

INFOCOP

NUMERO 45. Noviembre - Diciembre 2009

VII Desayuno de Infocop:
Sistema educativo y papel de la
Psicología en España

Primer Informe de Evaluación
de la Estrategia en Salud Mental
del SNS

Variables psicosociales que
predicen la supervivencia en
los transplantados

Entrevista a Francisco Santolaya
en "Redacción Médica"

Quinto listado de Psicólogos
Especialistas en Psicoterapia
de la EFPA/COP



En Portada

4. Hacia un nuevo paradigma sobre intervención temprana en psicosis

8. La intervención temprana en psicosis

15. Valoración de la GPC sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente

18. Se ha producido un avance inmenso en las intervenciones psicológicas en la esquizofrenia- Entrevista a Oscar Vallina

Actualidad

25. Prevenir riesgos y enfermedades profesionales es una tarea social hermosa y necesaria- Entrevista a J.L. Meliá

31. VII Desayuno de Infocop: Situación del sistema educativo en España y el papel de la Psicología



38. Se publica el primer Informe de Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS

40. Modelo de informe y valoración psicológica de menores que se someten a operaciones de cirugía estética

Es Noticia

42. Se aprueban las actualizaciones de las estrategias en cáncer y cardiopatía del SNS

Investigación

53. Variables psicosociales que predicen la supervivencia en los transplantados

El Consejo Informa

55. Entrevista a Francisco Santolaya en "Redacción Médica"

57. Quinto listado de Psicólogos Especialistas en Psicoterapia de la EFPA/COP

Colegios Autonómicos

59. Noticias de los Colegios

Libros

84. Reseñas de libros de actualidad



El pasado día 10 de noviembre, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos y la Conferencia de Decanos de Psicología acudimos a una reunión con la Dirección General de Ordenación Profesional en el Ministerio de Sanidad para interesarnos por la situación en la que se encontraba la tramitación del máster de Psicología de la Salud y expresarle nuestra preocupación por la lentitud del proceso. El resultado de la entrevista nos ha dado confianza en la disposición del Ministerio de impulsar con convicción y decisión esta titulación que es vital para nuestra profesión. Ahora estamos a la espera de que los hechos corroboren las palabras. Confiamos en que los pasos se den con celeridad, ya que hay un amplio acuerdo político y profesional que avala su creación y llevamos mucho tiempo esperando por una solución legal a un problema que no hemos creado nosotros y que sitúa en la incertidumbre a miles de profesionales y estudiantes que quieren ejercer su profesión dentro del campo sanitario.

El diseño que hemos sugerido para el futuro máster parece encajar perfectamente tanto con las necesidades de la profesión como con los previsibles cambios que parece que pueden darse en la formación de los profesionales sanitarios. En lo que se refiere a las necesidades de la profesión, el nuevo título resuelve, en gran medida, los problemas generados por la LOPS y acerca la profesión de psicólogo en España a los estándares que las organizaciones europeas de Psicología, agrupadas en la EFPA – Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos–, han definido como niveles mínimos exigibles para la práctica profesional independiente. El máster es completamente coherente con las especificaciones del EuroPsy, el título europeo de psicólogo que ha promovido la EFPA. Además, en lo que se refiere a los cambios previsibles que pueden presentarse en la formación especializada, parecen estar dándose pasos para que los estudios de Medicina no terminen en un Grado sino en un Máster. Esto supondrá que el acceso al MIR se hará desde un máster, y no

desde el Grado o Licenciatura como hasta ahora, lo que coincidirá con nuestra reclamación de que el máster en Psicología de la Salud sea condición necesaria para presentarse a las pruebas PIR. En esta petición también hay pleno acuerdo profesional y académico, pero las dificultades, en este momento, vienen de que seríamos una excepción en el panorama de la formación especializada. Si se confirma el paso que va a dar Medicina, nuestra reclamación no nos convertiría en una excepción sino que nos situaría más bien dentro de la norma que va a afectar a la mayoría de la formación especializada. Por todas estas razones, es importante que el proyecto de máster salga adelante y nos congratulamos con la disposición del Ministerio en este sentido.

Además del importante asunto del Máster en Psicología de la Salud, el Consejo tiene otras preocupaciones en el campo de la ordenación profesional, dentro del sector sanitario. En estos momentos, en los que la tramitación de las peticiones de títulos de especialista en Psicología Clínica, que se formularon en base a las disposiciones transitorias, está llegando a su fin, creemos que hay que prestar atención a la situación de un pequeño número de profesionales que han quedado en una situación peculiar y excepcional. Me refiero a los psicólogos que teniendo plaza fija en el sistema sanitario no han podido acogerse a las disposiciones transitorias, los llamados “pestos”. Estos profesionales hacen las mismas funciones de los especialistas, con los que suelen trabajar, pero al no tener el título carecen de las condiciones laborales y salariales que tiene la especialidad. Es evidente que es una situación que afecta a una pequeña bolsa de profesionales a los que hay que dar una solución. Tal y como sucede con los mestos, los médicos en la misma situación, los pestos deben ser objeto de un proceso de regularización que acomode sus competencias profesionales con la titulación necesaria para ejercerla. Esperemos que, tal y como se anuncia ahora para los mestos, los pestos tengan oportunidad de entrar en un proceso extraordinario para obtener el título de especialista. Confiamos en que si el Ministerio inicia el proceso para los médicos, pueda incluir también a los pocos psicólogos que se encuentran en esta difícil y peculiar situación. Nosotros así se lo pedimos.

Cambiando de sector profesional, en el mes de octubre se celebró, en la sede del Consejo, un Desayuno de Infocop sobre la situación de la educación en España y el papel de la Psicología Educativa. En él participaron autoridades políticas de primer nivel, como los portavoces del PSOE en las Comisiones de Educación y Universidad del Congreso, repre-

sentantes del Consejo Escolar del Estado, representantes de los profesores y de los sindicatos. Por parte de los psicólogos estuvieron expertos en Psicología Educativa del Consejo de Colegios y Juan Fernández, catedrático de Psicología Educativa de la Universidad Complutense de Madrid. Después de más de 2 horas y media de debate, se pudo constatar que hay acuerdo en que la realidad educativa del país ha evolucionado favorablemente en estos últimos años en algunos de los indicadores utilizados, pero que persisten o se han agudizado problemas a los que hay que prestar una creciente atención. Sucesivos informes que han salido a lo largo de este año, desde diversas instancias nacionales e internacionales, han hecho hincapié en algunos de los principales problemas del sistema educativo español. Algunos de esos problemas son el abandono escolar, la atención a la diversidad, la violencia en la escuela y el bajo rendimiento académico. Quedó claro que un factor principal para atacar estos problemas es la financiación del sistema educativo. La educación necesita más recursos económicos y parece existir una clara relación entre la proporción alumnos / profesor y los resultados que se obtienen en esos indicadores. No obstante, también hubo acuerdo en la necesidad de incorporar la Psicología Educativa de forma más decidida y profesional a la escuela. Para ello es necesario formar mejor a los profesionales y dotarles de competencias y plazas en el sistema educativo. El Consejo cree firmemente en el papel de la Psicología en ese ámbito de trabajo y por ello pondrá todo su empeño en que se den los pasos necesarios para que revitalice un campo profesional que ha sido ninguneado y maltratado en estos últimos años. A ello nos dedicaremos con todo ahínco.

Por último, los preparativos del VII Congreso Iberoamericano, que tendrá lugar en Oviedo del 20 al 24 de Julio, van a toda máquina. Estamos teniendo un gran número de propuestas de simposios de una gran calidad. La acogida que nos ha brindado la ciudad ha sido fantástica, lo que nos permitirá brindar a los congresistas unos actos sociales de gran interés. Si los resultados de un congreso se miden por el nivel de sus aportaciones científicas y la brillantez de sus actos sociales, el VII Congreso Iberoamericano promete cumplir las expectativas más exigentes. No dejes de apuntarlo en tu agenda.

Francisco Santolaya Ochando
Presidente
Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos

HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

REDACCIÓN DE INFOCOP

Hasta hace relativamente poco tiempo, la visión dominante en salud mental, en relación al trastorno psicótico, era la de una enfermedad caracterizada por una evolución inevitable hacia un deterioro progresivo, tanto a nivel cognitivo como funcional, del paciente. No en vano, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades, dado que se inicia a edades tempranas de la vida y que aproximadamente dos tercios de las personas afectadas mantienen algún tipo de sintomatología a pesar del tratamiento farmacológico.

Si se trabaja desde esta perspectiva, la alternativa terapéutica que se ofrece es fundamentalmente paliativa, y poco centrada en la rehabilitación, consistente en la administración de una fuerte dosis de fármacos antipsicóticos en el momento activo del brote -y la hospitalización del paciente en los casos más graves-, y una vez pasado este momento, en una inexistente o limitada intervención estructurada entre los episodios y el mantenimiento con menores dosis de fármacos.

Sin embargo, en los últimos 15 años, a partir de un programa pionero iniciado en Melbourne (Australia), han surgido numerosos estudios que demuestran la eficacia de intervenir de manera temprana en la psicosis. Así, se sabe que un amplio rango de intervenciones psicológicas, psicosociales y biológicas, centradas en el individuo o en su entorno cercano, pueden influir positivamente en la capacidad de recuperación tras el primer brote psicótico, en la integración

de la persona afectada y en la evolución posterior de la enfermedad.

Habitualmente, estos servicios de atención temprana están formados por equipos multidisciplinares, especializados y específicos (integrados por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales). Los componentes clave en los que se basan estas intervenciones incluyen bajas dosis de fármacos, psicoeducación, tratamiento cognitivo-conductual, programas de inserción laboral, seguimiento continuado del paciente, prevención de recaídas, tratamiento de adicciones y participación temprana de familiares y amigos, entre otros.

Dado que el retraso en el inicio del tratamiento suele ser la norma en estos pacientes, -en concreto, se estima una media de casi cuatro años desde el inicio del primer brote hasta su diagnóstico (según datos aportados en el XV Congreso Internacional para la Psico-

terapia de la Esquizofrenia y Otras Psicosis)-, uno de los objetivos prioritarios de la intervención temprana es reducir el tiempo de espera sin tratamiento, es decir, centrar los esfuerzos en la detección e intervención tras la aparición de los primeros síntomas, ya que se sabe que cuanto más tiempo dura este intervalo, peor es el pronóstico de la enfermedad. Además, los programas se centran en el “periodo crítico” que comprende los primeros cinco años tras el primer episodio, donde es más probable que aparezcan problemas asociados como depresión, pérdida de empleo, disminución del apoyo social, conflictos familiares, abuso de sustancias o baja autoestima, lo que puede dar lugar a su vez a una muerte precoz, al aumentar seriamente el riesgo de suicidio.

Los programas de intervención temprana en la psicosis, a pesar de su reciente aparición, se están convirtiendo rápidamente en el nuevo paradigma de conceptualización de estas enfermedades, hasta tal punto que, según algunos autores, prometen ser el avance más impactante en este campo desde la introducción de los fármacos antipsicóticos en la década de los 50 (Ehman et al., 2004). La revisión de la literatura científica al respecto señala que estos programas permiten la recuperación total de los síntomas en un 80% de los casos tratados durante el año posterior al primer episodio psicótico, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis (Lieberman et al., 1993). Otros beneficios incluyen la continuidad de la actividad académica o laboral, el man-

tenimiento de las habilidades sociales y del apoyo social, la disminución de la necesidad de hospitalización del paciente, así como una menor resistencia al tratamiento farmacológico, mejorando la adherencia y disminuyendo el riesgo de recaídas.

Todo este conocimiento ha propiciado que desde la década de los 90 se estén extendiendo progresivamente este tipo de programas en diferentes partes del mundo. Actualmente, la **Asociación Internacional de Psicosis Temprana** (*International Early Psychosis Association; IEPA*), recoge en su página Web (<http://www.iepa.org.au/>) toda la red de servicios existente, con una lista de más de 200 centros en 24 países. Algunos de ellos, como Australia, Nueva Zelanda o Reino Unido, han integrado estos programas de intervención temprana en la psicosis en sus planes nacionales de salud mental.

Las intervenciones psicológicas han contribuido enormemente al éxito en los resultados de estas intervenciones, y es tal su relevancia que se ha creado un organismo internacional que promueve específicamente el uso de la psicoterapia y el tratamiento psicológico para los

enfermos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, denominado **International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychoses** (ISPS).

Además, este tipo de intervenciones psicológicas han sido recomendadas por las distintas asociaciones internacionales y guías clínicas de consenso. En la declaración conjunta de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) y de la **Asociación Internacional de Psicosis Temprana** (*International Early Psychosis Association; IEPA*), elaborada en el año 2005, se detallan una serie de acciones estratégicas que deben tenerse en cuenta para la puesta en marcha de programas integrales de intervención temprana en psicosis, especificándose la necesidad de asegurar la disponibilidad de intervenciones psicológicas y psicosociales, además de farmacológicas, para estos pacientes (*Early intervention and recovery for young persons with early psychosis: consensus statement*).

Más recientemente, este mes de octubre de 2009, la **Asociación Mundial de Psiquiatría** (*World Psychiatric Association; WPA*) ha publicado una guía de consenso, *Recommended roles for*

INFOCOP

NÚMERO 45. 2009
Noviembre - Diciembre

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@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>

the psychiatrist in first episode psychosis, apoyando también esta nueva línea de actuación (disponible en: <http://www.wpanet.org/education/pdf-ed-prog/early-psychosis.pdf>).

En lo que respecta a nuestro país, el cambio de perspectiva en relación al abordaje de los trastornos psicóticos comienza a dar sus primeros pasos. Tres hechos fundamentales han marcado este año 2009. En primer lugar, se ha hecho público un documento de consenso español sobre la atención temprana a la psicosis, elaborado por un grupo de expertos de la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** (AEN) a petición del Ministerio de Sanidad (se puede descargar este documento en: <http://www.p3-info.es/PDF/CTecnicos10.pdf>).

En segundo lugar, y enmarcado dentro del Proyecto GuíaSalud, el Ministerio de Sanidad ha publicado la actualización de la *Guía de Práctica Clínica para la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*, con importantes novedades respecto a su versión anterior. Las más relevantes suponen la inclusión de una revisión sistemática de la evidencia científica en relación a la intervención en las fases precoces de la esquizofrenia y del trastorno psicótico

incipiente (anteriormente no contempladas), así como la participación, tanto dentro del grupo coordinador como del grupo elaborador de la guía, de un porcentaje significativo de profesionales de la Psicología expertos en este campo.

Un último hecho que sin duda remarca este cambio de rumbo en la intervención en la psicosis en nuestro territorio, ha quedado plasmado finalmente en la formulación de un nuevo objetivo para la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Tal y como ha quedado establecido en el Primer Informe de Evaluación de dicha estrategia, se propone incorporar un nuevo objetivo, donde se establece que *“las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis”* (objetivo 4.1, pág. 125), dentro de la línea estratégica 2, referente a la atención a los trastornos mentales.

Todos estos avances nos indican que nos encaminamos hacia un nuevo horizonte para las personas afectadas de esquizofrenia y otras psicosis en nuestro país. Un nuevo horizonte, donde la rehabilitación y la curación se comienzan a plantear como objetivos terapéuticos posibles.

Dada la envergadura que supone este cambio de paradigma, hemos querido dedicar la sección *En Portada* al análisis de esta “reciente” perspectiva. Para ello, contamos con la participación de importantes expertos en el ámbito de la intervención temprana. En primer lugar, **Alejandro Florit Robles**, Director Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias, nos ofrece un artículo de revisión sobre las posibilidades de intervención en las fases precoces de la esquizofrenia y otras psicosis. Posteriormente, nos centramos en la evaluación de la nueva Guía de Práctica Clínica publicada por el Ministerio de Sanidad. Para ello, **Serafín Lemos Giráldez**, Catedrático de Psicopatología de la Universidad de Oviedo y Vicepresidente Primero de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS) y **Oscar Vallina**, Coordinador del Programa de Prevención de Psicosis del Área de Salud de Torrelavega, nos ofrecerán su análisis y opinión acerca de la evidencia científica que se recoge en esta guía, así como de la importancia del alcance de estas recomendaciones. Para complementar estas cuestiones se incluye, además, una ficha técnica de la Guía de Práctica Clínica para los profesionales interesados.

REFERENCIAS

- Ehmann, T., MacEwan, G.W. y Honer, W.G. (2004). Best care in Early Psychosis Intervention. Global Perspectives. Reino Unido: Taylor & Francis.
- Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S. et al. (1993). Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 369-376.
- World Health Organization & International Early Psychosis Association (2005). Early intervention and recovery for young persons with early psychosis: consensus statement (disponible en: <http://earlypsychosis.medicine.dal.ca/services/EPdeclaration.pdf>)
- WPA Education Committee (2009). Recommended roles for the psychiatrist in first episode psychosis (disponible en: <http://www.wpanet.org/education/pdf-ed-prog/early-psychosis.pdf>).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la AEN. Madrid: Cuadernos técnicos, 10.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/161109estrategia.pdf>).

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

ALEJANDRO FLORIT ROBLES, DIRECTOR TÉCNICO DE LA LÍNEA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL - HERMANAS HOSPITALARIAS

La intervención temprana en la psicosis es, en realidad, una denominación que comprende varios tipos de intervenciones que pueden realizarse en diferentes momentos. La importancia de este tipo de intervenciones, se fundamenta en el hecho de que hace unos años se constató empíricamente, a través de diferentes estudios, que los pacientes que no habían recibido un tratamiento rápido o una intervención temprana, y en los que el inicio de éste se había demorado unos años desde que la persona había comenzado a presentar los primeros síntomas psicóticos, tenían una respuesta al tratamiento peor que aquellos que pudieron iniciar su tratamiento tempranamente. Estos estudios constataron que el desarrollo de programas de intervención temprana en estos pacientes presenta una serie de importantes ventajas, puesto que, claramente, supone una disminución del coste social, económico y personal asociado.

Sin embargo, en la práctica, no es habitual que se ofrezcan este tipo de intervenciones nada más aparecer la psicosis. Probablemente, una de las razones para que este tipo de programas no se hayan generalizado más en la práctica clínica se relaciona con el hecho de que la mayoría de las personas con esquizofrenia inician

su camino hacia la psicosis presentando síntomas prodrómicos inespecíficos o síntomas negativos, mientras que sólo un 7% lo hace sólo con síntomas positivos. Sin duda, este hecho dificulta mucho la detección temprana de los casos. Tal vez por ello, al ingresar en una unidad de atención psiquiátrica, la mayoría de las personas atendidas presentan una duración de hasta 5 años desde el inicio prodrómico, sin que se haya detectado su patología, incluso a pesar de que en el último año ya podían presentar claros síntomas psicóticos. A este intervalo temporal en el que la enfermedad ya está manifestándose pero en el que aún no se implanta un tratamiento, se denomina *duración de la psicosis sin tratar*, o sus siglas en inglés DUP –*Duration of Untreated Psychosis*- (McGlashan, 1999).

Los importantes costes en todos los niveles (personal, social, económico, etc.) que supone no intervenir precozmente o prevenir la aparición de este importante problema de salud mental, ha llevado a plantear la necesidad de desarrollar programas y de destinar recursos para que puedan llevarse a cabo. A este respecto, ciertos autores consideran que es preferible implantar nuevos recursos específicos de atención temprana a la psicosis, mientras que otros son más partidarios de aprovechar los recursos y dispositivos a través de la incorporación de programas de detección precoz, que permitan atender adecuadamente a las personas en sus fases iniciales, ajustando el tratamiento a sus necesidades específicas.

En relación a la importancia de la detección temprana de la psicosis, **Birchwood, Todd y Jackson (1998)** describen la existencia de un periodo crítico en estos primeros momentos, caracterizado por:

1. *Posible deterioro funcional, no lineal.*
En el periodo crítico previo a la aparición de la psicosis, si bien en la mayoría de los casos se constata un deterioro en el funcionamiento de la persona, éste no tiene por qué aparecer siempre. Además, cuando aparece dicho deterioro, éste no suele ser lineal, lo que podría dificultar su detección.

Alejandro Florit Robles. Es Licenciado en Psicología por la UCM, Especialista en Psicología Clínica. Así mismo, es Master en Psicología Clínica y de la Salud (UCM), Master en Bioética (UPC), y Postgrado en Dirección y Gestión de Organizaciones No Lucrativas (Universidad. Ramón Llull). Ha sido Profesor asociado en la Facultad de Psicología de la UCM y en la actualidad imparte clases en el Master de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM, así como en el Master de Rehabilitación Psicosocial y Laboral en Salud Mental de la Universidad de Castilla la Mancha. Ha escrito unos 20 artículos en revistas especializadas y colaborado en otros tantos libros. Actualmente, desarrolla su labor profesional como Director Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias y es Presidente del Comité de Ética Asistencial de las Hermanas Hospitalarias.



2. *Presencia de variables moduladoras de adaptación a la psicosis.* Deben tenerse en cuenta diferentes variables que van a facilitar un mejor o peor ajuste a la enfermedad; y,
3. *Deterioro social, independiente del deterioro clínico.* Se ha constatado que el deterioro social propio de estos primeros momentos suele avanzar o potenciarse de una manera independiente al deterioro clínico. En este sentido, la evidencia empírica ha demostrado que la incapacidad social surge entre los dos y los cuatro años antes de la primera atención psiquiátrica y se manifiesta a través de abandono escolar, disminución de las relaciones con iguales, deterioro de las relaciones familiares, pérdida de oportunidades laborales, aparición de consumo de tóxicos, conductas delictivas, etc. El hecho de que no se apoye a la persona de una forma rápida favorece que se vaya produciendo un mayor deterioro social.

En consecuencia y en relación con todas estas características, la intervención temprana en la psicosis puede realizarse en dos momentos distintos: una primera fase, referida a la prevención de la aparición de un brote psicótico, y, una segunda fase, cuando ya ha aparecido la primera crisis psicótica.

Primera Fase de Intervención Temprana en la Psicosis

Esta primera fase incluye aquellas intervenciones que podrían realizarse antes de la aparición del primer episodio psicótico. Este tipo de programas se fundamenta en la identificación de personas de alto riesgo o jóvenes con una clínica significativa, ante la aparición de los primeros pródromos.

Si bien cuando el brote psicótico ya ha

tenido lugar es bastante sencillo identificar de manera retrospectiva la sintomatología prodrómica, es bastante complicado detectar dichos síntomas de manera prospectiva, es decir, antes de que tenga lugar la primera crisis psicótica. En realidad, la sintomatología prodrómica se refiere a un conjunto de variables que incrementan la probabilidad de aparición de un brote psicótico y, por tanto, este conjunto de síntomas tiene lugar durante la fase previa a la aparición de dicho brote. Esta fase previa se denomina **estado mental de riesgo** e incluye deterioro o reducción de la capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, presencia de un estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño, problemas de ansiedad, retraimiento social, desconfianza, deterioro en las actividades formativas o laborales, irritabilidad, etc.

Con el objetivo de facilitar la detección precoz de este conjunto de factores de vulnerabilidad, se han desarrollado algunos programas como, por ejemplo, el **Programa PACE -Personal Assessment and Crisis Evaluation-**. Este programa propone una serie de criterios que serían indicativos de una posible población de riesgo o vulnerable a padecer un primer brote psicótico. Se estima que entre el 30% y el 40% de las personas con ese estado mental de riesgo desarrollarán un trastorno psicótico al cabo de 6 meses y hasta el 50% al cabo de un año. Entre los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de un primer brote psicótico, se incluyen:

- ✓ Tener entre 14 y 30 años.
- ✓ Presencia de historia familiar de trastorno psicótico.
- ✓ Aparición de una reducción en la *Escala de Funcionamiento Global (GAF)* mayor o igual a 30 puntos.
- ✓ Presencia de síntomas psicóticos atenuados, pero con una frecuencia

repetida a lo largo de la semana y durante varias semanas, o algún síntoma psicótico breve, limitado o intermitente durante menos de una semana y resuelto de una manera espontánea.

No obstante, este tipo de intervenciones plantea una serie de problemas o dilemas. En primer lugar, las personas que no han presentado nunca un brote, no tienen ningún trastorno propiamente dicho, sino la “probabilidad” de tenerlo en un futuro. Este hecho dificulta enormemente que la persona en riesgo acuda a los dispositivos de salud de manera voluntaria, a no ser que presente altos niveles de estrés. En segundo lugar, este cribado puede dar lugar a un elevado número de falsos positivos, por lo que hay riesgo de implementar un tratamiento a personas que nunca desarrollarán una psicosis, con los problemas éticos que esto plantea.

Centrándonos en cuál sería el tratamiento de elección para la prevención y la intervención temprana en la psicosis, **Bentall y Morrison** (2002) desaconse-

jan el tratamiento farmacológico como primera medida para la prevención, debido a los graves efectos secundarios asociados a los antipsicóticos (aumento de peso, somnolencia, reducción del deseo sexual, impotencia, etc.) y a la falta de estudios sobre sus consecuencias en adolescentes, cuando el cerebro aún se encuentra en desarrollo. Además, teniendo en cuenta que la predicción no es tan precisa como se desearía, los autores recomiendan ser muy conservadores en la prescripción de medicación antipsicótica y, sin embargo, se enfatiza la necesidad de implementar en esta fase **tratamientos preventivos basados en una terapia cognitivo-conductual** centrada en los síntomas prepsicóticos presentes, así como en los problemas del estado de ánimo, las dificultades en la solución de problemas y toma de decisiones o en el desarrollo de metas con apoyo en la perseverancia para su consecución.

Segunda Fase de Intervención Temprana en la Psicosis

La segunda fase de intervención temprana en la psicosis se refiere al conjunto de intervenciones que pueden realizarse cuando ya ha aparecido el *Primer Episodio Psicótico* (PEP). Esta fase, a su vez, puede dividirse en dos momentos:

1. La intervención que se desarrolla en el *periodo previo a la Detección de la Psicosis –DUP–*, cuyo principal objetivo se dirige a la reducción del tiempo sin tratamiento y a la detección temprana del problema. Este tipo de intervenciones debe dirigirse a los factores que pueden estar retrasando el inicio del tratamiento, como la posible interpretación errónea de los síntomas iniciales por parte de la familia, la reticencia a solicitar ayuda, la presencia de largas listas de es-

pera, la dificultad de acceso a los servicios psiquiátricos, etc.

2. En un periodo posterior, una vez diagnosticada la presencia de un trastorno psicótico, es necesario iniciar un tratamiento farmacológico y psicosocial. De hecho, si bien es cierto que antiguamente se ofrecía la tecnología de la rehabilitación psicosocial solamente a las personas con enfermedad mental crónica, es decir, con más de dos años de evolución, hoy en día se ofrece a todas las personas con psicosis en las que se prevea dicha necesidad. Este cambio se fundamenta en el hecho de que se ha comprobado que cuando se instaura un tratamiento desde el inicio de la psicosis se previene el curso de deterioro que puede asociarse a la misma. Además, se sabe que al disminuir posteriormente la carga de la intervención, no se retrocede hasta el nivel inicial, sino que se mantiene una mejor adaptación y recuperación de la persona.

En relación con los tipos de intervención posibles en este periodo, existen distintas modalidades o formatos. No obstante, según la revisión realizada por **Haddock** et al. (2005) sobre los tratamientos psicológicos que están demostrando su utilidad para el manejo de este trastorno, se concluye que son las inter-

venciones familiares y las de tipo cognitivo-conductual las que mayor eficacia han demostrado empíricamente. Siguiendo esta revisión, el tratamiento de elección, que debe ser interdisciplinar, ha de cubrir las siguientes áreas:

✓ *Prevención de la resistencia al tratamiento*, implicando al entorno si fuera necesario, para asegurar la adherencia al tratamiento y la prevención del estigma social. Una de las características más habituales que aparecen al inicio es que el paciente presenta dificultades para aceptar el tratamiento, por lo que una de las primeras actuaciones de los profesionales debería centrarse en ayudar a comprender tanto al paciente como a su familia el trastorno mental, sus síntomas y los problemas derivados, así como la necesidad de implantar y seguir un tratamiento.

No es poco frecuente que las personas abandonen el tratamiento farmacológico en estos primeros momentos. Entre los factores que dificultan la adherencia se incluyen no sólo los efectos secundarios de la medicación, sino también la resistencia de la persona a reconocer que necesita ayuda, el estigma social asociado a la enfermedad o la interacción de los fármacos con el consumo de alcohol y otras drogas.

✓ *Control y reducción de síntomas psicóticos positivos*, mediante tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual. La inclusión de la terapia cognitivo-conductual cuenta con una elevada evidencia empírica sobre su eficacia. Dentro de las estrategias más utilizadas, se encuentran las técnicas cognitivas de reatribución (para atribuir las alucinaciones a un origen interno en lugar de externo), la modificación

de creencias (para cuestionar las ideas delirantes), la normalización de la experiencia psicótica o aprender a integrar estos síntomas dentro de un proceso de acontecimientos estresantes de la vida diaria.

✓ *Tratamiento temprano de otras patologías asociadas.* Es bastante frecuente que estos pacientes, especialmente al inicio de la enfermedad, presenten una elevada incidencia de otros problemas psicológicos comórbidos como, por ejemplo, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, depresión, evitación social, estrés, deseo o intentos de suicidio, entre otros.

A este respecto, se ha constatado que, después de la aparición de la psicosis, incluso tras la aparición de un único episodio, las personas man-

tienen una red social más pequeña, menos recíproca y menos multifuncional frente a aquellas personas de su misma edad sin psicosis.

