprenden a controlar su ira disfuncional, también generalizan las estrategias aprendidas para controlar otras emociones negativas como la ansiedad), todo lo cual, en definitiva, contribuye al aumento de la calidad de vida y el bienestar de las personas con HTA-E.

Juan García, primer decano de Psicología en la Universidad de Almería

El proceso de desarrollo de la nueva Facultad de Psicología de la Universidad de Almería (UAL) acaba de culminar con la elección de su primer Decano: **Juan García García**.

A pesar de que desde 1993 la UAL incluía entre su oferta educativa la licenciatura en Psicología, ésta estaba inscrita en las llamadas facultades “ómnibus”: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Sin embargo, en 2005 se planteó la necesidad de la descentralización de los estudios de Psicología y, por ello, se pactó con el Decano de Humanidades la creación del primer *Vicedecanato de Psicología*, puesto que ejerció hasta ahora Juan García. Este hito, jun-



Juan García

to con la constitución de la *Comisión General de Psicología*, un órgano de decisión consultivo, y las reuniones anuales de las *Asambleas de Profesores de Psicología*, permitió que el Rec-

tor de la UAL se comprometiese con este proyecto, que dio lugar a la constitución de la **Facultad de Psicología** de la UAL el **18 de julio de 2008**, tal y como recoge el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

La generación de la Facultad de Psicología con Juan García, de 39 años, como capitán de este barco llega en un momento de grandes cambios: el *proceso de convergencia de estudios universitarios en el contexto europeo*, iniciado en 1999 con la firma de la *Declaración de Bolonia*. Es ahora cuando, este profesor de Psicología puede llevar a cabo aquellos objetivos que en su día se propuso, y hace unos meses contó en *Infocop*: la implantación de los nuevos grados y posgrados en Psicología, y, ahora sí, destinar todos los recursos y esfuerzos a una formación e investigación en Psicología de calidad, así como a la promoción y la defensa de nuestra profesión.

PAPALES DEL PSICÓLOGO
REVISTA DE PSICOLOGÍA ONLINE

TODOS
los contenidos
publicados
On line

MILES DE
ARTÍCULOS
DE PSICOLOGÍA
A tu alcance

<http://www.papelesdelpsicologo.es>

Envío de manuscritos a Papeles del Psicólogo

Nota para los autores

A partir de ahora, los autores que envíen manuscritos a Papeles del Psicólogo para su publicación tienen hacerlo electrónicamente a través de nuestra página web:

www.papelesdelpsicologo.es

Esperamos que la nueva informatización de nuestra revista facilite el envío de originales y permita una mayor eficiencia en la gestión de los manuscritos, acortando el tiempo transcurrido entre el envío del trabajo y su publicación, y facilitando la comunicación entre los autores y los editores.

Fernando Chacón comparece en el Senado: por una atención psicológica de calidad

Fernando Chacón Fuertes, Vice-secretario del *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* (COP), compareció a principios de febrero ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado. El objetivo de la ponencia, *Necesidades de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud* (SNS), fue el de exponer y justificar la necesidad de una atención psicológica de calidad dentro del sistema sanitario público.

Uno de los aspectos que más subrayó Fernando Chacón en su exposición fue que la Psicología posee un carácter eminentemente sanitario. Se estima que alrededor del 60% de los psicólogos ejerce en el ámbito sanitario y muchos del 40% restante ejercen funciones sanitarias en otras áreas (instituciones penitenciarias, centros de atención a las víctimas de violencia de género, etc.). A pesar de ello, se constatan ciertas incongruencias a nivel legal y jurídico que afectan directamente al ejercicio de nuestra profesión y a nuestra seguridad jurídica, puesto que la Psicología en España no está reconocida como profesión sanitaria.

Según Fernando Chacón, si bien el principal objetivo de la administración es prestar una atención sanitaria de calidad, existe un claro déficit de profesionales en el sistema público, especialmente profesionales de la Psicología, y deberían adecuarse los recursos humanos a las demandas reales de la población.

Hoy en día, los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad son diferentes de los de hace unos años. Según

la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), los trastornos mentales son la primera causa de enfermedad en Europa. En concreto, en nuestro país, si nos atenemos a las cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo referentes al año 2007: *“En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida”* (*Estrategia en Salud Mental del SNS, 2007*). Es más, un 25% de las consultas de Atención Primaria tienen su origen en problemas psicológicos, como son los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, y un 50% de los problemas de salud crónicos que atienden los médicos de familia, son de tipo psicosomático (psoriasis, asma bronquial, fibromialgia, etc.). Estos datos implican que los centros Atención Primaria presentan una demanda que excede sus recursos.

La mayoría de los problemas que se atienden en los centros de salud son trastornos psicológicos en sí mismos o bien se relacionan con componentes psicológicos. Los tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia para el manejo de estas dolencias, al menos en igual medida que algunos psicofármacos. Los tratamientos psicológicos son, además, más eficientes (entrañan un menor coste) y no presentan efectos secundarios. Sin embargo, la realidad es que nuestro SNS no facilita el acceso a dichos tratamientos empíricamente vali-

dados, ni tampoco dispone de medios humanos para aplicarlos. Sólo el 1,6% del total de las plazas ofertadas para la formación sanitaria especializada es para psicólogos (126 plazas PIR), con la ratio de candidatos por plaza más alta frente a otras especialidades sanitarias (18 candidatos por plaza).

En consecuencia, España cuenta con 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, cifra que claramente dista de la media europea de 18 psicólogos por 100.000 habitantes.

En contraste, otros países europeos han empezado a adoptar medidas para hacer frente a esta realidad. En concreto, el gobierno británico ha iniciado una experiencia pionera, *Improving Access to Psychological Therapies*, por la que pretende incorporar a 3.600 psicólogos en los próximos tres años en los servicios Atención Primaria. Fernando Chacón, en su comparecencia, propuso que España siguiera también este ejemplo. Para alcanzar esta meta sería necesario, por un lado, incorporar más psicólogos al sistema público a través de la creación de servicios de Psicología en salud mental, Atención Primaria y hospitales para facilitar el acceso al tratamiento psicológico eficaz y eficiente para la prevención y el tratamiento de la enfermedad mental; pero también sería importante promover la Psicología como una profesión sanitaria, no sólo generando un mayor número de plazas PIR, sino también reconociendo legalmente como sanitarios los estudios de grado y postgrado de Psicología.

Nueva guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) ha editado recientemente una guía para la prevención del consumo de cannabis. La guía está dirigida a todos aquellos mediadores sociales (educadores, trabajadores sociales, profesores, psicólogos, monitores, etc.) que trabajan con población joven y adolescente (institutos, centros de menores, actividades de ocio y tiempo libre, etc.), o colectivos especialmente vulnerables como el inmigrante o el gitano.

Prevenir el consumo de drogas y, en concreto, prevenir el del cannabis, es un tema de enorme relevancia social. Efectivamente, a pesar de que parece que su consumo se está reduciendo, según los datos de la Encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2007) referidos al año 2006, no puede ignorarse que hasta un 36% de los jóvenes españoles reconocía haberlo consumido alguna vez en su vida, casi un 30% lo consumió en el último año al menos una vez y un 20% durante el último mes. Así mismo, llama la atención que cada vez se tiende a iniciar su consumo a una edad más temprana (14 años), así como que el consumo por parte de las mujeres tiende a elevarse, igualando al porcentaje de consumo de los varones.

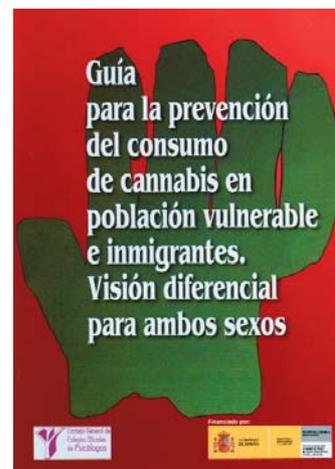
El consumo de cannabis tiene graves implicaciones, especialmente a nivel sociosanitario, puesto que se ha constatado que su consumo puede ser un factor precipitante de episodios psicóticos. Igualmente, no puede olvidarse que

otro de los riesgos asociados al inicio de este comportamiento adictivo es que puede ser la puerta de entrada al consumo de otro tipo de drogas ilegales.

Todo esto indica la importancia y conveniencia de desarrollar programas de prevención eficaces basados en la evidencia empírica. Por ello, recientemente, y a petición de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, el COP ha editado una guía para la prevención del consumo de cannabis: *Guía para la Prevención del Consumo de Cannabis en Población Vulnerable e Inmigrantes*, cuyos autores han sido **Elena Ayllón, Carlos García, Álvaro Olivar y Ana Palmerín**. Una de las principales novedades de la guía es la adopción de una óptica integradora, basada en la evidencia empírica, a la par que específica, debido a la individualización de los programas de prevención.

A diferencia de la mayoría de los programas de prevención, que son de tipo general y homogéneo, esta guía propone una metodología eficiente para el desarrollo e implementación de programas preventivos que pueden individualizarse a grupos vulnerables que habitualmente no han sido objeto de estudio: las mujeres jóvenes, el colectivo gitano, y el colectivo inmigrante.

Los modelos teóricos en los que la guía se basa para el desarrollo de programas de prevención son el Modelo



ABC y el Modelo de Competencia, puesto que ambos subrayan la importancia del contexto y su interacción con el propio individuo para la emisión o inhibición de un comportamiento concreto.

Con el objetivo de potenciar la efectividad del programa de prevención, la guía destaca la importancia de conocer en profundidad las características de la población objetivo. Si bien la mayoría de las variables de riesgo son comunes al resto de comportamientos adictivos, existen ciertos factores diferenciadores del perfil de consumo de los tres grupos de riesgo a los que esta guía va dirigida y que a continuación se detallan:

1. Jóvenes

El consumo de cannabis entre los jóvenes suele asociarse a dos contextos que podrían situarse en los extremos de un continuo: ambiente de ocio y diversión y situaciones de malestar emocional (tristeza o ansiedad).

La mujer joven española presenta los

EL CONSEJO INFORMA

mismos factores de riesgo y protección que los chicos, aunque está emergiendo un perfil de chica joven consumidora, muy característico y extremo en cuanto a la ruptura de los esquemas tradicionales.

Por otro lado, se han encontrado algunos factores predictores significativos y distintivos del inicio y/o mantenimiento del consumo de cannabis en las mujeres, como son el grupo de iguales, el fracaso y/o absentismo escolar, o una actitud paterna tolerante hacia el consumo.

2. Colectivo inmigrante

Es importante subrayar que es un colectivo tremendamente heterogéneo, encontrándose que los principales factores específicos de riesgo de consumo se relacionan más con variables de tipo

social que con otras propias de su cultura (por ejemplo, marginación, privación, etc.).

Por el contrario, los factores de protección que presentan se atribuyen más claramente al colectivo concreto y sus peculiaridades.

3. Colectivo gitano

Mientras que los varones gitanos presentan los mismos factores de vulnerabilidad que la población general, las mujeres gitanas se caracterizan por tener una potente variable de protección, la supervisión paterna, característica, no obstante que limita su autonomía y libertad personal.

Para finalizar, los autores proponen una serie de pautas para optimizar la eficacia del programa de prevención en función

de la población objetivo. Por ejemplo, recomiendan que en el colectivo gitano se trabaje en grupos separados por género, así como es importante que el mediador sea gitano y del mismo sexo.

En conclusión, puede afirmarse que esta guía ofrece un interesante material, así como una metodología de trabajo basada en la evidencia empírica y pautas concretas de actuación, que pueden ser tremendamente útiles para todos aquellos profesionales que se dedican a la prevención del consumo de drogas.

Es importante desarrollar guías de actuación basadas en la evidencia científica y avaladas por las Administraciones Públicas que promuevan su aplicación y, por tanto, maximicen la posibilidad de acceder a una atención sociosanitaria de calidad.

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

El Miembro Asociado Internacional se creó con la pretensión de apoyar el desarrollo de la ciencia y la profesión, así como la ampliación y mejora de las relaciones interprofesionales en el ámbito de la Psicología. Esta figura supone el establecimiento de una relación entre quienes se encuentran interesados en relacionarse con el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos con el objeto de recibir del mismo información y publicaciones, así como obtener ventajas en la asistencia y participación en las actividades organizadas por la Corporación. Para acceder a la condición de Asociado Internacional del Consejo, los interesados deberán residir fuera del territorio español (artículo 1.b, del Reglamento Regulatorio).

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS COMO MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL (SÓLO PARA RESIDENTES FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL)

NOMBRE Y APELLIDOS _____

ORGANIZACIÓN _____

DIRECCIÓN DE CONTACTO _____ CIUDAD _____

ESTADO/PROVINCIA _____ C.P. _____ PAÍS _____ TELÉFONO _____

Países desarrollados

20 dólares USA (18,00 €)

Países en vías de desarrollo

15 dólares USA (13,50 €)

FORMA DE PAGO:

talón o cheque a nombre del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

transferencia bancaria a la cuenta corriente IBAN: ES89 0075 0125 4706 0117 9770 del Banco Popular Español Ag.14, c/José Ortega y Gasset, 23, 28006 Madrid (España). Enviar fotocopia del ingreso al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

tarjeta de crédito: Visa MasterCard American Express

Titular de la tarjeta _____ Nº de tarjeta _____ Fecha de caducidad _____

Dirección:

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta - 28006 Madrid - España.

Tels.: +34 +1 + 4449020 - Fax: +34 +1 + 3095615

E-mail: secop@correo.cop.es

Página Web <http://www.cop.es>

Firma _____



Bizkaia

CURSOS ASOCIADOS AL MÁSTER DE PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A través del acuerdo que mantiene el COP Bizkaia con el Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado (PTL), se han celebrado tres cursos asociados al *Máster en Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología de la Salud: Experto en Psicoterapia de Larga Duración, Experto en Intervención con PTL de los Trastornos Psicósomáticos y Experto en Hipnosis Clínica*. Estos cursos han sido impartidos por **Roberto Aguado** y personal de su equipo.

FINALIZA LA 14ª EDICIÓN DE LA ESCUELA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

En abril ha finalizado la *14ª edición de la Escuela de Práctica Psicológica*. Esta escuela, que en esta edición ha contado con 50 alumnos, tiene un carácter

eminente práctico, puesto que el alumnado puede realizar prácticas en centros o empresas. Diferentes profesionales de la Psicología en activo han impartido los cuatro cursos de los que consta dicha acción formativa:

- ✓ Psicología Clínica (153 horas)
- ✓ Psicología de la Intervención Social (166 horas)
- ✓ Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (160 horas)
- ✓ Psicología Jurídica (116 horas)

El próximo mes de septiembre, se iniciará la siguiente edición de la *Escuela Práctica Psicológica*.

CURSO DE PREPARACIÓN AL PIR

El COP Bizkaia está organizando una vez más los cursos de *Preparación al PIR* para la próxima convocatoria del examen-oposición para obtener la especialidad en Psicología Clínica.

Esta oferta formativa del Colegio se encuadra dentro de su apuesta por la formación de los profesionales de la Psicología Clínica. Por ello, para la impartición de estos cursos, tanto en modalidad presencial como a distancia, se cuenta con un profesorado que está en contacto no sólo con el mundo académico, sino también con el área de la clínica

aplicada, así como se ha elaborado una documentación rigurosa y actualizada en relación a los últimos exámenes realizados y se fundamentan en un contacto directo con el alumno.

JUNTA GENERAL ORDINARIA

El 28 de abril tuvo lugar la Junta General Ordinaria en la cual se aprobó el balance económico del ejercicio 2008 y el presupuesto del ejercicio 2009, así como la memoria de actividades del 2008 y la modificación de los estatutos.

ACUERDO CON ABOGADOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LOS RECURSOS A LAS RESOLUCIONES DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Se ha llegado a un acuerdo con tres despachos de abogados para la tramitación de los recursos relacionados con el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Estos despachos son conocedores en profundidad de la situación legal en la que se encuentra la

especialidad en Psicología Clínica y cuentan con amplia experiencia en el ejercicio de la abogacía.

RENOVACIÓN DE LAS LISTAS PARA EL TURNO DE PERITACIÓN

El COP Bizkaia ha incorporado en las listas del Colegio para el Turno de Peritación a nuevos psicólogos colegiados que así lo solicitaron y que cumplieron los criterios requeridos según la convocatoria. Estas listas se envían a cada juzgado, que será el organismo encargado de designar al perito que tendrá que intervenir en cada caso.

PRESENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE GÉNERO

El pasado mes de febrero se desarrolló en el COP Bizkaia una jornada de presentación de las conclusiones sobre el diagnóstico de género del *Proyecto Parrekatuz de la Diputación Foral de Bizkaia a favor de la Igualdad de Género*.

Este estudio se encuentra a disposición de toda persona colegiada que tenga interés en él o bien a través de la página Web del COP Bizkaia (<http://www.copbizkaia.org>).

SE CELEBRAN LAS JORNADAS SOBRE LA INSTITUCIÓN DEL DEFENSOR DEL MENOR EN LA CAV

La *Comisión de Psicología Jurídica* ha organizado las jornadas *La Institución del Menor en la Comunidad Autónoma Vasca*. El defensor del menor, **Jesús Gutiérrez**, habló sobre dicha ins-

titución en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), a todos aquellos psicólogos colegiados que acudieron.

Agurtzane García
COP Bizkaia



TALLER DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIPSICODRAMÁTICAS

Una de las preocupaciones del COP Álava ha sido el poder ofrecer cursos y talleres de formación a sus colegiados. Siguiendo esta línea, el pasado 14 de marzo, con cargo a los presupuestos del 2008, se ofreció un *Taller de Entrenamiento en Habilidades Socio-psicodramáticas* en la resolución de conflictos dirigido por la prestigiosa psicodramatista **Mónica Zuretti** de la Universidad de Buenos Aires y discípula directa en el *Moreno Institute*, Beacon de Nueva York, bajo la dirección de **J.L. Moreno**, creador de la terapia de grupo y del psicodrama, y de su esposa Zerka T. Moreno. En el presente taller, se trabajaron secuencialmente escenas relacionadas con los conflictos dentro de la espontaneidad y creatividad de los participantes. Uno de los objetivos del taller fue el de aprender a no mezclar los conflictos externos con los internos, así como aprender a desarrollar nuestros roles, desde los psicósomáticos hasta los so-

ciales, y saber incorporar la experiencia diaria, ya que *“el psicodrama es la vida misma”*.

COP Álava



REUNIÓN CON EL PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

El pasado viernes 30 de enero se celebró en el COP Andalucía Occidental una reunión de Junta de Gobierno a la que asistió el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), **Francisco Santolaya Ochando**.

Acudió la Junta de Gobierno en pleno, los Presidentes de las Secciones de Psicología de los RR.HH. y de las Organizaciones, de Psicología Jurídica, la Presidenta de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud, los responsables de las Áreas de Mediación e Intervención en Emergencias y Catástrofes, la Presidenta de la Comisión Deontológica, los Directores de la revista *Apuntes de Psicología*, y la Vicerrectora de Relaciones Internacionales de la Universidad de Sevilla.

Esta reunión fue solicitada por la Decana con el objetivo principal de poder tratar detenidamente, con el Presidente del Consejo, la situación de nuestro Colegio dentro de la organización estatal y la marcha y expectativas a medio plazo del propio Consejo. En este sentido, se abordaron diferentes aspectos que preocupan a nuestra Organización, referidos

en particular a la actualidad de nuestra participación en los órganos de gobierno del COP, los planes para la aprobación de los estatutos definitivos, las modalidades de financiación y el presupuesto del COP, así como las posibilidades de la Presidencia del COP en la mediación en las posibles diferencias de los Colegios de ámbito andaluz.

La reunión se desarrolló en un ambiente constructivo y de trabajo reflexivo a la vez que crítico, con una alta participación de las personas presentes, lo cual es significativo del interés que todo lo tratado representaba.

Con esta reunión esperamos iniciar un camino de compromiso en la búsqueda de alternativas a las situaciones que venimos planteando y que redundarán en beneficio de toda la organización colegial.

EL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL CONSTITUYE EL GRUPO PSICOLOGÍA SIN FRONTERAS - ANDALUCÍA OCCIDENTAL

Durante el mes de febrero nuestro Colegio reunió a numerosos psicólogos para constituir el grupo de *Psicología sin Fronteras en Andalucía Occidental*.

En representación de nuestra entidad acudieron a dicha reunión las colegiadas **María del Mar González Rodríguez** (Nº Coleg. AN00853) y **María Marco Macarro** (Nº Coleg. AN01522) y por parte de la Facultad de Psicología, la representante fue **Antonia Martínez Agüero** (estudiante). La iniciativa se realizó a consecuencia del encuentro que tuvo lugar el pasado diciembre de 2008, en el que



Miembros del COP Andalucía Occidental junto con el Presidente del COP

colaboraron la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, Psicólogos sin Fronteras Madrid y el COP Andalucía Occidental, y donde se abrió la posibilidad de poner en marcha el Grupo *Psicología sin Fronteras - Andalucía Occidental*.

En esta reunión se trataron los siguientes temas: Presentación de Psicólogos sin Fronteras, historia, trayectoria y proyectos actuales; debate y decisión acerca de la constitución y organización de Psicología sin Fronteras en Andalucía Occidental; elección de una comisión impulsora del proyecto de *Psicología sin Fronteras - Andalucía Occidental*; debate y decisión acerca de posibles proyectos a desarrollar o a los que el Colegio pudiera vincularse; y solicitud de colaboración de la Asociación para la Recuperación de la Memoria Histórica de Andalucía.

Se trata de una convocatoria abierta tanto a profesionales como a estudiantes de nuestra disciplina que tengan el convencimiento de que desde la Psicología se puede contribuir a mejorar el mundo en que vivimos, no sólo en nuestro quehacer diario, sino también mediante la puesta en marcha de proyectos de coo-

peración al desarrollo o en defensa de los derechos humanos.

REUNIÓN CON LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIA

La Decana, el Vicedecano Primero y la Responsable del Área de Mediación del COP Andalucía Occidental se reunieron con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Dirección General de Infancia y Familia en la Sede del Parlamento de Andalucía.

La reunión tuvo lugar el pasado día 25 de febrero, con el objetivo de trabajar sobre un documento sobre las *Aportaciones del futuro Reglamento de la Ley de Mediación*, confeccionado por el Área de Mediación de nuestro Colegio y presentado por el mismo a dicha Consejería.

Representando al Colegio asistieron la Decana y el Vicedecano Primero del COP Andalucía Occidental, **Margarita Laviana Cuetos** y **Fernando García Sanz**, y la Responsable del Área Trans-

versal de Mediación, **María Luisa de Serdio Arias**, que fueron recibidos por la Consejera para la Igualdad y Bienestar Social, **Micaela Navarro Garzón** y la Directora General de Infancia y Familia, **Carmen Belinchón Sánchez**.

Fue una sorpresa grata comprobar que las sugerencias y aportaciones que el Colegio había realizado a la ley de mediación habían tenido muy buena acogida, además de haber sido trabajadas desde la Consejería y, algunas incluso, ya incorporadas a la ley.

Varios puntos podrían destacarse de este encuentro. Se habló de la creación de un Registro de Mediadores, así como la necesidad de trabajar sobre un código deontológico que marque las pautas de actuación a seguir por los y las profesionales de la mediación, la creación de un Consejo Asesor y la posibilidad de desarrollar una gestión sancionadora. Otros temas interesantes que se trataron fueron: reclamar un marco de justicia gratuita para temas relacionados con la mediación, establecer de antemano cuáles son los costes en un proceso de mediación (para poder dotarlo de recursos necesarios), crear un marco apropiado profesional y abordar el tema de la co-mediación.

También se comentó la necesidad de establecer ciertos tipos de acciones encaminadas a favorecer la buena puesta en marcha de la ley y, donde sería muy bien acogida, la colaboración de nuestro Colegio, participando en acciones de divulgación (dípticos, decálogos, etc.), enfocadas a explicar claramente “qué es” y “qué no es” mediación, además de colaborar con estudios y análisis de las experiencias en mediación que nos permitan evaluar la eficacia y el alcance de la misma.

Durante toda la reunión se hizo referencia a futuros encuentros entre ambas entidades y a estrechar la colaboración ya establecida para continuar trabajando en una correcta implantación de la Ley y adecuado desarrollo de la misma. Finalmente, habría que dejar de manifiesto la importancia que, tanto desde la Consejería como desde el COP Andalucía Occidental, se da al trabajo y a las aportaciones que el Área de Mediación realiza en su ámbito profesional.

LA UNIDAD DE ORIENTACIÓN DEL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL RECIBE EL SEGUNDO PREMIO EN EL I CERTAMEN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA RED ANDALUCÍA ORIENTA

La ciudad de Cádiz acogió, los pasados días 11 y 12 de febrero de 2009, las *II Jornadas Andaluzas de Orientación Profesional*. En el marco de estas Jornadas y, junto al atractivo científico-técnico que siempre encierran eventos de esta categoría para el correspondiente sector profesional, tuvo lugar el *I Certamen de Buenas Prácticas* en la Red Andalucía Orienta, donde la Unidad de Orientación Profesional Andalucía Orienta, adscrita al COP de Andalucía Occidental, obtuvo el Segundo Premio por la buena práctica de *Implementación y Gestión del Módulo de Autoorientación*.

Las Jornadas, presididas por el Consejero de Empleo **Antonio Fernández García** y siendo su temática central *Hacia una orientación de calidad. Un reto compartido*, incluyeron diferentes ponencias a cargo de personas expertas y

de reconocido prestigio en el ámbito de la Orientación Profesional y Empleo. En su conjunto, abordaron la situación de la orientación profesional en el actual y complejo mercado laboral, así como el enfoque integrador y de calidad por el que se apuesta desde el Servicio Andaluz de Empleo para responder a las necesidades, exigencias y retos.

De manera complementaria, a lo largo de diferentes seminarios se abordaron también cuestiones de importancia para una mejor gestión de las políticas de empleo, como son los modelos de orientación profesional, los programas para la inserción y recolocación profesional, el perfil del personal orientador, técnicas y herramientas especializadas o el nuevo modelo de formación profesional, entre otros temas.

Por su parte, el *I Certamen de Buenas Prácticas* fue presidido por la Directora General de Empleabilidad e Intermediación Laboral **Ana María Ancín Ibarburu**, en cuyo discurso destacó el impulso que ha tenido la orientación profesional por la labor realizada desde las Unidades de Orientación Andalucía Orienta, resaltando la implicación y el compromiso de su equipo humano, así como la atención técnica y humana que realiza con las personas que se encuentran en situación de desempleo.

La Unidad de orientación adscrita a Comisiones Obreras del Puerto de Santa María (Cádiz) y el Programa EPES de la Asociación Objetivo Vida (Jaén) fueron galardonadas con el Primer y Tercer Premio respectivamente.

Francisco José Lama García, -Coordinador de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Empleo-, hizo entrega del galardón a **Jerónimo Acosta Quintero**, -Vicedecano Segundo y Pre-

sidente la Delegación de Cádiz del COP Andalucía Occidental-, y a **María José Dueñas Cabrera**, –Responsable de Proyectos del Colegio y Coordinadora de la Unidad de Orientación-, quienes estuvieron acompañados por el personal técnico de la Unidad de Orientación (**Lourdes Moya, Lucía Gómez, M^a Ángeles Iglesias, Sandra Ibáñez y Soledad Furest**). Fue ésta última la que dirigió unas palabras al auditorio en nombre de la Unidad, agradeciendo al Servicio Andaluz de Empleo la mención otorgada, además de destacar la labor de equipo realizada y el alto grado de compromiso del Colegio como agente social en la gestión de Políticas Activas de Empleo.

AULA ABIERTA DE LA DELEGACIÓN DE CÁDIZ SOBRE LA DEFENSA DE INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO EN JUICIO ORAL

El 18 de febrero, tuvo lugar en la Delegación de Cádiz del COP Andalucía Occidental, el taller de la edición 2009 del Aula Abierta.

El tema del taller fue la *Defensa de informe pericial psicológico en juicio oral*, y se abordó con una metodología eminentemente práctica y participativa. Aspectos como la terminología legal, aspectos legales y formales sobre la peritación o las diversas estrategias y recursos en la defensa del informe en juicio oral fueron los temas tratados en el aula.

M^a Jesús Orihuela Canto y Nazaret Martínez Mollinedo, fueron las expertas encargadas de impartir la charla dirigida a los treinta colegiados que participaron en esta actividad formativa.



Miembros del Equipo Técnico de la Unidad de Orientación y representantes del COP Andalucía Occidental en el momento del galardón. De izquierda a derecha: Sandra Ibáñez, Soledad Furest, Lourdes Moya, Jerónimo Acosta, M^a José Dueñas, Lucía Gómez y M^a Ángeles Morón

EL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL COLABORA CON LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA EN EL NUEVO PLAN ESTRATÉGICO (FACPSI)

Desde el pasado mes de octubre de 2008, el COP de Andalucía Occidental está colaborando, como agente activo, con la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, para presentar una recopilación de todas las propuestas de cara a la elaboración de un Plan Estratégico que consiga plasmar las inquietudes que todas las personas vinculadas a la Facultad consideren oportunas para el futuro de la misma, así como las vías para alcanzarlas.

Hasta la fecha se han realizado varias actividades de las que informamos en anteriores boletines: *Diálogos Múltiples* (27 de octubre de 2008) y *Seminarios*

Prospectivos (28 y 29 de octubre de 2008).

Fue el pasado 11 de febrero de 2009 cuando se presentó el material elaborado en el que se recogen todas las aportaciones que aparecieron en las diferentes actividades organizadas para recopilar propuestas de cara a la elaboración del Plan Estratégico.

Como consecuencia de estas actividades, y dentro del apartado *Coordinación con otras Instituciones* de dicho Plan, se ha iniciado una nueva línea de colaboración que ha tenido como primer resultado una mesa redonda sobre *Ejercicio Profesional de la Psicología*, que tuvo lugar el pasado 10 de febrero en el Salón de Actos de la Facultad de Psicología y se enmarcó dentro de la Semana Cultural.

El evento estuvo compuesto por dos mesas redondas: *Mediación y Adicciones*, en las que participaron profesionales de la Psicología que aportaron su experiencia, dando a conocer de primera

mano la realidad de su trabajo diario en los diferentes ámbitos en los que trabajan.

El objetivo de estas mesas redondas, según **Gloria Prieto**, responsable de Formación del COP Andalucía Occidental, “*es acercar la práctica profesional de la Psicología al alumnado de los últimos cursos de la licenciatura, ampliando la mirada de los y las estudiantes respecto a las salidas profesionales en distintos ámbitos de actuación y acercando la realidad de las tareas que los y las profesionales realizan en su quehacer diario. Como COP de Andalucía Occidental consideramos que dentro de nuestra labor está el asesoramiento y facilitación, a nivel profesional, de toda la información necesaria para que nuestros colegiados y colegiadas y futuros profesionales de la Psicología conozcan la amplia gama de salidas profesionales que ofrece esta disciplina*”, al mismo tiempo que explica que: “*la metodología que se ha seguido implica la participación y*

colaboración de personas relacionadas con la Facultad, tanto integrantes de la misma como de otras instituciones que tienen que ver son ella, entre otras, nuestro Colegio”.

Asimismo, la Facultad de Psicología detecta la necesidad de dar al alumnado una visión alejada de lo meramente teórico centrándolo en la práctica diaria de los profesionales, de forma que pueda comprender mejor el repertorio de actuaciones que deberá abordar según el ámbito al que pretenda dirigir su futuro profesional. Es por ello que se inicia así una nueva etapa de colaboración entre ambas entidades.

LA DELEGACIÓN DE CÓRDOBA ORGANIZA UNA CHARLA SOBRE ACOGIMIENTO FAMILIAR DE URGENCIA

La Delegación de Córdoba del COP de Andalucía Occidental celebró el pasado mes de enero una Charla-Coloquio

bajo el título *Acogimiento familiar de Urgencia*.

Desde la Delegación se desarrolló esta actividad como parte de una formación continua y especializada de los profesionales de la Psicología, con el objetivo de dar a conocer nociones básicas sobre el acogimiento familiar, tipos de acogimiento, así como el papel que desempeñan los profesionales de la Psicología dentro de los equipos multidisciplinares de acogimiento familiar. Fundamentalmente, este tipo de actuaciones se centra en la difusión y captación de familias, en la formación en acogimiento familiar, en la valoración de la idoneidad, así como en el seguimiento de la evolución de las acogidas. Además, se lleva a cabo la intervención y el asesoramiento de las familias y de los menores en las diferentes dificultades que puedan acontecer en el transcurso de la acogida.

La docencia corrió a cargo de **María Concepción Márquez García** y **Arturo Ortega Arévalo**, psicóloga y trabajador social del equipo de acogimiento familiar en familia de urgencia, que lleva a cabo la Federación de Mujeres Progresistas de Andalucía, en calidad de Institución Colaboradora de Integración Familiar (ICIF). Todo ello, en virtud de un convenio con la Delegación de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

PLAN ANUAL DE FORMACIÓN DE LA DELEGACIÓN DE HUELVA

La Junta Rectora de la Delegación de Huelva del COP de Andalucía Occidental ha presentado la aprobación del Plan Anual de Formación de esta Delegación para el año 2009.