Para trabajar este área suele ser bastante útil y eficaz la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, el desarrollo de estrategias para favorecer el mantenimiento de su red social y la potenciación de las interacciones sociales, etc. Con el tiempo, una disminución de los contactos sociales puede implicar una pérdida en el interés y desarrollo de otras actividades, con la consiguiente pérdida de oportunidades para el desarrollo personal del paciente y su impacto negativo en el proceso posterior de recuperación.

✓ *Adaptación adecuada de la persona a la psicosis y prevención del autoestigma.* En estos momentos, se inicia una reducción de las capacidades de competencia personal que llevan a una pérdida de la autoestima y a poner en funcionamiento respuestas de afrontamiento ineficaces, buscando dotar de significado a sus vivencias de un modo inadecuado.

Por ello, la intervención debe orientarse a apoyar a la persona para construir un significado más adaptativo de lo que está ocurriendo y del impacto de la enfermedad en su vida y en el sentido de su identidad. Igualmente, también ha de apoyarse o fomentarse una implicación activa en su propio proceso de recuperación y en el dominio de su propia vida,

PUBLICIDAD



Por una atención integral Enfermos avanzados

En el 2008, la Obra Social "la Caixa" creó el **Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas** con el objetivo de impulsar una nueva iniciativa en el ámbito de los cuidados paliativos. Gracias a este programa, la **Obra Social "la Caixa"** puede sumarse a los esfuerzos que realizan las diferentes administraciones públicas y entidades en este campo. En este sentido, se han creado 30 equipos de profesionales que dan **atención psicosocial** en más de 60 hospitales de las 17 comunidades autónomas.

Más información en:
www.laCaixa.es/ObraSocial - 902 22 30 40



reconociendo y fortaleciendo las capacidades conservadas.

✓ **Intervención familiar.** Ante el inicio de la psicosis, pueden aparecer en el seno de la familia sentimientos de ira, culpa, crítica o sobreprotección. Además, en la mayoría de los casos el paciente suele continuar viviendo en el seno familiar o mantener altos niveles de contacto con la familia, lo que puede agravar dicho malestar o provocar ciertos conflictos.

Por ello, evitar los altos niveles de emoción expresada en el entorno familiar es otro objetivo crítico de estas intervenciones, mediante el entrenamiento de los miembros en estrategias de solución de problemas, el establecimiento de objetivos y expectativas realistas, la disminución de la carga familiar y el reparto

de roles, la mejora de la comunicación con el enfermo, la identificación de síntomas prodrómicos, etc.

En este área de intervención, suelen incluirse también los programas de psicoeducación y de apoyo emocional a los integrantes de la familia, así como los programas de manejo de estrés.

✓ Finalmente, es necesario *asegurar la cobertura de las necesidades básicas*: vivienda, dinero y apoyo en el día a día, así como facilitar el mantenimiento de la persona en la formación o el acceso al empleo, ya sea normalizado o protegido. Está demostrado que el comienzo de la psicosis se asocia a un abandono prematuro de los estudios en un buen número de casos, así como un pronunciado declive en el status la-

boral y económico de la persona.

Existen varios programas terapéuticos con estudios científicos que los avalan. Entre ellos, destacan los siguientes: el *Proyecto Buckingham* (Fallon, 1992), la *Clínica para la Valoración Personal y Evaluación –Proyecto PACE-* (Phillips, 2002), la *Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo –Proyecto PRIME-*, el *Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside – Proyecto RAP-* (Cornblatt, 2002), el *Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana –Estudio EDIE-* (Morrison et al., 2002), el *Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana –Programa FETZ-* (Bechdorf et al., 2005), entre otros. En España hay un referente claro en este campo, el *Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis* de Torrelavega, liderado por **Serafín Lemos** y **Oscar Vallina** (Vallina et al., 2003).

Finalmente, destacan otros dos programas específicamente desarrollados para las intervenciones, una vez identificados los casos, en el momento de aparición de la psicosis:

- ✓ **La terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana –COPE-** (Henry et al., 2005). Este protocolo de formato individual, se inicia al final de la fase aguda del primer episodio psicótico y consta de unas 20 a 30 sesiones. Combina psicoeducación y terapia cognitiva y está centrado en la recuperación de la persona tras ese primer brote.
- ✓ **El tratamiento sistemático de la psicosis persistente –STOPP-** (Herrman-Doig et al., 2003). Este tratamiento también presenta un formato individual, aunque está más centrado en aquellas personas con una recuperación prolongada tras el primer episodio.

REFERENCIAS

- Bentall, R.P. y Morrison, A.P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 11, 351-356.
- Bechdorf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M. y Klosterkötter, J. (2005). Cognitive-behavioral, a therapy in the pre-psychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 136, 251-255.
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 31-40.
- Cornblatt, B.A. (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics*, 114, 956-966.
- Fallon, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-14.
- Haddock, G., Lewis, S., Addington, J. y Gleeson, J. (2005). Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 72-76.
- Henry, L. P., McGorry, P.D., Edwards, J., Hulbert, C.A., Henry, L., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Killackey, E. y Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission. *Psychological Medicine*, 35, 1295-1306.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D. y Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis*. Londres: Martin Dunitz.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker o determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- Morrison, A.P., Bentall, R.P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M. y Lewis, S.W. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high- risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, 181, 78-84.
- Phillips, L (2002). The PACE clinic: identification and management of young people at "Ultra" high risk of psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 255-269.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J.A., García, A., Fernández, P. y Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2.

NUEVA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE

REDACCIÓN DE INFOCOP

El Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente la *Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*, enmarcada dentro del **Proyecto GuíaSalud** y que, tal y como hemos anunciado en anteriores ocasiones a través de *Infocop*, tiene por objetivo la difusión de recomendaciones de práctica clínica basadas en estudios científicos controlados. A continuación se ofrece, para las personas interesadas, la ficha técnica de esta guía.

Ficha técnica de la Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

Grupo elaborador: Grupo de trabajo de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña.

Extensión: 216 páginas en su versión completa.

Justificación: La *Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente* parte de la necesidad de actualizar y ampliar la anterior guía editada en el año 2003 por el Ministerio de Sanidad. Esta actualización se ha basado en la revisión sistemática de la evidencia científica aparecida con posterioridad al año 2002 e incluye las nuevas aportaciones derivadas de la investigación de las fases precoces de la esquizofrenia y del trastorno psicótico incipiente (anteriormente no contempladas).

Tal y como se especifica en la GPC: *“la esquizofrenia y otras formas de psicosis representan un importante problema de salud pública, ya que estos trastornos pueden afectar gravemente el desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social”*. Los estudios han demostrado la importancia de la intervención precoz para el pronóstico de estas enfermedades y para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

Alcance: Al igual que en la GPC anterior, el grupo de trabajo acordó que la actualización de la se centrara en pa-

cientes adultos diagnosticados de esquizofrenia y que, además, incluyera un apartado nuevo sobre intervención precoz en la psicosis, que puede tener su inicio tanto en la infancia como en la adolescencia o también en la edad adulta. La GPC ofrece una visión amplia de la esquizofrenia y ha considerado el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de este problema de salud.

Destinatarios: El objetivo de esta GPC es ofrecer recomendaciones para la atención a pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente aplicables preferentemente en los servicios de salud mental de utilización pública. De esta manera, la GPC está dirigida a psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores y educadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares psiquiátricos y demás profesionales de la salud mental. Su consulta puede ser también de utilidad para médicos de familia, enfermeros y otros profesionales de Atención Primaria que atienden a los pacientes con esquizofrenia.

Integrantes del equipo: La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña ha establecido un equipo de trabajo formado por un grupo coordinador (con 7 psiquiatras, 6 psicólogos, 1 trabajador social, 1 enfermera y 1 epidemiólogo) y un grupo elaborador (integrado por 7 psicólogos, 3 trabajadores sociales, 1 terapeuta y 2 enfermeros).

Objetivos: La GPC tiene por objetivo ofrecer las mejores recomendaciones sobre actuaciones diagnósticas, terapéu-

ticas y rehabilitadoras en el marco de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, para facilitar la toma de decisiones por parte de los profesionales. Tal y como se recoge en la propia guía “*pretende adecuar mejor el tratamiento a cada paciente, ofreciendo las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según cada fase del trastorno y las características idiosincrásicas de cada paciente*”.

Pretende poner a disposición de los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios una información rigurosa de la evidencia científica disponible para el tratamiento de dichos trastornos, y facilitar de esta manera el desarrollo de intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que permitan mejorar el curso clínico, el pronóstico y la calidad de vida de quienes los padecen y de su entorno familiar y social.

Contenido: La GPC en su versión completa, cuenta con los siguientes apartados:

Tabla 1
Índice de la GPC sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente

- Presentación
- Autoría y colaboraciones
- Preguntas para responder
- Resumen de las Recomendaciones
 - 1. Introducción
 - 2. Alcance y objetivos
 - 3. Metodología
 - 3.1. Introducción
 - 3.2. Composición del grupo de trabajo
 - 3.3. Revisión y síntesis de la literatura biomédica
 - 3.4. Formatos de presentación
 - 3.5. Revisión externa
 - 3.6. Realización de la prueba piloto
 - 3.7. Planificación para la revisión y/o actualización
 - 4. Consideraciones generales
 - 4.1. Definición
 - 4.2. Historia natural y curso
 - 4.3. Epidemiología
 - 5. Líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente
 - 5.1. Diagnóstico y evaluación
 - 5.2. Manejo psiquiátrico
 - 5.3. Desarrollo del plan terapéutico
 - 6. Tipos y ámbitos de intervención
 - 6.1. Intervención farmacológica
 - 6.2. Terapia electroconvulsiva
 - 6.3. Intervenciones psicosociales
 - 6.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad
 - 6.5. Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática
 - 6.6. Estigma y discriminación
 - 7. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales
 - 7.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente
 - 7.2. Fases de la esquizofrenia
 - 7.3. Situaciones especiales
 - 8. Red asistencial para la atención a los pacientes con esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios
 - 9. Difusión e Implementación
 - 10. Recomendación de investigación futura
- Anexos
- Listado completo de tablas y figuras
- Bibliografía

Además de la versión completa, que se puede consultar en formato electrónico, se publicará en la Web de GuíaSalud una versión resumida (actualmente en proceso de elaboración).

También se ha elaborado una guía para pacientes con los siguientes apartados:

Tabla 2
Índice de la GPC sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente Versión para pacientes

- 1. Presentación
- 2. La esquizofrenia
 - ¿Qué es la esquizofrenia?
 - ¿Quién la padece?
 - ¿Qué provoca la esquizofrenia?
 - ¿Se cura?
 - Primeros síntomas
 - El mundo de la esquizofrenia
 - Evolución del trastorno
 - El diagnóstico
 - Prevención
- 3. Tratamiento
 - Tratamiento médico
 - Tratamiento psicosocial
 - Dificultades
 - ¿Dónde se realiza?
 - Afrontar la esquizofrenia
 - Futuro
- 4. Terminología
- 5. Más información y apoyo

Sistema de formulación de las recomendaciones

La GPC se basa en el sistema SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), que permite la clasificación de las recomendaciones en función de su sustentación en estudios científicos controlados.

Fuente

Se puede consultar el manual en el siguiente enlace: <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/index.html>

VALORACIÓN DE LA “GPC SOBRE ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE”

SERAFÍN LEMOS GIRÁLDEZ, CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Tal y como se menciona previamente en este reportaje, el Ministerio de Sanidad ha hecho pública una nueva Guía de Práctica Clínica (GPC) a través de su página Web. Se trata de la *GPC sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente*.

Con el objetivo de valorar la calidad y rigurosidad de esta nueva herramienta, que sin duda será de utilidad para todos los profesionales que trabajan en el campo de la Esquizofrenia y de la Psicosis, **Serafín Lemos Giráldez**, catedrático de Psicopatología de la Universidad de Oviedo y Vicepresidente Primero de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud, siglo XXI (SEPCyS), nos ofrece a continuación su punto de vista sobre la misma como experto en el tema.

1. Aspectos a destacar de esta guía:

La reciente *GPC sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente* es un documento diseñado para establecer los estándares mínimos de un correcto abordaje de los trastornos psicóticos, desde las fases tempranas hasta los procesos de estabilización del trastorno esquizofrénico.

Se trata de un documento meticulosamente elaborado, basado en la evidencia científica e inspirado, a su vez, en otras 11 guías internacionales de expertos; si bien los referentes más claros son las guías clínicas para el tratamiento de la psicosis de los Colegios de Psiquiatras y de Psicólogos Británicos (NICE, 2003), del Colegio de Psiquiatras de



Serafín Lemos Giráldez

Australia y Nueva Zelanda (2005), de la Asociación Psiquiátrica Americana (2004) y Canadiense (2005).

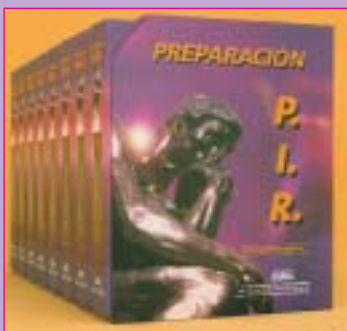
El trabajo realizado tiene apariencia de honestidad científica, por cuanto sus autores informan de las estrategias utilizadas para realizar las búsquedas bibliográficas, que dan cuenta del estado de la cuestión en cada uno de los apartados en el que está organizada la Guía.

Sin lugar a dudas, el mayor peso se concede a los “Tipos y ámbitos de intervención” y al “Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales”. En dichos apartados, se hace un exhaustivo estudio de los tratamientos farmacológicos y se incluyen útiles algoritmos para la toma de decisiones en la práctica clínica, en función de la naturaleza de los síntomas y las características idiosincrásicas de cada paciente. Sin embargo, se reconoce que la farma-

cología no soluciona plenamente dichos trastornos ya que, como se ha señalado en diversos estudios, el 80% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución (en seguimientos de 5 años), a pesar de tomar medicación antipsicótica; y el 75% sigue la medicación de forma errática; entre otras razones, por los efectos secundarios. Por ello, se recomienda “*un prudente uso de medicación antipsicótica, que debe prescribirse de una manera no coercitiva, en interacción con intervenciones psicosociales, que favorezcan la adherencia*”. En consecuencia, se subraya la necesidad de seguir otros tratamientos, controlando los factores ambientales, mejorando las capacidades personales de afrontamiento del estrés; y, en particular, actuando sobre los síntomas psicóticos específicos.

De manera explícita, se revisa la eficacia de diversas modalidades de intervención psicosocial, y se hace una valoración muy positiva de la terapia cognitivo-conductual para prevenir la progresión a la psicosis en la intervención temprana, para prevenir en lo posible la prescripción de fármacos y reducir los síntomas en la psicosis incipiente, para el tratamiento de los síntomas psicóticos manifiestos, para mejorar el *insight* y favorecer el cumplimiento de la medicación cuando ésta es necesaria, para acelerar la recuperación, y para el tratamiento de la patología comórbida (particularmente, estados de ansiedad y depresión). Especial importancia se concede también a otras

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

formas de intervención psicosocial, como son la psicoeducación, la terapia familiar y el entrenamiento en habilidades sociales, sobre la base de la evidencia científica acumulada hasta hoy. Menor relevancia, en cambio, se concede a la terapia de apoyo, a la terapia psicoanalítica y a la rehabilitación cognitiva, en este último caso por los dudosos efectos de generalización a la vida diaria de los avances obtenidos en las sesiones terapéuticas.

Debe destacarse, finalmente, la composición multiprofesional del equipo que ha elaborado la Guía; lo cual ha favorecido un análisis muy objetivo del problema clínico y de los instrumentos de intervención.

2. Aspectos a mejorar:

Si bien, como se ha dicho, todo lo que la Guía aborda está científicamente contrastado y bien razonado, tal vez un mayor desarrollo de los modelos etiológicos de la psicosis haría de este documento no sólo un excelente patrón de lo que debe ser la práctica clínica con estos trastornos, que ya lo es, sino también un texto de referencia para quienes están motivados por conjugar la praxis profesional y la investigación. Obviamente, cada modelo explicativo ha ejercido una clara influencia sobre las formas de evaluación, de tratamiento y de investigación. Los modelos etiológicos tienen la función de servir como mapas cognitivos o brújulas que son el fundamento de las diferentes modalidades de intervención clínica. En este sentido, si bien es verdad que ningún modelo ha conseguido desarrollar una explicación completa, eficiente y verificable de la psicosis, la presente Guía resulta un documento, como el DSM, un tanto ateorico, orientado es-

pecíficamente hacia un pragmatismo profesional.

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

De forma explícita, se elude describir los roles profesionales que corresponden a cada técnico o especialista del equipo de salud mental. Sólo indirecta o implícitamente se podría entender que los expertos que pueden acreditar una mayor formación y experiencia en el diagnóstico y tratamientos psicológicos son los psicólogos. Pero eso es mucho suponer a la hora de la verdad, y podría invocarse que cualquiera de los miembros de un equipo multiprofesional pueda asumir también cualquiera de estas funciones (salvo la prescripción de la medicación), amparándose en lo establecido en la presente Guía. En consecuencia, sólo la realización de programas de especialización consistentes y acreditados por agencias evaluadoras para los psicólogos, y acuerdos o prácticas consuetudinarias en los equipos de salud mental, a nivel nacional, irán delimitando las competencias específicas de cada profesión.

4. Algún otro comentario de interés:

Alguno de los temas abordados en esta Guía es tomado de la literatura científica sin una reflexión de mayor calado. Es, por ejemplo, el caso de la relación observada entre la Duración de la Psicosis no Tratada (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP) y la respuesta a los antipsicóticos, el funcionamiento global, social y vocacional, o la calidad de vida posterior del paciente. Si bien parece comprobada la conveniencia de reducir la DUP, es decir, el tiempo en el que el paciente permanece con sintomatología activa y no recibe tratamiento alguno,



para evitar así el declive en los aspectos antes mencionados, debe tenerse en cuenta que la variable “tiempo” carece de relevancia en la investigación científica y que lo que sí requiere mayor análisis es qué otras variables o procesos tienen lugar durante dicho periodo temporal para explicar tales efectos. El tiempo no es más que el escenario en el que tienen lugar los acontecimientos o los sucesos relevantes, y poco sabemos de cuáles son éstos y de por qué la DUP correlaciona con la evolución clínica.

En términos generales, puede afirmarse que la presente Guía es un documento de consulta imprescindible no sólo para todos los psicólogos clínicos, sino también de lectura obligada para todos los psicólogos y estudiantes de nuestra carrera.

El traslado de los contenidos de la Guía a la práctica clínica en España es, hoy por hoy, un objetivo que dista mucho de ser conseguido, por falta de programas específicos de intervención en cada una de las fases de inicio y de esta-

bilización de la psicosis en buena parte del territorio nacional. Aunque quizá por ello, esta Guía puede ser un referente en la implantación futura de los servicios de atención a la psicosis que demanda el colectivo de pacientes y sus familiares. El conocimiento de los con-

tenidos de la Guía por las personas afectadas puede convertirse en una mayor exigencia de la implantación urgente de los programas de prevención y tratamiento recomendados.

5. Valoración general de la Guía:

	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	

PSYCHOLOGY
IN SPAIN

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>

SE HA PRODUCIDO UN AVANCE INMENSO EN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTA A OSCAR VALLINA, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE PSICOSIS DEL ÁREA DE SALUD DE TORREAVEGA

REDACCIÓN DE INFOCOP

Como se ha mencionado a lo largo de este reportaje, recientemente el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó la *Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente*. La publicación de esta guía se enmarca dentro del **Proyecto GuíaSalud**, por el cual el Ministerio pretende homogeneizar las prácticas sanitarias y facilitar la implementación de los mejores tratamientos e intervenciones, basados en la evidencia científica, en todo el territorio español, para lo cual ha ido publicando diferentes guías sobre enfermedades de especial relevancia.

Desde que se empezaron a publicar estas guías, *Infocop* ha solicitado a diversos expertos su valoración para ofrecer esta información a todos aquellos profesionales interesados.

En esta ocasión, con el objetivo de conocer más detalladamente el contenido e implicaciones de esta nueva guía, *Infocop*, ha entrevistado a Oscar Vallina, psicólogo clínico experto en el ámbito de la esquizofrenia y el trastorno psicótico.

ENTREVISTA

Infocop: *En su calidad de experto en este área, ¿cuál es su opinión general respecto a la GPC sobre la Esquizo-*



Oscar Vallina

frenia y el Trastorno Psicótico Incipiente? ¿Considera que aporta recomendaciones prácticas y aplicables en los programas de tratamiento de estos pacientes?

Oscar Vallina: Mi opinión sobre la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente es muy positiva. En líneas generales, e incluyendo algunos puntos débiles o menos desarrollados que luego comentaré, creo que estamos ante un documento elaborado con rigor y meticulosidad que, en su resultado final, es perfectamente homologable a aquellas otras guías clínicas que se utilizan como referentes de calidad en el campo de la esquizofrenia (*American*

Psychiatric Association; Canadian Psychiatric Association, National Institute for Clinical Excellence y Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist).

El texto se articula de manera clara y coherente en torno a las 5 dimensiones fundamentales para entender y organizar el tratamiento de la esquizofrenia: las características de los pacientes, las diversas fases por las que atraviesa el trastorno, los tipos de tratamientos necesarios para cada una de esas fases - basándose en la evidencia científica disponible en estos momentos-, los tipos de dispositivos necesarios para llevar a cabo la asistencia, y por último, las características necesarias de los equipos que tendrán que desarrollar y aplicar los programas de tratamiento.

Partiendo de los pacientes como eje central de la guía, ésta se muestra cuidadosa en las recomendaciones con incorporar la presencia de sus necesidades, estado clínico, preferencias, capacidades y cuidado continuo de la alianza terapéutica.

Tras estas consideraciones transversales a cada capítulo, se detallan con la minuciosidad que permite un documento de estas características aquellas recomendaciones que nos permitirán proporcionar los mejores tratamientos

Oscar Vallina. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de Torrelavega del Servicio Cántabro de Salud. Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo. Coordinador del Programa de Prevención de Psicosis del Área de Salud de Torrelavega y Profesor Tutor de Terapia Cognitivo conductual y de Técnicas de intervención terapéutica de la Facultad de Psicología del Centro Asociado de la UNED de Cantabria.



disponibles para cada caso concreto. Recomendaciones que integran perfectamente los avances de la investigación con la perspectiva práctica de su desarrollo en nuestros entornos asistenciales cotidianos. En este sentido, creo que la guía intenta acercar la necesaria armonía entre práctica basada en la evidencia y evidencia basada en la práctica.

I.: *¿Qué papel juega la intervención psicológica en el abordaje de estos pacientes, de acuerdo a la evidencia científica disponible? ¿Cree que estos aspectos han quedado adecuadamente recogidos en esta GPC?*

O.V.: En las dos últimas décadas se han producido un desarrollo y un avance inmensos en las intervenciones psicológicas en la esquizofrenia, al punto de pasarse de una práctica inexistencia o posición marginal de los tratamientos psicológicos a una posición central en su abordaje y recuperación.

Las intervenciones familiares de tipo psicoeducativo (que promueven el conocimiento y comprensión de la enfermedad, el manejo del estrés, el fomento de las habilidades de comunicación y de solución de problemas y la reducción de la carga familiar), el entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria (para el desempeño de los pacientes en entornos sociales e interpersonales), la terapia cognitivo-conductual (dirigida a la reducción o eliminación de las experiencias psicóticas delirantes y alucinatorias y a la eliminación o minimización de las respuestas emocionales disfóricas asociadas a éstas, así como a la promoción de estilos personales de autogestión psicológica de la dolencia), y los últimos desarrollos en las intervenciones dirigidas a la rehabilitación de los procesos cognitivos básicos, conforman un bloque de opciones terapéuticas que,

combinadas con el tratamiento farmacológico y la dotación de las estructuras comunitarias de tratamiento necesarias para cada fase de la enfermedad (centros de salud mental, centros de rehabilitación, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, etc.), se vienen repitiendo de manera sistemática en las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica, como estándares de tratamiento óptimo indicado.

En esta guía observamos claramente como se recoge el peso y trascendencia de los tratamientos psicológicos, tanto en el espacio que ocupan dentro del documento como en la valoración de los mismos procedente de la evidencia científica disponible en estos momentos.

De esta manera, las intervenciones psicoeducativas se presentan como intervenciones de afianzada eficacia en la reducción de la tasa de recaídas y de ingresos hospitalarios y se recomienda su implantación en los planes de tratamiento, tanto para pacientes como para sus familiares, con la premisa de la imprescindible adaptación de las mismas a las características y necesidades de los interesados como al momento de la enfermedad.

Las intervenciones familiares son herramientas imprescindibles para la reducción de la carga familiar, para la mejoría del funcionamiento social del paciente y para la reducción de recaídas, aconsejándose su utilización de manera regular en pacientes que: convivan con su familia y que hayan tenido recaídas o que recaigan con facilidad; presenten discapacidad moderada o grave; y que se caractericen por una enfermedad de larga evolución (ya que su utilización en los comienzos de la enfermedad aún no está suficientemente estudiada). En la guía, se indica la modalidad de intervención familiar individual como la preferida por las familias

y se recomienda, asimismo, la utilización de grupos homogéneos de familiares, donde se tengan en cuenta los índices de emoción expresada y se establezca un periodo de tratamiento nunca inferior a seis meses.

En cuanto a los procedimientos de rehabilitación cognitiva, y aunque estos aún adolecen de suficiente evidencia empírica, se recomienda su utilización en sus diversas modalidades (estrategias de restauración, estrategias de compensación y estrategias ambientales) y formatos (individual o grupal) como una técnica para la mejora del funcionamiento cognitivo básico de los pacientes (función ejecutiva, memoria y atención), recomendando su utilización en el entorno cotidiano del paciente y en una amplia gama de condiciones clínicas.

El entrenamiento en habilidades sociales centrado en la resolución de problemas se ha mostrado eficaz en la adaptación social, en la reducción de síntomas y en la mejora de habilidades para el manejo de la medicación, y se aconseja como tratamiento indicado para pacientes moderada o gravemente discapacitados y en aquellos con difi-

cultades o con predominio de respuestas de estrés ante situaciones de interacción social.

Otros procedimientos como las técnicas expresivas (expresión artística, musical o corporal) no presentan resultados concluyentes en cuanto a su utilidad para la mejoría de pacientes con esquizofrenia en la revisión de esta guía, si bien en la última edición de la guía del NICE (2009) sí parece que van alcanzando ese estatus de intervenciones indicadas para la reducción de la sintomatología negativa en las distintas fases de la enfermedad.

Por su parte, las terapias de apoyo y las psicoterapias psicodinámicas son dos formatos que aún no han podido mostrar su eficacia en este campo.

Por último, quisiera resaltar el apartado dedicado a la terapia cognitivo-conductual por su especial significado. Esta modalidad terapéutica ha ido acumulando

evidencia y peso en los últimos años y, aunque aún tenga importantes lagunas y aspectos que necesite seguir mejorando y aclarando en futuras investigaciones, se va consolidando como una terapia eficaz para la reducción de la sintomatología positiva (particularmente de las alucinaciones auditivas). La terapia cognitivo-conductual, además, facilita la implicación y compromiso de los pacientes en su tratamiento y en su proceso de recuperación personal, acelera el proceso de recuperación sintomatológica en las fases agudas de la enfermedad, reduce la comorbilidad habitualmente secundaria a la esquizofrenia (depresión, ansiedad, trauma y estigma), y apunta prometedores resultados en la prevención primaria indicada de la psicosis, retrasando el inicio de la enfermedad y amortiguando su impacto si ésta llega a desarrollarse.

La consideración de la terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia cobra especial relevancia ya que se trata de la primera vez que un procedimiento no farmacológico -ateniéndose a los rigores metodológicos de la investigación-, consigue demostrar experimentalmente que el núcleo duro de la clínica psicótica (delirios y alucinaciones) es accesible a la intervención psicológica, contrariamente a todo lo que se ha sostenido durante siglos sobre este tema. Además, sitúa su utilidad en todas las fases del curso del trastorno, rompiendo las últimas barreras de la enfermedad y de la visión psiquiátrica tradicional sobre la inutilidad de los procedimientos psicológicos en el abordaje de esta patología, y permitiendo el nacimiento de una nueva forma de entender y tratar la esquizofrenia que, sin duda, siembra el camino para el desarrollo de nuevas formas de terapia psicológica que seguirán mejorando el curso y pronóstico de la enfermedad.

I.: *Una de las principales diferencias de esta GPC respecto a las anteriores guías que ha publicado el Ministerio de Sanidad (como, por ejemplo, la GPC sobre Ansiedad en Atención Primaria o la GPC sobre Depresión Mayor), es la mayor presencia de psicólogos tanto en el equipo coordinador de la guía como en el equipo elaborador (tratándose del grupo profesional más numeroso de los que han participado). ¿Piensa que esta composición ha permitido ofrecer una visión más global sobre el manejo de este grupo de pacientes? ¿Qué ventajas tiene el disponer de otras perspectivas, además de la puramente biológica?*

O.V.: Efectivamente, la composición tanto del grupo coordinador como especialmente del grupo elaborador llama la atención tanto por su variedad profesional como por la prevalencia de psicólogos. Este hecho, además de suponer una grata sorpresa, viene a confirmar el peso creciente de la Psicología en el tratamiento de la esquizofrenia.

Como hemos resaltado anteriormente en los últimos tiempos se han producido dos avances reseñables en el tratamiento de la esquizofrenia. En primer lugar, fue la aparición de la denominada segunda generación de neurolepticos o neurolepticos atípicos. Estos nuevos fármacos habían despertado una gran expectativa sobre su eficacia y escasos efectos secundarios y, sin embargo, como se recoge en la propia guía, tras la realización de los estudios CATIE y CUTLASS se ha demostrado que no resultan ser marcadamente superiores a los antiguos neurolepticos, ni tener tanta diferencia en sus efectos secundarios, con lo cual parece que se difumina el avance farmacológico. Y por si fuese poco, estos estudios advierten de la elevada tasa de abandono de estos trata-



mientos por parte de los pacientes, lo cual nos da a su vez una media de lo necesario de los procedimientos psicológicos para la implicación y compromiso con el tratamiento de estos pacientes, incluido el farmacológico.

El otro avance relevante ha sido la incorporación de tratamientos psicológicos empíricamente validados, que se van consolidando década a década, y cuya valía se va demostrando estudio tras estudio, debido a la mejora de todos los parámetros relevantes de la enfermedad y a su adecuación a las distintas fases del trastorno. Actualmente, se hace necesario que estos tratamientos se vayan incorporando regularmente a la práctica clínica cotidiana, para lo cual se debería incrementar la presencia de los psicólogos clínicos y de los tratamientos psicológicos en la asistencia a la esquizofrenia, tanto en los servicios públicos como privados.

Hace tiempo que se viene insistiendo, particularmente tras el desarrollo de los modelos de vulnerabilidad y de los procesos de reforma psiquiátrica, en la “obligatoriedad” de visiones integrales y mutidisciplinarias de los trastornos psicológicos y en lo inadecuado de las visiones reduccionistas del problema, ya sean estas biológicas, psicológicas o sociales. Por separado producimos más problemas de los que pretendemos arreglar. Juntos ganamos en comprensión y efectividad, nuestros modelos y nuestra práctica deben ser biopsicosociales y de nuestra mano queda proporcionar el marco biográfico, evolutivo, interpersonal, fenomenológico, cognitivo y de comportamiento, tanto para la comprensión de la esquizofrenia como para la aportación de intervenciones que ayuden en la reducción o eliminación del sufrimiento y discapacidad que genera, y en el mantenimiento de la mejoría y

de la calidad de vida de quien la desarrolle y de su entorno familiar.

I.: La guía ofrece recomendaciones para los equipos de salud mental comunitarios, compuestos por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras. Actualmente, ¿qué programas de intervención se ofrecen en estos equipos para la atención de personas con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente? ¿Se necesita alguna mejora al respecto?

O.V.: Los equipos de salud mental comunitarios interdisciplinarios siguen siendo el eje de la asistencia y tratamiento de la esquizofrenia. Estos equipos básicos se han ido completando en estos años con otros equipos complementarios organizados en torno a dispositivos específicos o a perfiles o fases específicas de la enfermedad (equipos de crisis, equipos asertivo-comunitarios, equipos de intervención temprana...).

Actualmente los programas de intervención para la esquizofrenia o el trastorno psicótico incipiente varían mucho de una comunidad a otra, tanto en sus objetivos, como en su terapéutica, en su composición de los equipos y en los dispositivos desde los que se aplican. De hecho, estos programas se encuentran implantados en muy pocas comunidades de manera regular, reglada y evaluada. Quizás de todos ellos sean los programas de rehabilitación y los centros de rehabilitación psicosocial los más extendidos y afianzados. En el último informe del observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2005) se señala que solamente las comunidades de Andalucía, Cataluña, Castilla la Mancha y Asturias disponen de programas autonómicos para la atención a la psicosis o al trastorno mental grave en los centros de salud mental. Los datos

en hospitales de día son confusos, y en las unidades de hospitalización breves aún es escasa la presencia de psicólogos clínicos con funciones asistenciales. Esto, en lo referente al tratamiento de la esquizofrenia o del trastorno mental grave, porque en lo referente a la atención al trastorno psicótico incipiente o a la intervención temprana en psicosis, el panorama es desolador. Un par de experiencias aisladas en Cantabria, un desarrollo incipiente de algunos equipos en Cataluña, una línea estratégica en desarrollo en Andalucía y alguna que otra experiencia puntual en áreas de salud aisladas, es todo con lo que contamos en estos momentos. Este panorama nos orienta hacia dos grandes intervenciones estratégicas. La primera, la necesidad de implantar y dotar adecuadamente de personal en los servicios autonómicos de salud para que los programas integrados de atención a la esquizofrenia a lo largo de sus distintos dispositivos se desarrollen adecuadamente, y la segunda, la necesidad de dotar a estos programas y equipos de las herramientas terapéuticas recomendadas por las guías de práctica clínica. El área de mejora es inmensa aún en este campo.

I: *¿Considera que las funciones que los psicólogos realizan en estos equipos han quedado suficientemente definidas en esta guía?*

O.V.: No suelen ser las guías de práctica clínica documentos en los que se expliciten o detallen las funciones específicas de los distintos profesionales. De manera implícita queda claro que las tareas de evaluación, diagnóstico, planificación e investigación junto con la profusión de tratamientos psicosociales a utilizar, precisa de psicólogos que los lleven a cabo. Pero, sin embargo, la guía sólo explicita en una de sus recomendaciones sobre las intervenciones psicosociales (página 22) lo siguiente: “se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por

supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo”. O no entra, o no le parece necesario o eluden los autores entrar en la atribución de competencias a los distintos profesionales que participan de estos tratamientos. Mi impresión es que esta cuestión se tendrá que debatir con calma en nuestro país, ya que de un lado es preciso acotar las atribuciones, funciones y competencias de las distintas profesiones (algunas de las cuales serán transversales), y de otro lado, tenemos que ser conscientes de que en el campo de la salud mental los desarrollos terapéuticos no suelen proceder de un sólo gremio, de hecho, una parte importante de esos tratamientos han sido desarrollados por psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales o por el trabajo conjunto interprofesional.

De todos modos, si pudiésemos avanzar en esa claridad podríamos evitar confusiones como las existentes en la guía, donde a la vez que se promueve la participación interprofesional en el desarrollo de los planes de tratamiento integrado de los pacientes, se subsumen bajo el epígrafe de manejo psiquiátrico y se transforman en una recomendación específica en la que la alianza terapéutica, la formación de confianza por parte del paciente, la identificación del objetivo y de las aspiraciones del paciente y la adherencia al tratamiento, solamente se explicitan en torno a la figura del psiquiatra (ver página 48).

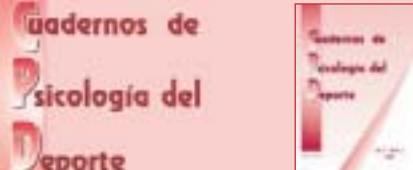
I: *Uno de los aspectos novedosos de la guía es el énfasis que establece en la intervención precoz. A su juicio, ¿cuáles serían los pasos que tendrían que darse para alcanzar este objetivo?*

O.V.: Uno de los aspectos más innovadores e interesantes de esta guía es el

referente a la intervención temprana en psicosis o trastorno psicótico incipiente, como aquí se denomina. En la última década se viene produciendo un desarrollo internacional, no solamente a través de los avances en investigación, sino también a través de la evolución en modelos de asistencia a la esquizofrenia que han supuesto la creación de programas y servicios de asistencia a la psicosis en sus orígenes distintos a los que hasta ahora existían. Países como Gran Bretaña, Australia, Noruega, Dinamarca, Finlandia o Suecia están en la cabeza de esta transformación. Este cambio se basa en varios fundamentos ya consolidados experimentalmente. Entre estos motivos destacan los avances que se están haciendo en el conocimiento de la etapa prodrómica de la psicosis, que han traído consigo la identificación de una serie de síntomas psicóticos en una forma o estadio inicial atenuado, y que se denominan estados mentales de alto riesgo. Estos estados, según se combinen con una franja de edad joven, un nivel de funcionamiento social decadente, la existencia de antecedentes familiares o la presencia de alteraciones esquizotípicas de la personalidad, configuran grupos de ultra riesgo de desarrollar psicosis en un breve periodo de tiempo (en torno a un año). Todo este conocimiento está permitiendo llevar a cabo, por primera vez, investigaciones experimentales encaminadas a intentar bloquear o demorar el desarrollo de una psicosis, -algo absolutamente inimaginable hace unos pocos años-.

Otro avance ha venido de la constatación experimental de que los periodos de demora en la asistencia a la psicosis (conocidos como DUP: duración de la psicosis sin tratar) se acompañan de peor pronóstico y resultado en todas las áreas medidas: recuperación sintomato-

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

lógica, funcionamiento social, recuperación psicológica, peor respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicológicas utilizadas, etc.

El último avance viene de la observación de un “periodo crítico”, un espacio de oportunidad en torno a los cinco primeros años de la enfermedad, en el que los efectos de los tratamientos utilizados son más eficaces y tienen más opción de variar positivamente el curso del trastorno.

Estas innovaciones han traído consigo el desarrollo de consensos internacionales, como el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) en 2005, o el llevado a cabo recientemente en nuestro país por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2009), que recogen las características necesarias para llevar a cabo estas nuevas formas de asistencia y de transformación de los servicios de salud mental y poder atender adecuadamente estos primeros momentos de la enfermedad.

En la práctica, la aplicación de este nuevo enfoque de la intervención temprana en psicosis supone dos desarrollos diferentes; o bien la creación de programas específicos dentro de servicios generales atendidos por una parte de los clínicos habituales de dichos dispositivos, o bien la creación de servicios especializados y específicos que asumirán toda la asistencia necesaria para estos pacientes en sus primeros cinco años de desarrollo, como se viene haciendo en Gran Bretaña. En cualquier caso estamos ante una nueva reforma de la salud mental en la asistencia a la psicosis, que nos acabará llegando tarde o temprano, aunque ya estamos viendo que, como de costumbre en nuestro país, será más bien tarde.

Lo importante de la guía es que recoge todos estos aspectos y los presenta de manera actualizada con objetivos y recomendaciones concretas para cada una de las tres etapas iniciales de la psicosis: etapa de alto riesgo, primer episodio y recuperación inicial post-episodio. De este modo, se recomiendan entre otras medidas: programas específicos de atención temprana con intervenciones integrales farmacológicas en función de la sintomatología, y psicosociales, que incluyan tratamiento psicológico (preferentemente cognitivo-conductual), intervenciones familiares y apoyo a la recuperación para la fase pre-psicótica. En los primeros episodios se recomienda el tratamiento en equipo de atención temprana o en programas multi-elementos de manera intensiva durante los cinco primeros años de enfermedad. Asimismo, se aconseja el desarrollo de campañas informativas para el reconocimiento sintomatológico y el acceso rápido a los servicios y la creación de equipos de detección.

Llevar a cabo esto en España supone reformar los actuales servicios y prácticas clínicas e invertir en salud mental. Necesitamos no sólo desarrollar una relación y trabajo intenso con Atención Primaria y el sistema educativo fundamentalmente, (para la identificación temprana y derivación sin barreras a los equipos de tratamiento), sino también dotar a los servicios de programas o equipos especializados que realicen la evaluación e intervención en esa etapa de la enfermedad, así como ordenar de otra manera la continuidad de cuidados y repensar la rehabilitación psicosocial para esos primeros momentos de intervención con una población muy joven, con intensas esperanzas y posibilidades vitales aún por concretar y de difícil mantenimiento dentro de nuestras estructuras sanitarias.

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

O.V.: Como vengo comentando, en general me parece un buen trabajo, extenso y detallado. Si acaso, quizás el apartado siete dedicado a situaciones especiales como los trastornos relacionados con el uso de sustancias, el suicidio, la conducta violenta, los pacientes sin hogar o los síntomas depresivos, flojea un poco y se queda algo más desguarnecido. Estas carencias se observan particularmente en el abordaje sugerido para los síntomas depresivos, el cual queda reducido al tratamiento con antidepresivos, cuando, sin embargo, existen evidencias sobradas de que la clínica depresiva tras un episodio psicótico se trata, en su mayoría, no de simples “síntomas depresivos secundarios”, sino de una reacción emocional que procede en su mayoría de la respuesta psicológica de la persona a la pérdida de salud, de identidad, de roles y funciones, o de la respuesta a las vivencias traumáticas provocadas por las experiencias fenomenológicas de la psicosis o por el tipo de contacto y asistencia producido en los servicios, particularmente por los ingresos involuntarios o por la reacción de autoestigma ante la psicosis, que también queda poco perfilada en el apartado 6.6 (página 111).

En mi opinión, la respuesta psicológica a la psicosis, -particularmente la que se fragua en los primeros momentos del trastorno-, es fundamental, y lo será tanto en los pacientes como en sus familiares. Esta respuesta inicial es la que configurará el estilo de recuperación individual, lo que determinará la evolución hacia formas integradoras y superadoras de las limitaciones que trae consigo la psicosis, o, por el contrario, hacia el enquistamiento en actitudes de desatención a los cuida-

dos personales, de negación o de evitación del trastorno. Esta segunda alternativa puede dar lugar al desarraigo del sistema sanitario, y del imprescindible trabajo compartido con el equipo de tratamiento, lo que a su vez traerá consigo el agravamiento de la sintomatología y el deterioro del paciente, impidiendo su recuperación inicial.

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

O.V.: Me gustaría acabar con una reflexión sobre un aspecto absolutamente relevante y condicionante del futuro de ésta y otras guías. Se trata de la diseminación e implantación de las guías clínicas en los sistemas de salud. En la página 77, la guía reconoce que: "*Muchos pacientes con esquizofrenia no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos. En la actualidad, están siendo notablemente infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia*". Lamentablemente, esta infrautilización de procedimientos basados en la evidencia desde los servicios públicos de salud es

una constante en todo el mundo y nos señala la tremenda brecha que existe entre la práctica cotidiana y las recomendaciones recogidas en estos textos. Como ejemplo, señalaremos las intervenciones familiares psicoeducativas. Éstas han sido los tratamientos psicológicos más estudiados en los últimos treinta años y que más evidencia han acumulado sobre los beneficios de su utilización, sin embargo, cuando se revisa su grado de implantación, se observa que no llega al 15% en Europa y en los Estados Unidos supone el 10% de la oferta asistencial de los servicios.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio paradigmático en este sentido por la Sociedad de Epidemiología Psiquiátrica Italiana, para estudiar la discrepancia entre la evidencia y la práctica rutinaria en los tratamientos psiquiátricos comunitarios de la esquizofrenia (SIEP-DIRECTS). Este proyecto estudió la extrapolación de las indicaciones recogidas en la guía NICE al funcionamiento cotidiano en los servicios públicos de salud mental, en un total de 19 centros de salud mental de Italia. La mayoría de los psiquiatras y psicólogos encuestados, aunque disponían de las habilidades básicas de comunicación, no lo hacían de las suficientes competencias en los tratamientos cognitivo-conductuales, y esas intervenciones junto con las intervenciones

familiares psicoeducativas y otras formas de psicoterapia se aplicaban de manera escasa y marginal dentro de los servicios y con notables carencias en lo referente a su monitorización (Semisa et al., 2008).

Mi impresión es que si este estudio lo replicásemos en España los resultados serían similares. Esta situación nos debería mover a la reflexión y, si bien es cierto que los procedimientos y avances terapéuticos procedentes de los ensayos controlados tienen sus limitaciones y que es necesario combinarlos con procedimientos que tengan en cuenta aspectos más cualitativos e individuales del trabajo clínico en entornos asistenciales naturales, no lo es menos que no podemos seguir trabajando de espaldas a la investigación e ignorando continuamente sus avances y sugerencias. No es justo para los pacientes y sus familiares, que tienen el derecho a beneficiarse de los mejores tratamientos disponibles y no los están recibiendo a pesar de que estos ya existen; no lo es para los países y para sus sistemas de salud que observan como se dilapidan sus esfuerzos en investigación y desarrollo; y no lo es para los clínicos que tienen que trabajar con procedimientos alejados e incluso en ocasiones inadecuados para este tipo de patologías.

Esta guía supone una oportunidad que nos puede ayudar a mejorar la cohesión de la asistencia a la esquizofrenia en nuestros distintos servicios autonómicos de salud, proporcionando las mismas oportunidades terapéuticas a todos los ciudadanos por encima del territorio que habiten. Nos puede ayudar a mejorar nuestra práctica clínica y hacerla más eficaz y eficiente a la vez que homogénea entre los profesionales que trabajamos en este campo, y puede conseguir mejores resultados y expectativas de una mejor calidad de vida para aquellas personas que tienen que vivir con una psicosis. Al menos, valdrá la pena intentarlo ¿no?

REFERENCIAS

- AEN (2009). Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 10. Madrid.
- AEN. El observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas a Diciembre del 2005.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48), 116-119.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Schizophrenia core interventions in the treatment and Management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Semisa, D. Lora, A., Morosini, P. & Rugeri, M. (2008). Il Progetto SIEP-DIRECT'S sulle discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze nel trattamento della schizofrenia. Il disegno dello studio, gli indicatori e la metodologia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 4, 278-290.

PREVENIR RIESGOS Y ENFERMEDADES PROFESIONALES ES UNA TAREA SOCIAL HERMOSA Y NECESARIA

ENTREVISTA A J.L. MELIÁ

Inés Magán y Aída de Vicente

La *Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995* y el *Real Decreto sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1997* estableció legalmente un área específica de trabajo para psicólogos especializados en seguridad y salud en las empresas que depende de un título de Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, especialidad en ergonomía y psicología cuyo contenido es fundamentalmente psicológico. No obstante, las vías de acceso al mismo no respetan el espacio profesional de los psicólogos, poniendo en peligro de manera indirecta la seguridad y salud de los trabajadores en las organizaciones. Por ello, *Infocop* ha querido entrevistar a **José Luis Meliá**, profesor titular en la Universidad de Valencia y especialista en este campo, para hablar de éste y otros aspectos relacionados con la prevención de los riesgos laborales.

ENTREVISTA

Infocop: *Como experto en la prevención de riesgos laborales, ¿podría explicarnos brevemente en qué consiste este campo?*

José Luis Meliá: La prevención de riesgos laborales es un campo profesional multidisciplinar que se ocupa de evaluar los riesgos laborales y poner en marcha las acciones de prevención que lleven a eliminar los riesgos o, al menos, a reducirlos y atenuarlos hasta donde resulte viable y razonable. El propósito es evitar los accidentes labo-



José Luis Meliá

rales y las enfermedades profesionales, así como promover la salud en el trabajo. En este campo, confluyen factores técnicos, por ejemplo de Ingeniería de la seguridad, factores legales y factores psicológicos relativos al comportamiento de seguridad de las personas que trabajan en cualquier contexto laboral.

I: *Sin duda, los accidentes laborales son un tema de enorme interés e impacto socio-sanitario. Como experto en el área, ¿podría indicarnos por qué se producen? ¿Cuáles serían los principales factores implicados en los mismos?*

J.L.M.: Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales tienen una importancia extraordinaria por sus repercusiones sociales, sanitarias y también económicas, no sólo para las empresas, sino también para los trabajadores y para los ciudadanos en general, al suponer finalmente un componente del precio

de los productos y de los impuestos. En España, se registran cada año aproximadamente un millón de accidentes laborales con baja, de los cuales uno de cada 100 es grave -en muchos casos con secuelas importantes, incapacidades, etc.- y uno de cada 1.000 es mortal. Es decir, en España hay ahora la escalofriante cifra de más de 1.000 muertos anuales por accidentes laborales. Por diversas razones, no se dispone de estadísticas fiables sobre enfermedades profesionales, constituyendo en este caso las cifras registradas una marcada infraestimación, aunque se estima que el impacto de éstas puede ser mucho mayor que el de los accidentes.

Los accidentes laborales, las enfermedades profesionales y otros daños a la salud tienen una naturaleza multicausal y compleja, pero, para decirlo de un modo clásico muy sencillo, las causas pueden clasificarse en condiciones inseguras y comportamientos inseguros. La *condiciones inseguras* se refieren a condiciones de trabajo, del medio, de las máquinas, de los equipos, de los materiales, etc. que facilitan o desencadenan el accidente. Los *comportamientos inseguros* hacen referencia a toda conducta -por acción u omisión- de directivos, mandos intermedios, supervisores o trabajadores que incrementan el riesgo, facilitan o provocan el accidente. El comportamiento humano de seguridad no se limita a lo que hace o deja de hacer el trabajador de a pie al final de la estructura de decisiones, sino que abarca todo lo que hace o deja de hacer con relación a todo lo que se decide y se omite

a lo largo de toda la cadena de mando que afecta a la seguridad. El comportamiento humano es absolutamente esencial en prevención de riesgos laborales.

I: *Si se ha constatado empíricamente la presencia de determinados factores que incrementan el riesgo de padecer un accidente laboral, entonces es posible elaborar protocolos de evaluación y prevención eficaces. Podría explicarnos, ¿cuáles son las variables principales a evaluar y qué técnicas existen para ello?*

J.L.M.: Los aspectos de “comportamiento de seguridad” son cruciales, en lo que a veces se denomina el ámbito de la “cultura de seguridad” y abarcan innumerables temas cruciales en prevención: percepción del riesgo, toma de decisiones, motivación para el comportamiento seguro, comunicación, formación e información, supervisión y liderazgo, organización del trabajo, pausas y descansos, etc. Y otros menos centrales en prevención de accidentes pero igual-

mente relevantes en muchísimos casos como la selección, clasificación y promoción del personal, la ergonomía cognitiva o el estrés. Dado que la cuestión de obtener comportamiento seguro es crítica para las empresas, estos aspectos son de extraordinaria importancia en prevención de riesgos laborales.

Adicionalmente a estas cuestiones centradas en la seguridad, está una segunda área denominada prevención de riesgos psicosociales que abarca la importante cuestión del estrés en el trabajo y muchos temas que pueden vincularse a este ámbito: el acoso psicológico en el trabajo o *mobbing*, el síndrome de quemarse en el trabajo o *burnout*, las psicopatologías y las enfermedades y los efectos somáticos con origen en factores del trabajo, la promoción de la salud, etc. Este ámbito de nuevo llama a factores organizacionales, sociales e individuales que inciden sobre la salud y bienestar psicológico de los empleados y que también repercute de modo importante en el clima laboral, la salud, el absentismo o la productividad.

Efectivamente, al igual que es posible analizar los riesgos técnicos asociados a condiciones inseguras, como se hace en seguridad e higiene en el trabajo, es posible identificar, evaluar y cuantificar los riesgos asociados al factor humano en una empresa, determinar cuáles de ellos requieren intervención y poner en marcha programas de acción preventiva que permiten mejoras sustanciales en la seguridad bajo riguroso control de resultados.

La Psicología de la seguridad y la salud ocupacional nos permite evaluar los factores psicológicos (organizacionales, sociales e individuales, tanto comportamentales como cognitivos) que contribuyen en un determinado contexto organizacional a la seguridad o a la inseguridad, y, en función de esa eva-

luación, a trazar el plan de acción preventiva que resulte adecuado.

No se puede hacer prevención de riesgos eficaz sin tener en cuenta lo que las personas hacen en el trabajo.

I: *Usted y su equipo de investigación han desarrollado un programa de prevención de riesgos que se está mostrando altamente eficaz. ¿Podría detallarnos en qué consiste?*

J.L.M.: Éste es un campo de investigación en el que la Unidad de Investigación de Psicometría del Departamento de Metodología de la Universidad de Valencia lleva trabajando desde la segunda mitad de los años 80. En este tiempo, en colaboración con numerosas empresas e instituciones, hemos desarrollado una metodología de evaluación de riesgos comportamentales y psicosociales y hemos puesto a prueba diversos programas de intervención en empresas de diversos sectores.

En evaluación, hemos desarrollado el denominado Método MARC-UV o *Método de Evaluación de los Riesgos Psicosociales y Comportamentales de la Universidad de Valencia*, que utiliza dos baterías de pruebas, la *Batería Valencia PREVACC* y la *Batería de Factores Psicosociales*, que incluyen protocolos cuantitativos y cualitativos para evaluar las dos áreas descritas: la cultura y respuesta de seguridad y los riesgos psicosociales.

En el ámbito de intervención, las metodologías que aplicamos evalúan el grado de seguridad en el trabajo mediante observación directa y otros métodos para establecer objetivamente el grado de seguridad. Por ejemplo, en los últimos meses hemos estado trabajando en una metodología específica para aumentar la seguridad en obras de construcción. Los resultados obtenidos



indican una elevación de la seguridad de las obras de un 40-60% a un 80-90% de un modo comprobable objetivamente, tangible y visible para las empresas y los trabajadores. Estos resultados son los que nos ofrecen los mismos técnicos de prevención de estas empresas al aplicar nuestra metodología. Esto es lo esencial al final porque más seguridad en la obra equivale a menos accidentes, menos muertos, menos costes materiales, menos problemas con la inspección y la administración y más tranquilidad y productividad para todos.

Nuestra metodología para conseguir seguridad se ha aplicado en contextos de construcción, en contextos industriales y en empresas de servicios que, paradójicamente, también tienen en algunos ámbitos problemas importantes con la seguridad. Como la metodología que aplicamos controla casi día a día el nivel de seguridad de modo objetivo, las empresas saben perfectamente por sí mismas si vamos bien y cuánto están ahorrando en siniestralidad, absentismo y otros costes.

I: Desde hace unos años, tanto a nivel político como social y jurídico, se ha comenzado a dar cada vez más importancia a la prevención de los riesgos y accidentes laborales. Respecto a otros países punteros en este campo, ¿en qué situación nos encontramos actualmente?

J.L.M.: La prevención de riesgos laborales es un campo vital socialmente y de una importancia económica trascendente. Desde un punto de vista social, baste recordar la escalofriante cifra que hemos dado antes: en España mueren todos los años más de 1.000 trabajadores por el único delito de levantarse por la mañana para ir a su puesto de trabajo. Desde un punto de vista económico, los

costes directos e indirectos de la siniestralidad laboral se cifran en aproximadamente un 1'5% del PIB. Se estima que a las empresas los costes de la inseguridad laboral les cuestan aproximadamente el 10% de los beneficios brutos. Estas estimaciones provienen de estudios realizados por otros equipos de investigación, por agentes sociales o por organizaciones empresariales. ¿Qué no haría cualquier empresa por aumentar un 10% sus beneficios brutos?

Según los datos oficiales, en los últimos tres años la siniestralidad ha comenzado una muy lenta mejora. Sin embargo, aún no se ha compensado el drástico empeoramiento de la situación que, paradójicamente, se ha vivido desde la aprobación de la *Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995*. En términos de comparación internacional y, considerando datos oficiales de orga-

nismos internacionales, la situación de España en prevención de riesgos laborales -como en educación, productividad o empleo- es ahora, y en estos últimos años, absolutamente lamentable y no se corresponde en absoluto con el nivel de desarrollo económico del país. Para dar un sólo dato, si España redujera su siniestralidad a la mitad aún estaría muy por encima de la media de los países de su grupo que el Banco Mundial etiqueta como países EME (Economías de Mercado Establecidas). Comparados con la Europa de los 15, que es nuestro ámbito natural, la siniestralidad española es aproximadamente 2,5 veces superior a la media de dichos países europeos.

En España, se adoptó en 1995 la directiva marco europea correspondiente, se elaboraron una serie de decretos de desarrollo, la mayoría de 1997, y se han hecho esfuerzos visibles por parte de las

PUBLICIDAD

SYMTEC DISTRIBUIDOR DE:

REHACOM
Sistema computerizado de rehabilitación cognitiva

VIENA TEST SYSTEM:
Sistema computerizado diseñado para diagnóstico psicológico, terapia e investigación.

ESCALAS DE DESARROLLO Y NIVEL INTELLECTUAL, MEMORIA, LENGUAJE, AUDICIÓN, VISION, PERCEPCIÓN, MOTRICIDAD, PSICOLOGÍA DEL DEPORTE, EVALUACIÓN SUPERDOTADOS, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIAS, DIAGNOSTICO NEUROLÓGICO, DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO- INTERVENCIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL, PERSONALIDAD, ORIENTACIÓN PROFESIONAL, EVALUACION FISICA, BIOFEEDBACK Y ADQUISICIÓN DE DATOS FISIOLÓGICOS, POLIGRAFÍA, LIBROS...

TLFS: 91 341 16 21
91 341 71 95
Fax: 91 746 41 95

PSYMTEC
C/ Cazalegas 5 Local 28025 MADRID

E-mail: psymtec@psymtec.com
www.psymtec.com

empresas, los sindicatos y las Administraciones públicas, tanto autonómicas como nacionales. Sin embargo, estamos todavía muy lejos de donde debemos llegar y un factor muy importante en el que hay que trabajar es, sin duda, en la necesaria incorporación de la Psicología de la seguridad a la práctica preventiva habitual.

I: *Hace una década, se reguló el título de Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, con tres especialidades, entre ellas la de ergonomía y psicología. ¿Cuál es el papel de la Psicología en esta especialidad?*

J.L.M.: La importancia de los aspectos de comportamiento en la prevención de accidentes es crucial. En su mayoría, los accidentes tienen componentes esenciales de comportamiento humano. Lo dicen todos los estudios de investigadores y profesionales de la prevención -la mayor parte de ellos no son precisamente psicólogos-. Además, la mayoría de condiciones inseguras, aparentemente condiciones materiales de riesgo, tienen inmediatamente detrás al menos un acto inseguro. La cuestión del comportamiento humano en prevención y, por tanto, el papel de la Psicología de la seguridad, lejos de ser un aspecto más, es un aspecto absolutamente central. Sin embargo, desafortunadamente el legislador no ha sabido considerar este aspecto.