Momento de la reunión entre el COP Andalucía Occidental y la Universidad de Sevilla. De izquierda a derecha: Javier Pérez Molina, Rafael Alonso Guerra y M^a Dolores Galeote Cobos

A lo largo del presente año se desarrollarán diversas actividades formativas entre las que se incluirán:

- ✓ Las Sesiones Clínicas que iniciaron su puesta en marcha en marzo y se realizarán el segundo o tercer viernes de cada mes hasta el mes de junio, reanudándose en septiembre y hasta el mes de noviembre.
- ✓ Los talleres de Aula Abierta organizados por los Grupos de Trabajo de las Secciones Profesionales y Áreas Transversales del Colegio y que se inician este año por primera vez en dicha Delegación.
- ✓ Además de las actividades citadas, a lo largo de este año se realizarán otros Cursos y Acciones Formativas propuestas por los colegiados a nivel particular u organizados por el COP Andalucía Occidental en esta Delegación.

El COP Andalucía Occidental desea agradecer la colaboración de todos los miembros de la Delegación de Huelva que han participado en la creación de este Plan de Formación y recordar que si algún miembro de esta Delegación quiere presentar alguna propuesta para la realización de cualquier acción formativa concreta puede ponerse en contacto con el Área de Formación de nuestro Colegio (for_copao@cop.es), donde se le facilitará el modelo de presentación de la misma.

En la página Web del Colegio (www.copao.es), en el apartado de Acciones Formativas del Colegio, así como en el apartado de Formación de esta Delegación, se puede consultar toda la programación elaborada para el año 2009, teniendo en cuenta que son fechas previstas y pueden sufrir algunas variaciones en el transcurso del año, por

lo que las Fichas de Difusión de las acciones formativas estarán publicadas en los apartados mencionados de la página web de nuestro Colegio y en el Boletín *Online* cuando sean confirmadas las fechas de forma definitiva.

JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS EN LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

La Delegación de Huelva del COP Andalucía Occidental participó, el pasado mes de febrero, a través de *stands* informativos, en las *IX Jornadas de Puertas Abiertas* organizadas por la Universidad de Huelva.

La celebración de estas Jornadas es una ocasión especial para atender al alumnado de Bachillerato y de Ciclos Formativos de Grado Superior y dar a conocer toda la información de las titulaciones existentes en la Universidad de Huelva.

JORNADA DE CONMEMORACIÓN POR EL DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER

El pasado 6 de marzo tuvo lugar, en el

COP de Andalucía Occidental la *Jornada de conmemoración por el Día Internacional de la Mujer – 8 de marzo*.

Organizada por el COP Andalucía Occidental y coordinada por el Área Transversal de Género de esta entidad, la Jornada se desarrolló en un marco en el se analizaron las políticas activas de igualdad en el ámbito laboral.

La actividad comenzó con un acto inaugural que siguió con la mesa redonda: *A propósito de la incorporación de la mujer al trabajo: reflexiones para el debate* en la que participaron **Trinidad Núñez Domínguez**, profesora de la Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sevilla con la ponencia *Mujer, trabajo y publicidad ¿una relación perversa?*, **Emilia Castellano Burguillo**, responsable del Área de Género de la Consultora Management & Research, profesora de Derecho del Trabajo de la Universidad de Huelva y miembro del Equipo de Expertos del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, con la ponencia *Los Grandes Mitos de la Ley de Igualdad*, **Jesús de la Corte**, Socio Gerente de la Consultora Management and Research (M&R) y profesor del Master de Dirección de RR.HH. de la Universidad de Sevilla que presentó *La Aplicación actual de la Ley de Igualdad en la Empresa Privada Andaluza*, e **Inés Martínez Corts**, profesora de la Universidad Pablo de Olavide, experta en RR.HH. y Género y miembro del Área Transversal de Género por la Sección de Psicología de los RR.HH. del COP Andalucía Occidental con la ponencia *Barreras de género en la promoción laboral de la mujer*.

TALLER DE AULA ABIERTA DE LA DELEGACIÓN DE HUELVA TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Enmarcado en el Plan Anual de Formación de la Delegación de Huelva, el pasado 28 de enero, dio comienzo el Taller de Aula Abierta *Técnicas de Relajación. Aspecto Práctico*.

Esta actividad formativa fue impartida por **M.^a Antonia Rodríguez de los Reyes** y **Andrés Ortiz Franco**, con el objetivo de acercar de forma práctica el conocimiento de algunas técnicas de relajación y contacto corporal analizando su importancia y experimentándolas.

Documentación y Comunicación
COP de Andalucía Occidental



EL COP NAVARRA SUPERA LOS 600 PSICÓLOGOS COLEGIADOS

Lejos queda ya 1982, cuando el COP de Navarra (COPN) logró por vez primera superar los 200 colegiados; incluso 1991, año en el que eran 500 los psicólogos miembros del Colegio. Al término de 2008, se ha superado una nueva barrera y un total de 603 profesionales de la Psicología integran el Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.

Este fue uno de los temas tratados en la asamblea anual del COPN celebrada recientemente. En esta asamblea además se analizó y aprobó la memoria de 2008 del COPN, los objetivos de cada vocalía y las cuentas de ingresos y gastos de 2008, así como el presupuesto para 2009.

Durante el año 2008, el COPN ha promovido diferentes actividades con el objetivo de desarrollar e impulsar la profesión y el Colegio. Una de las actividades más destacadas ha sido el Programa de Intervención Psicológica en Residencias de la Tercera Edad, desarrollado por el Grupo de Trabajo de los Procesos de Envejecimiento del COPN y a través de un convenio con la Asociación LARES. Este programa se ha llevado a cabo en siete residencias de la tercera edad, y su objetivo ha sido el de dar a conocer la aportación

PUBLICIDAD

Escuela de Práctica Psicológica

15ª Promoción

CURSOS	Nº HORAS	DIA LECTIVO	HORARIOS
PSICOLOGÍA CLÍNICA	153	Lunes	9:30 a 14:30
PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL	166	Martes	9:30 a 14:30
PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y DE LAS ORGANIZACIONES	160	Miércoles	9:30 a 14:30
PSICOLOGÍA JURÍDICA	116	Miércoles	16:00 a 20:00

¡ POSIBILIDAD DE PRACTICAS !

En colaboración con la Facultad de Psicología de la UPV-EHV

DIRIGIDO A:
Licenciados/as en Psicología y
estudiantes de 4º y 5º

DURACIÓN:
De septiembre 09 a abril 10

IMPARTIDOS POR:
Profesionales de la Psicología
en activo

GRUPOS REDUCIDOS:
Las plazas son limitadas



C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta • 48008 Bilbao • Telf.: 944 79 52 70
E-mail: bizkaia@correo.cop.es • Web: www.copbizkaia.org

de los psicólogos en la mejora de la calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

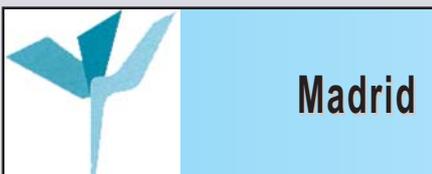
Por otro lado, ha aumentado el número de miembros del Grupo de Intervención en Catástrofes, alcanzando los setenta integrantes. Así mismo, el Grupo de Migraciones ha realizado un estudio, cuyos participantes pertenecían a seis asociaciones de emigrantes, dirigido a detectar las necesidades psicosociales de los inmigrantes que viven en Navarra.

VETERANOS Y NUEVOS COLEGIADOS

El pasado año, un total de 17 colegiados cumplieron un cuarto de siglo de pertenencia al COP de Navarra y 50 licenciados en Psicología se incorporaron a nuestro colegio.

Por este motivo, y como en años anteriores, el COPN celebró recientemente un acto en el que con el objetivo de reconocer y agradecer a los veteranos su dedicación a la defensa de la profesión y la atención a la institución colegial. Este homenaje a la experiencia y fidelidad se hizo coincidir, como en ediciones anteriores, con el recibimiento a los nuevos licenciados que, en 2008, se dieron de alta en el COPN.

COP Navarra



COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO

La Asamblea General Extraordinaria del COPM celebrada el pasado 29 de



Asamblea General Extraordinaria

enero aprobó por unanimidad la incorporación a la Comisión Deontológica del Colegio de la colegiada **Begoña Arbulo Rufrancos** (M-011559).

Actualmente la Comisión Deontológica del Colegio está compuesta por los siguientes colegiados:

Presidente: Javier Urra Portillo. Doctor en Psicología, con la especialidad de Clínica. Psicólogo Forense. Profesor de Ética y Deontología en la Universidad Complutense de Madrid; **Secretaria: M^a Georgina Otero.** Psicóloga educativa. Miembro de Equipo de Orientación; **Vocales: Begoña Arbulo Rufrancos.** Psicóloga clínica y jurídica. Ámbito público y privado; **Ángeles Sanz Yaque.** Psicóloga clínica adultos. Profesora Universidad Autónoma de Madrid; **Eduardo Rozemberg Posternak.** Psicólogo clínico. **Emiliano Martín González.** Psicólogo de Intervención Social, Familia y Drogodependencias. Ámbito público; **Máximo Aláez Fernández.** Psicólogo clínico. Ayuntamiento de Madrid, **Ramón de la Fuente Figuerda.** Psicólogo

clínico. Psicoterapeuta. Ayuntamiento de Madrid; **Mateo Martínez Isaac.** Psicólogo educativo. Equipo de Orientación y Departamentos de Orientación; **Carlos Mas Pérez.** Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Atención Infanto-Juvenil; **José Francisco García Gumiel.** Psicólogo especialista en Psicología Clínica; **Ase-sor: José Eugenio Gómez Muñoz.**

NUEVO GRUPO SOBRE PSICOLOGÍA Y MEDIOS AUDIOVISUALES

Recientemente se ha creado en el Colegio un nuevo grupo de trabajo sobre Psicología y Medios Audiovisuales que estará coordinado por la colegiada **Sonia Toro Calle** (M-22463).

El objetivo general de este grupo será promocionar la Psicología dentro del ámbito audio-visual, abriendo así otras expectativas profesionales para los psicólogos. Los objetivos específicos

serán: promocionar el trabajo del psicólogo como asesor o colaborador en guiones de cine y tv, en cuestiones psicológicas; promocionar el trabajo del psicólogo con los actores-actrices, tanto en las técnicas interpretativas como en la preparación de éstos a los guiones y personajes, así como preparación al casting, *coach*; utilización del cine como herramienta terapéutica para los psicólogos clínicos en su intervención con los pacientes; utilización del cine como herramienta terapéutica para la intervención comunitaria y formación específica para los psicólogos audiovisuales.

Alguna de las actividades que realizará este grupo serán la siguientes:

- Establecer convenios de colaboración con entidades afines:
 - ✓ Emisoras de radio donde se nos

proporcione un espacio para desarrollar nuestras actividades colectivas en cuanto a Psicología y cine, promocionando así al colectivo profesional en tal ámbito.

- ✓ Revistas específicas. Establecer acuerdos con revistas de ámbito audiovisual en las que podamos plasmar algunas de las actividades que realizamos y pueda ser de su interés.
- ✓ Escuelas de guionistas: con los que establezcamos una relación a través de la cual podamos colaborar en la creación de personajes o tramas, de contenido psicológico, impregnando de realismo y coherencia a los personajes, así como los diferentes roles que representan.
- ✓ Talleres o escuelas audio-visuales, con las que crear algún vínculo laboral o de colaboración.

- Establecer intercambios de información y de impresiones con profesionales del ámbito audiovisual, tales como guionistas, directores y actores-actrices, en cuanto a la relación Psicología y cine, como herramienta de intervención social y psicológica.

- Generar debates que nos ayuden a estrechar los lazos entre ambas materias: cine y Psicología, donde se reconozca la interrelación y dependencia mutua.

- Recoger información de interés a través de entrevistas realizadas a diferentes profesionales del medio audio-visual; directores, guionistas y actores y actrices con el fin de mejorar los protocolos de actuación y las futuras colaboraciones con ellos.

- Organizar el primer encuentro de la Psicología y el cine en octubre de 2009:

se valoraran y reconocerán aquellas películas o cortos de contenido psicológico que pongan de manifiesto la importancia de la Psicología o ayuden a su promoción, así como nos faciliten material para el trabajo en clínica, o pongan de manifiesto problemáticas sociales que ayuden a su normalización o análisis de los contenidos.

- Proyecciones en ámbitos comunitarios (colegios, residencias para la tercera edad, asociaciones de interés, inmigración, personas sin hogar, etc.), a modo de intervención o prevención, para luego establecer un coloquio en torno a la temática de la que se trate.

- Creación de los diferentes protocolos: para el análisis de las películas, para las proyecciones en los diferentes ámbitos comunitarios, para las entrevistas con las diferentes personalidades afines a la temática (Psicología y cine), tales como directores, guionistas y actores/actrices.

PUBLICIDAD

OPOSICIONES PROFESORES

INTERESANTE PARA PSICÓLOGOS

- ✓ Psicología y Pedagogía
- ✓ Intervención Sociocomunitaria
- ✓ Servicios a la Comunidad

LA MEJOR, MÁS COMPLETA Y CONTRASTADA PREPARACIÓN EN TODAS LAS ESPECIALIDADES DE:

- 📖 Enseñanza Secundaria
- 📖 Escuela Oficial de Idiomas
- 📖 Maestros de Primaria
- 📖 Profesores Técnicos de F.P.

Solicite información gratuita y recibirá: bases, plazas, TEMA-MUESTRA y horarios de preparación.



C/ CARTAGENA, 129 - 28002 MADRID
 TEL.: 91 564 42 94 - www.cede.es
 e-mail: oposiciones@cede.es

LA ORGANIZACIÓN MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA SOLICITA LA COLABORACIÓN DEL COLEGIO

La organización de solidaridad internacional Médicos del Mundo ha solicitado la colaboración del COPM, requiriendo la figura de un psicólogo en la Franja de Gaza, para intervenir con los profesionales de Salud Mental desplazados en la zona.

Las funciones que desarrollará este profesional serán las siguientes: supervisión del personal local de Salud Mental, en especial al equipo del Centro de Trauma, mediante apoyo técnico y facilitación del desarrollo de activi-

dades para desarrollar intervenciones a nivel: comunitario, familiar e individual; conducir sesiones grupales para profesionales sanitarios, afectados por la ofensiva israelí; diseñar, elaborar e implementar formaciones en salud mental con el apoyo de formadores palestinos y europeos; elaborar los informes (internos y oficiales) requeridos por el proyecto en coordinación con el responsable de misión; contribuir a la coordinación internacional de Médicos del Mundo en Salud Mental; establecer relaciones con otros actores en salud mental en la zona; participar activamente en la identificación y formulación de nuevas propuestas en el marco de la salud mental.

EL COLEGIO EN LA COMISIÓN EUROPEA

El pasado mes de diciembre se llevó a cabo en la sede de la Comisión Europea, un acto de presentación de informes e investigaciones realizadas sobre la intervención psicológica a víctimas de atentados terroristas. Este acto formaba parte de una serie de proyectos en los que participaron, entre otras entidades, la *British Psychological Society* (BPS), la *European Federation of Psychologist's Associations* (EFPA) y el COPM.

El COPM estuvo representado por **Miguel Corbacho Soto**, responsable del Área de Acreditaciones y Formación, y **Fernando A. Muñoz Prieto**, que presentó una ponencia titulada "*Presente y futuro de los dispositivos de asistencia psicológica urgente ante atentados terroristas, experiencias y propuestas del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*".



Miembros del consejo asesor de la campaña PONLE FRENO

PRIMER ANIVERSARIO DE LA CAMPAÑA DE SEGURIDAD VIAL PONLE FRENO

Recientemente se ha celebrado en Madrid el primer aniversario de la campaña de seguridad vial PONLE FRENO, en la cual participa el COPM.

A este acto asistieron los diferentes representantes de las instituciones que colaboran en esta campaña y numerosos medios de comunicación. Por parte del Colegio acudió su Decano, **Fernando Chacón Fuertes**.

El COPM forma parte a través de su Vocal de Psicología de Tráfico y Seguridad, **Roberto Duran**, del consejo asesor de la campaña PONLE FRENO. Esta campaña la puso en marcha el Grupo Antena 3 (Fundación Antena 3, Europa FM, Onda Cero Radio, Antena 3 TV, Antena Nova, Antena Neox, Unipublic, Movierecord) en colaboración con la Dirección General de Tráfico (DGT).

Durante el año 2008 la campaña PONLE FRENO ha realizado las siguientes acciones:

✓ Creación de la *Plataforma para la*

Señalización de Puntos Negros o Tramos Peligrosos, apoyada por más de 200.000 ciudadanos anónimos, casi 180 personas de reconocido prestigio en diferentes ámbitos, 170 instituciones y cuatro comunidades autónomas, lo que propició la firma de un convenio entre el Ministerio de Fomento y el Ministerio del Interior con el fin de señalar y eliminar los puntos negros y tramos de concentración de accidentes antes de 2012.