En 1997, el *Real Decreto sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención* establecía tres especialidades de técnicos de prevención: seguridad, higiene y, por último, la denomina ergonomía y psicología. La Psicología de la seguridad afecta a las tres especialidades.

En primer lugar, en muchos contextos es imposible realizar realmente un programa de seguridad efectivo sin tener

en cuenta el factor humano. Por tanto, separar la seguridad y la higiene, como áreas técnicas, de la cuestión del factor humano, que es plenamente psicológica, atenta necesaria y directamente contra el principio de prevención integrada que marca la misma ley. Es decir, los especialistas en seguridad y los especialistas en higiene deberían recibir también una materia de formación específica en Psicología de la seguridad. Por ejemplo, si no se comprende cuáles son los tipos de error humano, -esenciales en innumerables accidentes y materia absolutamente psicológica-, no es posible diseñar mecanismos de prevención, protección y métodos de trabajo seguros que sean realmente eficaces. Del mismo modo, si no se entienden los mecanismos psicológicos homeostáticos de exposición al riesgo, los técnicos de seguridad no pueden entender por qué, después de introducir mejoras sustanciales de seguridad desde el punto de vista técnico, los accidentes pueden aumentar. Son sólo ejemplos, pero basten para dejar claro que todos los técnicos de seguridad de cualquier especialidad necesitan formación en Psicología de la seguridad laboral.

¿Y que decir de la especialidad de ergonomía y psicología? Evidente-

mente, los contenidos de la mal llamada especialidad de ergonomía y psicología son, por un lado, contenidos de ergonomía y, por otro, contenidos de Psicología de la seguridad y salud laboral. La ergonomía tiene uno de sus fundamentos principales, reconocido internacionalmente, en la Psicología. En este caso, se requiere, no sólo Psicología de la seguridad y salud ocupacional y Psicología del trabajo y de las organizaciones, sino una base sólida en psicofísica, -tradicionalmente para muchos una parte de la psicometría-, percepción, atención, procesos psicológicos, etc. y otras muchas materias psicológicas básicas. Los contenidos de Psicología de la seguridad y salud laboral cubren lo que se conoce, con una denominación equívoca, como psicología. Estos contenidos abarcan propia y plenamente la Psicología de la seguridad y salud ocupacional y, en un segundo lugar, el marco más amplio de la Psicología del trabajo y de las organizaciones, de la Psicología social, de la evaluación psicológica... Por su parte, la denominada psicología se ocupa de temas tales como la evaluación de los riesgos psicosociales, el estrés en el trabajo, el *burnout*, el *mobbing*, la carga mental de trabajo, las psicopatologías laborales, la motivación para la seguridad, la comunicación, la formación e información en seguridad, etc.

No hay ninguna duda de que los contenidos de esta especialidad se corresponden con los que internacionalmente se denominan Psicología de la seguridad y la salud en el trabajo. En EEUU, por ejemplo, se denomina a este campo *Safety Psychology* u *Occupational Safety and Health Psychology*. Dado el modo en que se han estructurado estas materias, desafortunadamente al legis-

lador parece asistirle una considerable desinformación sobre el estado de los conocimientos y los avances internacionales en esta cuestión.

I.: La realidad en el mundo laboral, sin embargo, es muy distinta. ¿Podría indicarnos en qué situación se encuentra el psicólogo especialista en este campo? ¿Qué consecuencias está teniendo para los profesionales de la Psicología?

J.L.M.: Para ser médico del trabajo y poder ejercer, como es de sentido común, hay que ser primero médico. Pero, desafortunadamente, aquí se acaba el sentido común de la formación previa para acceder a las especialidades en prevención de riesgos laborales. Desde 1997, y de acuerdo con la legislación vigente en España, personas que carecen absolutamente de toda formación psicológica y de toda formación en Psicología de la seguridad y salud organizacional y de toda formación en Psicología del trabajo y de las organizaciones acceden y resultan titulados como técnicos en prevención de riesgos laborales en la especialidad de ergonomía y psicología, y, como tales, efectúan evaluaciones de riesgos psicosociales y abordan o deberían abordar, de acuerdo con la ley, las acciones de prevención en los aspectos comportamentales y psicológicos que afectan a la siniestralidad. Esto es un inmenso y dañino disparate legal cuya consecuencia inmediata supone reparar generosamente inseguridad en las empresas y en las organizaciones. Sin formación en Psicología, los técnicos en prevención no pueden realizar una prevención eficaz y muchísimo menos evaluar factores de naturaleza psicológica. Pero ahora no sólo lo hacen, la ley no sólo se lo permite, es que se lo exige. Y con consecuencias esenciales,

en muchos casos dramáticas, sobre la vida de las empresas y de las personas en términos económicos (productividad y absentismo), en términos de salud y accidentes y en términos legales y administrativos (reclamaciones, procesos judiciales, intervenciones de inspección, etc.).

Debido al contenido del campo, un especialista en prevención de riesgos laborales que vaya a evaluar y a intervenir eficazmente sobre seguridad y salud desde una perspectiva ergonómica y psicología necesita una sólida formación en Psicología de la seguridad y la salud ocupacional y, por ende, en segundo plano, una formación básica en Psicología del trabajo y de las organizaciones y una formación sólida generalista en Psicología. Desde aspectos diagnósticos y metodológicos -medición, evaluación psicológica, psicometría, técnicas de entrevista, diseño de programas, evaluación de programas de intervención- hasta aspectos clínicos, si se enfrenta a ciertas consecuencias indeseadas del trabajo -como un trastorno de estrés postraumático por acoso psicológico, por ejemplo- o de Psicología educativa -como cuando se enfrenta al uso de técnicas de información y formación- sin prescindir de conocimientos de Psicología general o básica, esenciales para entender la percepción del riesgo, el diseño de *displays* y mandos o los procesos motivacionales o de toma de decisiones tan esenciales en prevención.

A pesar de que este es un campo natural de salida profesional para un psicólogo interesado en el trabajo y las organizaciones y nada impide que un psicólogo curse esta especialidad de prevención, desafortunadamente muy pocos se han sentido atraídos por esta oferta profesional. Y eso que éste no es un campo residual o testimonial: esta-

mos hablando de miles de puestos de trabajo en servicios de prevención ajenos, mancomunados o propios, en mutuas, y en la Administración pública. Cuantitativamente, las necesidades de especialistas en este ámbito y las salidas profesionales de empleo real en empresas son muchísimas más que las de otros campos profesionales de la Psicología, como la clínica por ejemplo.

I.: A su juicio, ¿cuál sería la mejor solución a este problema?

J.L.M.: En primer lugar, creo que es necesario que los psicólogos y sus Colegios profesionales y otras entidades como asociaciones, facultades de Psicología, etc. cobren conciencia de esta situación actual y de la importancia que tiene este campo profesional, genuinamente psicológico, y desafortunadamente despoblado de psicólogos.

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

Y que esta conciencia lleve a una postura activa de defensa de este espacio profesional y de la salud y bienestar de los trabajadores -que a la postre somos todos-. Las facultades de Psicología deberían crear un espacio específico para la Psicología de la seguridad laboral.

Curiosamente, otros ámbitos de la Psicología aplicada, como la Psicología del tráfico, que apenas tienen un espacio profesional en términos de puestos de empleo para psicólogos, tienen afortunadamente una representación específica en algunos planes de estudio, mientras que la Psicología de la seguridad y la salud ocupacional, que es posiblemente la principal cantera de trabajo profesional no autónomo para el trabajo psicológico, ni siquiera existe generalmente como tal en los planes de estudio. Piénsese que la ley obliga a que *todas* las empresas tengan un servicio de prevención propio, mancomunado o ajeno, que *todas* las empresas han de estar vinculadas a una mutua de accidentes y que *todas* las empresas tienen la obligación legal de efectuar una evaluación de riesgos, entre ellos los riesgos psicosociales, genuinamente psicológicos. La importancia de este espacio profesional es pues extraordinaria. Ni siquiera en el ámbito educati-

vo existe la obligación legal de que todos los colegios efectúen una evaluación psicológica de sus alumnos.

En este contexto, en mi opinión, los Colegios de Psicólogos, que tanto han hecho por la defensa de la profesión en otros espacios, deberían aunar esfuerzos para explicar al legislador y a la sociedad que los técnicos de prevención en riesgos laborales que trabajan en la denominada psicología deben tener necesariamente una titulación de Psicología, licenciatura en Psicología o grado de Psicología, como base. Y que el resto de técnicos requieren también una parte de formación en Psicología de la seguridad, y que esta formación a su vez sólo debe ser impartida por psicólogos que especialistas en Psicología de la seguridad y en prevención de riesgos laborales. Las facultades de Psicología deben ocupar la parte sustancial que les corresponde en las titulaciones de prevención de riesgos laborales que están impartiendo las universidades, que este momento presentan un componente parcial, a veces sólo residual de Psicología y apenas nada de Psicología de la seguridad laboral. La prevención de riesgos laborales es un campo multidisciplinar. En este sentido, sí, es Ingeniería de seguridad y es Derecho en el ámbito laboral relativo a prevención, pero es de un modo esencial y muy central Psicología de la seguridad. En este momento, profesionales de otros ámbitos, ingenieros, licenciados en derecho, etc. están literalmente ejerciendo de psicólogos en la empresas bajo la cobertura de poco más que un curso de técnicos de prevención. No es que no se haga Psicología en prevención, ¡es imposible no hacerla! Es que se hace sin saber qué se hace y por quien no está formado para hacerla. Y, obviamente, con ideas erróneas y obsoletas sobre el

comportamiento humano que parecen todas muy de sentido común.

Colegios de Psicólogos y facultades han de colaborar para trasladar este mensaje a todos los agentes y organismos implicados: a los servicios de prevención, a las mutuas, a los sindicatos, a las asociaciones profesionales, a las entidades representativas de los empresarios, a la inspección de trabajo, a los medios de comunicación, etc., y, por supuesto, a los partidos políticos y al legislador.

Una evaluación de riesgos psicosociales efectuada por un técnico de prevención que no es psicólogo -puede ser ingeniero, historiador, licenciado en derecho, filólogo o diplomado en relaciones laborales, por ejemplo- y que no dispone de los conocimientos de Psicología necesarios, carece de todo valor y eficacia. Y lo mismo puede decirse obviamente de cualquier acción preventiva en tanto que afecta y depende del comportamiento de seguridad de todos los miembros de una empresa. Afortunadamente, a pesar de este inmenso error en la ley que permite y prescribe esta situación, no todo el mundo en el ámbito de la prevención es inconsciente de este daño. Y como ejemplo paradigmático existe alguna Inspección de Trabajo bien informada que exige a las empresas que los informes de evaluación de riesgos psicosociales vengán realizados y avalados por un técnico de prevención que sea titulado en Psicología. Ese es un buen camino para la prevención. Los psicólogos deben obtener formación en este ámbito y la Psicología debe aportar este ámbito de conocimiento imprescindible en prevención. La aplicación de la Psicología a evitar daños, enfermedades profesionales y muertes laborales es una tarea social hermosa y extraordinariamente necesaria.



VII DESAYUNO DE INFOCOP: SITUACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO EN ESPAÑA Y EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA

Aída de Vicente y Silvia Berdullas

El pasado 27 de octubre de 2009 tuvo lugar el **VII Desayuno de Infocop**, centrado en la *Situación del Sistema Educativo en España y el Papel de la Psicología*. Con este encuentro, en la línea de los anteriores Desayunos organizados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), se pretende fomentar la reflexión e impulsar el desarrollo de diferentes líneas de trabajo vinculadas a la Psicología.

El debate sobre la educación, tan presente hoy en día en los foros políticos y en los medios de comunicación, es un asunto que atañe directamente al colectivo de psicólogos. El sistema educativo español ha sido sometido a importantes críticas a lo largo de este último año, a la luz de distintos informes que han puesto en evidencia graves carencias asociadas al nivel de conflictividad en

los centros, al alto porcentaje de fracaso escolar, a la falta de motivación de los alumnos, a la alta prevalencia de problemas de conducta y aprendizaje, etc., cuestiones todas ellas, en las que las intervenciones psicológicas juegan un papel fundamental que no siempre es incluido o tomado en consideración en la medida necesaria.

Para tratar este tema, el VII Desayuno contó con la participación de D.^a **Cándida Martínez López**, Portavoz en la Comisión de Educación del PSOE en el Congreso, D. **Carlos López Cortiñas**, Secretario General de la Federación de Enseñanza de UGT, D. **Juan Martínez Martínez**, responsable del Gabinete de Estudios de la Federación de Enseñanza de CC.OO, D. **Patricio de Blas Zabaleta**, Vicepresidente del Consejo Escolar del Estado, D. **Pedro Rascón Macías**, Presidente de CEAPA, D.^a **Montserrat**

Palma i Muñoz, Psicóloga y Diputada del PSOE, D. **José Antonio Martínez Sánchez**, Presidente de FEDADI, D. **Juan Fernández Sánchez**, Catedrático de Psicología de la Educación de la Universidad Complutense de Madrid, y D. **Andrés González i Bellido** y D.^a **M^a Antonia Álvarez-Monteserín**, ambos representantes del Área de Psicología Educativa del COP. El Portavoz en la Comisión de Educación del PP en el Congreso, D. **Juan Antonio Gómez Trinidad**, que había confirmado su asistencia, finalmente no pudo acudir por motivos ajenos a su voluntad.

El Desayuno, que fue moderado por D. **José R. Fernández Hermida**, Director de Publicaciones del COP, se estructuró, en primer lugar, en torno al análisis de la situación actual del sistema educativo en España para, posteriormente, dar paso a la exposición de posibles alternativas de mejora. Por espacio de dos horas y media, se trataron asuntos relacionados con el problema de la conflictividad y el fracaso escolar, la diferente aplicación de la Ley de Educación en las Comunidades Autónomas, la necesidad de aunar esfuerzos en materia de educación, los problemas derivados de la indefinición de roles y de ausencia de marco legislativo de los psicólogos que trabajan en este ámbito, así como se propusieron interesantes líneas de mejora encaminadas hacia la consolidación del psicólogo educativo o hacia el establecimiento de mecanismos de control que garanticen la equidad en todo el territorio.



Participantes en el transcurso del Desayuno

1. Análisis del sistema educativo en España

Para dar comienzo al debate, el moderador del Desayuno,



José Ramón Fernández Hermida

José R. Fernández Hermida, animó a los asistentes a compartir su punto de vista sobre el estado de la educación en España, planteando la siguiente cuestión:

“Si tenemos en cuenta tanto los datos del rendimiento escolar provenientes del informe ‘Panorama de la Educación’ (OCDE), como los provenientes de otros estudios nacionales e internacionales (TALIS, Fundación Instituto-Empresa, etc.), que inciden en los problemas de conducta y de clima escolar, ¿cuál es el diagnóstico del sistema educativo?”.

De manera generalizada, los asistentes mostraron su acuerdo en que el fracaso escolar es uno de los obstáculos a los que se debe hacer frente en la actualidad. El análisis del estado de la situación también se dirigió hacia otros asuntos relacionados con el reparto de competencias y el déficit de liderazgo en materia de educación (con competencias repartidas entre Comunidades Autónomas, centros educativos y Ministerio), la pertinencia del Pacto por la Educación o la falta de programas de prevención, diagnóstico e intervención por parte de especialistas.

Cándida Martínez López, Portavoz en la Comisión de Educación del PSOE en el Congreso, sostuvo que el sistema educativo ha mejorado notablemente en las últimas décadas en nuestro país (aduciendo como prueba de ello el aumento



Cándida Martínez López

de las tasas de escolaridad), aunque reconoció que hoy en día se plantean algunos retos derivados de la tradición educativa (índices de fracaso y abandono escolar), y otros retos de futuro, como la modernización del sistema (incorporación de las nuevas tecnologías de la información, el avance del plurilingüismo, la interculturalidad, etc.).

En esta línea, el responsable del Gabinete de Estudios de la Federación de Enseñanza de CC.OO, **Juan Martínez Martínez**, argumentó que ha habido un avance en recursos en materia de educación, señalando que, sin embargo, existe una enorme frustración con respecto al sistema educativo que se hace patente a través de la opinión pública. Entre los retos a los que el sistema educativo debe hacer frente, bajo su punto de vista, se halla la mejora de los resultados académicos, la existencia de grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas que crean amplias desigualdades en el conjunto Sistema, el avance en los procesos de integración de alumnos con discapacidad o la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, entre otros.

Con el objetivo de remarcar la importancia del debate, **Juan Fernández Sánchez**, Catedrático de Psicología de

la Educación de la Universidad Complutense de Madrid, intervino para citar un artículo, *El estadounidense inculto*, de Paul Krugman, en el que se señala que la educación es la clave del progreso de cualquier país, situándose incluso por encima de la propia economía. De ahí la necesidad de que todos los responsables políticos aúnen sus esfuerzos hacia el desarrollo de la educación. Fernández Sánchez finalizó su exposición remarcando las herramientas de las que dispone la Psicología para solventar muchos de los problemas mencionados en el ámbito educativo, como el fracaso escolar. Además, incidió en que parte de la situación de la crisis educativa actual viene derivada de la falta de programas de evaluación y de prevención, -ámbito en el cual los psicólogos educativos, como principales expertos, tienen mucho que aportar-.



Juan Fernández Sánchez

Retomando la pregunta inicial sobre la situación del sistema educativo, **Patricio de Blas**, Vicepresidente del Consejo Escolar del Estado, citó el informe realizado por este órgano consultivo y presentado hace unos meses, en donde se enumeran los seis problemas principales que por unanimidad el Consejo Escolar estima como más urgentes, y que son: el incremento sustan-



Patricio de Blas Zabaleta

la Educación de la Universidad Complutense de Madrid, intervino para citar un artículo, *El estadounidense inculto*, de Paul Krugman, en el que se señala que la educación es

la clave del progreso de cualquier país, situándose incluso por encima de la propia economía. De ahí la necesidad de que todos los responsables políticos aúnen sus esfuerzos hacia el desarrollo de la educación. Fernández Sánchez finalizó su exposición remarcando las herramientas de las que dispone la Psicología para solventar muchos de los problemas mencionados en el ámbito educativo, como el fracaso escolar. Además, incidió en que parte de la situación de la crisis educativa actual viene derivada de la falta de programas de evaluación y de prevención, -ámbito en el cual los psicólogos educativos, como principales expertos, tienen mucho que aportar-.

Retomando la pregunta inicial sobre la situación del sistema educativo, **Patricio de Blas**, Vicepresidente del Consejo Escolar del Estado, citó el informe realizado por este órgano consultivo y presentado hace unos meses,

en donde se enumeran los seis problemas principales que por unanimidad el Consejo Escolar estima como más urgentes, y que son: el incremento sustan-

cial de las inversiones en educación, el aumento de plazas para cubrir la demanda en Educación Infantil, la prevención del abandono escolar temprano, el desarrollo de un sistema integrado y flexible de Formación Profesional, el uso de los resultados de las evaluaciones nacionales e internacionales para establecer prioridades y programas de actuación, y el impulso de la implantación de los grados de Infantil y Primaria y el Máster de Secundaria. Asimismo, incide en la necesidad de convertir la Conferencia Sectorial de Educación (integrada por todas las Comunidades Autónomas), en un órgano más poderoso y eficaz.

Carlos López Cortiñas, Secretario



Carlos López Cortiñas

General de la Federación de Enseñanza de UGT, coincidió con los anteriores participantes en que el principal problema de la educación se refleja en los altos índices de fracaso escolar,

y sacó a colación el dato de la OCDE que indica que el porcentaje de alumnos con título de bachillerato en España es inferior al de la media europea (con un 74% frente al 83%).

Llegados a este punto el debate se orientó hacia la necesidad de aunar esfuerzos por parte de todos los grupos políticos para conseguir avances sólidos en educación. A este respecto, **Carlos López Cortiñas**, se mostró a favor del Pacto por la Educación, aunque planteó como requisitos previos tener en cuenta aspectos básicos como la financiación, la posible modificación de la legislación o la lealtad institucional, lo que signifi-

ca, según su opinión, acatar las órdenes que dice el Parlamento o el Tribunal Supremo en materia de educación por parte de todos los implicados. Además, planteó que, para conseguir esta cohesión, el Ministerio de Educación debería adoptar un papel de mayor liderazgo a través de la Conferencia Sectorial de Educación y se debería potenciar más el desarrollo de convenios con las Autonomías para gestionar las políticas educativas. Asimismo señaló que el Consejo Escolar del Estado también debería ocupar su puesto en este sentido.

Pedro Rascón, como Presidente de



Pedro Rascón Macías

CEAPA, insistió en que *“hay que sacar la educación de la batalla política, es decir, que no se utilice como arma arrojadiza, para poder dar una estabilidad al sistema educativo”*. En este

sentido, se mostró a favor de un consenso en Educación, pero planteó, igualmente, la necesidad de invertir más recursos económicos y aumentar la presencia de otros profesionales (particularmente, psicólogos) en el ámbito educativo, ya que se necesitan expertos que puedan intervenir en las situaciones de conflicto y en las necesidades de evaluación que se dan en los centros.

Montserrat Palma i Muñoz, Psicóloga y Diputada del PSOE, también remarcó la importancia de *“todos a favor de la educación”*. Sostuvo, además, que la contribución de la Psicología al desarrollo del sistema educativo ha sido muy positiva, sobre todo, gracias al modelo integrador y de colaboración interprofesional. No obstante, recordó que la cri-



Montserrat Palma i Muñoz

sis de valores presente en las aulas no es una cuestión que afecte únicamente al sistema educativo, sino a toda la sociedad general. En relación al liderazgo en materia de educación,

incidió en la necesidad de hablar de Administraciones Educativas y no tanto del Ministerio de Educación, dada la actual distribución de competencias.

Cándida Martínez López, retomando la palabra, manifestó también su postura a favor del Pacto. Según su opinión, *“el punto de partida no es cambiar la Ley, sino darle estabilidad a partir de lo que se ha construido hasta ahora”*. Asimismo, apuntó que se debe dirigir el Pacto hacia elementos que lleguen a los centros, al profesorado y a las familias, sin entrar en las cuestiones que diferencian a los partidos políticos. En relación a los problemas vinculados a las Autonomías, señaló que es necesario que haya esta flexibilidad ya que cada territorio cuenta con sus propias peculiaridades.

En esta línea de intervenciones, **Juan Martínez Martínez**, responsable del Gabinete de Estudios de la Federación de Enseñanza de CC.OO, señaló que si se analizan los datos del informe PISA, se observa que las Comunidades Autónomas que obtienen mejores resultados son aquellas en las que la enseñanza es más personalizada. Bajo su punto de vista, existen déficits estructurales del sistema que hay que abordar, teniendo en cuenta que no hay pacto social sin pacto de financiación y sin contar con las Comunidades Autónomas.



José Antonio Martínez Sánchez

Por su parte, **José Antonio Martínez Sánchez**, Presidente de Federación de Asociaciones de Directivos de Centros Educativos Públicos (FEDADI), se mostró escéptico con el Pacto Europeo para la Educación, ya que *“las leyes educativas son muy importantes pero no cambian el trabajo del profesorado y el funcionamiento de los centros”*. Además, reclamó la necesidad de establecer indicadores de evaluación para poder determinar el cumplimiento de los objetivos propuestos (principalmente en lo que respecta a excelencia y equidad del sistema educativo), ya que, según sus propias palabras, en España contamos con *“diecisiete sistemas educativos”*, que llegan a establecer políticas contradictorias en muchos casos.

Apoyando esta idea, **Andrés González i Bellido**, representante del Área de



Andrés González i Bellido

Psicología Educativa del COP, remarcó que lo realmente importante es mejorar el día a día en los centros. Bajo su punto de vista, y analizando los resultados de los estudios sobre el sistema de enseñanza, existen tres grandes líneas de actuación que han de considerarse: el fracaso escolar y el desarrollo de las competencias necesarias para obtener la certificación del graduado, la especialización de los profesionales que

trabajan en los centros educativos y el manejo de la conflictividad en las aulas (cuestión esta última que incide en aspectos como la disciplina, la motivación, la satisfacción, la violencia, el esfuerzo o la multiculturalidad). Como experto en el tema, estableció que *“una síntesis global de la situación nos hace ver que el 99% de los problemas que se señalan en los informes, hacen referencia a problemas de conducta”*. Sostuvo que, ateniéndose a la formación básica, los únicos especialistas cualificados para el manejo de los problemas de conducta son los psicólogos. Sin embargo, tal y como indicó González i Bellido, el sistema educativo no contempla a esta figura profesional como una especialidad en este campo. Así, aunque existe la figura del orientador (donde se incluyen figuras tan dispares como psicólogos, pedagogos o psicopedagogos), las funciones de cada grupo profesional no están definidas. En opinión de este representante del Área de Educativa del COP, el Pacto por la Educación es una excelente oportunidad para tratar este asunto, que requiere una solución urgente, ya que, según él mismo indica, *“somos prácticamente el único país europeo que no tiene incorporado al perfil del psicólogo dentro de la estructura organizativa del sistema educativo”*.

Otro de los puntos que surgió a debate fue la propia conflictividad en los centros. A este respecto, **Carlos López Cortiñas** puso sobre la mesa la necesidad de invertir más esfuerzos dirigidos hacia la detección precoz de los problemas que presentan los alumnos y la definición de los perfiles profesionales. Según sus propias palabras, *“A nosotros, los profesores, nos han formado para transmitir conocimientos y llevar una tutoría cuando no hay*

grandes problemas, pero hay casos que, evidentemente, no podemos solucionar y ahí juega un papel fundamental la detección precoz de los problemas y la intervención por profesionales especializados”. Además, señaló que el clima escolar es una cuestión que está vinculada a la familia, a la sociedad y a la escuela, por lo que, bajo su perspectiva, es necesario educar *“en tribu”*.

En relación al tema de la disciplina y la convivencia en las aulas, **Cándida Martínez López**, afirmó que la solución de este problema es *“fundamental para nuestro partido”*, para lo cual, continuó explicando, es necesario no sólo el esfuerzo individual, sino también el necesario esfuerzo de las instituciones y las Administraciones. Por otro lado, lanzó una pregunta a los asistentes: *“¿Cómo es posible que estando el sistema educativo mejor que nunca, la percepción social creada sea tan negativa?”*

Respondiendo a esta pregunta, **Juan Martínez Martínez**, volvió a incidir en el problema de la convivencia en las aulas y de la falta de recursos para manejar esta situación. A este respecto, enumeró otras carencias que presenta el sistema como el limitado papel que se otorga a los psicólogos educativos, lo que deriva en altos índices de fracaso escolar, en una carencia de programas de prevención y de integración, en una falta de intervenciones psicoeducativas en Secundaria... Además, advirtió que uno de los grandes obstáculos para la incorporación de los departamentos de orientación en los centros es la indefinición de rol de sus integrantes, ya que no está claramente delimitada su situación, es decir, si se les considera docentes o técnicos complementarios al sistema, si



se les debe incluir en la periferia o dentro del propio sistema.

A este respecto, **Andrés González i Bellido**, insistió en que la participación de los profesionales de la Psicología en el ámbito educativo, a pesar de cubrir una necesidad real del sistema, no ha ido acompañada del necesario reconocimiento oficial de la labor que realizan estos profesionales, ya que el psicólogo no está incluido dentro de las estructuras organizativas de los centros como una figura diferenciada. El sistema educativo ha evolucionado, sin embargo, señala González i Bellido, junto a estos cambios han surgido nuevas situaciones problemáticas, presentes también en toda la sociedad en general (aumento de los problemas de ansiedad, estrés, depresión, riesgo de suicidio, trastornos de conducta...), que requieren nuevas soluciones. En este sentido, manifestó la absoluta disposición del colectivo de psicólogos para colaborar, como expertos en este ámbito, con los sindicatos, partidos políticos, asociaciones, centros... para mejorar esta situación.

2. Propuestas de mejora de la situación del sistema educativo

La segunda parte del debate estuvo centrada en la búsqueda de soluciones para mejorar el desarrollo de la Educación en nuestro país. Para iniciar este segundo bloque de contenidos, **José Ramón Fernández Hermida**, planteó a los invitados la cuestión de *cómo podemos mejorar la educación* y cómo, bajo el punto de vista de los asistentes, *podemos generar unos equipos reales, multi-profesionales, que trabajen en colaboración con los profesores*.

A partir de este momento, el debate se articuló en torno a diferentes líneas de acción como el aumento de los profesio-

nales de apoyo en los centros educativos, la necesidad de consolidación de la figura del psicólogo, el replanteamiento de los departamentos de orientación o el establecimiento de mecanismos que aseguren la equidad de la educación en todo el territorio español.

El primero en intervenir fue **José Antonio Martínez Sánchez** que, partiendo del informe TALIS, sacó a la luz el dato de que España es el país de la OCDE con menos personal de apoyo a la escuela, -cuestión que ha sido denunciada también por el colectivo de directores y profesores al cual representa-. En su opinión, los equipos externos no están funcionando y el papel del psicólogo educativo no está adecuadamente definido. Según propone, para consolidar la figura del psicólogo en este ámbito, sería conveniente y necesaria la creación de un máster o especialidad en Psicología Educativa, que incluya horas de práctica profesional supervisada. Además, sostiene que convendría revisar la estructura departamental de los institutos, que, para él, se ha quedado obsoleta, ya que *“actualmente los problemas que se presentan en los centros son problemas de conducta, que se producen en el grupo de clase, no en la asignatura”*. El Presidente de la FEDADI, defendió la creación de equipos específicos de psicólogos, de tal manera que eso suponga la integración real de esta figura profesional, con la definición clara de sus funciones y se opuso a la externalización de estos servicios. A este respecto señaló que debería asegurarse siempre la presencia de un psicólogo en los centros, debido a que *“es el único profesional que está capacitado para atender de manera efectiva los problemas de conducta”*.

Continuando con esta idea acerca de la

necesidad de definir las funciones del psicólogo en los centros educativos, **Juan Fernández Sánchez**, quiso aclarar las tareas que pueden cubrir estos profesionales y que tienen que ver con tres áreas: a) evaluación de alumnos, profesorado, interacciones, currículum, contextos (clima escolar y familiar) y autoridades o leyes; b) asesoramiento (a padres, profesores, alumnos e instituciones académicas); y c) intervención comunitaria. Anunció, a su vez, que desde la Universidad, en línea con la propuesta de FEDADI, también se está apostando por la creación de este máster específico en Psicología Educativa.

El responsable del Gabinete de Estudios de la Federación de Enseñanza de CC.OO, **Juan Martínez Martínez**, defendió igualmente la integración del psicólogo como una figura central del sistema educativo. Tal y como establece la LOE en todos sus artículos referentes a principios, finalidades, objetivos de nivel, marco de la equidad, etc., las intervenciones psicoeducativas, así como el asesoramiento, el diagnóstico y la evaluación son un derecho de todos los alumnos y familiares. Por ello, señaló que *“la Psicología tiene muchas responsabilidades en el ámbito educativo”*.

Por su parte, **M^a Antonia Álvarez-Monteserín**, también representante del



María Antonia Álvarez Monteserín

Área de Psicología Educativa del COP, coincidió con Montserrat Palma i Muñoz, en que la Psicología ha aportado mucho a las instituciones educativas. Sin embargo, en su opinión, los

departamentos de orientación se han

quedado desfasados con respecto a las necesidades actuales. Propuso, en su intervención, el replanteamiento de estos departamentos a través de la definición y diferenciación de las funciones de los profesionales que lo integran, o la creación de otros nuevos departamentos, que permitan al psicólogo educativo desarrollarse en contextos más amplios en su intervención: tanto en la escuela, como en la familia y en la comunidad. Según propone Álvarez-Monteserín, la consolidación de esta figura profesional permitiría desarrollar programas para la promoción de la salud, la prevención, la

evaluación, el diagnóstico y el tratamiento en los contextos educativos, estableciéndose como núcleo de conexión entre el sistema sanitario y los centros escolares. Consideró que el momento actual, en el que se está trabajando en el borrador del Estatuto del Funcionario Docente no Universitario y en el Pacto por la Educación, es crítico para contemplar esta propuesta. Apoyando esta idea, **José Antonio Martínez** manifestó la necesidad urgente de una reforma de estos departamentos de orientación, ya que “*se han desvirtuado las funciones de los integrantes de estos equipos... Un*


pedagogo puede ser un orientador, pero no puede ser un psicólogo escolar porque no puede hacer informes de evaluación, ni diagnósticos ni tratamientos”.

Por su parte, **Montserrat Palma i Muñoz** apostó por un modelo integrado y basado en la colaboración, como el adecuado para el sistema educativo, aunque reconoció que se ha diluido el papel del psicólogo. Señaló que hay un problema en el acceso a la función pública, ya que la Ley no establece un condicionante del título de licenciatura específico para cada caso, y, según informó, lo único que importa para el acceso a las plazas de orientación es el nivel de formación de los candidatos. Insistió en la necesidad de definir estas competencias académicas y profesionales, y en la oportunidad que supone para ello el actual Plan Bolonia.


Por otro lado, **Patricio de Blas** recordó la necesidad de plantear propuestas avaladas en estudios previos y que permitan tomar decisiones adecuadas en este terreno. Además, apuntó que también hay que contemplar la actuación sobre el profesorado, en relación a mejorar su formación para el manejo de las dificultades que se dan en las aulas. A este respecto, **Juan Martínez Martínez**, basándose en los resultados del estudio TALIS, que han evidenciado carencias en la formación del profesorado, sugirió que en el desarrollo del Master de Especialización Didáctica se incluyan conocimientos sobre Psicología.

En relación al problema derivado de la diferente aplicación de las leyes educativas en función de cada Comunidad Autónoma y de las enormes diferencias existentes entre los territorios –ya mencionado en la primera parte del debate–, **Juan Martínez Martínez** planteó la ne-

PUBLICIDAD



**COLEGIO OFICIAL
DE PSICÓLOGOS 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 repases 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 aversar, 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 PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Defonso Sánchez del Río 4 - 1º B - 33001 - Oviedo
Tel.: 985 285 778 - Fax: 985 281 374
e-mail: copasturias@cop.es

cesidad de invertir más medios y recursos para mantener el principio de equidad que defiende la LOE, y reclamó, específicamente, recursos de prevención, diagnóstico y orientación en todos niveles y centros sostenidos con fondos públicos. Asimismo, advirtió que todavía quedan muchos desarrollos normativos de la L.O.E. por realizar y la necesidad de una mayor coordinación, para ello, entre las Administraciones Educativas.

Si bien, tal y como señala **Montserrat Palma i Muñoz**, la ley actual avala la creación de dispositivos de apoyo, de atención psicológica y psicopedagógica en cualquier centro educativo insistiendo en la singularidad y en la adecuación a cada contexto, **Pedro Rascón** incidió en la necesidad de mejorar los mecanismos de control en lo que respecta a la aplicación de esta ley en los territorios. Bajo su punto de vista, *“no hay control por parte del Ministerio respecto a lo que se está haciendo en cada territorio”*. De esta manera, muchos de los asistentes expresaron la necesidad de recuperar el liderazgo a través de la Conferencia Sectorial de Educación para conseguir definir políticas de conjunto.

Finalmente, **Andrés González i Bellido**, propuso el establecimiento de unos requisitos mínimos para que la Ley de Educación se aplique con garantías de equidad y excelencia en todos los territorios. A modo de ejemplo, citó el caso de Cataluña, donde no han llegado a establecerse los departamentos de orientación en los centros educativos. Lo mismo sucede, según quiso apuntar, con la figura del psicólogo educativo, que al no contemplarse de manera diferenciada en la Ley, su inclusión queda a la buena voluntad o a la interpretación de las administraciones y de los centros escolares. Por el contrario, insistió *“si es-*



Participantes en el transcurso del Desayuno

ta figura estuviera contemplada en la Ley, implicaría su posible universalización”.

Dando por finalizado el debate, **José Ramón Fernández Hermida**, agradeció la asistencia y la enriquecedora participación de todos los invitados, proponiendo un futuro encuentro donde se reflexione sobre la coordinación entre las administraciones educativas.

A la luz de los temas abordados en este *VII Desayuno de Infocop*, ha quedado manifiesta la necesidad de abordar con urgencia los retos que aún quedan pendientes en el sistema educativo. Uno de los problemas más graves es el vinculado a los elevados índices de fracaso y abandono escolar, íntimamente relacionados con la alta prevalencia de problemas de conducta en el alumnado y con la escasez de personal debidamente cualificado y preparado para tratar estos problemas en los centros. Precisamente, este debate ha servido para evidenciar que la implementación de acciones orientadas a abordar los problemas de conducta es una necesidad sentida y especialmente demandada por parte de la

comunidad educativa más directamente vinculada con el trabajo directo en los centros escolares.

Entre las propuestas de mejora, se incluye la necesidad urgente de consolidar la figura del psicólogo educativo, a través de la definición de sus funciones, así como de ajustar los departamentos de orientación a las necesidades actuales que presenta el sistema educativo. A este respecto, se ha demandado, tanto por parte de la comunidad universitaria, como por parte del COP, sindicatos y del colectivo de directivos de centros de enseñanza pública, la creación de un Máster en Psicología Educativa, que atienda a los criterios de calidad y de formación práctica que se requieren para potenciar intervenciones eficaces y especializadas en los centros escolares.

Es uno de los objetivos prioritarios del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, continuar defendiendo el importante papel que juega la Psicología dentro de la comunidad educativa, para lo cual seguirá promoviendo acciones que apoyen y consoliden la figura del psicólogo en este ámbito.

SE PUBLICA EL PRIMER INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SNS

Aída de Vicente y Silvia Berdullas

El pasado 22 de octubre, se dio a conocer el *Primer Informe de Evaluación de la Estrategia de Salud Mental*, en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El documento, que ha sido elaborado por el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, tiene por objetivo la valoración del cumplimiento de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS, transcurridos dos años desde su puesta en marcha.

La evaluación de los resultados se ha realizado utilizando una serie de indicadores objetivos de salud mental en la población general (seleccionados a partir de la Encuesta Nacional de Salud, de las encuestas EDADES y ESTUDES y del INE, entre otros), así como a través de un instrumento de valoración cualitativa que ha sido aplicado a cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que han participado en el estudio, estableciendo niveles de cumplimiento de los objetivos (de “no iniciado” a “conseguido”) en los diferentes territorios.

Los datos proporcionados en el informe, agrupados en torno a las 6 líneas estratégicas en salud mental, muestran que el grado de implementación de la Estrategia, tal y como han informado las Comunidades Autónomas, es moderado y además muy variable entre los diferentes territorios. De un total de 44 objetivos específicos, derivados de esas 6 líneas estratégicas, y codifica-

dos en niveles de cumplimiento, tan sólo 5 han recibido la valoración de “conseguidos”, mientras que la gran mayoría se sitúa en el nivel de “objetivo iniciado” (n=14) o “parcialmente conseguido” (n=23).

El resumen de las intervenciones realizadas por las CC.AA. en materia de salud mental, y que hacen referencia a la línea estratégica 1 (promoción de la salud, prevención de la enfermedad y lucha contra el estigma), pone de manifiesto que “la mayor parte de las intervenciones realizadas consisten en campañas, ciclos de conferencias y cursos, mientras que hay un escaso número de talleres interactivos que son los más efectivos” (pág. 51), concluyendo que esta línea sólo está “iniciada”.

En relación a la línea estratégica 2 (atención a los trastornos mentales), ninguno de los 19 objetivos específicos en los que se divide esta línea –y que hacen referencia a los objetivos generales de “mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental”, e “implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes”-, ha recibido la valoración de “conseguido”.

Ateniéndose a los indicadores incluidos en esta línea estratégica, se ha observado un aumento del porcentaje de reingresos, así como de la prescripción de antidepresivos (11,8%), ansiolíticos (6,8%) y antipsicóticos (1%), especialmente entre los pensionistas (pág. 88), lo que evidencia la necesidad de reforzar medidas orientadas a la desmedicalización de los problemas y el uso racional de medicamentos.

En el capítulo referente a nuevos objetivos incluidos en la estrategia, un buen porcentaje de cambios suponen la introducción de la perspectiva de género en los objetivos inicialmente planteados.

Asimismo, como una nueva recomendación –asociada al objetivo general 4 “Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental”- se ha incluido el siguiente texto: “La unidad/ centro o servicio de Salud Mental es responsa-

ble del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colabo-

ración de sus cuidadores informales cuando los hubiere” (pág. 127).

En las conclusiones generales, el informe reconoce los beneficios de la presente evaluación para que todas las CC.AA. aúnen y unifiquen sus esfuerzos e intervenciones y propone las siguientes recomendaciones para futuras evaluaciones de la Estrategia:

- ✓ Mantener los objetivos iniciales y añadir la propuesta contenida en el apartado número 5 (página 118) de nuevos objetivos y recomendaciones.
- ✓ Adecuar los sistemas de información de las CC.AA. y del Ministerio para poder evaluar la estrategia, sobre to-

do en lo que corresponde a morbilidad atendida, datos de farmacia, y dispositivos de salud mental.

- ✓ Introducir nuevos indicadores que midan los recursos humanos del modelo comunitario: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras en salud mental, trabajadores sociales.
- ✓ Realizar las próximas evaluaciones con una periodicidad de 4 años.
- ✓ Crear grupos de trabajo en las líneas prioritarias que el Comité de Seguimiento y Evaluación establezca.

Finalmente, el informe de valoración incluye varios anexos referentes a resúmenes de resultados, adopción del enfoque de género en salud mental, actuaciones del Ministerio para la implantación de la Estrategia, medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas, etc.

El documento se puede descargar en el siguiente enlace: www.infocop.es/pdf/161109estrategia.pdf

PUBLICIDAD

Curso de Intervención con Mayores

El reto de estar formados para la nueva realidad social

Este curso te permitirá conocer las **necesidades de las personas mayores**, los recursos sociales y técnicas para afrontar las cuestiones que este colectivo requiere de **profesionales cualificados**, especialmente a raíz de los retos planteados con una nueva legislación en materia de dependencia.

954 933 807 954 933 808

formacion@intervencionsocial.com

c/ Peñalara, 15 Bajo Izq. 41005 Sevilla

125 horas Organiza y dirige:

Cursos a Distancia

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

Intervención Social
Gobierno de Sevilla

www.intervencionsocial.com

Intervención Social, S.L., CIF: B-01226427 Entidad inscrita en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Concertación para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía con Nº AS 2-4026.

SE PUBLICA EL MODELO DE INFORME Y PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE MENORES QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA ESTÉTICA

Aída de Vicente e Inés Magán

Tal y como informamos hace unos meses, el pasado 3 de marzo se publicó el Decreto 49/2009 de protección de las personas menores de edad que se someten a intervenciones de cirugía estética en Andalucía, por el cual, la Junta de Andalucía exige un examen psicológico previo a todos aquellos menores de 18 años que decidan someterse a una intervención de este tipo. Además, este Decreto regula los requisitos y garantías que han de cumplir los centros, servicios y profesionales que participan en estas operaciones.

La cirugía asociada a cambios de la imagen corporal se está extendiendo cada vez más entre los jóvenes. Según datos proporcionados por la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora, en España se realizan cerca de 380.000 operaciones de cirugía al año, siendo España el cuarto país mundial en la aplicación de este tipo de intervenciones. De las operaciones llevadas a cabo en nuestro país, una de cada 10 se realiza a un menor de edad, y la demanda de este tipo de servicios está aumentando entre un 5% y un 10% cada año.

A través del Decreto 49/2009, la Junta de Andalucía pretende evitar la extensión indiscriminada de procedimientos quirúrgicos de carácter puramente estético entre la población adolescente (debido a los riesgos que conllevan) y regular el ejercicio de esta actividad en este grupo de la población. Por ello,

cualquier menor de 18 años que desee realizar este tipo de procedimientos debe someterse a un examen psicológico previo, donde se evalúe su nivel de madurez y se descarten posibles patologías que contraindiquen la operación (especialmente trastornos de la imagen corporal).

Con el objetivo de regular este procedimiento de evaluación psicológica, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha puesto a disposición de los centros, servicios y profesionales que trabajan el área de la cirugía plástica, estética y reparadora los documentos de uso clínico y asistencial exigidos por el Decreto, tales como el protocolo de valoración psicológica, el modelo de informe psicológico al que se tiene que someter al menor y el consentimiento informado que tiene que firmar el paciente.

Con lo que respecta al protocolo de valoración psicológica, el documento establece el periodo mínimo de evaluación del menor (establecido en dos meses entre la primera y la última eva-

luación), e incluye una serie de recomendaciones sobre los instrumentos de evaluación psicológica más adecuados, por su validez y fiabilidad, para la valoración de los factores que puedan estar influyendo en la toma de decisiones (trastornos psicopatológicos, inmadurez psicológica, baja autoestima y/o autoconcepto, etc.), así como una serie de orientaciones para la realización de la entrevista semiestructurada y los requisitos sobre la entrega del informe de valoración.

Asimismo, el modelo de informe de madurez psicológica, que el psicólogo deberá emitir una vez finalizado el examen y que será incorporado a la historia clínica del paciente, tendrá que ser elaborado por un psicólogo ajeno al centro sanitario donde se realizará la intervención y recogerá los datos profesionales del psicólogo y los personales del paciente, así como los de los tutores o representantes legales del menor. Además, indicará la metodología empleada, los resultados del estudio de madurez y las conclusiones.

El decreto establece que siempre y cuando el informe psicológico y la valoración médica sean positivos, los jóvenes de entre 16 y 18 años podrán tomar la decisión de someterse a la intervención, por lo que serán ellos mismos quienes suscribirán el consentimiento informado. No obstante, los padres deberán ser informados y su opinión será tenida en cuenta. En el caso de los menores entre 12 y 16



años, serán los padres o tutores quienes deben autorizar la intervención, aunque se tendrá en cuenta su opinión. Si el joven tiene menos de 12 años, la decisión sobre la operación corresponderá exclusivamente a los padres.

Además, según el Decreto 49/2009, de 3 de marzo, los menores deben recibir *"toda la información sobre el acto quirúrgico, incluyendo las indicaciones sobre los resultados que se esperan, con sus consecuencias y posibles riesgos, las contraindicaciones y las probabilidades de repetir la intervención en el futuro"*. Por este motivo, la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía está publicando periódicamente una serie de guías dirigidas a los jóvenes sobre los procedimientos quirúrgicos más demandados. Hasta la fecha se han publicado tres guías, sobre liposucción, mamoplastia

y rinoplastia, donde se informa a los jóvenes sobre los aspectos a tener en cuenta antes de someterse a una de estas operaciones, se detalla el procedimiento de cirugía para cada caso, y se especifican las posibles complicaciones, riesgos para la salud y contraindicaciones de este tipo de intervenciones en menores de edad. La publicación de estas guías se ha realizado en colaboración con los Colegios Oficiales de Psicólogos de Andalucía y con la Sociedad Andaluza de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

Puedes descargar los documentos en el siguiente enlace de la página Web de la Junta de Andalucía:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/adolecencia/decreto_cirurgia_estetica_menores

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!

PUBLICIDAD

500
preguntas a un
psicólogo

Pareja,
relaciones familiares,
trastornos psicológicos,
problemas de
la sociedad actual

A LA VIDA EL 8/11/2010

500
preguntas a un
psicólogo

Con la intención de acercarnos aún más a esta ciencia amiga, el doctor Jorge Barraca nos ofrece una selección de las preguntas más interesantes que los oyentes le han formulado en el programa radiofónico de Onda Voz en el que colabora.

zenith
www.zenitheditorial.com

Se aprueban las actualizaciones de las estrategias en cáncer y cardiopatía del SNS

El Pleno del Consejo Interterritorial aprobó, el pasado 22 de octubre, las actualizaciones de las estrategias en cáncer y cardiopatía isquémica del **Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Se trata de las dos primeras estrategias incluidas dentro del Plan de Calidad del SNS que se revisan y se actualizan una vez finalizada su primera evaluación, transcurridos sus dos primeros años de funcionamiento.

En el caso de la Estrategia en cáncer del SNS, aprobada en el año 2006, el informe de evaluación ha mostrado avances en la prevención del consumo de tabaco, el cribado en cáncer de mama y el desarrollo de la investigación oncológica, entre otros.

Tal y como aparecía reflejado en la nota de prensa del Ministerio de Sanidad y Política Social, la actualización de la estrategia en cáncer está orientada a dar continuidad a las líneas de actuación dirigidas a mejorar la asistencia que reciben los pacientes oncológicos. Además, establece nuevos objetivos como orientar los servicios asistenciales, diagnósticos y terapéuticos hacia una atención multidisciplinaria y avanzar en la atención psico-oncológica. Por otro lado, incluye como objetivo el desarrollo de "oncoguías", compartidas por todo el SNS, para ofrecer información a los pacientes so-

bre los aspectos mínimos que deben conocer en el tratamiento del cáncer, así como avanzar en el desarrollo de unidades especializadas en oncología pediátrica.

En el ámbito de la cardiopatía isquémica, la evaluación remarca algunos logros alcanzados en este campo, como la promulgación del Real Decreto sobre el uso de desfibriladores para posibilitar la atención en los primeros minutos del infarto, el alto grado de supervivencia de los pacientes sometidos a un trasplante cardíaco y el elevado porcentaje de supervivencia de los pacientes sometidos a una angioplastia coronaria. En la línea de seguir mejorando las actuaciones desarrolladas hasta el momento, se pretenden potenciar las siguientes líneas de trabajo: promoción y protección de la salud; asistencia; rehabilitación e investigación. De esta manera, uno de los aspectos que contempla esta actualización es impulsar los programas de seguimiento para personas con riesgo cardiovascular y reducir la demora de la asistencia sanitaria desde que se inician los primeros síntomas.

Más información:

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrollo-NotaPrensa.jsp?id=1669>

7º Congreso de la Comisión Internacional de Test – Hong Kong, Julio de 2010

Bajo el lema "*Challenges and Opportunities in Testing and Assessment in a Globalized Economy*" (Retos y oportunidades de la aplicación de test y de la evaluación en una economía globalizada), la *International Test Commission (ITC)* -Comisión Internacional de Test- celebrará el próximo año 2010 la séptima edición de su congreso anual -7th *Conference of The International Test Commission*-.

La cita tendrá lugar en **Hong Kong** del **18 al 21 de julio de 2010**.

Este congreso, que constituye un encuentro complementario del 27º *Congreso Internacional de Psicología Aplicada*, es el evento más importante para los diferentes campos de la evaluación psicológica y la psicometría, puesto que es el punto de encuentro internacional en el que especialistas y expertos en el área, como **Robert Roe**, **John Hattie** o **Fanny M. Cheong**, entre otros, expondrán, a través de talleres, ponencias, simposios, comunicaciones, pósters, etc., los últimos conocimientos y avances científicos en sus diferentes áreas.

El plazo para la **inscripción temprana termina el 1 de abril de 2010**. Para más información, consultar la página Web del congreso (<http://www.itc2010hk.com>) o bien contactar con el comité organizador a través del la siguiente dirección de correo electrónico: itc2010@psy.cuhk.edu.hk.



Nuevo Informe de UGT sobre Riesgos Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo

El Observatorio de Riesgos Psicosociales

de UGT ha publicado recientemente un informe sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo. Este informe se ha realizado a partir de las conclusiones de un estudio en el cual se ha entrevistado a 4.500 empleados de diferentes empresas con distintas actividades laborales.

Las conclusiones de este informe son bastante devastadoras, puesto que hasta un 75% de los trabajadores reconoce sufrir estrés derivado de las propias condiciones laborales. UGT denuncia que, dada la situación económica actual, la mayoría de las empresas priman el logro de objetivos, la reducción de costes, etc., mientras que son muy pocas las que se preocupan por la satisfacción y el bienestar laboral.

Los principales resultados que se han encontrado en este estudio revelan lo siguiente:

- ✓ El 75% de los trabajadores afirma experimentar estrés en el trabajo. Las principales causas a las que aluden son: deficientes condiciones de trabajo (44%), elevada carga mental (87%), falta de autonomía (83%), ambigüedad en el rol laboral o imprecisión en la definición de las funciones y tareas (76%), pobre contenido de su trabajo (70%) o sensación de inseguridad respecto a las condiciones de su trabajo y al futuro profesional (71%).
- ✓ El 81% de los trabajadores entrevistados afirma experimentar síntomas de *burnout* o síndrome del trabajador quemado (agotamiento, sensación de ineficacia, distanciamiento mental, etc.), debido principalmente a una falta de confianza en las propias competencias.
- ✓ El 31% de las personas entrevistadas manifiestan que su salud física y/o psicológica ha empeorado a consecuencia del trabajo, siendo el cansancio y la fatiga, los dolores de cabeza o de cuello, las dificultades de concentración, la irritabilidad, la sensación de agobio o las dificultades para dormir, entre otras, las principales dolencias.
- ✓ Un 16% define el ambiente donde desarrolla su actividad laboral habitual como “hostigador”, es decir, donde tienen lugar comportamientos violentos, principalmente de tipo verbal, como insultos o amenazas.

En el propio informe se subraya que los riesgos psicosociales deben comenzar a considerarse un factor de ries-

go primario para la salud y la seguridad laboral, puesto que los datos evidencian que los problemas relacionados con una mala salud mental en el trabajo constituyen la cuarta causa de incapacidad laboral. Por ello, en su informe, UGT especifica una serie de medidas de prevención de los riesgos psicosociales, que han de adaptarse a cada empresa en concreto.

Medidas de Prevención de los Riesgos Psicosociales

- ✓ Obligación de evaluar los riesgos psicosociales.
- ✓ Adecuar la carga y ritmo de trabajo a los trabajadores.
- ✓ Fomentar estrategias de comunicación entre los distintos niveles.
- ✓ Establecer un sistema de gestión que promueva la ausencia de conflictos.
- ✓ Mejorar la motivación de las personas.
- ✓ Facilitar la cohesión interna del grupo.
- ✓ Potenciar la creatividad y capacidades de los trabajadores.
- ✓ Mejorar la calidad de las relaciones laborales.
- ✓ Formar e informar a los trabajadores sobre los riesgos a los que están expuestos.
- ✓ Diseñar los horarios de trabajo de manera que eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles.
- ✓ Comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes.

Frente al Acoso

- ✓ Establecer protocolos y políticas antiacoso que conlleven: un código de conducta, procedimiento formal de gestión de conflictos e integración en la estructura jerárquica, implicando a todos los estamentos de la empresa en el estudio y prevención del acoso para mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores.
- ✓ Sistemas de comunicación. Establecer mecanismos o instrumentos de comunicación dentro de la empresa, fomentar el diálogo entre los trabajadores y entre la dirección y los trabajadores para prevenir y detectar a tiempo los problemas de acoso.

En la mayoría de las ocasiones, invertir en la satisfacción y en el bienestar del trabajador revierte positivamente en los beneficios de la empresa, el logro de objetivos o el cumplimiento de los plazos, puesto que facilita la percepción de una mayor capacidad de trabajo, fomenta expectativas más positivas o incrementa el propio rendimiento laboral y el compromiso con la empresa, entre otros.

Más información:

<http://extranet.ugt.org/saludlaboral/cec/Paginas/Default.aspx>

Salud mental en Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental

Los trastornos mentales constituyen un problema serio que genera un elevado coste a nivel mundial. Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, se estima que 450 millones de personas sufren algún trastorno de salud mental en el mundo; sin embargo, menos de la mitad recibe una atención adecuada. Por ello, y con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental 2009, que tuvo lugar el pasado 10 de octubre, la **Federación Mundial para la Salud Mental (World Federation for Mental Health, WFMH)** lanzó una importante campaña bajo el lema: Salud mental en Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental.

A través de esta campaña, se ha querido elevar la atención de la salud mental a un primer plano y concienciar a la población y a los líderes políticos acerca de la necesidad crítica de integrar los servicios de salud mental en el nivel de Atención Primaria, subrayando que la salud mental es un elemento fundamental para alcanzar la salud y el bienestar general de cualquier persona, un hecho que se suele olvidar con demasiada frecuencia.

Desde que en 1948 la OMS definiera la salud como "*un estado completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad*", numerosos estudios y programas han puesto en evidencia que no puede haber salud sin salud mental. Tal y como señaló **Margaret Chan**, Directora General de la OMS, en su mensaje de lanzamiento del Día Mundial de la Salud Mental el año pasado: "*Durante siglos, el tratamiento de la salud mental, la promoción de la salud mental y la prevención de estos trastornos no ha recibido el nivel de atención necesario de los gobiernos, los profesionales médicos y del público en general. Durante siglos las enfermedades mentales han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. Pero ahora la mayoría considera que los trastornos de salud mental no suceden de forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente a una parte del cuerpo sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene su efecto sobre las otras. Parece obvio que el tratamiento in-*

tegral de la salud de la persona daría lugar a resultados más positivos y exitosos y aumentaría el potencial de recuperación y productividad de la sociedad".

Según los expertos de la OMS, es imperativo que los responsables de las políticas de salud implementen nuevos métodos para establecer alianzas que creen un modelo de atención sanitaria más eficaz y cooperativo, y que se concentre en la atención integral del paciente. Con esta finalidad, la WFMH ha publicado un informe en el que presenta ejemplos de integración de la salud mental en Atención Primaria, así como analiza los beneficios que aporta este modelo de atención y los obstáculos para su implementación (ver: <http://www.wfmh.org/00WorldMentalHealthDay.htm>).

La reforma de los actuales modelos sanitarios hacia un modelo de atención integral donde se considere la salud física y mental como un todo relacionado, es un debate de plena actualidad hoy en día. De hecho, la incorporación de tratamientos psicológicos y de salud mental en Atención Primaria está siendo objeto de estudio en las propuestas de reforma del sistema sanitario que está teniendo lugar en EEUU y ha sido implementado ya en otros países, como Reino Unido, tal y como venimos anunciando a través de *Infocop* en los últimos meses.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos apoya la inclusión del tratamiento psicológico y de los psicólogos en los servicios de Atención Primaria. Con este propósito se publicó hace unos meses en *Infocop* un monográfico sobre este tema, y cuyo contenido para todos los lectores interesados puede consultarse en la página Web del Consejo: www.cop.es/infocop (número 40, 2008).