- ✓ Lanzamiento de la campaña: *Pon las luces, déjate ver*, que recomendaba circular con las luces de cruce las 24 horas del día. Fue respaldada por la Comisión Europea, que obligará a los fabricantes a equipar todos los vehículos nuevos con un sistema de luces diurno a partir de 2011.
- ✓ Puesta en marcha de cauces permanentes y directos de comunicación con el ciudadano: www.ponlefreno.com y el teléfono de denuncias 902 333 313, que recogió más de 1.200 reclamaciones que se entregaron el pasado mes de octubre a la DGT.
- ✓ Desarrollo de dispositivos especiales en operaciones clave de tráfico.
- ✓ Elaboración de encuestas sobre

hábitos entre los conductores para su posterior análisis y formulación de iniciativas.

- ✓ Creación del proyecto *Ponle Freno Junior*, que ha promovido actividades formativas de educación vial para los más jóvenes como, por ejemplo, prácticas con simuladores de conducción.
- ✓ Elaboración del primer decálogo para la seguridad vial de los ciclistas.

Durante el año 2009 el Consejo Asesor ha propuesto el siguiente plan de acción:

- ✓ Centralizar el eje de la campaña en los peatones. Se trata de uno de los colectivos más vulnerables: según los últimos datos de la DGT, el 19% de los fallecidos se registraron en ciudades; un 40% de ellos fueron peatones.
- ✓ Crear la PLATAFORMA CIUDADANA, un nexo permanente y activo con la sociedad a través de internet que respaldará las acciones de la campaña y hará copartícipes de éstas a los ciudadanos. Para llegar a todos los ciudadanos utilizará las últimas herramientas de Comunicación: lanzamiento de un canal PONLE FRENO en You Tube, newsletters, blogs,

redes sociales (*Twitter, Facebook*). A esta plataforma ya se han unido más de 20.000 ciudadanos.

- ✓ Instar a la Administración a que el dinero recaudado por multas de Tráfico se destine íntegramente y por ley a la Seguridad Vial: investigación, ayuda a las víctimas, etc.
- ✓ Promover la figura del conductor alternativo y la obligatoriedad de instalar el cinturón de seguridad, especialmente en los autobuses infantiles.

EL GOBIERNO DE ESPAÑA RESPALDA LA INICIATIVA PARA LA SEÑALIZACIÓN DE PUNTOS NEGROS Y TRAMOS PELIGROSOS QUE APOYÓ EL COLEGIO

La Ministra de Fomento, **Magdalena Álvarez**, ha anunciado la puesta en marcha de un plan para la señalización de tramos de concentración de accidentes. El plan, que será desarrollado junto con la Dirección General de Tráfico (DGT), será el paso previo a la eliminación definitiva de dichos tramos peli-

gros de nuestras carreteras.

Con este compromiso adquirido por la Ministra de Fomento, el Gobierno respalda la plataforma PONLE FRENO para la señalización de puntos negros y tramos peligrosos, que logra su objetivo al cumplirse dos meses desde su lanzamiento.

El pasado mes de octubre el Presidente del COPM, **Fernando Chacón**, firmó el acta por la cual el Colegio se adhirió a la *Plataforma para la señalización de puntos negros o tramos peligrosos*. Esta plataforma se enmarca en las acciones que se están llevando a cabo con motivo del desarrollo de la campaña de seguridad PONLE FRENO, que puso en marcha el Grupo Antena 3 en colaboración con la Dirección General de Tráfico (DGT). La plataforma cuenta con el aval del grupo de expertos PONLE FRENO, del cual forma parte el Colegio a través de su Vocal de Tráfico y Seguridad, **Roberto Duran**.

El Colegio colabora en esta plataforma solicitando a las Administraciones Públicas propietarias de las vías de transporte que contienen puntos negros, tramos de concentración de accidentes o tramos de alto riesgo, que señalicen éstos para promocionar información preventiva a los conductores. Esa señalización ha de ser inmediata pero no un fin en sí, ya que el gran objetivo debe ser emprender las actuaciones necesarias, de forma urgente, para eliminar de las vías públicas estos lugares de accidentes recurrentes.

La nueva propuesta nació con la voluntad de intentar erradicar unas cifras dramáticas: en 2007 se produjeron 3.289 accidentes con víctimas en los 802 puntos negros localizados en España, arrojando un balance de 134 muer-



tos y 5.269 heridos, según un informe de Automovilistas Europeos Asociados.

Desde su puesta en marcha, la plataforma PONLE FRENO se ha convertido en un movimiento social imparabile, avalado por cifras indiscutibles: ha recibido el apoyo de más de 300.000 ciudadanos.

Asimismo, se han sumado cuatro comunidades autónomas: Castilla-La Mancha, Castilla y León, Murcia y Cantabria. La comunidad murciana está señalizando y Cantabria ya se ha comprometido a señalar los puntos negros.

Más de 170 personalidades pertenecientes a distintos ámbitos como el mundo del deporte, el espectáculo, la música, los medios de comunicación y la política apoyan la plataforma PONLE FRENO. A ellos se han sumado 117 entidades e instituciones, representando a más de 2.000.000 ciudadanos y a sectores profesionales como comercios, alimentación, transportistas, repartidores, agentes comerciales, taxistas, ambulancias, mensajeros, ámbito universitario, conductores particulares, autoescuelas, motociclistas, fabricantes de automóviles y camiones, fabricantes de motos y componentes, etc.

Además, el Senado aprobó por unanimidad el pasado 11 de noviembre, una moción propuesta por el Partido Popular en la que se instaba al Gobierno con carácter "prioritario" a la señalización y posterior eliminación "urgente" de los tramos de concentración de accidentes (TCA) que existen en nuestras carreteras. La iniciativa también incluye la puesta en marcha de "una experiencia piloto para su señalización".

LAS REVISTAS DEL COLEGIO, SELECCIONADAS POR LA BIBLIOTECA NACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

La Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud ha seleccionado varias revistas del COPM para su inclusión en SciELO (Scientific Electronic Library Online), hemeroteca científica electrónica de carácter internacional (disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>), en la que participan editores científicos españoles y latinoamericanos de diversas disciplinas junto con organismos de relieve internacional como la Oficina Panamericana de la Salud.

SciELO es una hemeroteca virtual de revistas científicas del ámbito de Ciencias de la Salud, disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>, cuyo objetivo es facilitar artículos científicos a los profesionales de Ciencias de la Salud de España y América Latina. Además, el portal de SciELO aporta indicadores sobre el interés suscitado por los artículos entre el colectivo de profesionales de la salud y permite la búsqueda de los mismos. La inclusión de estas revistas del Colegio favorece su difusión en el ámbito sanitario nacional e internacional.

El Colegio ha preparado las siguientes revistas seleccionadas por SciELO para hacer posible su acceso a través de esta hemeroteca, para lo que, entre otros as-

pectos, ha etiquetado cada artículo con metadatos:

- ✓ *Clínica y Salud.*
- ✓ *Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida.*
- ✓ *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.*

XV JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y PROFESIÓN

Los pasados 10 y 11 de marzo se celebraron en las facultades de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y Universidad Nacional de Educación a Distancia, respectivamente, las XV Jornadas de Psicología y Profesión.

Estas jornadas, organizadas por el COPM a través de Aula Joven (www.copmadrid.org/aulajoven),

PUBLICIDAD



Psymtec Material Técnico S.L.
¡NUEVA DIRECCIÓN!
 C/ Cazalegas nº 5
 (entrada por c/ Ugena)
 28025 MADRID
 Tlfs: 91 341 16 21 - 91 341 71 95
 Fax: 91 746 41 95

Biofeedback: Equipos Portátiles y Computerizados.

Poligrafía Convencional y Computerizada.

Adquisición de Datos Fisiológicos.

Terapia Ocupacional.

Aprendizaje Psicomotor.

Evaluación Neurofisiología.

Educación Física.

Medicina del Deporte.

www.psymtec.com

Solicite Catálogo

E-mail: psymtec@psymtec.com

tuvieron como objetivo acercar los distintos campos de la Psicología a los futuros profesionales.

Las jornadas lograron una gran acogida entre los cientos de estudiantes que asistieron a los diferentes talleres y conferencias que realizaron diversos psicólogos especializados en temas como: *Avances en Psicoterapia: estado actual de la Psicoterapia en España; Bioenergética; La intervención del psicólogo en Aviación; Violencia de género; Disfunciones sexuales; Búsqueda activa de empleo; El papel del psicólogo en Mediación Familiar; Psicodrama; Gestalt; El autismo y sus familias; Trastornos de la personalidad; El papel del psicólogo en las Fuerzas Armadas; Condiciones y requisitos para el ejercicio de la Psicología, salidas profesionales en los nuevos ámbitos y nuevos perfiles profesionales; Estado actual de los servicios de orientación educativa y psicopedagógica, etc.*

VISITA INSTITUCIONAL A LA SEDE DEL COLEGIO

El pasado 3 de marzo, **Pilar Pérez Portaboles**, Subdirectora General de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior, realizó una visita institucional a la sede del COPM con motivo de la celebración de las *I Jornadas sobre Psicología y Terrorismo*.

Pilar Pérez mantuvo una reunión con el Presidente del COPM, **Fernando Chacón Fuertes**, antes de inaugurar dichas jornadas. En ella se habló de la amplia participación en estas jornadas, así como la posibilidad de establecer diferentes acuerdos de colaboración entre ambas instituciones.

Al finalizar la reunión, **Pilar Pérez** firmó el libro de honor del Colegio.

Javier Martínez
Corresponsal COPM



Momento de la firma en el libro de honor del Colegio



Las Palmas

EL COPLP OFRECE A SUS COLEGIADOS UNA PÓLIZA DE SALUD CON CONDICIONES Y COBERTURAS EXCELENTES

El COPLP ha firmado un acuerdo con la compañía *Axa Winterthur Salud* para ofrecer a sus colegiados la posibilidad de contratar una póliza de salud con unas excelentes condiciones y una amplia cobertura. Este convenio, se ha formalizado gracias a la colaboración de la correduría *Efir*, especialistas en la gerencia integral de riesgos y en seguros para grandes colectivos.

La póliza de salud de *Axa Winterthur Salud* se ofrece a los colegiados en dos modalidades: *modalidad complet*, que cubre la asistencia gratuita en los hospitales y profesionales inscritos en el cuadro médico; y *modalidad vip*, que incluye además de lo anterior el reembolso de gastos por libre elección de facultativos y hospitales, incluyendo la red hospitalaria norteamericana, así como el Hospital Universitario de Navarra o Madrid. Así mismo, ofrece otras ventajas como facilitación del acceso a la asistencia sanitaria privada ambulatoria y hospitalaria, libertad de elección en la asistencia, o financiación, entre otras, así como el acceso a toda la unidad familiar dependiente del colegiado a las mismas condiciones que las ofrecidas al titular.

Este convenio permitirá la posibilidad de disfrutar de todos los servicios desde el primer momento, puesto que establece que no se tendrán en cuenta la mayo-

ría de periodos de carencia ni de las enfermedades o dolencias preexistentes. Los colegiados que ya disfrutaban de un seguro de salud y que venza a lo largo del año 2009, podrán suscribirse al vencimiento de su póliza con las mismas ventajas de la promoción.

EL COPLP ORGANIZÓ UN CURSO PARA DEJAR FUERA DE JUEGO LA VIOLENCIA EN EL DEPORTE

Analizar los factores de riesgo que pueden llevar a actitudes violentas en el entorno deportivo, reconocer los diferentes tipos de comportamientos violentos y buscar alternativas a la agresión, todo ello orientado al fomento de la deportividad, son algunos de los aspectos que se pusieron sobre la mesa en el curso *Estrategias psicológicas para dejar fuera de juego a la violencia en el deporte*, organizado conjuntamente por el COPLP y la Consejería de Deportes del Cabildo de Gran Canaria.

El curso, que se desarrolló los pasados días 12 y 13, fue impartido por **Enrique Cantón Chirivella**, profesor de la Universidad de Valencia y coordinador general del Área de Psicólogos del Deporte del COP.

La iniciativa estaba orientado a implicar a todos los estamentos, desde los padres a los profesores y entrenadores deportivos, pasando por los árbitros, en el trabajo de erradicar la violencia en el deporte como fórmula para conseguir eliminarla en el conjunto de las relaciones sociales.

“Eliminar la violencia en el deporte es posible, pero para ello hay que aplicar reglas claras; no es posible entender, ni debemos aceptar, que una infracción al



Momento del Curso de Violencia en el Deporte

reglamento de cualquier actividad deportiva se sancione de una u otra manera dependiendo del nivel de la competición, e incluso del momento del partido que se está jugando”, según puso de manifiesto Enrique Cantón.

Para **Cantón**, la violencia no es un fenómeno ajeno a la vida cotidiana de cualquiera de nosotros, *“hasta el punto de que debemos decir que es una falacia afirmar que quienes hacen deporte se vuelven más sociales”,* por lo que el trabajo para conseguir desmitificar la violencia en el ámbito deportivo debe abordarse desde todos los frentes, *“empezando por el familiar y terminando por las altas instancias políticas que dirigen las actividades de fomento del deporte”.*

A juicio de **Enrique Cantón**, *“hay que enseñar, incluso a los más pequeños, que existen métodos alternativos a la violencia de cara a la resolución de los conflictos, y que esos métodos se pueden aprender. Hay que desmitificar los resultados que se consiguen siendo violento”.*

Como experto en el Área de Psicología del Deporte, **Cantón** manifestó no entender el porqué no se aplica la reglamentación deportiva con la misma rigurosidad en todos los momentos, *“ya que con ello mandamos mensajes difíciles de entender: una vez está bien actuar de una manera y en otra ocasión no lo está”.*

Por último, **Enrique Cantón** hizo un llamamiento para que, *“cuanto menor sea la edad de los deportistas con los que se trabaja, mayor sea la cualificación de los técnicos que les atienden; al igual que tienen que saber cómo calentar los músculos para que no existan lesiones, dichos técnicos deberían tener también conocimientos claros de reglamentación deportiva, para hacerla cumplir desde los niveles más elementales, y de Psicología para ser capaces de reconducir situaciones que pueden derivar en un incremento de la tendencia hacia la violencia, y que hay que cortar de raíz desde el principio”.*

EL COPLP IMPARTIÓ UN CURSO SOBRE PERITAJES EN ABUSO SEXUAL INFANTIL

El área de formación y de Psicología jurídica y mediación del COPLP organizó en su sede colegial, los pasados días 13 y 14 de marzo, un curso sobre peritajes en abuso sexual infantil.

Este curso fue dirigido a psicólogos colegiados que trabajan, preferentemente, en el ámbito jurídico. Lo impartió **Blanca Vázquez Mezquita**, especialista en Psicología clínica, psicóloga de la Administración de Justicia, desde 1988 trabaja en la *Clínica Médico Forense de Madrid*.

Blanca Vázquez ha publicado cinco libros sobre temas relacionados con Psicología forense, ha escrito en revistas científicas y también en capítulos de libros. Entre ellos, *Manual de Psicología Forense* y *Casos Prácticos en Psicología Forense*. **Vázquez Mezquita** también es profesora de la Universidad Autónoma de Madrid en el Máster de Ciencias Forenses y ha impartido, en otras universidades, distintos cursos sobre violencia, además de participar en congresos nacionales e internacionales.

EL COPLP SUSCRIBE UN ACUERDO MARCO CON NEREYS CONSULTING, SL

El COPLP suscribió un acuerdo marco con la empresa canaria Nereys Consulting S.L., especialista en la implantación de sistemas de gestión, para que todos los colegiados obtengan una óptima asistencia técnica así como un plan de precios adecuado.

El COPLP desea promover entre sus colegiados, de forma constante y permanente, principios evidenciables de

gestión excelente. Para ello ha elegido una normas de referencia internacional, que permiten certificar oficialmente todos estos parámetros, con el fin de demostrar a los pacientes que acuden a los centros, a los empleados, a la Administración y a la sociedad en general, que los servicios de Psicología prestados por todos los colegiados son de total confianza.

Las normas internacionales de referencia -certificables oficialmente- establecen requisitos de gestión para organizaciones que quieren mostrar a la sociedad un compromiso claro con la mejora continua de sus procesos y un prioritario enfoque a la calidad en la prestación del servicio, todo ello en un contexto de cumplimiento estricto de los requisitos que aplican a la actividad.

Gabinete de Comunicación COPLP



DECRETO CIRUGÍA ESTÉTICA A MENORES

Estimados compañeros: os informo que desde la Consejería de Salud en su decreto 49/2009 para la protección de las personas menores de edad que se someten a intervenciones de cirugía estética en Andalucía, en su capítulo II, expone unas condiciones en las que el COP Andalucía Oriental ha estado de acuerdo y trabajado juntamente con la Junta de Andalucía para que la protección, información, riesgo, beneficio y consecuencias de una intervención de cirugía plástica se realice con todas

las garantías, tanto en el ámbito de la salud como de protección al menor.

Los avances en la cirugía plástica y reparadora, que se vienen produciendo en los últimos años, están permitiendo dar una respuesta cada vez más satisfactoria a distintas lesiones y secuelas relacionadas con problemas de salud.

La cirugía estética, aquella que se realiza en personas sanas que buscan una mejora de su aspecto físico, está motivando un incremento muy significativo de la demanda de este tipo de cirugía, que únicamente se practica en el sector privado, ya que no forma parte de la cartera de servicios del sistema sanitario público. La extensión de esta cirugía a personas **menores de edad** supone un riesgo adicional a los propios riesgos de la cirugía, pues no debemos olvidar que el crecimiento físico ha podido no finalizar completamente y ello puede ocasionar la necesidad de posteriores intervenciones. Además, por ser la adolescencia una etapa madurativa desde el punto de vista psicológico, puede existir una falta de madurez, -recogida precisamente en el Artículo 2, apartado f y g: madurez psicológica y Examen psicológico-, para adaptarse a los cambios de la imagen corporal y una valoración insuficiente o inadecuada de las consecuencias, los riesgos y las complicaciones que puede conllevar la cirugía estética. De aquí, nuestro interés porque se reconozca el papel del psicólogo como persona cualificada para llevar a cabo este estudio en dicha práctica, ya que con ello se garantiza que el menor de edad comprenda plenamente todos los beneficios, así como los riesgos que conlleva dicha intervención (R.D. 49/2009 capítulo II Artículo 4. Información).

La cirugía estética tiene diversas contraindicaciones y puede causar efectos secundarios que la persona que se va a someter a dicha operación debe conocer y comprender antes de otorgar su consentimiento y, si bien sus tasas de mortalidad y morbilidad no son elevadas, ya que no tiene como objetivo la mejora de la salud, debe valorarse más cuidadosamente la relación entre el riesgo y el beneficio, especialmente cuando la intervención de cirugía estética se practica en personas menores de edad.

Ante esta situación, la Administración Sanitaria Pública de Andalucía debe velar porque la población menor de edad que se someta a una intervención de cirugía estética conozca efectivamente los riesgos que conlleva la citada intervención y las posibles diferencias que pudiera haber en función de su sexo en cuanto a riesgos y

consecuencias, asegurando que disponen de suficiente madurez mental para su correcta valoración. Aquí es donde entra el papel del psicólogo como profesional cualificado para dicha finalidad: la de valorar la "madurez psicológica", así como descartar aquellos desórdenes psicológicos y trastornos de personalidad que puedan construir causa de contraindicación para esta intervención, mediante un informe de Madurez Psicológica y un Examen Psicológico, que reduzcan las posibilidades de que las personas que reciben esta atención sanitaria sufran eventos adversos resultantes de la misma. Por otro lado, el psicólogo deberá garantizar que la información que reciben los menores es completa, objetiva y adaptada a sus necesidades y desarrollo madurativo, y que la relación entre el riesgo y beneficio es razonable, incorporando de manera transversal la

perspectiva de género.

El valor que los estereotipos dominantes en nuestra sociedad asignan a la belleza y el atractivo físico y su relación con el éxito social, especialmente referido a las mujeres, no podemos obviarlo, influenciado por la visión que en muchas ocasiones se ofrece de la imagen de la mujer en algunos medios de comunicación o en la publicidad. Por otra parte, la mercadotecnia agresiva sobre la cirugía estética o la tendencia a magnificar las expectativas y canalizar los riesgos de este tipo de cirugía, junto con la mayor influenciabilidad de las personas adolescentes y su especial sensibilidad psicológica acerca de la valoración de su aspecto físico, hacen a estas personas especialmente vulnerables ante una oferta cada vez más accesible de la cirugía estética.

El COP de Andalucía Oriental ha estado

PUBLICIDAD



Bizkaiko Psikologoien
Elkargo Ofiziala

Colegio Oficial de
Psicólogos de Bizkaia

NUEVO CURSO DE PREPARACIÓN P.I.R. 2009

2 Modalidades: Presencial y a Distancia

- ✓ Manual teórico: contenidos de los exámenes actualizados y revisados
- ✓ Método de estudio y programación
- ✓ Exámenes simulacros y por materias
- ✓ Base de datos con más de 5000 preguntas

C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta • Telf.: 944 79 52 70
48008 Bilbao • E-mail: bizkaia@correo.cop.es

durante un año colaborando con la Consejería de Salud en el desarrollo de este decreto. Hoy en día sigue la estrecha colaboración a través de la creación de un equipo de expertos para el desarrollo del formato del Informe psicológico. Es sumamente importante para nuestra comunidad que sea la figura del **psicólogo colegiado**, la persona capacitada por la Consejería de Salud para desarrollar el examen psicológico sobre la salud mental del menor que desea someterse a una intervención de cirugía estética.

El presente Decreto en su Artículo 5.3 dice: “*El profesional de la Psicología que realice el examen psicológico no tendrá vinculación laboral o contractual de ningún tipo, ni con el centro o servicio sanitario, ni con la persona facultativa responsable de la intervención de cirugía estética, siendo requisito indispensable que dicho profesional esté incorporado al colegio correspondiente, de conformidad con el artículo 3.3 de la Ley 10/2003, de 6 de noviembre, reguladora de los Colegios*

Profesionales de Andalucía, en situación de ejerciente y así velará el COP para que esto se cumpla en todos sus términos”.

JORNADAS NACIONALES DE DEONTOLOGÍA Y ÉTICA EN LA PSICOLOGÍA: NUEVO CÓDIGO, NUEVOS RETOS. GRANADA, 27 Y 28 DE MARZO

Los pasados 27 y 28 de Marzo se celebraron las *I Jornadas Nacionales de Deontología y Ética en la Psicología*, bajo el lema *Nuevo código, nuevos retos*, que tuvieron lugar en el Aula Magna de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada y estuvieron dirigidas tanto a psicólogos colegiados y estudiantes de Psicología.

Durante las jornadas se afrontaron, desde la perspectiva del nuevo Código Deontológico, algunas de las cuestiones o dilemas éticos que se producen con

mayor frecuencia en la práctica profesional a nivel público y privado, tratándose la idea de ser conscientes de mantener un ejercicio profesional digno y la importancia de que mantener unos altos estándares éticos es tan relevante como una alta formación técnica. Además, se abordaron aspectos prácticos en la realización y redacción de informes clínicos y periciales de la práctica profesional.

El programa se desarrolló según lo previsto. Se inauguraron por parte de **Evangelina Naranjo Márquez**, Consejera de Justicia y Administración Pública, **Manuel Mariano Vera Martínez**, Decano del COP Andalucía Oriental, **Antonio Maldonado López**, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada e **Isabel Fernández Portillo**, Presidenta de la Comisión Deontológica del COP Andalucía Oriental. Acto seguido, comenzaron las Jornadas con la primera conferencia, a cargo de **Vicente Bermejo Frígola**, Presidente de la Comisión Deontológica Estatal, trató el tema *Por qué de la necesidad de un nuevo código*. Tras el descanso, **Carmen del Río Sánchez**, Vicepresidenta de la Comisión Deontológica del COP y Profesora Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla disertó sobre los *Aspectos éticos en clínica y salud mental*. Seguidamente **Manuel Muñoz López**, Profesor Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I (Psicología Clínica) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, abordó el *Informe clínico con la estructura adaptada al nuevo código*.

Por la tarde, **Víctor Claudio**, miembro de la Comisión Permanente de Ética de



Momento de las Jornadas Nacionales de Deontología y Ética. De izquierda a derecha: Manuel Mariano Vera Martínez, José Chamizo de la Rubia y Javier Urrea Portillo.

la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) y Profesor del Instituto Superior de Psicología Aplicada de Lisboa (ISPEA), expuso el tema *Consideraciones sobre el nuevo código*, seguido de **Javier Tamarit Cuadrado**, Director de Calidad de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS), que trató la *Ética en las instituciones y en la atención a las personas con dependencia*, para finalizar con la exposición realizada por **Javier Urra Portillo**, Presidente de la Comisión Deontológica del COP Madrid, que fue el primer Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, Profesor de Ética y Deontología en la Universidad Complutense y Psicólogo Forense en la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia y Juzgados de Menores de Madrid, sobre los *Dilemas éticos de la práctica con menores*.

Al día siguiente **Nicolás Garrido Martínez**, psicólogo Especialista en Psicoterapia, miembro de la Comisión Deontológica del COP Andalucía Oriental, Profesor del Máster de Psicología Jurídica y Psicólogo del turno de peritaciones COP Andalucía Oriental en Jaén, trató los *Informes periciales en la práctica privada*, junto a **Manuel Vergara Blázquez**, Vocal de Psicología Jurídica del COP Andalucía Oriental y Psicólogo del juzgado de menores de Almería que abordó los *Informes periciales en la administración de justicia*.

Finalmente, hubo una mesa redonda compuesta por **José Chamizo de la Rubia**, Defensor del Pueblo Andaluz, **José Juan Sáenz Soubrier**, Magistrado Juez de la Audiencia Provincial de Granada, **Isabel Fernández Portillo**, Presidenta de la Comisión Deontológica del

COP Andalucía Oriental, **Antonio Maldonado López**, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, **Javier Urra Portillo**, Presidente de la Comisión Deontológica del COP Madrid y **Torcuato Recover Balboa**, Asesor Jurídico del COP Andalucía Oriental, donde se hicieron *Reflexiones sobre la deontología en la práctica pública y privada*, después de un profuso debate se dieron por concluidas dichas jornadas.

Desde aquí, nuestro más sincero agradecimiento a todos los participantes a estas jornadas, las cuales esperamos hayan sido un aliciente para la definitiva elaboración del nuevo Código Deontológico de la profesión de Psicología.

JUNTA GENERAL ORDINARIA DEL COP ANDALUCÍA ORIENTAL EN ALMERÍA

El pasado 20 de marzo, se celebró la Junta General Ordinaria en la Sede Provincial de Almería del COP Andalucía Oriental. En dicha reunión anual, que de forma correlativa se celebra cada año en una de nuestras sedes provinciales de Andalucía Oriental, se estudiaron y se aprobaron por acuerdo unánime de los presentes las cuentas anuales del COP Andalucía Oriental, concretamente el Balance de situación a 31 de diciembre de 2008, la Cuenta de pérdidas y ganancias del ejercicio 2008 y la memoria del ejercicio de 2008. Así mismo, se expusieron, debatieron y aprobaron por unanimidad de los presentes, los Presupuestos para el ejercicio 2009. La documentación aprobada la podéis encontrar en la página Web del Colegio: www.copao.com.

Con posterioridad, se realizó en la Junta General la designación de nuevos miembros de Junta de Gobierno, resolviendo por unanimidad dichos nombramientos: el cargo de Vicedecano de Almería, **Alfonso Ibáñez Bonilla** y el del Vocal Delegado de Área de Intervención Social, **Gabriel Martínez Martínez**.

La Junta General, presidida por el Decano del Colegio, **Manuel Mariano Vera Martínez**, felicitó y agradeció la asistencia de los colegiados y colegiadas asistentes a la reunión y los emplazó de nuevo para el mes de Junio en Almería donde tendrá lugar la celebración de la *XII Convención Anual de la Psicología Andaluza* del COP Andalucía Oriental.

PUBLICIDAD

REVISTA DE PSICOLOGÍA DEL DEPORTE



Co-editada por:
Universitat de les Illes Balears
Universitat Autònoma de Barcelona

Fundada en 1992 por la Federación Española de Asociaciones de Psicología del Deporte

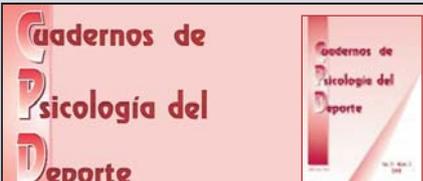
Servei de Publicacions. Cas Jai.
Universitat de les Illes Balears
Carretera de Valldemossa, Km. 7,5
07122. Palma (Illes Balears)
www.rpd-online.com

LA NUEVA REVISTA DEL COP ANDALUCÍA ORIENTAL SE LLAMA ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

La nueva revista del COP Andalucía Oriental se llama *Encuentros en Psicología*. Viene a sustituir a la antigua *Gaceta de Psicología*, como publicación principal de nuestro Colegio. Ya ha llegado en febrero de 2009 a su número 50 y tenemos el propósito de relanzar la comunicación entre nuestros colegiados y colegiadas y de incrementar la calidad de nuestras publicaciones profesionales y artículos científicos.

Para ello, hemos rescatado el nombre de nuestra querida publicación de los años 90 llamada *Encuentros en Psicología*. Entre los objetivos que persigue

PUBLICIDAD



TEMÁTICA PRINCIPAL
Investigaciones empíricas y aplicadas sobre Psicología del Deporte. En este sentido también se aceptan investigaciones en ciencias del deporte en general que puedan aportar conocimientos interesantes a nuestra disciplina.

EDITA
Universidad de Murcia y
Dirección General de Deportes de Murcia

DESCRIPCIÓN DE LA PUBLICACIÓN
La revista Cuadernos de Psicología del Deporte (ISSN: 1578-8423) se empezó a publicar en el año 2001 (un solo número porque se editó ya comenzado el año). A partir del año 2002 se publican dos números por año (o bien un número doble al año, como ocurrió en 2004 y 2005). Desde entonces no se ha dejado de editar. CPD nace como consecuencia del acuerdo alcanzado entre la Dirección General de Deportes del Gobierno Autónomo de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia, según el cual se editara una revista de carácter científico, dirigida por la propia universidad mencionada. El objetivo de la revista es difundir investigaciones en Psicología del Deporte y Ciencias del Deporte.

INFORMACIÓN
Cuadernos de Psicología del Deporte
Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz
Facultad de Psicología. Universidad de Murcia
30100 Espinardo (Murcia) - E-mail: garces@um.es
Teléfonos: 0034-968-364116 y 0034-968-368479
Teléfono móvil: 0034-678 61 58 65

la nueva revista están el seguimiento y comunicación de la actividad colegial, tales como informaciones de secretaría y administración, informaciones de las distintas secciones, vocalías y grupos de trabajo profesionales, y otros asuntos de interés para los colegiados. Además, se van a implementar las secciones de artículos científicos con el objetivo de aumentar su cantidad y calidad. Para ello, se han implicado todos los responsables de las distintas secciones, vocalías y grupos de trabajo así como a la Junta de Gobierno del COP Andalucía Oriental tanto en la producción y elaboración de trabajos como en la revisión, valoración y seguimiento de los mismos. Contamos con un Equipo de trabajo de la Revista que provienen de los distintos ámbitos de la psicología profesional así como un nutrido grupo de revisores de los trabajos que continúan llegando al equipo de redacción a través de los correos postal y electrónico del COP Andalucía Oriental.

Entre las secciones que incluye la nueva publicación mantenemos la Editorial, las cartas al Director, los diferentes avisos e informaciones de Secretaría y de las diferentes Secciones, vocalías y grupos de trabajo profesionales, las Noticias de interés profesional y los eventos profesionales y de Formación. Ahora queremos incrementar el volumen de publicaciones y artículos científicos con nuevos criterios de calidad, como el de la revisión por pares de los trabajos recibidos por el equipo de redacción de la revista. Para ello, contamos con una sección que ha sido renovada y que incluye la publicación de artículos científicos con criterios de calidad. Entre los objetivos de esta nueva

sección de trabajos científicos están: la promoción, con carácter general, del intercambio de información e ideas acerca de investigaciones empíricas y de experiencias profesionales entre los docentes, estudiantes y profesionales de la Psicología; difundir el resultado de investigaciones aplicadas en Psicología; dar a conocer la producción, los materiales utilizados y elaborados en las actividades de los profesionales en sus diferentes áreas y secciones; y propiciar la reflexión y el intercambio de ideas y experiencias en torno a la Psicología como ciencia teórico-práctica. Para ello, hemos renovado las normas de publicación y revisión de los trabajos.

Los interesados pueden seguir haciéndonos llegar sus aportaciones tanto de trabajos, cartas al Director, así como de publicidad con el fin de incluirlos en la revista igual que sucedía hasta ahora en la anterior publicación.

Periódicamente, además de hacer llegar un ejemplar de *Encuentros en Psicología* a cada uno de nuestros colegiados se va a incluir íntegramente en la Web del COP Andalucía Oriental (www.copao.com) con acceso libre.

La Dirección de la revista *Encuentros en Psicología* continúa corriendo a cargo de **Manuel Mariano Vera Martínez** y **Ascensión López Galán** y el equipo editor está formado por la Junta de Gobierno del COP Andalucía Oriental.

Oscar Cruz
Corresponsal Andalucía Oriental



Momento de la entrega de títulos del Curso de Profesionales en Psicología Infanto-Juvenil.