Siete buenas razones para integrar la salud mental en la Atención Primaria

Coincidiendo con el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre), la **Federación Mundial para la Salud Mental** (*World Federation for Mental Health, WFMH*), difundió a través de su Web diversos informes y estudios que avalan los beneficios de la integración de los cuidados de salud mental en los servicios de Atención Primaria.

Uno de estos documentos hace referencia al informe elaborado por la **Organización Mundial de la Salud** y por la **Organización Mundial de Médicos de Familia** (Wonca), que lleva por título *La integración de la salud mental en la Atención Primaria: una perspectiva mundial*, en el que se especifican al menos siete razones que justifican la adopción de un enfoque integral de la atención sanitaria, donde se atiendan tanto las necesidades físicas como psicológicas de los usuarios de los servicios de salud. Estas siete razones hacen referencia a los siguientes aspectos:

✓ **La carga de los trastornos mentales es muy elevada.**

La enfermedad mental está presente en todas las sociedades. Supone una pesada carga a nivel personal tanto para los propios afectados como los familiares y, a su vez, un importante coste económico y social para el desarrollo del país.

✓ **Los problemas de salud mental y física están íntimamente relacionados.** Muchas personas sufren tanto de problemas de salud física como de salud mental. Los servicios integrales de Atención Primaria velan por que la persona reciba un tratamiento completo, que satisfaga

las necesidades de salud mental de las personas con dolencias físicas, así como las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales.

✓ **Existe una enorme brecha para el tratamiento de los trastornos mentales.** En todos los países existe una gran disparidad entre la elevada prevalencia de trastornos mentales y el bajo número de estos afectados

que recibe una adecuada atención y tratamiento. La incorporación de la Atención Primaria de los problemas de salud mental ayudaría a reducir esta brecha.

✓ **La Atención Primaria de salud mental mejora el acceso al tratamiento.** Cuando la salud mental se integra en la Atención Primaria, las personas pueden tener acceso a los servicios de salud mental más cerca de su domicilio, lo que mantiene a la familia unida y facilita la realización de las actividades de la vida diaria. La Atención Primaria de salud mental también facilita la inclusión en los servicios comunitarios, así como el seguimiento y manejo a la largo plazo de las personas afectadas.

✓ **La Atención Primaria de salud mental promueve el respeto de los derechos humanos.** Los servicios de salud mental proporcionados en Atención Primaria reducen la estigmatización y la discriminación de estos pacientes, así como eliminan el riesgo de violaciones de los derechos humanos facilitando que la salud sea más justa y accesible para todos.

✓ **La Atención Primaria de salud mental es más asequible y eficaz en relación a los costes que genera.**

✓ **La Atención Primaria de salud mental genera resultados más positivos.** Según los numerosos estudios realizados, la mayoría de las personas con problemas de salud mental tratadas en Atención Primaria mejoran de manera muy favorable, especialmente cuando están vinculadas a un red de servicios a nivel secundario y en la comunidad.

A pesar de que para algunos gobiernos la idea de integrar la salud mental en la Atención Primaria puede parecer muy novedosa, el concepto no es nuevo y, de hecho, está siendo estudiado en todo el mundo. Según los expertos de la OMS, la implementación de este cambio en las políticas sanitarias es un proceso económico y fácil, y además puede ser realizado de inmediato como se ha hecho ya en algunos países. El único impedimento a esta mejora puede ser la falta de voluntad por parte de algunos responsables políticos, que parecen no ser conscientes aún de las necesidades de la población en materia de salud mental.

En su comunicado a los medios, la Federación Mundial para la Salud Mental exige a los responsables políticos un compromiso real para que la salud mental sea una parte esencial de la Atención Primaria y de la Medicina Familiar, lo que implica la inclusión de las intervenciones y servicios psicológicos, sociales y ambientales, como elementos indispensables para alcanzar una “*salud mental para todos*”.

Más información en:

http://www.who.int/mental_health/policy/en/

Cartas al Director

A través de esta publicación se ha hecho mención en varias ocasiones al documento *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*, cuyo autor es **Santiago Mario Araña**. El autor del mismo ha enviado a esta redacción una nota solicitando la rectificación de algunos de los datos referidos en estas noticias.

Infocop ha procedido a la rectificación de la información presentada y publica a continuación la carta remitida a la redacción.

Estimados Infocop

Estimado Director

Dr. José Ramón Fernández Hermida

En las ocasiones en que Infocop refleja mención de algún tipo a los Programas Nacionales de Salud Mental en Atención Primaria, o mención al documento o Informe Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal, comprobamos, a modo de ejemplo, en estas dos referencias que se colocan a continuación -sin olvidar que también lo han estado en edición papel-, como se me califica de "informe coordinado" en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2599&cat=39, o en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2309.

Sin embargo, pongo en su conocimiento, que administrativa y científicamente, las responsabilidades que corresponden, son:

1.- Adquiridas mediante documento escrito ante la Secretaría de Estado para la Seguridad Social: Santiago Mario Araña Suárez, es Director de los Programas Nacionales.

2.- Reflejada en el Documento Empírico - Informe Técnico Administrativo - Libro "Diagnósticos y Prescripciones...": Santiago Mario Araña Suárez es AUTOR, único autor, autor en exclusiva, de la totalidad del documento empírico - Libro - Informe Técnico Administrativo, en todos sus apartados (salvo las dos cartas previas del Dr. Igancio Ibáñez y la del Dr. Eugenio Laborda Calvo).

Entendiendo que pudiera ser comprensible que se haya confundido: a) la coordinación de los Programas Nacionales -que me corresponde-; b) con la dirección de los Programas Nacionales -que también me corresponde, y además, las actividades científicas y administrativas desarrolladas han consistido en muchísimas más que las que refleja el Documento - Informe - Libro -; c) con la autoría del Documento "Diagnósticos y Prescripciones..." en su totalidad.

Es por ello que, también, reclamo que se revise y corrija, si es posible, el respeto al producto científico y profesional que me corresponde, más allá de por obligación legal que imponen las leyes para la producción científica y la edición, por dignidad con el esfuerzo desarrollado.

Agradecería que pudierais comprobar estos extremos, y procedierais a rectificar, señalando la Responsabilidad legal concreta que corresponde de forma adecuada, y en la manera que consideréis más efectiva, ya que parto del convencimiento y confianza de que comprenderéis esta solicitud y procederéis a reorientar de la mejor forma, dentro de vuestras posibilidades, tanto en lo editado hasta la fecha, como en próximas ocasiones que pudieran surgir.

Reciban un cordial saludo,

Mario Araña

Programas Nacionales SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA, Director

Secretaría de Estado de la Seguridad Social

Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, Director

La OMS publica el informe “Global Health Risk”: cinco factores explican el 25% de la mortalidad mundial

Recientemente, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha publicado su informe sobre los principales factores de riesgo para la salud, *Global Health Risk*, que analiza hasta veinticuatro variables que amenazan a la salud de la población mundial, tanto aquellos que incrementan la vulnerabilidad a padecer otras enfermedades más graves (*morbilidad*) como los que suponen una mayor probabilidad de *mortalidad*. Entre todos estos elementos contribuyentes, la OMS no sólo incluye factores biológicos o fisiológicos de riesgo, sino que también reconoce la importancia de distintos factores medioambientales y comportamentales, así como destaca la relevancia de la interacción entre todos ellos, puesto que la mayoría de los principales problemas de salud que tienen lugar en la actualidad son en realidad condiciones multifactoriales.

Entre los principales resultados de este estudio, se encuentra que son cinco los factores que explicarían el 25% de las muertes que se producen en todo el mundo cada año: malnutrición e infrapeso infantil, prácticas sexuales de riesgo, consumo de alcohol, falta de higiene e hipertensión arterial. Es más, la OMS destaca que si se lograra un control de dichos factores, la esperanza de vida se incrementaría en unos 5 años a nivel mundial.

Por otro lado, en su análisis, la OMS observa cómo en los países más desarrollados los factores que amenazan la salud poblacional en mayor medida suelen relacionarse con hábitos de riesgo o estilos de vida no saludables. Concretamente, ocho variables –consumo de alcohol, hiperglucemia, consumo de tabaco, hipertensión arterial, IMC, hipercolesterolemia, baja ingesta de frutas y verduras y ausencia de práctica de ejercicio físico– explicarían el 75% de las enfermedades cardiovasculares que aparecen cada año, lo cual es de enorme importancia si se tiene en cuenta que los problemas cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países más avanzados.

Con todos estos resultados, la OMS concluye lo siguiente:

- ✓ Se constata la presencia de factores que reducen la salud de la población. No obstante, estas variables de riesgo son diferentes en función del nivel económico y de desarrollo de cada país. Así, mientras que en África y en las zonas con ingresos económicos más bajos, las enfermedades relacionadas con la malnutrición o la falta de higiene (diarrea, etc.), los problemas de tipo infeccioso (neumonía, malaria, SIDA, etc.) o los trastornos cardiovasculares son los que incrementan el riesgo de mortalidad; en los países con mayor desarrollo económico, son los factores relacionados con la práctica de hábitos de vida no saludables (inactividad física, alimentación, consumo de alcohol y tabaco, etc.) los que incrementan el riesgo de muerte.
- ✓ A nivel mundial, los hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 60 años tienen mayor riesgo de mortalidad que las mujeres.
- ✓ La depresión se ha convertido en el factor más importante que causa incapacidad temporal, registrándose una incidencia en la mujer que duplica a la del hombre.
- ✓ La obesidad o el sobrepeso, provocan ya más muertes a nivel mundial que el bajo peso.
- ✓ La mayoría de los cánceres que se producen el mundo (45%), se explican por factores de tipo medioambiental y comportamental.

En conclusión, tal y como destaca la OMS, estos datos son de enorme importancia para el desarrollo de políticas sanitarias más eficaces y adaptadas a la realidad de cada país. Especialmente, si se tiene en cuenta que los 10 principales factores de riesgo para la salud son modificables y, en la actualidad, son responsables de una esperanza de vida 7 años menor en los países más avanzados y hasta de 10 años menos en África.

Más información:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html

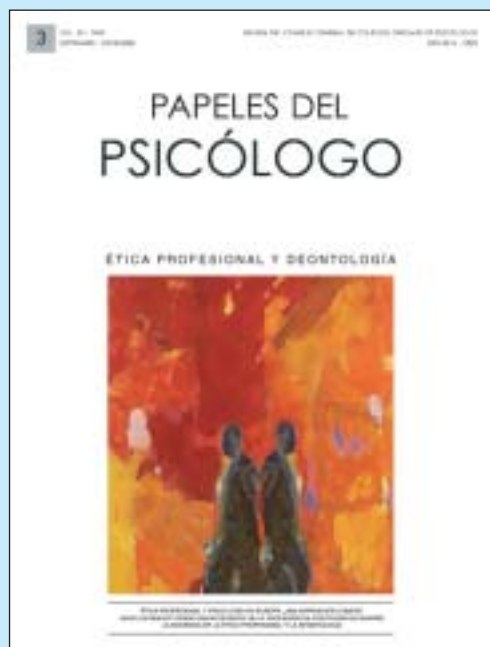
Papeles del Psicólogo en la base de datos de *PsycINFO* de la APA

Infocop ha tenido noticia de que *Papeles del Psicólogo*, revista que edita el propio Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (COP), fue aceptada a principios de noviembre de 2009 para su inclusión en la base de datos *PsycINFO* de la *American Psychological Association* (APA) –Asociación Americana de Psicología–.

En el año 1981, nace *Papeles del Psicólogo*, una revista del COP cuyo objetivo es el de publicar artículos científicos y de revisión sobre diferentes áreas de la Psicología. Actualmente, la revista está dirigida por **Serafín Lemos** y cuenta con un equipo de Directores Asociados integrado por **José Ramón Fernández-Hermida**, **Manuel Enrique Medina**, **José Carlos Núñez** y **José María Peiró**, así como con importantes y prestigiosos psicólogos españoles que componen el Consejo Asesor y el Consejo Editorial. Hoy en día, *Papeles del Psicólogo* es una de las publicaciones de Psicología con mayor difusión en nuestro país, puesto que no sólo la reciben todos los colegiados de España (casi 50.000), sino también las Facultades de Psicología de las distintas Universidades, así como otros centros de trabajo relacionados con la disciplina. Esta revista edita tres números al año y se difunde, además de en formato papel, *online* en su propia página Web y en la del Consejo.

Hasta ahora, *Papeles del Psicólogo* estaba incluida en bases de datos científicas tan importantes como *Psycodoc*, en la base de datos *ISOC (Psedisoc)*, en el directorio *DOAJ (Directory of Open Access Journals)* y en las bases de datos bibliográficas de *Elsevier (SCOPUS, Redalyc e IBECS)*.

PsycINFO es la base de datos más importante y completa de la Psicología científica, convirtiéndose en el motor de búsqueda de referencia, al ser reflejo de la calidad científica. De esta manera es un instrumento esencial para la investigación, no sólo por su amplia cobertura (incluye de manera sistemática la literatura psicológica desde el año 1800 hasta la actualidad) y su archivo histórico (algunos documentos datan del siglo XVII y XVIII), sino también porque recoge publicaciones de todos los campos de la Psicología en sus formatos de publicación (revistas, libros, etc.). Por todo ello, la inclusión en *PsycINFO* constituye, sin duda, uno de los reconocimientos más importantes a la calidad y rigurosidad científica de la revista *Papeles del Psicólogo*.



Se crea la Plataforma Psicología Sin Fronteras-España

El pasado 5 de septiembre se creó la *Plataforma Psicología Sin Fronteras-España* (PSSF), formada por las asociaciones de Psicología y Psicólogos Sin Fronteras de las Comunidades Autónomas de Asturias, Navarra, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía.

El movimiento de Psicología Sin Fronteras incluye a pro-

fesionales y estudiantes de Psicología, así como a personas de otras disciplinas, que han elegido aportar sus conocimientos, su tiempo e inquietudes a favor de un mundo más justo y solidario donde los derechos humanos, la salud integral, el bienestar psicológico y la autonomía de las personas y las comunidades sea la norma y no la excepción.

Con la creación de esta plataforma, acto que tuvo lugar en Toledo, se persigue aunar esfuerzos en cuestiones asociadas con el campo de la ayuda humanitaria, la intervención en catástrofes y emergencias, la cooperación al desarrollo, la intervención psicosocial, la sensibilización y la educación social, entre otros.

Guía de apoyo psicológico para Enfermedades Raras

La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER: <http://www.enfermedades-raras.org/>), en colaboración con la División biotecnológica de la compañía químico-farmacéutica alemana Merck, ha publicado recientemente la primera *Guía de Apoyo Psicológico para Enfermedades Raras*. La guía está dirigida a afectados y familiares, así como a los profesionales de la salud o voluntarios que atienden a este colectivo, proporcionando material muy valioso en la intervención con estas familias.

El término Enfermedades Raras hace referencia a un grupo diverso de enfermedades, la mayoría de base genética y de baja prevalencia, que se definen en el contexto de la Unión Europea como aquellas que, además de ocasionar peligro de muerte o invalidez crónica, afectan a menos de un paciente por cada 2.000 habitantes.

Dado que actualmente han sido catalogadas como raras entre 5.000 y 8.000 enfermedades diferentes, el conjunto de afectados por esta condición es muy elevado. Se estima que el total de afectados por patologías raras (llamadas también "huérfanas") ronda los 3 millones en España y los 27 millones en Europa.

El diagnóstico de una Enfermedad Rara (ER) supone un grave impacto para la familia debido a los condicionantes que guían este tipo de dolencias, ya que suelen tratarse de enfermedades muy graves, sin tratamiento específico y donde el grado de incertidumbre o desconocimiento, tanto para el afectado como para los familiares, suele ser muy elevado. Este diagnóstico (a menudo ligado a un largo peregrinaje por diferentes especialistas) supone un cambio importante para la dinámica familiar, por lo que la guía pretende facilitar este proceso de adaptación y minimizar el impacto emocional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y reducir las posibles secuelas a nivel psicológico entre los afectados (depresión, trastornos de ansiedad, problemas de sueño, pérdida de autoestima, etc.).

El manual, elaborado por psicólogos especialistas en este campo, plantea distintos niveles de atención en apoyo psicológico en ER en función de la complejidad de las necesidades del afectado y sus familiares. A través de los diferentes capítulos se definen las ER y su contexto, así como las necesidades psicosociales y sanitarias que presentan estos afectados y sus familiares. También se proporcionan claves para reconocer las diferentes fases del proceso de adaptación por las que pasa el enfermo y su familia; así como las actitudes que son más adecuadas para afrontar estas fases y poder llevar a cabo este proceso de manera constructiva.

La guía aborda el problema del estrés como factor de riesgo para la aparición de complicaciones médicas asociadas a la enfermedad y conflictos familiares, y proporciona pautas de manejo del estrés y herramientas para mejorar la comunicación con el afectado y su familia. Por último, se detallan los diferentes servicios de atención psicológica que proporciona FEDER.

Se puede descargar la Guía a través de la página Web de FEDER: http://www.feder.org.es/ver_noticia.php?id=525

Infórmate

Tus noticias siempre al día

www.infocoponline.es

Nueva guía sobre trabajo saludable con personas dependientes

Comisiones Obreras de Navarra, en colaboración con la **Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales**, acaba de editar una guía sobre la prevención de riesgos laborales en las personas que trabajan como cuidadores: *Guía sobre trabajo saludable con personas dependientes. Guía de prevención de riesgos laborales para trabajadores y trabajadoras del sector.*

En enero de 2007, entró en vigor la *Ley de la Dependencia para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (Ley 39/2006), que pretende regular las condiciones básicas y promover la autonomía de las personas en situación de dependencia y, para ello, se ha creado un catálogo de servicios enmarcado en el *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD). En este catálogo se incluyen diferentes servicios como son el de teleasistencia, el de ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y los centros de atención residencial; así mismo, se reconoce que existen dos tipos de cuidadores: los no profesionales (habitualmente familiares) y los profesionales.

Como su título indica, esta guía va dirigida a los cuidadores

profesionales cuyo trabajo consiste en la atención a personas en situación de dependencia (ancianos, personas con discapacidad física y/o psíquica) y que desarrollan sus funciones laborales en cualquiera de los servicios incluidos en el SAAD.

El objetivo de este documento es el de informar sobre los riesgos propios de este sector, especialmente los de tipo psicosocial y ergonómico, así como ofrecer pautas específicas para minimizar dichos riesgos.

Iniciativas como éstas son de un gran valor, puesto que la aprobación de la Ley de la Dependencia supone un incremento paulatino de los profesionales en este campo. Estos trabajadores pueden estar sometidos a importantes riesgos laborales de diferentes tipos (ergonómicos, psicosociales, biológicos, etc.) que, de no controlarse, podrían atentar contra su seguridad y salud en el trabajo.

La Guía sobre Trabajo Saludable con Personas Dependientes, puede consultarse en la página Web de CCOO-Navarra: http://www.ccoonavarra.org/files/Publicaciones/PUBLICACIONES%20POL%c3%8dTI-CA%20SOCIAL/2009/Guia_dependencia_09.pdf.

H. Carpintero, nombrado Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de San Luis

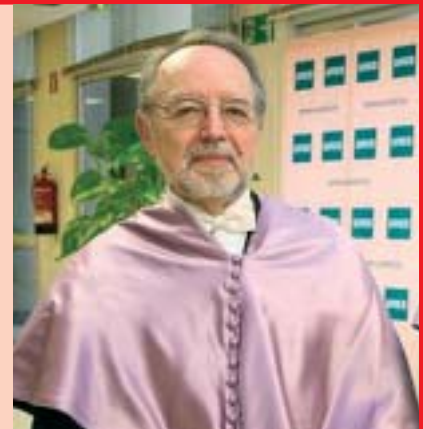
El pasado 1 de octubre, la Universidad Nacional de San Luis (Argentina), nombró Doctor Honoris Causa al psicólogo español **Helio Carpintero Capell**.

El profesor Helio Carpintero es Catedrático de Psicología Básica II- Procesos Cognitivos en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid. A lo largo de su dilatada trayectoria profesional, ha recibido numerosas distinciones, siendo nombrado Académico de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Doctor Honoris Causa por la Universidad de Valencia, Doctor

Honoris Causa por la UNED y miembro de Honor del Consejo General de Colegios de Psicólogos de Madrid.

Helio Carpintero ha realizado una importante contribución al desarrollo de la Psicología. Su línea de investigación se ha centrado, fundamentalmente, en el desarrollo histórico de la Psicología, siendo uno de sus más importantes aportes al campo de la investigación historiográfica la promoción del uso de herramientas de cuantificación de la literatura científica (bibliometría).

Posee numerosos trabajos publicados en revistas científicas (más de 350 artí-



culos) y cuenta con 48 tesis doctorales dirigidas. Además, es autor de varios libros, algunos de ellos de referencia internacional en el campo de la Psicología, como "Historia de las ideas psicológicas" (1996) o "Historia de la Psicología en España" (1994).

Se celebra el Día Mundial Contra el Dolor

El pasado 19 de octubre de 2009, se celebró el Día Mundial Contra el Dolor. La campaña, organizada por la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor** (*International Association on the Study of Pain*; IASP) y la *European Federation of the IASP Chapters (EFIC)*, tiene el objetivo de llamar la atención mundial sobre la necesidad urgente de buscar alternativas eficaces para el alivio del dolor, considerándolo una parte integral del derecho que tienen todos los afectados por enfermedades donde el dolor forma parte esencial de su sufrimiento, como el cáncer o el VIH.

En colaboración con la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, desde hace 8 años se viene celebrando este día, y cada 19 de octubre se selecciona una temática específica del área del dolor, alrededor de la cual se organizan durante todo el año conferencias y reuniones, así como se difunden estudios científicos.

La campaña que ha tenido lugar a lo largo de este último periodo ha estado centrada en el dolor oncológico, y, a partir de este año, se inicia un nuevo proyecto 2009-2010, centrado en el dolor musculoesquelético.

El dolor musculoesquelético es el síntoma más

frecuente en todo el mundo. Se trata de un problema complejo y habitualmente de carácter crónico, en el que se incluyen diferentes tipos de dolor: dolor de cuello, dolor de extremidades, dolor de espalda, dolor en las articulaciones, dolor de huesos y dolor crónico generalizado, entre otros. Dentro de este grupo de patologías, se engloban más de 200 tipos, como la artritis reumatoide, la lumbalgia, la fibromialgia o la artrosis.

Las bajas laborales relacionadas con dolencias de este tipo suponen un elevado coste para los sistemas sanitarios y económicos de los países industrializados. En España, las enfermedades musculoesqueléticas fueron la principal causa de incapacidad temporal en 2007 y produjeron casi 36 millones de días de baja laboral, con un coste para el **Instituto Nacional de la Seguridad Social**, las mutuas y las empresas de más de 500 millones de euros, según los datos del informe *Salud y Trabajo*, presentado el pasado mes de julio ante el Senado por un grupo de expertos pertenecientes a una Comisión conjunta de Sanidad y Política Social y Trabajo e Inmigración.

La IASP recomienda abordar las enfermedades reumáticas desde una óptica multidisciplinar, donde los cuidados paliativos formen parte integral del tratamiento.

A través de la puesta en marcha de esta campaña, la IASP tiene previsto poner a disposición de los usuarios de la Web una gran variedad de materiales sobre diferentes aspectos como: tratamientos basados en la evidencia para el manejo del dolor musculoesquelético agudo, artritis reumatoide, aspectos básicos de dolor de las articulaciones, etc.

Más información en:

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2009_2010_Musculoskeletal_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=9310



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

España, decimoquinto país más feliz del mundo según la *World Database of Happiness*

En los últimos años se ha podido observar como la Psicología se ha ido interesando cada vez más por el estudio científico de las emociones positivas, el bienestar y la felicidad. A este respecto, **Ruut Veenhoven**, profesor emérito de la Universidad Erasmo de Róterdam en Holanda, dirige, desde el año 2000, el desarrollo de la base de datos sobre el nivel de felicidad a nivel mundial – *World Database of Happiness*–.

La inmensa mayoría de las personas desea ser feliz y disfrutar de la vida. No obstante, el estudio científico de qué es lo que nos hace felices y por qué unas personas lo consiguen con mayor facilidad que otras es una cuestión que sólo recientemente se ha comenzado a abordar empíricamente de una manera sistemática.

Con el objetivo de contribuir al desarrollo del estudio científico de este área, Veenhoven ideó un registro continuo cuyo objetivo es el de recopilar diferentes investigaciones rigurosas sobre felicidad que se están llevando a cabo en el mundo, que, de otro modo, estarían dispersas por diversos puntos de divulgación. Gracias a la convergencia de todos estos datos en un mismo punto, se ha podido desarrollar un análisis comparativo de los diferentes índices de felicidad por países, así como en función de otras variables que podrían influir (edad, estado de salud, estilo de vida, relaciones sociales, pareja, etc.) y los factores que se relacionan con una mayor o menor satisfacción con la vida.

Recientemente, se acaba de publicar la actualización 2009 de esta base de datos en la que el país que presenta una mayor número de años vividos felizmente (relación entre la media de satisfacción con la vida y la esperanza media de vida de cada país) es Costa Rica (66,7 años), mientras que Zimbabwe sería el que se encuentra en el último puesto de la clasificación (12,5 años).

España ocupa el puesto número quince con una media de unos 58,8 años de satisfacción con nuestra vida. Es más, si se realiza un análisis a nivel europeo, avanzaríamos hasta el undécimo lugar, por detrás de los países nórdicos, Suiza, Luxemburgo, Holanda y Austria, pero por delante de Bélgica (58,6 años felices por esperanza media de vida), Alemania (55,2), Italia (54,4), Francia (52,8), Grecia (51,5) o Reino Unido (51,2).

Curiosamente, si bien es cierto que los países que se encuentran en las últimas posiciones de la lista son aquellos que tienen unas condiciones más precarias (Mozambique, Togo, Tanzania, Burundi o Zimbabwe, entre otros), los que ostentan los primeros puestos, que presentan un nivel de vida adecuado, no coinciden con los más ricos del mundo, sino con otras variables más relacionadas con el estilo o la calidad de vida.

FOCAD
Formación Continuada a Distancia
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Infórmate
www.cop.es/focad

FORMACIÓN continuada a DISTANCIA
FOCAD

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos ya ha puesto en marcha el Programa de Formación Continuada 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.

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

VARIABLES PSICOSOCIALES QUE PREDICEN LA SUPERVIVENCIA EN LOS TRASPLANTADOS

MA ÁNGELES PÉREZ¹, AGUSTÍN MARTÍN¹, ANTONIO GALÁN² Y MERCEDES BORDA¹

¹UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y ²JUNTA DE EXTREMADURA

Para muchos enfermos, el trasplante de órganos es una alternativa terapéutica que les permitirá sobrevivir y recuperar un funcionamiento personal cercano a la normalidad. No obstante, no se trata de un procedimiento médico que ofrezca un resultado exento de dificultades. Así, y tal como nuestro grupo de investigación ha abordado en diversos estudios (p.e. Pérez y Martín, 2002; Pérez, Martín, Díaz y Pérez, 2006; Pérez, Martín y Galán, 2005, 2007; Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000; Pérez, Martín y Pérez, 2008), en muchos trasplantados encontraremos complicaciones psicológicas como ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, fantasías sobre el donante e insatisfacción con la imagen corporal.

Dado que algunas variables psicosociales acompañan al paciente a lo largo de todo su recorrido médico (pre y post-trasplante), nos planteamos la utilidad de determinar con cuáles de ellas podemos predecir la evolución posterior del estado de salud. El objetivo final sería lograr una identificación precoz de las dificultades y así poder intervenir con el paciente lo antes posible. En nuestro es-

tudio tomamos en consideración cuatro variables psicosociales de gran relevancia en el ámbito de la Psicología de la Salud: Ansiedad, Depresión, Patrón de Conducta Tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia...) y Apoyo Social.

La primera fase del estudio implicó que, durante un intervalo temporal de dos años, seleccionáramos a un grupo de 166 pacientes recién trasplantados, a los que evaluábamos con una entrevista y varios cuestionarios. Los enfermos eran valorados cuando recibían el alta

de la Unidad de Cuidados Intensivos en la que habían sido ingresados tras la intervención quirúrgica.

La segunda fase se iniciaba un año después del trasplante. En ese momento, nos interesamos por averiguar qué pacientes habían fallecido durante este período de tiempo. De esta manera, identificamos a los 22 pacientes que habían fallecido, dentro del grupo total de 166 enfermos. Con el objeto de contar con un grupo de comparación, seleccionamos, de entre los supervivientes, a 22 pacientes similares en cuanto al tipo de órgano trasplantado, edad y género. La pregunta que nos formulábamos era: justo después del trasplante ¿se diferenciaban a nivel psicosocial los pacientes que iban a fallecer de aquellos otros que sobrevivirían?

De las cuatro variables consideradas, encontramos diferencias en Ansiedad y Depresión, en las que puntuaron significativamente más alto los pacientes que habían fallecido, en comparación con los que permanecerían vivos al año del trasplante. En cambio, no había diferencias ni en Patrón de Conducta Tipo A ni

M^a Ángeles Pérez San Gregorio, es Especialista en Psicología Clínica, Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, Máster en Psicología Clínica y de la Salud, y autora de numerosas publicaciones relacionadas con la Psicología de la Salud.

Agustín Martín Rodríguez, es Especialista en Psicología Clínica, Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, Máster en Terapia Familiar y de Sistemas, y autor de numerosas publicaciones relacionadas con la Psicología de la Salud.

Antonio Galán Rodríguez, es Doctor en Psicología y Especialista en Psicología Clínica; las áreas de investigación en las que trabaja son la Psicología de la Salud y el Bienestar en la Infancia.

Mercedes Borda Más, es Especialista en Psicología Clínica, Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, y autora de numerosas publicaciones vinculadas a la Modificación de Conducta y a la Psicología de la Salud.

Esta investigación ha sido financiada por el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) y el Instituto de Salud Carlos III (Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación) (Expediente nº PI060095).

PUBLICIDAD



en nivel de Apoyo Social, a pesar de que habitualmente se ha considerado que estas variables tienen cierto impacto en la evolución física y psíquica de los enfermos.

Una posible explicación para estos resultados es que los pacientes con un alto nivel de ansiedad tras el trasplante, pudieran prestar menos atención a los hábitos de salud, lo cual conllevaría un deterioro en el funcionamiento biológico. De la misma manera, la sintomatología depresiva también parece implicar un deterioro en la evolución del estado de salud, lo que podría atribuirse a una menor adherencia al tratamiento médico.

No obstante, es posible plantear una explicación alternativa; pudiera ser que los pacientes con dificultades médicas de relevancia desde los momentos inmediatamente posteriores al trasplante sufran mayores niveles de ansiedad y

depresión. En este caso un peor estado de ánimo no sería tanto un factor causal del futuro fallecimiento, como un indicador de riesgo de esta posible mala evolución médica. A favor de esta explicación alternativa aparece el hecho de que el grupo de pacientes que más tarde fallecerían permaneció ingresado en la Unidad de Trasplante durante un período de tiempo más largo que los enfermos que sobrevivirían. Este cuestionamiento ofrece una interesante línea de trabajo para futuras investigaciones.

En resumen, el hallazgo fundamental de nuestro estudio es la constatación de que el estado afectivo (sintomatología ansiosa y depresiva) de los pacientes en los momentos inmediatamente posteriores al trasplante, permite distinguir a los enfermos que fallecerán respecto a los que sobrevivirán. Esto subraya la importancia de identificar tempranamente el estado afectivo de los enfermos, e incluso plantearse la utilidad de una intervención terapéutica en esos primeros momentos. Todo ello redundaría en una mejor adaptación tras el trasplante, que incluyera el aceptar el riguroso régimen de cuidado sanitario que impone este procedimiento médico. De esta forma, podríamos aumentar la supervivencia de los injertos y disminuir la mortalidad en los trasplantados.

El artículo original en el que se basa este trabajo se encuentra en la siguiente publicación: Pérez, M.A., Martín, A., Galán, A., y Borda, M. (2009). Living and deceased transplanted patients one year later: Psychosocial differences just after surgery. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 429-438.

REFERENCIAS

- Pérez, M.A., y Martín, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 439-453.
- Pérez, M.A., Martín, A., Díaz, R., y Pérez, J. (2006). The influence of posttransplant anxiety on the long-term health of patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406-2408.
- Pérez, M.A., Martín, A., y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 99-114.
- Pérez, M.A., Martín, A., y Galán, A. (2007). Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 633-639.
- Pérez, M.A., Martín, A., Gallego, A., y Santamaría, J.L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (1), 71-87.
- Pérez, M.A., Martín, A., y Pérez, J. (2008). Psychological differences of patients and relatives according to post-transplantation anxiety. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (1), 250-258.

Entrevista a Francisco Santolaya en “Redacción Médica”

El Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), **Francisco Santolaya**, participó en el mes de octubre en los Cafés de *Redacción Médica* organizados por *Sanitaria 2000*, empresa editora de la revista *Redacción Médica*.

En la entrevista concedida a ese medio, **Santolaya**, se mostraba crítico con las Administraciones en lo que respecta al trato que están dispensando al colectivo que representa y abordó cuestiones tales como la situación del Máster Oficial de Psicología de la Salud, pendiente de aprobación por parte del Gobierno, la escasez de psicólogos en el sistema sanitario público de nuestro país, el número insuficiente de plazas PIR o las repercusiones de la posible eliminación de la colegiación obligatoria.

A lo largo de la entrevista, **Santolaya**, quiso ensalzar la unidad de criterio y de acción de todos los componentes del COP en lo que respecta a los temas importantes que afectan a la profesión del psicólogo, así como la buena relación existente actualmente con Unión Profesional y con los colegios del ámbito sanitario a nivel autonómico, coincidentes todos estos grupos en la necesidad de mejorar la gestión de los recursos que tiene la Administración pública.

Asimismo, el Presidente del COP, hizo hincapié en el trato discriminatorio que están recibiendo los psicólogos



por parte de la Administración pública de nuestro país, en comparación con otros profesionales sanitarios, a pesar del alto grado de reconocimiento del que gozan los psicólogos a nivel social y de la importante y creciente presencia de la Psicología española en los foros internacionales.

Respecto a la aprobación del nuevo Máster Oficial de Psicología de la Salud, según palabras de Francisco Santolaya, la demora en la puesta en marcha del anunciado Máster Oficial de Psicología de la Salud -compromiso adquirido por distintos ministros de Sanidad y apoyado por el Congreso de los Diputados-, está impidiendo que se solucione la regulación para el ejercicio de la profesión, tan necesaria desde que la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) excluyera a los licenciados en Psicología (a pesar de ser una profesión eminentemente sanitaria).

La puesta en marcha de este Máster, según indicaba el Presidente del COP, permitiría a los psicólogos licenciados, tras dos años de formación práctica, obtener el merecido reconocimiento de profesionales sanitarios. Sin embargo, el proceso está pendiente de aprobación por el Gobierno, a pesar de que en enero de 2009 (hace 10 meses) se entregó a la Administración la propuesta de Máster por parte del COP y de la de la Conferencia de Decanos.

Por otro lado, Santolaya alabó la ampliación de la formación PIR de tres a cuatro años (medida aprobada recientemente), aunque señaló la escasez de plazas de formación PIR ofertadas por el Ministerio de Sanidad (tan sólo 131 para los 2.500 psicólogos que suelen presentarse a estas convocatorias). En esta línea, apoyó la incorporación de psicólogos en los servicios de Atención Primaria, tal y como está sucediendo en otros países como Reino Unido, estimando que sería necesario incluir al menos 3.000 psicólogos en Atención Primaria y doblarse la plantilla actual y crearse nuevas plazas en los Servicios de Psicología localizados en los hospitales, para poder cubrir las necesidades asistenciales de nuestro país en materia de salud mental.

En lo referente a la propuesta del Gobierno de eliminar la colegiación obligatoria, el Presidente del COP advirtió de la pérdida de derechos que supondría esta medida para los propios profesionales, ya que las organizaciones

EL CONSEJO INFORMA

colegiales en España son corporaciones de derecho público que velan por la defensa de los beneficios e intereses de sus asociados. Además, esta medida supondría un retroceso en la calidad de la atención que se presta a los usuarios de los servicios de salud, debido a que los Colegios potencian la formación de sus colegiados, permiten exigir unos estándares de calidad en las intervenciones y garantizan un cumplimiento ético y deontológico del ejercicio profesional.

En otro orden de cosas, Francisco Santolaya destacó la labor de los profesionales de la Psicología en el ámbito de emergencias y catástrofes, aunque reclamó la necesidad de imple-

mentar protocolos de actuación a nivel nacional en este ámbito. En este sentido, tal y como aparece recogido en la entrevista, ha señalado que: "...Estoy orgulloso de cómo trabajan los psicólogos en general. Desde el punto de vista de la calidad científica y profesional, la Psicología española está reconocida en todo el mundo. Nuestra creciente presencia en foros internacionales así lo acredita. A pesar de es-

to, la Administración sólo se acuerda de nosotros cuando hay un problema grave".

Por último, Francisco Santolaya, en su calidad de Presidente de la Federación Iberoamericana de Psicología (FIAP), comentó también el importante papel que juega esta federación, y la interesante y necesaria colaboración entre España y los países del ámbito iberoamericano para el avance de la Psicología. En relación a esta línea de cooperación, anunció la celebración del VII Congreso Iberoamericano de Psicología, que tendrá lugar en Oviedo (Asturias) el próximo 21 al 24 de julio de 2010, y que será organizado por el COP.

La entrevista completa concedida a Redacción Médica puede encontrarse en el siguiente enlace:

<http://www.infocoponline.es/pdf/211009entrevista.pdf>

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 Regulador).

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 **Países en vías de desarrollo**
20 dólares USA (18,00 €) 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@cop.es

Página Web <http://www.cop.es>

Firma _____

Quinto listado de Psicólogos Especialistas en Psicoterapia de la EFPA/COP

Infocop viene informando puntualmente sobre todas las novedades del proceso para obtener el **Certificado EFPA/COP de Especialista Europeo en Psicoterapia** por parte de los colegiados que cumplan los requisitos exigidos y que así lo soliciten. Este certificado pretende ser un instrumento de reconocimiento común en el ámbito europeo entre las diferentes asociaciones y colegios profesionales de la Psicología, y con el que se pueda garantizar la calidad profesional de los psicólogos que lo detenten.

Hasta la fecha, se han publicado en esta Web los cuatro primeros listados de colegiados que han obtenido el certificado EFPA/COP. Continuando con los avances en el proceso de valoración de los expedientes recibidos por parte del **Comité Nacional de Acreditación de Psicólogos Especialistas en Psicoterapia**, Infocop publica el quinto listado con los nombres de los colegiados que han sido aprobados en la última reunión de valoración.

El **Comité Nacional de Acreditación de Psicólogos Especialistas en Psicoterapia** continúa trabajando para poder resolver a la mayor brevedad posible las solicitudes que se han ido recibiendo en los últimos meses. En este sentido, desde el **Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)** se anima e invita a todos los colegiados que cumplan con los requisitos exigidos para la obtención de este certi-

ficado de indudable valor profesional, a presentar las solicitudes correspondientes, siguiendo la vía abierta en estos momentos.

Como ya se informó en esta publicación, para realizar la solicitud, serán requisitos imprescindibles ser psicólogo, haber estado colegiado y haber ejercido la Psicoterapia durante, al menos, un periodo de seis años, tres de ellos en los últimos cinco años.

Las personas interesadas pueden encontrar toda la información sobre el proceso de obtención del certificado en la dirección: <http://www.cop.es/certificado/> y accediendo a las noticias publicadas en *Infocop* e *Infocop Online*.

- ✓ A-00972 Fernando Rosel Lana. Zaragoza
- ✓ A-01050 Sergio Moreno González. Zaragoza
- ✓ AN00318 Mónica Rodríguez Ballesteros. Chiclana de la Frontera
- ✓ AN00713 Maravillas Rosado Cobián. Cádiz
- ✓ AN01067 Mercedes Castillo Gómez. Sevilla
- ✓ AN01276 M^a del Prado Bermúdez Langa. Cádiz
- ✓ AN02446 Juan Angel Correa de la Calle. Cádiz
- ✓ AO00477 Enrique Pérez de Haro. Almería
- ✓ AO01218 Francois Henri Louis Naubron. Almería
- ✓ AO01643 Rocío Cobo Gutiérrez. Jaén
- ✓ AO02959 Gema Villar Bermejo. Almería
- ✓ AO03237 Sebastián Ruíz Villacañas. Jaén

- ✓ BI00303 Ángel Calleja Tejedor. Vizcaya
- ✓ BI00616 Jon Arruabarrena Arregi. Durango
- ✓ BI00688 Pilar Garay Ruiz. Santurtzi
- ✓ BI01252 Amaia Arce Antón. Bilbao
- ✓ BI01760 Iratxe Iturriaga Oñarte-Echevarria. Bermeo
- ✓ BI02095 Idoia Castro Ugalde. Bilbao
- ✓ BI02176 Elena López de la Calle Ortega. Bilbao
- ✓ BI02628 Patricia Calero Vicente. Basauri
- ✓ BI03111 Kepa Torrealdea Koskorotza. Lekeitio
- ✓ C-00262 Rosa Royo Esques. Barcelona
- ✓ C-00406 Montserrat Guardia Porcar. Barcelona
- ✓ C-01951 M. Dolors Capellanes Luna. Igualada
- ✓ C-01970 Gema Cervera Sánchez. Lérida
- ✓ C-02271 Xavier Moriones Pellisa. Tarragona
- ✓ C-04661 Eulalia Ruiz Farre. Lérida
- ✓ C-05716 Isabel Paredes Verdaguer. Granollers
- ✓ C-05919 Isidro Rebollo Conejo. Gerona
- ✓ C-08393 M^a Trinidad Pérez Palma. Badalona
- ✓ C-08535 Cristina Garbo Bojoch. Ripollet
- ✓ C-08761 Ester Pla Colomer. Gerona
- ✓ C-10468 Sonia Vilamala Antón. Barcelona

EL CONSEJO INFORMA

- ✓ CL00552 M^a Begoña Treceño Campillo. Palencia
- ✓ CL01525 Pedro Martínez Cano. Valladolid
- ✓ CL01681 José Antonio Alonso Sánchez. Salamanca
- ✓ CV00105 Ángel Martínez Moreno. Valencia
- ✓ CV01294 Cristina Aguilar Giner. Valencia
- ✓ CV02157 Isabel Piñón Escura. Castellón
- ✓ CV02257 José Cano Devesa. Altea
- ✓ CV02617 José Rubén Miro Montes. Valencia
- ✓ CV02990 M^a Consuelo Albert Mas. Alicante
- ✓ CV03304 Rosario Morales Moreno. Valencia
- ✓ CV03764 Amparo Sauri Martínez. Valencia
- ✓ CV03906 Pilar Tomas Martínez. Massanassa
- ✓ CV03980 Carlos García García. Valencia
- ✓ CV06725 Francisco Javier Torro Biosca. Eliana, L'
- ✓ CV07246 Verónica Guillen Botella. Valencia
- ✓ CV07740 Santiago Manuel Muñoz de Ariza. Valencia
- ✓ CV07793 Francisco Gómez Bertomeu. Valencia
- ✓ G-00184 Santiago David Suarez Pita. A Coruña
- ✓ GZ00661. José Rafael Godoy Rioja. Donostia
- ✓ M-00227 Amadeo Maños Gonzalbo. Madrid
- ✓ M-01088 Magdalena Grimau Arias. Madrid
- ✓ M-01141 Félix García-Villanueva Zurita. Madrid
- ✓ M-01787 Francisca Garcia Guerrero. Madrid
- ✓ M-02984 Joséfa Pérez García. Valdemoro
- ✓ M-03101 Dolores Aguilera Medina. Madrid
- ✓ M-03258 Ángel Marín Tejero. Madrid
- ✓ M-03677 Javier Castelo Berastegui. Madrid
- ✓ M-03903 M^a Isabel Martín Senovilla. Madrid
- ✓ M-05277 Guadalupe Gil Burmann. Madrid
- ✓ M-05744 Ana María López Fuentetaja. Madrid
- ✓ M-06419. Luis Miguel García Moreno. Madrid
- ✓ M-06747 Estela Maris Arriagada Vavrikova. Madrid
- ✓ M-07331 Pilar Crespo Fessart. Madrid
- ✓ M-07523 Carmen Alonso Fernández. Madrid
- ✓ M-07644 Patricia Aracil Santos. Madrid
- ✓ M-08057 Amparo Bastos Flores. Madrid
- ✓ M-09103 Olga Garrote Llanos. Madrid
- ✓ M-09423 Agustina Vinagre González. Griñón
- ✓ M-10273 Elisa Dolores López Martín-Berdinos. Madrid
- ✓ M-10615 M^a del Pilar Migallón Lópezosa. Madrid
- ✓ M-11217 M^a Ángeles Payno Vargas. Colmenarejo
- ✓ M-11247 M^a Victoria Martos Aguilera. Madrid
- ✓ M-11358 Enrique Parada Torres. Moralzarzal
- ✓ M-11709 M^a Antonia Giménez Sánchez-Ferrer. Madrid
- ✓ M-11916 Paloma Barroso Sánchez. Madrid
- ✓ M-12091 Belén Silvan Oro. Pozuelo de Alarcón
- ✓ M-12400 M^a Yolanda Sánchez Galán. Madrid
- ✓ M-12635 Ángel Eduardo Lejarriaga Martínez. Getafe
- ✓ M-12639 Manuel Jesús Rodríguez Abuin. Madrid
- ✓ M-12768 Macarena Fernández Hoyo. Madrid
- ✓ M-12896 Ana Romero-Valdespino Vallaure. Madrid
- ✓ M-12897 Rodrigo Martínez de Ubago Campos. Madrid
- ✓ M-12932 Lourdes Pérez Díaz. Madrid
- ✓ M-13022 Daniel Navarro Bayón. Illescas
- ✓ M-13410 Mercedes Díaz-Salazar Martín de Almagro. Villanueva del Pardillo
- ✓ M-13473 Guillermo Blanco Bailac. Rivas Vaciamadrid
- ✓ M-14004 M^a Eugenia Salvador Manzano. Madrid
- ✓ M-14149 Pilar Blanco Alfaro. Pozuelo de Alarcón
- ✓ M-14623 Julia Baldeon Soto. Boadilla del Monte
- ✓ M-15389 Noelia García Diéguez. Madrid
- ✓ M-15627 Paloma Lucia Alegre Fernández de Murias. Madrid
- ✓ M-16234 Silvia Monzón Reviejo. Madrid
- ✓ M-16454 Belén Fondón Contreras. Madrid
- ✓ M-16556 Cesar Augusto García Becerro. Madrid
- ✓ M-16560 M^a Belén Arambilet Merino. Madrid
- ✓ M-16821 M^a Jesús Andrés Pérez. Madrid
- ✓ M-16850 José Félix Rodríguez Rego. Madrid
- ✓ M-17080 M^a Nieves Martín López. Madrid
- ✓ M-17419 Patricia Solans Blanco. Madrid
- ✓ M-19598 Ana Isabel Rico Prieto. Madrid
- ✓ M-19996 Juan Ignacio Montanos Martín. La Cabrera
- ✓ MU00001 Francisco Vázquez Villa. Cieza
- ✓ MU01504 Isabel M^a de Haro García. Cartagena
- ✓ MU01516 Gonzalo Díaz Gutiérrez. Cartagena
- ✓ O-00436 Luis María Villota Villota. Avilés
- ✓ O-00727 Olga María Álvarez Botamino. Naveces-Castrillo
- ✓ O-00805 M^a Jesús Álvarez Alba. Avilés
- ✓ O-01186 Ana M^a Rodríguez Fernández. Oviedo
- ✓ R-00092 Roberto Oraa Baroja. Logroño
- ✓ T-00003 Lorenzo Gil Hernández. Sta. Cruz de Tenerife
- ✓ T-00454 María Adelaida Gutiérrez León. Sta. Cruz de Tenerife
- ✓ T-00511 Luis Haro Álvarez. Sta. Cruz de Tenerife

Fe de erratas aprobadas en reuniones anteriores

- ✓ C-07207 M^a Carmen Monferrer Pedrós. Mollet del Valles
- ✓ M-04846 M^a Luisa Rodríguez Garza. Madrid
- ✓ O-01048 Raquel Buznego Cueto. Gijón



ACREDITACIÓN SANITARIA

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco exige a todos los colegiados que no posean el *Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica* y realicen funciones sanitarias que posean la correspondiente *Acreditación Sanitaria* que expide dicho departamento. A la documentación requerida, deberá adjuntarse la *Acreditación Profesional*, documento que puede proporcionar el propio COP Bizkaia, de forma totalmente gratuita.

De esta forma, el profesional se ajustará a lo establecido en el Decreto 53/2006 de 8 de junio, así como a lo establecido en la Orden SCO 1741/2006 de 29 de mayo por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2006 de 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

OFERTA FORMATIVA

El pasado mes de septiembre, se celebraron las jornadas gratuitas tituladas *Tengo miedo a tener miedo. Como abordar con tecnología de tercera generación*. **Roberto Aguado** fue el encargado de impartir jornadas, a las que acudieron unos cien colegiados, que se enmarcan dentro del *Master de Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología*

de la Salud, que se imparte en colaboración con el Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado.

A través del acuerdo que mantiene el COP Bizkaia con el Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado, se han convocado los cursos de: *Experto en Psicodiagnóstico y Peritaje Jurídico*, *Experto en Intervención con PTL de los Trastornos de la Infancia y la Adolescencia*, *Experto en Terapia de Interacción Recíproca y Practicum*. *Supervisión de Casos Clínicos*. Asimismo, se organizarán diferentes seminarios que formarán parte del Máster en Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología de la Salud.

Los pasados meses de julio y septiembre, se iniciaron los Cursos de Preparación al PIR y la Escuela de Práctica Psicológica (EPP), respectivamente.

CONSEJO ASESOR DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR

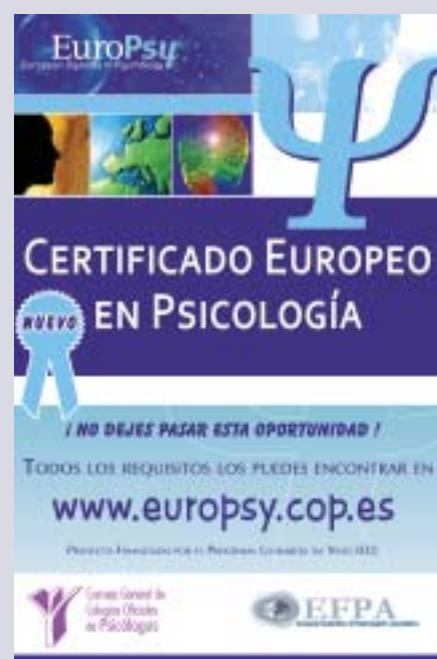
Desde la Dirección de Bienestar Social del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y por el Decreto 84/2009 de 21 de abril, se ha creado un *Consejo Asesor de la Mediación Familiar* en cuya composición tiene que haber una representación de los Colegios Profesionales vinculados a ese área. Con este motivo, el COP

Bizkaia a través de un vocal será el representante de los COP de las tres provincias del País Vasco.

SORTEOS DE BECAS

Se han realizado numerosos sorteos entre las personas colegiadas para participar en distintos congresos, másters, cursos, etc.

Agurtzane García
COP Bizkaia





Principado de Asturias

CONVENIO DEL COPPA CON EL 112

Con fecha 23 de septiembre de 2009 por Resolución de la Presidenta de la Entidad Pública 112 Asturias, se ha procedido a prorrogar por un año más el Convenio de Colaboración suscrito y firmado el 25 de septiembre de 2008 entre COPPA y la Entidad Pública 112 Asturias. Este Convenio tiene como objetivo brindar asistencia psicológica a las víctimas ante situaciones de emergencia y de catástrofe.

CURSO: MANEJO DE RESPUESTAS DE ANSIEDAD EN INTERVENCIÓN EN CRISIS

Durante los días 25 y 26 de septiembre, se desarrolló esta actividad formativa dirigida a los miembros del *Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC)* e impartida por el psicólogo experto en crisis **Antonio de Dios González**.



Antonio de Dios y algunos miembros del GIPEC durante el curso sobre Manejo de Respuestas de Ansiedad en Intervención en Crisis

El objetivo de esta acción formativa fue dotar a los participantes de los conocimientos, habilidades y herramientas específicas para afrontar con éxito y seguridad uno de los momentos más frecuentes en la intervención en crisis, el tratamiento del paciente en crisis de pánico o ansiedad, y así poder hacer una labor lo más profesional y humanitaria posible.

CONVOCATORIA DE ELECCIONES A JUNTA DE GOBIERNO DEL COPPA

La Junta de Gobierno, en su reunión del día 25 de septiembre, acordó por unanimidad que el pasado día 2 de octubre se hiciera pública la convocatoria de elecciones a Junta de Gobierno del COPPA, aprobando el calendario electoral. Las elecciones se celebrarán el día 29 de enero de 2010 y tendrán lugar en la sede del Colegio.

Roberto Secades

Secretario de la Junta de Gobierno del COPPA



Ceuta

EL COPCE OFRECE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A LA POLICÍA LOCAL Y LOS BOMBEROS DE CEUTA

Desde el pasado mes de abril, **Lola Lara Ogalla** (CE-049), presta sus servicios profesionales a los agentes de Policía Local y Bomberos de la Ciudad Autónoma de Ceuta. La importancia de esta noticia radica en la necesidad de apoyo e intervención psicológica sobre este colectivo.

La idea surgió de la propia psicóloga, que supo hacer ver a las autoridades competentes lo fundamental que es que estos funcionarios, cuya difícil labor es por todos conocida, contaran con atención directa en este campo y poder actuar así desde la prevención y no cuando los problemas psicológicos están ya enraizados en mayor o menor medida.

Por su propia experiencia personal, Lola Lara Ogalla conoce muy bien cómo funciona la seguridad ciudadana y lo desatendido que está este funcionario en temas de orientación y consejo psicológico.

El servicio ha sido muy bien acogido en la Ciudad y la atención no sólo es a nivel individual, sino que también se imparten talleres semanales de técnicas de relajación y respiración, a petición de los propios funcionarios, y se realizarán talleres puntuales sobre el estrés laboral, trabajo en equipo, síndrome de *burnout* y cualquier otro tema que, mediante sondeo periódico, demanden los propios interesados. Dichos talleres estarán homologados y constituirán parte de la formación de los propios policías y bomberos.

La jubilación será otro importante tema a tratar, dada la desprotección psi-



Lola Lara Ogalla

cológica con la que cuentan estas personas a la hora de enfrentarse a esa nueva experiencia vital, por lo que también se estará muy pendiente de los agentes que estén próximos a su retiro de la vida activa, e incluso se contactará con los que ya lo han hecho para oír sus propios testimonios de cómo están gestionando esta significativa etapa de sus vidas.

Juan Delgado Muñoz
Decano del COPCE



Castilla
La Mancha

EL COPCLM RENUOVA EL CONTRATO CON LA CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y JUSTICIA

El Gobierno Regional mantiene el servicio permanente de asistencia psicológica a personas afectadas por emergencias y catástrofes, que se viene prestando a través del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC), activado por el Servicio de Atención de Urgencias 112. El GIPEC

está formado por un total de 48 profesionales especializados en situaciones de crisis. En virtud del protocolo de actuación, que la Dirección General de Protección Ciudadana y el COPCLM firmaron por primera vez en el año 2005, el GIPEC se activa en casos de accidentes con al menos cuatro personas fallecidas o dos personas fallecidas pertenecientes a la misma familia; violencia de género o de otro tipo cuando haya testigos menores de edad; suicidio con resultado de fallecimiento e intentos de suicidio en espacios públicos, con amenaza a la población o al entorno familiar o cuando lo pidan los cuerpos de seguridad.

La Consejería de Administraciones Públicas y Justicia, a través de la Dirección General de Protección Ciudadana, ha renovado el contrato con el COPCLM para el apoyo y asistencia psicológica a víctimas, familiares y grupos operativos en situaciones de emergencias, crisis y catástrofes durante el periodo 2009-2010.

El contrato supone una inversión por parte del Gobierno regional de 30.000 euros hasta el mes de septiembre del próximo año. Recientemente, la Consejera de Administraciones Públicas y Justicia, **Magdalena Valerio**, y el Director General de Protección Ciudadana, **Pascual Martínez**, se han reunido en Albacete con la Presidenta del COPCLM, **María Dolores Gómez**, y con la coordinadora regional del GIPEC, **Pilar Moreno**, para analizar los datos de intervenciones de este servicio de atención psicológica.

Durante los ocho primeros meses del año 2009, el GIPEC ha realizado un total de 76 intervenciones en todo el territorio regional a requerimiento del

Servicio de Atención de Urgencias 112.

Además de este contrato con la Consejería de Administraciones Públicas y Justicia, el COPCLM tiene en vigor un convenio de colaboración con la Consejería de Trabajo y Empleo para la atención a víctimas en caso de accidentes laborales graves, así como para familiares y compañeros.

DESARROLLO DEL PLAN DE FORMACIÓN 2009-2010 DEL COPCLM

El COPCLM, a lo largo de estos meses, ha estado ultimando el *Plan de Formación 2009-2010*, con el fin de ofrecer a todos sus colegiados un amplio abanico formativo, que sirva para la mejora de la calidad asistencial en nuestra profesión. Entre la oferta formativa diseñada, destacar:

Cursos gratuitos:

- ✓ *Introducción al paquete estadístico SPSS para la realización de investigaciones en el campo de la Psicología.*
- ✓ *Psicofarmacología para psicólogos.*
- ✓ *Bueno para comer: Principios generales de nutrición.*
- ✓ *Ética y deontología en la profesión de Psicología - II Ciclo Formativo.*

Cursos de larga duración:

- ✓ *Actualizaciones en psicopatología.*
- ✓ *Experto en hipnosis clínica con focalización por disociación selectiva.*

Cursos de corta duración:

- ✓ *Curso básico de intervención psicológica en emergencias y catástrofes.*
- ✓ *Curso de Psicología avanzado en intervención psicológica en emergencias y catástrofes.*

- ✓ *Intervención de los trastornos del sueño con PTL.*
- ✓ *Mediación en resolución de conflictos.*
- ✓ *Inteligencia emocional.*
- ✓ *Introducción al coaching.*
- ✓ *Intervención clínica en duelo y dolor.*
- ✓ *Intervención con familias de adolescentes problemáticos (curso semi-presencial). La formación de postgrado en el modelo sistémico aplicado a familias.*
- ✓ *Prevención y tratamiento de conductas adictivas.*
- ✓ *Nuevas técnicas psicoterapéuticas para pacientes resistentes.*

Jornadas:

- ✓ *III Jornadas de Psicología y Sociedad.*
- ✓ *Jornadas de Neuropsicología.*
- ✓ *Jornadas de Violencia de Género.*
- ✓ *Jornadas ciclo de cine: Psicología y sociedad.*

Para poder ampliar la información ofrecida, se puede consultar la página Web del Colegio (www.copclm.com), o

a través de correo electrónico (copclm@copclm.com) o por teléfono (967 219802).