ACTIVIDADES FORMATIVAS

✓ **Curso Las Bases del Abordaje Sistémico.** El COPLR ha organizado este curso en colaboración con la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Comenzó en octubre del 2008 y finaliza en mayo de 2009 y consta de 150 horas de formación teórico-práctica. Está abierta la posibilidad de inscribirse al módulo de *Abordaje sistémico en la intervención social*, que se celebrará el 24 y 25 de abril.

✓ **Grupos temáticos.** **Pedro Gil López** dirigió el grupo temático *Qué es una Comunidad Terapéutica para el tratamiento de las adicciones*. En el mes de abril está programado el grupo

temático *Tratamiento psicológico del tabaquismo*, a impartir por **Ana Esteban**.

✓ **Fines de semana formativos.** En enero se realizó con éxito el curso *Introducción a las emociones según la terapia Gestalt: el sentimiento de ira*, impartido por **Carmen Vázquez Bandín**.

✓ **Curso de Profesionales en Psicología Infanto-Juvenil.** En febrero de 2009 ha finalizado la formación del *Curso de Profesionales en Psicología Infanto-Juvenil*, organizada por el COPLR en colaboración con la Asociación Española de Psicología Conductual y el Instituto Superior de Psicología Clínica y de la Salud. El curso ha sido acreditado por el Gobierno de La Rioja como Actividad de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias con 16,51 créditos.

IV JORNADAS DE PSICOLOGÍA EN LA RIOJA 2009

Durante los días 26 de febrero, 5 y 12 de marzo se han realizado las *IV Jornadas de Psicología en La Rioja*. Estas jornadas pretenden ser un elemento de difusión social de la actividad profesional centrada en un área de intervención profesional, que este año se ha centrado en la Psicología Infanto-Juvenil.

El programa consistió en una conferencia inaugural impartida por **M^a Jesús Álava Reyes** y titulada *Recursos psicológicos para tener éxito en la educación de los chicos de hoy*.

En la mesa redonda sobre *Programas de intervención psicológica con niños y jóvenes en La Rioja*, intervinieron **Pilar Calvo**, orientadora del colegio Nuestra Señora del Buen Consejo, Agustinas Logroño con la ponencia *La importancia del psicólogo en los centros educativos*, **Marta Aurés**, psicóloga de la USMIJ del Servicio Riojano de Salud, sobre *Salud Mental Infanto-Juvenil* y **M^a José Elicegui**, Psicóloga del Centro de Coordinación de Servicios Sociales Comunitarios Rioja Baja del Gobierno de La Rioja, sobre *Intervención con menores y adolescentes desde Servicios Sociales Comunitarios*.

Las Jornadas se completaron con la proyección gratuita en los cines Moderno de la película *Diarios de la calle* de Richard La Gravenesse, presentada por **Miguel Ángel Muro**, profesor de Historia de Literatura de la Universidad de La Rioja.

Las Jornadas han sido ampliamente cubiertas por los medios de difusión en los que el COPLR ha reivindicado la mayor presencia de los psicólogos en la red educativa.

ACTO DE RECONOCIMIENTO A LOS PSICÓLOGOS/AS EN SUS 25 AÑOS DE COLEGIACIÓN

Las IV Jornadas de Psicología en La Rioja se clausuraron con el merecido reconocimiento a los profesionales con 25 años de colegiación: **Concha Santo Tomás, Pedro Bella y Mercé Pi.**

CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

Con fecha 17 de diciembre se ha renovado y ampliado el convenio del COPLR con la Universidad de La Rioja para la colaboración en la formación de la *Universidad de La Experiencia*.

La *Universidad de la Experiencia* es un proyecto educativo dirigido a población adulta que pretende promover su incorporación a la vida universitaria a través de programas de formación paralelos a las enseñanzas regladas.

La oferta educativa se amplía en 2009 con la puesta en marcha de los Cursos de Formación Permanente. Estos cursos se dirigen a alumnos que hayan finalizado los estudios conducentes al Diploma Formativo de la *Universidad de la Experiencia* y que deseen seguir ampliando su formación dentro de la Universidad de La Rioja.

El COPLR amplía su colaboración de profesorado de asignatura cuatrimestral, impartiendo sesiones-taller de carácter mensual de 4 horas de duración de enero a mayo de 2009. Incluidos dentro del Curso Psicología para la vida; habilidades personales e interpersonales, se abordarán los siguientes contenidos: *Relaciones afectivas, Roles familiares y Afrontamiento del estrés.*

EL GOBIERNO DE LA RIOJA EN COLABORACIÓN CON EL COPLR INICIA UN CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE REDES SOCIALES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

El Gobierno de La Rioja en colaboración con el COPLR, ha organizado un ciclo de charlas divulgativas sobre las redes sociales dirigidas a los jóvenes riojanos. Se desarrollarán en los centros escolares a partir del día 30 de marzo y durante los próximos meses.

El objetivo de estas charlas es orientar a los alumnos riojanos sobre un uso apropiado y responsable de las redes sociales. En las charlas se explicará a los jóvenes que es necesario mantener valores como la privacidad, el respeto hacia los demás o la seguridad en el uso de datos personales, además se les informará sobre los posibles peligros que genera un uso indebido de estas redes.

Las charlas serán impartidas por psicólogos y están dirigidas a jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Hasta el momento, un total de 33 centros escolares se han sumado a la iniciativa y ya se han programado 150 charlas destinadas a unos 4.000 alumnos. El programa continúa abierto al resto de centros que deseen unirse al mismo.

*Departamento de Comunicación
COP La Rioja*



Momento de la firma del convenio de Mediación Intrajudicial.



FIRMA DEL CONVENIO DE MEDIACIÓN INTRAJUDICIAL

El 23 de enero tuvo lugar en Santiago de Compostela la firma del Convenio de colaboración entre la Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar de la Xunta de Galicia, el Ministerio Fiscal, el Colexio Oficial de Avogados de San-

tiago y el COPG, para la implantación de un Programa Experimental de Mediación Intrajudicial.

A través de este convenio se desarrollará un Programa Experimental de Mediación Intrajudicial gratuita en Santiago de Compostela, mediante la constitución de un equipo permanente de mediación compuesto por un psicólogo y un abogado, que trabajará siempre en directa conexión con los fiscales de los juzgados y con la propia judicatura.

Este proyecto pionero impulsa la mediación familiar como una técnica de resolución de conflictos en procesos judiciales de familia, por medio de la cual se tratará de llegar a un acuerdo duradero y mutuamente aceptable entre las partes, considerando las necesidades de cada miembro de la familia y, especialmente de los menores del núcleo familiar.

ACTIVIDADES DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA JURÍDICA

El pasado 24 de enero, se celebró en la sede del COPG la conferencia *Expectativas de los jueces sobre el trabajo de los peritos psicólogos*, que impartió el Juez Decano de Ourense, **Antonio Piña Alonso**.

A continuación se celebró la Asamblea de Socios de la Sección de Psicología Jurídica, en la cual se presentó el balance económico, se expuso la memoria de gestión y se detallaron cuestiones de interés para la Sección como resultado de las reuniones celebradas con distintas entidades y organismos. Se propuso la creación de diferentes grupos de trabajo para que los socios de



Momento de la entrega del Premio Dolores Llópez a Joel Gómez.

la Sección se puedan implicar en diferentes actividades.

✓ Curso *La mente criminal: Aproximación a los agresores sexuales*

Los días 20 y 21 de febrero se celebró en la sede del COPG el curso *La mente criminal: Aproximación a los agresores sexuales*, donde se hizo un acercamiento a este tipo de población a través de profesionales de destacado prestigio en los diferentes campos de actuación. El curso contó con la presencia de **Jorge Sobral Fernández**, Catedrático de Psicología Social de la Universidad de Santiago de Compostela, **Mario Piñeiro Vázquez**, representante del Ministerio Fiscal, **Benito López de Abajo**, Director del Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA), **Marta Medrano Varela**, Médico Forense y Jefa de la Sección de Clínica Médico Forense de la Subdelegación de Pontevedra del IMELGA y **Demelsa Cabeza Moreno**, Psicóloga del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias,

Centro Penitenciario de Bonxe (Lugo).

Con este curso se ha intentado dar una visión global sobre una problemática presente en nuestra sociedad desde diferentes ópticas y dar a conocer las herramientas adecuadas para su valoración y posterior intervención, tanto en el campo de la Psicología criminal como en el ámbito legislativo, así como en la esfera de la medicina forense y el contexto penitenciario.

ACHEGAS DA PSICOLOGÍA

El 6 de febrero, se celebró en el Hotel Monumento San Francisco en Santiago de Compostela, el encuentro *Achegas da Psicología 2009*. Un marco ideal para que colegiados de toda Galicia pudiesen compartir momentos en una cena de confraternidad.

Con motivo de este encuentro se hizo entrega del *Premio Dolores LLópez. Psicología e Sociedade*, que distingue a la persona, institución o asociación que

haya colaborado con el COPG contribuyendo al desarrollo de la Psicología.

Este galardón lleva el nombre de nuestra compañera **Dolores Llópiz Pereiro**, que ya no está entre nosotros, como reconocimiento a su implicación, compromiso y generosidad con el COPG, en el que participó activamente durante una década, siendo miembro de la Junta Rectora desde 1987 hasta 1992 y perteneciendo a la Comisión Deontológica desde 1993 hasta finales de 1997.

La Junta de Gobierno del COPG acordó la concesión del *Premio Dolores Llópiz. Psicología e Sociedade*, en su edición de 2009, al periodista de La Voz de Galicia **Joel Gómez**, por haber contribuido, con su entrega dedicación desinteresada, a la sensibilización social a través de la divulgación de la Psicología en los medios de comunicación.

Este evento fue la mejor ocasión también para hacer un reconocimiento a los compañeros y compañeras que cumplían 25 años de colegiación, haciéndoles entrega de una distinción colegial.

El acto estuvo amenizado con la lectura de textos del escritor **Paulo Meraio** y con la actuación de la cantautora **Guadi Galego**, acompañada del acordeonista **Pedro Pascual**.

CURSO INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INMEDIATA CON INTERVENIENTES EN SITUACIONES CRÍTICAS

El Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) del COPG celebró los días 13 y 14 de febrero, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, el curso *Intervención psicológica inmediata con intervinientes en situaciones críticas* limitado para los miembros del GIPCE del COPG. Dicho curso fue impartido por **Enrique Parada Torres**, Psicólogo especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes de Madrid.

El curso tenía como finalidad la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes básicas para administrar una

relación de ayuda eficaz inmediata desde una perspectiva de intervención.

El programa del curso desarrolló estos aspectos: La situación crítica como agente de impacto psicológico en el personal interviniente en situaciones críticas; El enfrentamiento inmediato del impacto psicológico en el lugar del trabajo; Los primeros auxilios psicológicos al personal interviniente; El Debriefing; El Debriefing psicológico; y Counselling vs PAP o Psicoterapia: Aplicación tras la situación crítica.

FESTIVIDAD DEL PATRÓN JUAN HUARTE DE SAN JUAN DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

M^a Rosa Álvarez Prada, Decana del COPG, participó el pasado 20 de febrero en los actos de conmemoración de la Festividad del Patrón Juan Huarte de San Juan de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Acto académico donde se hizo entrega de los diplomas conmemorativos a los titulados y tituladas del curso 2007-2008 y las insignias a los premios extraordinarios de licenciatura y doctorado.

La conferencia del acto *Neuropsicología: un recorrido por la conducta humana y la función cerebral*, fue impartida por la **Ángels Jurado Luque**, de la Universidad de Barcelona.

CURSO RESPUESTA JUDICIAL A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El pasado 27 y 28 de febrero tuvo lugar en las instalaciones del COPG, el

PAPALES DEL PSICÓLOGO
REVISTA DE PSICOLOGÍA

TODO
los contenidos publicados

NOTA PARA LOS AUTORES
A partir de ahora, los autores que envíen manuscritos a Papeles del Psicólogo para su publicación tienen que hacerlo electrónicamente a través de nuestra página web.

MILES DE ARTÍCULOS DE PSICOLOGÍA A TU ALCANCE

<http://www.cop.es/papeles>

curso *Respuesta judicial a la violencia de género*, que se engloba en el programa formativo destinado a psicólogos y psicólogas adscritos al Programa de Atención Psicológica a hombres con problemas de control de violencia en el ámbito familiar “Abramos o Círculo”, que el COPG viene desarrollando desde el año 2001 al amparo de diversos convenios de colaboración firmados con la Xunta de Galicia.

El curso fue impartido por **Violeta Rodríguez Carballal**, Jefa de la Unidad de Coordinación de Violencia contra la Mujer de la Delegación del Gobierno en Galicia; **José Antonio Vázquez Taín**, Juez del Juzgado del Penal nº 2 de la Coruña; **José Armando García Veiro**, Policía Local de Vigo perteneciente a la Unidad de Seguimiento de las Ordenes de Alejamiento; **Mónica Teijeiro Pazos**, Jefa de Grupo Operativo, Brigada Provincial Policía Judicial de Lugo y **Javier Rey Ozores**, Fiscal del Juzgado de Violencia de Género (A Coruña).

CURSO PSICOEDUCACIÓN EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES

Organizado por la Sección de Psicología Clínica del COPG el pasado 13 y 14 de marzo tuvo lugar en el salón de actos del COPG, el curso *Psicoeducación en los trastornos bipolares*, impartido por **Francesc Colom i Victoriano**, responsable del Programa de Investigación en Psicoeducación e Intervenciones Psicológicas del programa de trastornos bipolares del Institut d’investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Además de acercarnos a los distintos

planteamientos de los modelos psicoeducativos aplicados al trastorno bipolar, el objetivo de este curso, fue conocer las áreas clave, estrategias y técnicas necesarias para el desarrollo de un programa psicoeducativo y el análisis de la evidencia sobre la eficacia de la psicoeducación.

José Luis Domínguez Rey
Documentación y Comunicación
COP Galicia



GESTIONES DEL COPCLM EN LA CONVOCATORIA DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS SESCAM

En el proceso de selección de psicólogos clínicos SESCAM, el COPCLM ha llevado a cabo los siguientes trámites:

- Ha solicitado por comunicación telefónica, fax y registro de escrito, a la Dirección General de RRHH y a los Servicios Centrales del SESCAM, la subsanación del error referido al Artículo 2.1.b y Apartado B.2 del Anexo III.
- El COPCLM, en una reunión mantenida con el Consejero de Salud y Bienestar Social y con el Director General de Atención Sanitaria el pasado 10 de diciembre de 2008, abordó el tema del proceso selectivo citado anteriormente.
- Ha presentado un Recurso Potestativo de Reposición contra la resolución del 11/02/2009, con las siguientes alegaciones:
 - Por la distancia de baremación por formación especializada.
 - Por la restrictiva baremación de la

experiencia profesional.

- Por el criterio contradictorio y restrictivo en la valoración de la formación continuada.

EL COPCLM CELEBRA LOS PRIMEROS CURSOS SOBRE NEUROPSICOLOGÍA

Los pasados días 17, 30 y 31 de enero, se realizaron en la sede del COPCLM, los primeros *Cursos de Neuropsicología*, denominados *Iniciación a la Neuropsicología*, con 17 alumnos, y *Neuropsicología Avanzada*, con 26 alumnos. En dichos cursos, se trataron temas tan interesantes como son la patología cerebral en relación a los trastornos neuropsicológicos o la elaboración de informes neuropsicológicos. Ambos cursos tuvieron una gran aceptación, por lo que serán impartidos en el resto de provincias en las que sean demandados por los colegiados de Castilla La Mancha.

Así mismo, el pasado 21 de febrero en la sede del COPCLM de Albacete, tuvieron lugar las primeras *Jornadas de Autoformación del GIPEC-CLM* de este año, a las que acudieron psicólogos de toda la comunidad y se trabajaron distintas temáticas. Por otro lado, también se celebró el curso *Nuevas Técnicas Psicoterapéuticas para Pacientes Resistentes*, los días 27 y 28 de marzo, con una asistencia de 19 alumnos, y con una respuesta positiva tanto en contenidos como ponencia por parte del alumnado.



Reunión del COPCLM con la Diputación de Toledo, aparecen M^a Dolores Gómez (Decana del COPCLM) y José Manuel Tofiño (Presidente de la Diputación de Toledo).

EL COPCLM HA MANTENIDO LAS SIGUIENTES REUNIONES INSTITUCIONALES:

- ✓ El pasado 2 de febrero, se reunieron M^a Dolores Gómez (Decana del COPCLM), Domingo Segovia (Vicedecano I del COPCLM) y M^a del Mar Aguilar (Secretaria del COPCLM) con la Alcaldesa de Albacete, Carmen Oliver, para establecer nuevas vías de trabajo en áreas como la igualdad, las adicciones, el voluntariado o la juventud.
- ✓ El 19 de Febrero, la Decana del COPCLM, M^a Dolores Gómez, el Vicedecano I, Domingo Segovia y la Secretaria, M^a del Mar Aguilar, se reunieron con la Delegada de Salud y Bienestar Social, Angelina Martínez, con el objetivo de desarrollar futuros proyectos de trabajo

en las siguientes áreas: programas de prevención y sensibilización en drogodependencias o programas de colaboración con el SESCAM.

- ✓ El pasado 25 de febrero, M^a Dolores Gómez (Decana del COPCLM), Domingo Segovia (Vicedecano I del COPCLM) y M^a Pilar Moreno (Vicesecretaria del COPCLM) mantuvieron una reunión con el Presidente de la Diputación de Toledo, José Manuel Tofiño Pérez, con el fin de establecer nuevas y futuras relaciones con la Diputación, así como para establecer vías de colaboración para la organización de las II Jornadas de Psicología y Sociedad que se celebrarán en el Palacio de Benacazón en Toledo el próximo 5 de Junio de 2009.
- ✓ M^a Dolores Gómez, Domingo Segovia y M^a Pilar Moreno (Decana, Vicedecano I, y Vicesecretaria, del

COPCLM, respectivamente) se reunieron, el pasado 25 de febrero con Carmen Portillo Romero (Jefa de Servicios y Programas de Recursos) y Juan Carlos Sánchez, ambos del Instituto de la Mujer, para desarrollar y planificar el Programa Vitrubio.

- ✓ El pasado 13 de febrero, se reunieron M^a Dolores Gómez (Decana del COPCLM) y Domingo Segovia (Vicedecano del COPCLM), junto con otros representantes del COPM, convocados por Francisco Santolaya (Presidente del COP), para tratar la obligatoriedad territorial de la colegiación.

EL PRÓXIMO 5 DE JUNIO, SE CELEBRARÁN LAS II JORNADAS REGIONALES DE PSICOLOGÍA Y SOCIEDAD EN TOLEDO

En el Palacio de Benacazón, en Toledo, se celebrarán el próximo 5 de junio las II Jornadas Regionales de Psicología y Sociedad: Adolescencia y Sociedad Actual, organizadas por el COPCLM. En ellas, se tratarán temas tan relevantes como la violencia en la adolescencia, las relaciones interpersonales o la psicopatología más prevalente en estas edades. Así mismo, acudirán expertos tan importantes como Enrique Echeburúa, Matías Segundo, Marina Muñoz, o Javier Urrea.

Secretaría COPCLM



Extremadura

PROCLAMACIÓN DE LA NUEVA JUNTA DE GOBIERNO DEL COPE

Tras las elecciones celebradas el pasado día 7 de marzo de 2009, para la constitución de Junta de Gobierno del COPE, según convocatoria de fecha 5 de diciembre de 2008, la Junta de Gobierno en funciones, reunida el día 17 de marzo de 2009 en la sede del COPE, conforme a la norma 9 de la Convocatoria de Elecciones para la constitución de la Junta de Gobierno del COPE y al artículo 46 de sus Estatutos, proclamó como candidatura elegida la siguiente:

- Rosa M^a Redondo Granado, *Decana-Presidenta*
 - Carmen Mora Frutos, *Secretaria*
 - José M^a Martínez Marín, *Vicesecretario*
 - Raquel García Domínguez, *Tesorera*
 - M^a Ángeles Ramírez Galán, *Vocal*
 - Ángel Boceta Navarro, *Vocal*
 - M^a Jesús Cabello Garay, *Vocal*
 - Luis Sancho Polo, *Vocal*
 - Sonia Ruiz Navas, *Vocal*
 - José Antonio González Fuentes, *Vocal*
- M^a Asunción Rodríguez Granados
Corresponsal del COPE*



Comunidad Valenciana

EL COPCV CELEBRA LAS XVI JORNADAS PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



XVI Jornadas Profesionales sobre la Atención en Situación de Dependencia (Joaquín Martínez y Francisco Santolaya).

Con el objetivo de propiciar el contacto entre los profesionales de la Psicología, el COPCV celebró el pasado sábado 28 de febrero, en el Hotel NH Mindoro de Castelló, las XVI Jornadas Profesionales bajo el título: *Desarrollo del sistema de promoción de la autonomía personal y la atención a la persona en situación de dependencia: estado actual e implicaciones profesionales.*

Esta reunión anual se ha convertido en un referente dentro del colectivo ya que permite a un buen número de profesionales profundizar en un tema de destacada actualidad. En esta ocasión, diversos especialistas analizaron la atención a las personas dependientes desde diferentes puntos de vista, destacando la necesidad de llevar a cabo un abordaje interdisciplinar donde la presencia del profesional de la Psicología es muy destacada.

Para abrir las jornadas, tuvo lugar una conferencia marco: *El Psicólogo/a en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* a cargo de **Fernando Chacón**, Decano

del COPM, representante del Área de Intervención Social y coordinador del Grupo de Trabajo sobre la Ley de la Dependencia y Psicología del COP. **Vicenta Esteve**, *Vicedecana Primera* del COPCV, presentó la conferencia.

Fernando Chacón señaló en su intervención la importancia de la presencia del profesional de la Psicología para evaluar y valorar los procesos psicológicos en las situaciones de dependencia sobre todo cuando se trata de personas con discapacidad mental crónica, con alzheimer u otras demencias y con discapacidad intelectual. Además, mostró su desacuerdo respecto al baremo de valoración del nivel de dependencia. *“La discapacidad no es aditiva”*, recalcó.

Posteriormente, **Francisco Santolaya**, *Decano* del COPCV, y **Joaquín Martínez**, *Secretario de Autonomía Personal y Dependencia* de la Conselleria de Benestar Social, inauguraron las jornadas.

Respecto a la temática de las jornadas, el Decano del COPCV destacó que *“el ámbito de intervención social es fundamental dada la preparación y características de la profesión psicológica y*

por ello el COPCV ha decidido tratar este tema tan destacado en sus jornadas anuales”.

Por su parte, el secretario autonómico hizo un breve repaso a la implantación de la Ley de la Dependencia en la Comunidad Valenciana, destacando la enorme complejidad que supone su puesta en funcionamiento. A pesar de la ausencia de la figura del psicólogo en el desarrollo de esta ley, destacó su importancia en el ámbito de la intervención social, hizo hincapié en la presencia de la profesión en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y añadió que en la actualidad son más de 450 profesionales de la Psicología trabajando en el área de la dependencia.

A continuación, una mesa redonda sobre *Carácter integral, interdisciplinar y trasversal de la atención a las personas dependientes* reunió a representantes de distintos Colegios Oficiales: **Alicia Bertó**, Coordinadora del Grupo de Dependencia del COPCV;

Rafael Safón, Secretario del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valencia, y **Juan José Tirado**, Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. **Andrea Ollero**, Vocal de la Junta de Gobierno del COPCV y coordinadora del área de Psicología de la Intervención Social, ha sido la encargada de presentar este debate.

Durante esta mesa redonda, los profesionales reunidos destacaron la necesidad de una intervención conjunta, unificando criterios para la implantación y desarrollo de una ley tan importante como ésta. **Alicia Bertó** recaló la necesidad de revisar el baremo de valoración y recordó que: “*en diferentes sectores de dependientes es primordial la realización de un informe psicosocial que permita comprobar la situación actual, valorarla y hacer un seguimiento*”. Además, recaló que el psicólogo debe estar presente en todos los niveles desde la prevención hasta la valoración y los cursos de formación. Por su parte, **Rafael Safón** destacó la necesidad de llevar a cabo una intervención sociocomunitaria, en la que se impliquen y trabajen diversos colectivos de forma coordinada.

Finalmente, **Juan José Tirado** señaló el carácter transversal e interdisciplinar de la Ley de la Dependencia y reiteró la necesidad de unificar criterios para llevar a cabo una atención multidisciplinar desde la globalidad. “*Es necesaria la implicación de todos para mantener el estado del bienestar. Todos los colectivos implicados debemos trabajar en equipo, respetando el rol de cada profesión, para conseguir la eficacia en la atención al dependiente*”, espetó.

Para cerrar la mañana, **Antonio**

Bañuls, Jefe de Servicio de la Dirección General para las personas con discapacidad y dependencia, impartió la conferencia: *Discapacidad: Auto-determinación o Dependencia*, presentada por **Concepción Sánchez**, Vicedecana Segunda del COPCV. **Antonio Bañuls** destacó que “*desde el área de la discapacidad queremos promover un modelo de calidad de vida, pero es muy difícil sostenerlo económicamente hablando*”.

A lo largo de la tarde, completaron el encuentro un buen número de colectivos y asociaciones implicados en la temática tratada, ofreciendo una visión global de lo que supone la atención en situación de dependencia y la promoción de la autonomía personal de las personas dependientes.

Por un lado, tuvo lugar una mesa sobre *Análisis de la situación actual del desarrollo del sistema de atención a la dependencia e implicación en los diferentes colectivos*, en la que participaron las siguientes asociaciones: Federación de Asociaciones en favor de las Personas con discapacidad intelectual de la Comunidad Valenciana (FEAPS), Asociación Valenciana de Padres Autistas (APNAV) y Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMI CV), y la Asociación de Familiares para los Derechos del Enfermo Mental (AFCEM); junto con **Rosa M^a Pérez**, Asesora de la Junta de Gobierno del COPCV en el área de servicios sociales y **Carmen Barrachina**, representante del Grupo de Discapacidad del COPCV. **Rosario Morales Moreno**, Vocal del COPCV y coordinadora del área de Psicología de la Salud, presentó este coloquio.

Además, representantes de Psicólogos

EuroPsy
European Diploma in Psychology

CERTIFICADO EUROPEO EN PSICOLOGÍA

NUEVO

¡ NO DEJES PASAR ESTA OPORTUNIDAD !

TODOS LOS REQUISITOS LOS PUEDES ENCONTRAR EN

www.europsy.cop.es

PROYECTO FINANCIADO POR EL PROGRAMA LEONARDO DA VINCI (EU)

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

EFPA

Sin Fronteras participaron en la mesa redonda, *Quince años creando puentes de solidaridad*, en la que explicaron cómo, por iniciativa de un grupo de psicólogos pertenecientes al COPCV, se creó en el año 1994 la primera sede de Psicólogos Sin Fronteras del mundo. Desde los inicios hasta el momento actual, con la existencia de 14 sedes en 7 países, este proyecto solidario ha apoyado a miles de personas en todo el mundo. **Mar Lluch**, *Asesora de la Junta de Gobierno del COPCV*, presentó esta charla.

Finalmente, tuvo lugar la clausura a cargo de **Mar Lluch** y **Antonio Bañuls**.

Estas Jornadas Profesionales fueron todo un éxito ya que consiguieron reunir a un buen número de profesionales interesados en el área tratada.

Las ponencias completas se pueden consultar en la página Web del COPCV: www.cop-cv.org

XXI SOPAR DE CONFRATERNITAT

El pasado 27 de febrero, tuvo lugar el *XXI Sopar de Confraternitat* que anualmente realiza el COPCV desde hace 21 años. Esta cena es un referente de encuentro entre el colectivo y un momento de reflexión idóneo para la entrega de distinciones y homenajes hacia aquellos que colaboran y están implicados con la Psicología y su entorno humano y social.

- **Francisco Santolaya Ochando**, *Vicedecano* del COPCV, inició el acto de entrega de homenajes y otorgó las distinciones a cada uno de los homenajeados.
- **Vicenta Esteve**, *Vicedecana* del COPCV, procedió a la lectura del acuerdo del Acta de la Junta de Govern del COPCV de fecha 10 de

febrero de 2009 en el que se acuerda el otorgamiento de las siguientes distinciones y homenajes:

- **Pablo Picó Rodríguez**, colegiado de la provincia de Castelló, en representación de las últimas promociones y colegiaciones efectuadas en este último año en Castelló.
- **M^a Antonia García González**, Presidenta de la Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de Personalidad (ALAI-TP), por la labor desarrollada en pro de la investigación de los trastornos de personalidad.
- **Teresa Guillamón Gasque**, Presidenta de la Asociación de Familiares para los Derechos del Enfermo Mental (AFDEM), por la tarea llevada a cabo en pro de los derechos del enfermo mental.
- **Genís Rodríguez Sánchez**, *Vicedecano 3º* del COPCV, por el trabajo llevado a cabo como coordinador del Grupo de Emergencias y Catástrofes que intervino en el apoyo a las víctimas del accidente de tráfico el pasado 17 de agosto de 2008 a la localidad de Oropesa.
- **José María Toribio Sahuquillo**, *Coordinador* del Grupo de Psicólogos Sin Fronteras del COPCV, por la tarea realizada durante los 15 años de creación del Grupo.

FORMACIÓN EN MEDIACIÓN FAMILIAR

Con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la herramienta de la mediación familiar a través de casos prácticos, en la sede de Alicante del COPCV, se celebró el pasado mes de enero el curso *Entrenamiento avanzado*

en mediación familiar.

Este curso fue impartido por **Norah Andrea Aguirre Guitart**, abogada, mediadora en ejercicio del Ministerio de Justicia de la Provincia de Cuba, Argentina y del Centro Judicial de Mediación del Superior Tribunal de Justicia de Argentina. Coordinadora docente y profesora del colegio de Abogados de Córdoba.

Esta formación tuvo muy buena acogida por parte del numeroso público asistente.

INAUGURACIÓN DEL CURSO: CALIDAD DE SERVICIOS Y ATENCIÓN AL COLEGIADO

Con el objetivo de optimizar la atención colegial, el personal de los Colegios Profesionales de Valencia está recibiendo formación organizada a través de la Unión Profesional, impartida por el COPCV y subvencionada por la Fundación Tripartita y el Fondo Social Europeo.

Así, el pasado 3 de febrero tuvo lugar la inauguración de los cursos de *Calidad de Servicios y Atención al Colegiado* en la sede del Colegio de Graduados Sociales de Valencia. Asistieron al acto inaugural **Ricardo Gabaldón**, *Presidente* del Colegio de Graduados Sociales de Valencia, **Óscar Cortijo**, *Vicesecretario* del COPCV que colaboró en la organización y **Marcos Caro**, psicólogo que impartirá el curso.

En este primer curso, ha participado personal de los Colegios de Abogados, Agentes de la Propiedad Inmobiliaria, Enfermería, Gestores, Administrativos, Graduados Sociales, Ingenieros Industriales, Ingenieros de Telecomunicaciones y Ópticos, entre otros.



Catalunya

PRESENTACIÓN EN EL COPC DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES, DECORE

Con el acto de la presentación del DECORE, por parte de TEA Ediciones, el pasado 9 de febrero, la actual Junta directiva de la SPOT (*Secció de Psicologia de les Organitzacions i del Treball, del COPC*) estrenó mandato, así como también la nueva sede del COPC.

En estos últimos años, las estadísticas sobre condiciones de trabajo, los artículos científicos e incluso los medios de comunicación, han venido reflejando la creciente importancia de los riesgos psicosociales. Evaluar estos riesgos se ha convertido en una necesidad ineludible de las empresas, dado que estos factores tienen importantes repercusiones tanto en la salud y el bienestar de los empleados, como en su rendimiento y productividad. La *Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)* obliga al empresario a evaluar y prevenir esos riesgos, para lo cual es imprescindible contar con instrumentos de evaluación estandarizados, válidos y fiables, que se ajusten a las necesidades reales de cualquier organización.

El DECORE es un cuestionario multidimensional (Control, Apoyo organizacional, Recompensas y Demandas), de fácil (44 elementos) y rápida cumplimentación (10-15 minutos), que evalúa la percepción que tienen los trabajadores de ciertos riesgos psicosociales, que numerosos estudios han relacionado con la



Momento de presentación del DECORE. De izquierda a derecha: Juan Carlos Jiménez, M.ª José Poza, Lourdes Luceño, Jesús Martín, Carmen Santos, Antonio Antón y María Palacios.

presencia de mayores niveles de estrés y de enfermedad. Significa la culminación de un proyecto complejo e importante, un ejemplo de colaboración entre la universidad y la empresa privada.

Los autores de esta prueba son **Lourdes Luceño Moreno**, doctora en Psicología e investigadora del Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de Seguridad, de la Universidad Complutense de Madrid, y profesora de la Universidad Camilo José Cela, y **Jesús Martín García**, Director del Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de Seguridad, de la Universidad Complutense de Madrid.

En el acto de presentación, al que acudió más de un centenar de personas, contó con la participación de los autores de la prueba, así como de **Juan Carlos Fernández Arias**, Coordinador Nacional Área Psicosociología, Sociedad Prevención FREMAP, y **Jaime Pereña Brand**, Director General de TEA Ediciones.

Desde estas líneas queremos agradecer a **TEA Ediciones** la oportunidad que nos ha brindado de cumplir con uno de nuestros objetivos: *“promover el encuentro e intercambio de conocimientos y experiencias sobre temas clave de interés, fomentando sinergias entre profesionales de diferentes disciplinas”*.

JORNADAS ORGANIZADAS POR LAS SECCIONES PROFESIONALES DEL COPC

Durante los próximos meses, el COPC ofrecerá a sus colegiados las siguientes actividades:

- **Sección Alternativa a la Resolución de Conflictos ARC:** Jornada metodológica: el conflicto empresarial (5 de mayo); Jornada Intercultural (15 y 16 de mayo); Jornada Interdisciplinar “Castell de Montjuic” (pendiente fecha); Jornada Mediación escolar (6 y 7 noviembre).

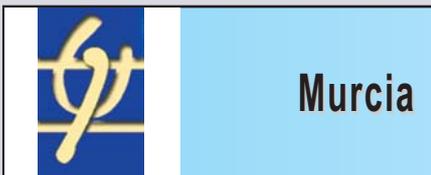
- **Sección Psicología Clínica y de la Salud:** II Jornada *Dependencia afectiva: conceptos, identificación y abordajes desde una perspectiva cognitivo-conductual* (15 de mayo); Jornada *Los trastornos de ansiedad: actualización, diagnóstico y abordajes* (5 de junio); Jornada *Los trastornos relacionados con el peso y la alimentación: de la obesidad a la anorexia* (2 de octubre); Jornada *La esquizofrenia y otras psicosis* (23 de octubre); *El vínculo afectivo* (6 de noviembre); Jornada *Las nuevas formas de adicciones-adicciones sin sustancia* (27 de noviembre); Jornada *Los trastornos depresivos* (15 de enero de 2010); II Jornada Actualización en el concepto y la atención en la muerte y el duelo (12 de febrero de 2010).

- **Sección Psicología de la Educación:** Jornada de *Psicomotricidad* (7 de noviembre); II Jornadas nacionales sobre altas capacidades intelectuales (20 y 21 de noviembre).

- **Sección Psicología Jurídica:** III Jornadas de *Psicología Jurídica* en Cataluña (23 y 24 de octubre).

- **Sección Psicología de las Organizaciones y del Trabajo:** I Jornada *Psicología Económica* (noviembre).

Montserrat Ruiz
Corresponsalía del COP Cataluña



PREMIO AL GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DESASTRES Y EMERGENCIAS DEL COPRM

El COPRM, cuenta desde el año 1999, con el *Grupo de Intervención Psicológica en Desastres y Emergencias* (GIPDE), firmándose el primer convenio entre nuestro Colegio y la Consejería de Presidencia (Dirección General de Protección Civil), en 2001, para abarcar el abordaje psicológico en casos de emergencias o desastres.

Este grupo, GIPDE, recibió el 30 de enero de 2009 en Lorca una distinción por la intervención realizada durante el terremoto que tuvo lugar en las pedanías de esta localidad entre finales de enero y principios de febrero del año 2005. Dicho premio, fue otorgado por la plataforma de damnificados de dicho terremoto, reconociendo la labor realizada por este grupo de profesionales durante aquellos días.

Para este Grupo ésta ha sido la intervención de mayor envergadura, dada la extensión en el tiempo y el número elevado de personas que tuvieron que ser atendidas, cerca de 700, para lo que se tuvo que recurrir a la implicación de todos los miembros que constituyen este grupo.

RENOVACIÓN DEL CONVENIO ENTRE EL INSTITUTO DE LA MUJER DE LA REGIÓN DE MURCIA Y EL COPRM PARA LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El pasado 27 de febrero, el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia y el COPRM, firmaron la renovación del convenio para la realización de actuaciones encaminadas a la atención a las víctimas de la violencia. Dicho conve-

nio tiene ya una antigüedad de 10 años y surgió para prestar un servicio de atención y tratamiento psicológico a las mujeres víctimas de violencia de género y/o doméstica; actuación que con los años se ha ido acogiendo a los hijos menores de dichas mujeres; así como a las mujeres, mayores de edad, que hayan sufrido agresiones sexuales y/o abusos sexuales.

Para cubrir este servicio, el COPRM creó un dispositivo de atención urgente constituido por un grupo de profesionales que prestan atención telefónica a través de las llamadas recibidas de las trabajadoras sociales del 112 para derivar posteriormente a un turno de oficio de gabinetes repartidos por toda la región. Se han creado protocolos de actuación en cada una de las fases de actuación, así como la elaboración de los modelos de documentación para expedir a los usuarios del servicio y las derivaciones necesarias para completar la intervención. Es un servicio de atención y tratamiento, específicamente en crisis, estableciéndose un máximo de 6 sesiones.

Actualmente dicho dispositivo cuenta con 7 colegiados en atención telefónica y 48 profesionales en atención en gabinete y una coordinadora, todos ellos con una amplia experiencia y formación. Llegando a atender durante el año 2008 a 277 mujeres y 211 menores, alcanzando un total de cerca de 2.000 sesiones de tratamiento individual.

Un dispositivo de tal magnitud no sería capaz de funcionar si no estuviese compuesto por un equipo humano cuyo principal objetivo es ofrecer una atención profesional, rápida y eficaz. Desde hace una década, y gracias a todos los profesionales que de una u otra forma

han colaborado, se presta un servicio que sigue siendo uno de los pilares en la intervención de esta grave problemática social.

NUEVA SECRETARIA DE LA ESCUELA DE PRÁCTICA PSICOLÓGICA DE MURCIA

El pasado 31 de marzo de 2009, tuvo lugar el nombramiento de la nueva Secretaria de la Escuela de Práctica Psicológica de la Universidad de Murcia, cargo que ha recaído en **Laura Espín López**, *Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del COPRM*.

La elección contó con el voto unánime del Consejo Rector de la Escuela de Práctica Psicológica.

En la persona de **Laura Espín** confluyen todos los elementos favorables para llevar a cabo de manera positiva la labor que se le encomienda, dada su cercanía a las dos instituciones que patrocinan esta escuela: su pertenencia a la Junta de Gobierno del COPRM, y su vínculo laboral con la Facultad de Psicología. Su juventud y cercanía con las últimas generaciones de licenciados en Psicología le hacen estar especialmente sensibilizada con las necesidades de formación, especialización y reciclaje de postgrado.

Es precisamente la Escuela de Práctica Psicológica el instrumento que relaciona el mundo universitario y el profesional, la Facultad y el Colegio, acercando de un modo eficaz la formación en Psicología al ámbito profesional. Este modelo formativo, cuenta con una amplia trayectoria, firmándose el convenio de colaboración entre las dos entidades en noviembre de 1994, resultando un espacio de referencia para la formación de



Componentes del Consejo Rector de la Escuela de Práctica Psicológica de Murcia tras el nombramiento de Laura Espín como Secretaria de la misma.

postgrado, contando con una amplia y diversificada formación y una alta calidad.

MESA REDONDA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿POR QUÉ NO SE ACABA CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

Tuvo lugar el 9 de febrero una mesa redonda sobre violencia de género patrocinada por el club la opinión de Murcia, y en el que fue invitado a participar el COPRM asistiendo en su representación **M^a José Catalán Frías**.

En ella se destacaron la importancia de la educación y la prevención como elementos fundamentales para incidir en la importancia de valores como la igualdad, el respeto y la convivencia.

El COPRM informó detalladamente sobre los convenios suscritos: para la atención de víctimas de la violencia de género con el *Instituto de la Mujer*; así como el firmado con *Instituciones Penitenciarias* para la formación en el tratamiento psicoterapéutico de maltratadores.

Se insistió en la necesidad de continuar aportando el apoyo psicológico

imprescindible a las víctimas, y paralelamente la intervención con los maltratadores para evitar, en la medida de lo posible, su reincidencia.

Se ensalzó la buena labor realizada por los psicólogos de la región en la atención de la violencia de género.

ASAMBLEA ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DEL COPRM

Tuvo lugar en el Salón de Actos del COPRM la *Asamblea Extraordinaria* el pasado 31 de marzo, donde se aprobaron por unanimidad las propuestas de modificación a los Estatutos del COPRM sugeridas por la Junta de Gobierno.

La reforma de los Estatutos se hacía necesaria para su adaptación a la nueva normativa, la Ley 2/2007, con la necesaria inclusión de las Sociedades Profesionales en los Colegios.

Aprovechando esta circunstancia de cambio y en respuesta a algunas de las necesidades de modificación observadas por la nueva Junta de Gobierno, se consideró oportuno regular nuevas figuras colegiales, apoyando a través de beneficios la continuidad de los jubilados,

así como la incorporación de los nuevos licenciados.

Así mismo, se formularon otras propuestas que ayudasen en el nombramiento de vacantes tanto de la Comisión Deontológica, como de la Junta de Gobierno, algunas cuestiones relativas al proceso electoral, así como la capacitación por parte del Colegio para la formación y acreditación de futuras especialidades profesionales.

En la *Asamblea General Ordinaria*, celebrada a continuación, se aprobó por unanimidad la memoria de actividades del año 2008 y la propuesta para el ejercicio 2009, así como las cuentas del Colegio, estableciéndose las cuotas colegiales para las nuevas figuras aprobadas, respaldando la no subida para el año 2009 de la cuota colegial ordinaria. Se aprobó el reglamento de funcionamiento del dispositivo de emergencias del COPRM (GIPDE). Por último, se nombró como nuevos miembros para formar parte de la *Comisión Deontológica* a: **José María Aroca**, **Damián Amaro Egea**, **Ana M^a Matás** y **Diego A. Yepes**.

Eladio Rosique Meseguer

Vocal de Imagen y Difusión de la Profesión



GRUPO DE INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES DEL COPPA

Los miembros del *Grupo de Emergencias y Catástrofes* (GIEC) del COPPA han realizado dos acciones

formativas en los pasados meses de noviembre y enero, respectivamente. Esta formación está incluida dentro del convenio de actuación suscrito con el 112 Asturias.

Los días 14 y 15 de noviembre de 2008 se realizó el *Curso sobre Intervención Psicológica Urgente ante Comportamientos Suicidas, Hostiles y Violentos*, impartido por **Enrique Parada Torres**, psicólogo especialista en Psicología de urgencia, emergencia y catástrofes, y **Manuel Sánchez Muñoz**, instructor de kárate, kobudo, dorama taio o gimnasia oriental, defensa personal, shaolin chuan kung-fu, tai chi chuan, y chi kung.

Los días 30 y 31 de enero de 2009 se desarrolló el *Curso Intervención Psicológica sobre Víctimas Indirectas de Violencia de Género: Hijos y otros Familiares*, impartido por **Juan Carlos Gutiérrez Pérez**, coordinador del *Grupo de Violencia de Género* del COPPA.

Por otro lado, se ha creado un *Turno de Formación* dentro del GIEC con el objetivo fundamental de diseñar e implantar acciones formativas dirigidas a:

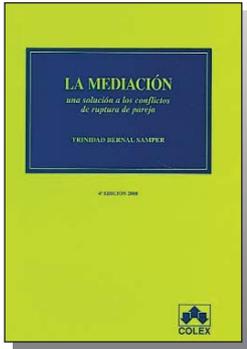
- Los grupos intervinientes en emergencias, con la finalidad de favorecer su preparación para situaciones críticas, así como la prevención de estrés, tanto desde el punto de vista de la autoprotección como del apoyo psicológico a las víctimas y sus familiares.
- Los propios profesionales de la Psicología de emergencias, con la in-

tención de cooperar en los programas de formación basados en la individualidad del psicólogo y en las necesidades de formación, favoreciendo así la creación de una formación homogénea y un modelo común de intervención.

En este sentido, el *turno de formación* ya ha comenzado a funcionar, diseñando y elaborando materiales didácticos para la impartición de acciones formativas a estos colectivos. Así mismo, se ha comenzado a impartir formación en primeros auxilios psicológicos a los técnicos de emergencias de la empresa Trasinsa (empresa concesionaria del transporte sanitario en Asturias).

FORMACIÓN CONTINUADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los días 20 y 21 de marzo tuvo lugar el curso titulado *Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas: Aplicaciones Clínicas en Adicciones y otros Trastornos Psicopatológicos* impartido por el profesor **Antonio Verdejo García**, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada. En el curso, que contó con la participación de 35 colegiados, se trataron contenidos relativos a los fundamentos de la evaluación neuropsicológica, en concreto de la valoración de las funciones ejecutivas y su aplicación en el ámbito de las adicciones, así como en otros trastornos psicopatológicos, como los trastornos de la alimentación, el TOC y la esquizofrenia.



LA MEDIACIÓN. UNA SOLUCIÓN A LOS CONFLICTOS DE RUPTURA DE LA PAREJA
Trinidad Bernal Samper
Editorial: COLEX
270 páginas

La mediación es, entre otros procedimientos de resolución de conflictos, un instrumento de un extraordinario potencial en nuestra sociedad, que de manera creciente se está instaurando como una alternativa beneficiosa para evitar el enfrentamiento abierto entre las parejas.

La obra está dirigida a proporcionar conocimientos teóricos y prácticos de interés para la formación de mediadores. El libro, que alcanza ahora su cuarta edición, se desarrolla en tres partes: la primera, describe el tipo de conflicto de ruptura en las relaciones de pareja y su contexto legal, con un análisis de los roles de los profesionales que intervienen (o pueden intervenir) en la composición judicial de estos conflictos; la segunda parte describe la mediación como una alternativa a la composición judicial; y la tercera, trata sobre el desarrollo de los procesos de mediación. El libro se complementa con materiales que sirven de guía para la práctica profesional del mediador.



VIVIR. GUÍA PARA UNA JUBILACIÓN ACTIVA
Ramón Bayés
Editorial: Paidós
320 páginas

En la actualidad un gran número de personas llega a la edad de jubilación en unas condiciones de salud excelentes, un fenómeno que se acentuará en los próximos años. Este cambio demográfico tendrá importantes consecuencias no sólo en las biografías individuales, sino también en las instituciones políticas y empresariales.

¿Qué va a hacer la sociedad con esta multitud de jubilados que ya no responden al estereotipo del viejecito adormilado en su sillón orejero ante el televisor? ¿Qué harán estas personas con su tiempo? Se trata de personas que desean permanecer activas aunque, en gran parte, no sepan cómo; que poseen un acervo de conocimientos, habilidades y experiencias y que han llegado a la jubilación sin manual de instrucciones para su uso. La finalidad de este libro es ayudarles a enfrentar esa nueva etapa de su vida con optimismo y motivación.



ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA
Rocío Fernández-Ballesteros
Editorial: Pirámide
280 páginas

El envejecimiento, poblacional e individual, es un fenómeno de nuestros días que seguirá intensificándose en el futuro por cuanto las proyecciones demográficas establecen un incremento de la esperanza de vida junto a una disminución de la natalidad. Este hecho supone una verdadera revolución para la especie, para el individuo y para la sociedad; sin embargo, la verdadera revolución no estriba en que la gente llegue a vivir más años, sino en que éstos sean activos y satisfactorios.

Los biólogos han establecido que un veinticinco por ciento de las formas de envejecer se deben a aspectos genéticos y que, al mismo tiempo, un setenta y cinco por ciento depende de lo que el individuo haga, es decir, de su conducta y de sus formas de actuar, pensar y sentir.

Esta obra presenta la evidencia científica que apoya la importancia del comportamiento en el envejecer activo y está dirigida tanto a expertos como a todas las personas interesadas en el proceso de envejecimiento. Los primeros encontrarán una revisión actualizada de la investigación dedicada al tema y los segundos hallarán algunas claves para envejecer bien.



LA FLECHA EN BLANCO. UNA REFLEXIÓN SOBRE NUESTRO TIEMPO
Miquel Siguán
Editorial: Horsori
184 páginas

Asomarse a la biografía de una persona que ha superado los 90 años produce un cierto vértigo. Una existencia larga es siempre interesante y fecunda. Tanto por lo que se sabe de ella como por lo que se desconoce. Miquel Siguán es un hombre culto, cultivado, viajado y atento a los grandes movimientos de fondo que se producen y se han producido en su larga vida. Es una persona que ha leído todo lo que hay que leer en cuestiones filosóficas, históricas, sociales y políticas.

Como hombre curtido en las letras, Miquel Siguán no es un fundamentalista de nada. Estudia la historia, habla de las tensiones sociales, de la corrupción y la democracia, de los paraísos fiscales y de la responsabilidad de los partidos políticos.

Son muy interesantes sus reflexiones sobre las relaciones entre Cataluña, España y Europa en unos tiempos en los que el éxito de la Unión Europea tropieza con la falta de sintonía entre las clases dirigentes y los ciudadanos. También se recogen varios escritos sobre la inmigración, el mestizaje como futuro y el factor religioso en la Europa de hoy.

Transitar por las páginas de esta selección de artículos de Miquel Siguán es un viaje por la experiencia de un hombre que sabe relacionar el saber y que aprecia en su justa medida los grandes avances de la Humanidad de la que él ha sido un privilegiado espectador.