NUEVO PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

El COPCLM está trabajando para que en breve, se ponga en marcha el *Programa de Deshabituación Tabáquica con Personas con Enfermedad Mental*, que se implantará inicialmente como experiencia piloto en Albacete y en Cuenca. Este programa surge de la firma de un convenio de colaboración entre el COPCLM y FISLEM (Fundación Socio-Sanitaria de Castilla la Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental).

A lo largo de este verano, el COPCLM ha mantenido reuniones de coordinación tanto en Albacete como en Cuenca con el fin de presentar el

Programa, el cronograma de actuación para cada una de las provincias y todos los aspectos relativos a la puesta en marcha del mismo. A ellas acudió la Decana-Presidenta del COPCLM, que también es la Coordinadora de este programa, con el Director y la Coordinadora del programa de FISLEM, así como los Directores, Jefes de Área, Coordinadores, Psicólogos y Terapeutas ocupacionales de los diferentes dispositivos de salud en los que va a implementar el programa.

De la misma forma, señalar que se ha mantenido una reunión de coordinación entre las coordinadoras del programa (por parte del COPCLM y por parte de FISLEM) y las técnicas del programa en ambas provincias, con el fin de ultimar algunos detalles, antes de la puesta en marcha del Programa.

PROGRAMA VITRUBIO DEL COPCLM

En relación con el *Programa Vitrubio* (Programa de intervención psicológica con hombres que ejercen la violencia), el pasado 16 de julio de 2009, se mantuvo una reunión de coordinación, con el Instituto de la Mujer, en Toledo, con el objetivo de revisar y analizar el primer semestre 2009 de dicho programa.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO ABREVIADO 467/2009

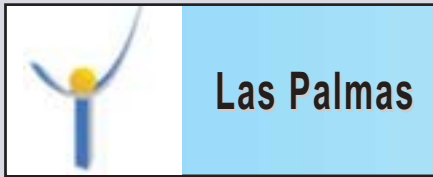
Por otro lado, os informamos de que en el Juzgado Contencioso Administrativo número 2 de Toledo, se tramita el Procedimiento Abreviado 467/2009, como consecuencia de nuestra impugna-



Reunión de coordinación del Programa de Deshabituación Tabáquica con Enfermos Mentales

ción sobre formación especializada, por la diferencia en la puntuación entre Especialistas, sobre experiencia profesional, por excluir la experiencia acreditada en otros centros públicos o privados distintos a las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, y sobre formación continuada, por valorar exclusivamente los méritos con posterioridad a la obtención de la especialidad a la que se concursa.

Secretaría
COPCLM



LOS PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS IMPARTIRÁN CURSOS FORMATIVOS A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

El COP Las Palmas sigue ofreciendo nuevos servicios a sus profesionales. Una acción más en este sentido es la firma de un convenio con la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud.

La Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria autoriza con este convenio al COP Las Palmas el uso de las aulas de formación que se encuentran en la trasera de la calle Luis Doreste Silva, en la capital grancanaria. Por su parte, el COP Las Palmas se compromete a participar en los cursos formativos para los profesionales de la Gerencia.

La firma de este acuerdo suscrito por **Francisco Javier Sánchez Eizaguirre**,

Decano-Presidente del COP Las Palmas, y **Elizabeth Hernández González**, Gerente de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, permite fomentar la colaboración entre el Servicio Canario de Salud y el COP Las Palmas.

EL COP LAS PALMAS REALIZA UN WORKSHOP PARA BUSCAR LA EXCELENCIA EN EQUIPOS EMPRESARIALES Y DEPORTIVOS

El COP Las Palmas programó en los primeros días de noviembre un *workshop*, cuyo objetivo era explicar cómo conseguir la excelencia en equipos empresariales y deportivos.

Deporte de alto rendimiento y gestión empresarial son conceptos íntimamente ligados. Tanto los entrenadores, como los líderes y colaboradores de la empresa, se enfrentan diariamente con la nece-

sidad de optimizar sus recursos humanos en busca de resultados de alto rendimiento. Las sinergias entre ambas estrategias y el papel como psicólogos/as fueron el objetivo de este *workshop*.

El *workshop* partió de casos prácticos y a través de una metodología participativa y activa. La jornada se desarrolló en la sede colegial.

EL COP LAS PALMAS CELEBRA LA JORNADA I CICLO DE CONFERENCIAS

El COP Las Palmas organizó el pasado 6 de noviembre, el I Ciclo de Conferencias *La Psicología y sus aplicaciones profesionales*. El Ciclo se inició con la primera de las conferencias (*Empresas sanas: ¿reto imposible?*, de **Enrique Garcés**), y terminó con la que impartió el Presidente del COP, **Francisco Santolaya** (*Retos de la profesión: la actividad e inserción profesional*).



El Decano del COP Las Palmas, Francisco Javier Sánchez; y la Gerente de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, Elizabeth Hernández

Entre una y otra conferencia, **Ramón Aciego** condujo la segunda del día (*El psicólogo de la Educación ¡hermano desatendido, individuo en peligro de extinción, especie de difícil catalogación!*). La ponente de la tercera conferencia fue **María del Rocío Gómez** (*La psicología forense en los juzgados de vigilancia penitenciaria. Retos del futuro*); y la cuarta la impartió **Vicente Esteve** (*El papel del psicólogo en los puntos de encuentro familiar*).

Gabinete de Comunicación
COPLP



EL COLEGIO DIVULGA LA PSICOLOGÍA EN EL ÁREA DE LA SEGURIDAD VIAL EN EL DIARIO DIGITAL PRNOTICIAS

El Presidente del COPM, **Fernando Chacón**, y el Director del diario digital *PRnoticias* (<http://www.prnoticias.es>), **Pedro Aparicio**, firmaron en el pasado mes de mayo un acuerdo marco de colaboración. Este acuerdo tiene como objetivo que diferentes psicólogos especializados divulguen sus conocimientos en el área de la Seguridad Vial a través de este diario. *PRnoticias* cuenta con 1.390.000 visitas a sus páginas al año, y 420.000 usuarios reciben mensualmente en su correo electrónico información especializada según su interés.

Este convenio se está desarrollando a través de la Vocalía de Psicología del

Tráfico y la Seguridad, que coordina el Vocal **Roberto Durán**. Para ello, se ha creado un grupo de trabajo con especialistas en Psicología del Tráfico y Seguridad Vial. El grupo está redactando diversos artículos que son incluidos en el apartado que se denomina *Psicología y Seguridad Vial*. Los artículos son publicados todos los martes, tienen una vigencia semanal y aparecen en las secciones “PRSalud” y “PRseguridad Vial”.

Hasta el momento se han publicado 16 artículos: *Las aportaciones de ilustres psicólogos, Historia de un encuentro: "Psicología y Tráfico", Las pruebas para evaluar aptitudes psicomotoras, Resultados medios de los conductores españoles en la pruebas de aptitud psicomotora, El tiempo de reacción, La tarea de conducir desde la Psicología, La importancia de la atención en la conducción, Percepción del espacio, tiempo, movimiento y velocidad, Percepción del riesgo, Diferencias individuales en la percepción del riesgo, Conducir, comportamiento social, Las habilidades de afrontamiento del estrés, Los trastornos de la personalidad, Trastornos del sueño y conducción de vehículos, Trastornos del estado de ánimo: la depresión y Las drogas y su efecto en la conducción*. Estos artículos han tenido una muy buena acogida y todas las semanas se sitúan entre las noticias más leídas de la sección “PRseguridad Vial”.

EL COPM SE ACERCA A LA UNIVERSIDAD Y A LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

El COPM, con la colaboración de las diferentes facultades, colegios y cen-

tros de Psicología de la Comunidad de Madrid, puso en marcha el año pasado el proyecto denominado *Información Universitaria sobre la Psicología profesional*.

Este proyecto tiene como objetivo principal mejorar y aumentar la información que el Colegio proporciona a los estudiantes de Psicología, tanto sobre los servicios y actividades que realiza el Colegio como sobre la evolución de nuestra profesión.

Se desarrollarán para ello diferentes acciones que acercan a los estudiantes de Psicología al COPM en particular, y al mundo profesional de la Psicología en general:

1. Organizar actividades de formación especialmente dirigidas a estudiantes de Psicología, tales como talleres de orientación laboral.
2. Informar de aquellas actividades que realiza el Colegio: cursos, charlas, conferencias, debates, seminarios, jornadas, etc., a las que los estudiantes de Psicología pueden acceder de forma gratuita o a un precio muy reducido.
3. Distribuir entre los estudiantes de Psicología información editada por el Colegio que pueda ser de interés para su formación académica y su futuro desarrollo profesional: revistas, boletines, folletos, etc.
4. Desarrollar acciones como la organización de las *Jornadas de Psicología y Profesión*, la colaboración con la asociación de estudiantes para apoyar el acto de graduación, etc.
5. Acercar los servicios y actividades que desarrolla el Colegio a los estudiantes de los últimos cursos de Psicología a través de Aula Joven.

Para dar una información más ágil y eficaz se han situado expositores informativos, que se actualizan todos los meses, en los siguientes centros:

- ✓ Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- ✓ Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.
- ✓ Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid.
- ✓ Colegio Universitario Cardenal Cisneros.
- ✓ Facultad de Ciencias de la Salud (Departamento de Psicología), de la Universidad Camilo José Cela.

REUNIÓN PARA ANALIZAR LA ACTUAL SITUACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA

El pasado 23 de septiembre se desarrolló en la sede del COPM una reunión con objeto de analizar, entre otros, los siguientes asuntos: la actual situación de la Psicología Educativa, los cambios que se van a producir con la entrada en vigor del Plan Bolonia en relación a los másteres en Educación y Orientación y la repercusión que tendrán las nuevas titulaciones en el acceso a la función pública.

Durante ésta se expusieron y debatieron las propuestas de enmiendas al borrador del Estatuto del Funcionario Docente no Universitario relativas a la Especialidad de Orientación y a los Servicios de Apoyo Educativo.

Finalmente se acordó la organización de unas jornadas conjuntas a finales de noviembre en las que se pudiese estudiar y debatir a fondo la problemática de la Psicología Educativa y su futuro académico y profesional.



Reunión de trabajo en la Sede del COPM

A esta reunión asistieron por parte del COPM su Decano, **Fernando Chacón**, la Vicedecana, **M^a Antonia Álvarez-Monteserín**, la Vocal de Psicología Educativa, **Belén Martínez**, el Coordinador de la Sección de Psicología Educativa, **Mateo Martínez**, y la ex-vocal de Psicología Educativa, **M^a Francisca Colodrón**. Por parte de la Universidad asistieron los decanos de las facultades de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, **Carlos Gallego**, de la Universidad Autónoma de Madrid, **Juan Antonio Huertas**, y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, **Francisco Claro Izaguirre**, así como los representantes de los departamentos de Psicología Educativa de la Universidad Complutense de Madrid, **Juan Fernández**, de la Universidad Autónoma de Madrid, **Gerardo Ochaíta**, y **Jesús Martín**, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA PSICOLOGÍA Y SUS PROFESIONALES

El COPM realiza, por octavo año consecutivo, una importante campaña de promoción de la Psicología y los profesionales que la ejercen.

El Colegio ha renovado para la campaña 2009/10 el acuerdo con la *Guía Útil QDQ* para promocionar sus servicios y los de sus colegiados a través de los dos soportes informativos de ésta: las nueve guías impresas *QDQ*, que se distribuyen en la Comunidad de Madrid y tienen una tirada cercana a los dos millones de ejemplares, y la guía *on-line QDQ.com*, que ha recibido 352 millones de visitas en el último año (fuente OJD).

Esta campaña está recibiendo una gran acogida entre los usuarios de los servicios de Psicología, que tienen en esta publicidad acceso rápido y directo a los profesionales colegiados. El anuncio del COPM se publicará en las siguientes guías:

Nombre de la guía, Tirada 2009/10	Nº ejemplares
Arganda, Rivas y El Corredor del Henares	38.000
Puente y Villa de Vallecas	101.000
Madrid Gran Este	250.000
Madrid Suroeste	262.000
Carabanchel, Latina y Usera	207.000
El Corredor del Henares	136.000
Madrid Sierra Oeste	169.000
Madrid Central	525.000
Madrid Sierra Norte	106.000
Madrid Sur	172.000

CONCENTRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LOS CAID

El martes 6 de octubre, más de 200 profesionales, entre los que se encontraban numerosos psicólogos, pertenecientes a las plantillas de los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) se concentraron ante la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en contra de la situación que se está viviendo en estos centros así como de la política de contratación que quiere ponerse en marcha a través del nuevo concurso público.

En este sentido, una de las principales reclamaciones de los asistentes a esta concentración es el requisito que se contempla en la convocatoria pública que se ha puesto en marcha para la adjudicación de los nuevos contratos de gestión de los CAID, referente a que los psicólogos contratados sean exclusivamente psicólogos clínicos.

Esta situación fue planteada por el Presidente del COPM, **Fernando Cha-**

cón Fuertes, ante la Directora Gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, **Almudena Pérez Hernández**, tanto por carta como en una posterior entrevista personal mantenida el pasado mes de septiembre. Durante la entrevista **Fernando Chacón** manifestó la opinión de la Junta de Gobierno del COPM sobre este asunto:

- ✓ Que los profesionales que han venido desarrollando la labor hasta ahora están plenamente capacitados para seguir desempeñando estas funciones.
- ✓ Que los requisitos impuestos suponen un agravio comparativo en relación con otros dispositivos de la red antidroga de la Comunidad de Madrid en los que no se exige este requisito.
- ✓ Que en el momento actual, en el Ministerio de Educación, Política y Deporte y en el Ministerio de Sanidad y Política Social, se está debatiendo, la posibilidad de desarrollar un máster en el ámbito de la Psicología de la Salud para dar salida a

los psicólogos que trabajan en dicho ámbito sin el título de Especialista de Psicología Clínica, por lo que parece contradictorio y prematuro introducir la exigencia de este título en estos momentos.

- ✓ Que muchos psicólogos que actualmente trabajan en estos centros, ya están en trámite o han iniciado el proceso para la obtención del Título de Especialista en Psicología Clínica y que, ante la lentitud y demora de respuesta que está mostrando la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo, se está creando un grave perjuicio a estos profesionales ya que no pueden optar a estos puestos según los requisitos que se exigen actualmente en esta convocatoria.

ACTO DE 25º ANIVERSARIO DE LA XIV PROMOCIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

El pasado 3 de octubre se celebró en el Salón de Actos de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) el acto de 25º aniversario de la XIV promoción (1979-1984) de la Facultad de Psicología de la esta universidad.

El evento consistió en la celebración de un acto académico en el que intervinieron, entre otros, el Decano de la Facultad de Psicología de la UCM, **Carlos Gallego**, y el Decano del COP Madrid, **Fernando Chacón**. Tras ello, se realizó la foto conmemorativa, y el acto finalizó con una comida de hermandad de todos los asistentes.



Momento de la concentración

AUMENTA LA CONTRATACIÓN LABORAL DE LOS COLEGIADOS QUE UTILIZAN EL SERVICIO DE BOLSA DE EMPLEO DEL COPM

A pesar del actual contexto poco favorable en materia de empleo, el COPM ha recibido, en el primer semestre del presente año, 73 demandas de empleo para psicólogos en diversos ámbitos de actuación de nuestra profesión a través de su servicio de Bolsa de Empleo.

Éste es un dato muy positivo, pero aún lo es más la cifra de contratación laboral de los candidatos presentados por el

Detalle de las ofertas de empleo demandadas al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid durante el primer trimestre de 2009

CLÍNICA:	34%
Intervención Psicológica	23%
Psicoterapia	5%
Neuropsicología	3%
Psicooncología	3%
INTERVENCIÓN SOCIAL	28%
Gerontología/Dependientes	12%
Violencia de Género.....	7%
Adicciones.....	4%
Otros.....	5%
FORMACIÓN:	12%
Educativa.....	8%
RR HH.....	2%
Clínica	1%
Intervención Social	1%
JURÍDICA:	10%
Mediación Familiar	8%
Valoración Jurídica	2%
EDUCATIVA:	5%
Educación Especial	4%
Coordinación De Estudios	1%
RR HH:	6%
Selección de Personal.....	5%
Gestión y Dirección de RR HH.....	1%
SEGURIDAD VIAL:	4%
INVESTIGACIÓN:	1%
Análisis de Datos	1%

COPM a las empresas y organismos ofertantes: 54 colegiados han sido contratados para la cobertura de estos puestos, lo que supone un índice del 74% de los puestos ofertados.

Detallamos los porcentajes de perfiles demandados por áreas de actuación, así como el detalle de las ofertas enmarcadas en estas grandes áreas.

Asimismo, informamos a los colegiados inscritos en la Bolsa de Empleo del COPM que, con la intención de mejorar la eficacia del servicio de alertas de ofertas de trabajo, se va a proceder a diferenciar los distintos ámbitos de actuación en los que puedan inscribirse los colegiados en lugar de vincularlo a las grandes áreas de la profesión, de manera que los colegiados reciban avisos de las ofertas enmarcadas en contextos específicos de interés profesional.

XXVIII PREMIO DE PERIODISMO 2009 COPM

El COPM convoca la *XXVIII Edición del Premio de Periodismo* al que podrán concurrir los autores de los trabajos que faciliten la divulgación de la Psicología y que hayan sido publicados durante el año 2009 en los medios de comunicación.

El premio se convoca con arreglo a las siguientes bases:

1. Se adjudicarán dos premios con dotación económica:
 - ✓ Premio Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: 5.000 €.
 - ✓ Premio de Comunicación: 2.000 €.
2. El Premio Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, dotado con 5.000 €, se adjudicará a aquellas aportaciones que más hayan contribuido a la divulgación de la Psicología en la

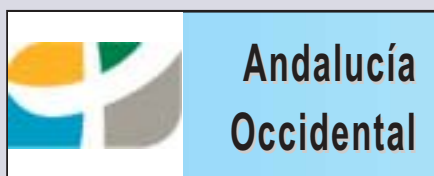
sociedad, a través de los medios de comunicación.

3. El Premio de Comunicación dotado con 2.000 €, se adjudicará a aquel trabajo o trabajos que de una forma global y a través de su presencia en los distintos medios de comunicación y de forma continuada, mejor contribuyan a la divulgación de la Psicología.
4. El Premio Especial a la mejor Labor de Divulgación de la Psicología, será propuesto por el jurado y premiará al medio de comunicación, periodista, programa de televisión, espacio radiofónico o artículo de prensa, que divulgue los valores y conocimientos que aporte a la sociedad tanto la Psicología como sus profesionales.
5. Los artículos y trabajos presentados versarán sobre algún aspecto que contribuya a la divulgación de la Psicología y de la profesión del Psicólogo: su función social y su problemática actual.
6. Los trabajos deberán haber sido publicados en cualquier medio de comunicación del Estado español a lo largo de 2009.
7. Será condición indispensable que los psicólogos que se presenten estén colegiados y al corriente de los pagos en cualquiera de los Colegios Oficiales de Psicólogos de España.
8. Los trabajos deberán ser presentados en la Sede del COPM (C/ Cuesta de San Vicente, 4-6ª planta. 28008 Madrid), antes del 26 de Febrero de 2010. Deberán presentarse cinco copias de cada trabajo.
9. Los premios podrán ser declarados desiertos. Una copia de los trabajos no premiados podrán ser recogidos

hasta un mes después del fallo. Transcurrido dicho plazo los trabajos podrán ser destruidos.

10. El Jurado será designado por la Junta de Gobierno del COPM. Los acuerdos serán adoptados por mayoría simple, siendo inapelable el fallo del Jurado.
11. El COPM podrá difundir los trabajos premiados de la forma que considere oportuno.
12. El fallo del Jurado se dará a conocer en la primera quincena del mes de abril de 2010.
13. La presentación al Premio de Periodismo supone la plena aceptación de las bases de esta convocatoria.

Javier Martínez
Corresponsal del COPM



CONVIVENCIA DEL GIPED EN LA DELEGACIÓN DE CÓRDOBA DEL COP

El pasado mes de junio, tuvieron lugar las *Terceras Jornadas de Trabajo y Entrenamiento en Emergencias y Desastres*, organizadas por el GIPED de la Delegación de Córdoba del COP de Andalucía Occidental, a la que asistieron un total de 12 personas, las cuales trabajaron con un apretado orden de actividades durante los tres días.

Se destacan actividades como la presentación y posterior análisis, a cargo de **Lola Rodríguez**, del video sobre el último *Task Force* al que asistieron parte de los compañeros de las distintas

provincias. Un trabajo de autoconocimiento y presentación al grupo para integrar a las nuevas compañeras que se unen al equipo. A cargo de **Silvia Polo**, se trataron cualidades, actitudes y aptitudes así como oportunidades de mejora y compromiso para ésta. Por su parte, **Rafael Muñoz** se encargó de la mejora de la capacidad de escucha y desarrollo de otras habilidades implicadas en la entrevista motivacional. Igualmente, **Fabiola Rodríguez** presentó un nuevo trabajo sobre las capacidades y cualidades de un buen interviniente psicológico en emergencias. Se continuó con una dinámica sobre la comunicación, la memoria y la transmisión de información, a cargo de **Eulalio Muñoz**. Asimismo, se debatió sobre un caso concreto de asesinato y sus posteriores consecuencias, presentado por **Sara Afán**. Finalmente, **Paz Ramila** dirigió una dinámica sobre técnicas de relajación y se reflexionó sobre la donación de órganos, con la colaboración de la Asociación Cordobesa de Trasplantados Hepáticos.

Con la finalización de las jornadas, se acordó un compromiso de seguir trabajando con ánimo y actitud renovados para acometer los nuevos retos para el resto del año, con el fin de ir preparando la siguiente convivencia para el año próximo.

JORNADA SOBRE EL PROYECTO DE METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES FORMATIVAS EN MODALIDAD E-LEARNING

Esta actividad, organizada por Factor Consultores, se celebró el pasado mes

de septiembre en Sevilla. **Auxiliadora Marciano Almansa**, Vicesecretaria de la Junta de Gobierno y Referente de Formación acudió en representación del COP Andalucía Occidental. Esta jornada se centró específicamente en las acciones formativas en *e-learning*.

La estructura de la jornada se dividió en cuatro ponencias: *Las tres claves del e-learning*, impartida por **David Mellado Ortega**; *Metodología de seguimiento de acciones formativas en modalidad e-learning*, expuesta por **Pedro J. Gómez Vargas**; desarrollo de un caso práctico de metodología de seguimiento de acciones formativas en modalidad e-learning, dirigido por **Raúl Gómez Cabello**; finalmente, como ponencia de clausura fue impartida por **Antonio Lorenzo Amador**, bajo el título *Aplicación de la ley de protección de datos en e-learning*.

CLAUSURA DE LA EDICIÓN DE ACCIONES FORMATIVAS DIRIGIDAS AL PERSONAL DE EMERGENCIAS 112 ANDALUCÍA (ZONA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL)

El día 29 de septiembre finalizó la edición B del curso *La capacitación y asesoramiento técnico en materia de intervención psicosocial en situaciones de emergencia y catástrofe*. Finalizan así las dos ediciones enmarcadas en la subvención concedida por la Dirección General de Política Interior de la Consejería de Gobernación a este Colegio para la organización de acciones formativas para personal de Emergencias 112 de las provincias de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla. Los dos cursos han contado con la máxima afluencia, sien-

do un total de 43 personas las beneficiarias de dichas acciones.

Estas actividades formativas han tenido como objetivo dotar a los profesionales de la capacitación necesaria para afrontar el trabajo de intervención en situaciones de catástrofe, centrándose los contenidos en la atención de los trabajadores en la emergencia, la comunicación de malas noticias y las tipologías de atención en llamadas de emergencia. Los asistentes han valorado ambas ediciones de manera muy positiva, tanto a los docentes **Manuel Benito Jiménez Herrera** (Edición A) y **Salud Grisolvo Martínez** (Edición B), como en los contenidos impartidos.

SE CELEBRA EN SEVILLA EL CURSO DE ÉTICA PROFESIONAL Y DEONTOLOGÍA

Durante los pasados días 23, 24 y 30 de octubre, ha tenido lugar en Sevilla el curso de *Ética Profesional y Deontología*, organizado por el COP Andalucía Occidental. Con una duración de 15 horas, el objetivo de esta actividad ha sido dar una formación básica en ética y deontología, tanto teórica como aplicada, poniendo un especial énfasis en el entrenamiento de la resolución de casos de la realidad profesional en diferentes ámbitos del ejercicio profesional de la Psicología.

Los contenidos fueron impartidos por las docentes **Carmen del Río Sánchez** e **Inmaculada Torres Pérez**. El alumnado, que mostró gran interés por la actividad, ha obtenido un certificado de asistencia emitido por el COP Andalucía Occidental.

2ª EDICIÓN DE LOS CURSOS DE TELEFORMACIÓN

El COP Andalucía Occidental, en su línea de apostar por las nuevas tecnologías en formación, presenta la planificación del segundo cuatrimestre de las acciones formativas de la plataforma Moodle del Colegio. Las acciones programadas previstas son: *Gestión del estrés mediante técnicas de relajación* (**Auxiliadora Marciano Almansa**) y *La comunicación de malas noticias* (**Mª Salud Grisolvo Martínez**).

Para ampliar información sobre los cursos, consultar las acciones formativas del COP Andalucía Occidental en su página web: www.copao.es.

CREACIÓN DE NUEVOS GRUPOS DE TRABAJO EN LA DELEGACIÓN DE CÁDIZ DEL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL

Se está trabajando en la citada Delegación para la creación de dos nuevos Grupos de Trabajo, uno sobre *Psicología de la Infancia y la Adolescencia* y otro sobre

Psicología del Deporte. Se invita a todas las personas colegiadas que estén interesadas en formar parte de alguno de estos grupos, que se pongan en contacto con la Delegación de Cádiz del COP de Andalucía Occidental (Teléfono: 956 27 28 81; e-mail: dcadiz@cop.es).

ACTIVIDADES FORMATIVAS CELEBRADAS EN LA DELEGACIÓN DE HUELVA DEL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL

Dentro del programa formativo de Aula Abierta de la Delegación de Huelva del COP Andalucía Occidental, se celebró el día 11 de septiembre el Taller *Trastornos Generalizados del Desarrollo*, impartido por la **María Teresa Ruiz Reglero**, que desde su experiencia profesional pretendió capacitar al alumnado para el reconocimiento y diagnóstico diferencial de los TEA, así como colaborar en la formación de los mismos para la programación del tratamiento y orientación del caso.

El 18 de septiembre, se celebró dentro del *Ciclo de Sesiones Clínicas*, una referida al *Tratamiento de la Fobia a la*



Sangre: Estudio de un Caso, impartida por **Juan Jesús Orta Gómez**. Además, el 3 de octubre, tuvo lugar, en la sede de Huelva, el Taller *Estimulación Cognitiva para Personas Mayores con Deterioro Grave. Método Montessori*, impartido por **Manuela Fernández Gómez**. El último de los talleres realizados en el mes de octubre ha sido el de *Prevención Secundaria de la Violencia de Género*, impartido por **M^a Carmen Canterla Vázquez** (Coordinadora Provincial de los Proyectos de Atención CMIM y GMIM de Huelva), dando a conocer los determinantes de la prevención secundaria, la intervención sobre las víctimas y los recursos existentes.

Finalmente, dentro de las actividades del Ciclo de Sesiones Clínicas de esta Delegación, el pasado día 16 de octubre se celebró la Sesión Clínica *Abordaje de una Familia Multiproblemática desde un Modelo Sistémico: Estudio de un Caso*, impartido por **Francisco Cristino Agudo**.

ACTIVIDADES FORMATIVAS CELEBRADAS EN LA DELEGACIÓN DE CÁDIZ DEL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL

El pasado 28 de octubre se desarrolló en la sede de la Delegación de Cádiz del COP Andalucía Occidental un Taller sobre *Perspectiva de Género en la Práctica Psicológica*, impartido por **M^a del Mar Medina Brenes**, experta en Género y Políticas de Igualdad y psicóloga de los Grupos de Intervención con la Mujer, establecidos por un acuerdo entre el COP Andalucía Occidental y el Instituto Andaluz de la Mujer.

Contó con la presencia de 20 colegiados que tuvieron ocasión de conocer las herramientas necesarias para la reflexión, discusión y estudio de la integración de la perspectiva de género en el ámbito profesional de la Psicología.

CREACIÓN DEL NUEVO GRUPO DE TRABAJO DE PSICOANÁLISIS EN LA DELEGACIÓN DE HUELVA DEL COP ANDALUCÍA OCCIDENTAL

El 23 de octubre de 2009, la Junta de Gobierno del COP Andalucía Occidental, resolvió la constitución del *Grupo de Trabajo sobre Psicoanálisis* en la Delegación de Huelva del Colegio, dentro de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud, el cual fue aprobado en reunión de Junta Directiva de dicha Sección el 5 de octubre de 2009. Los miembros iniciales que conforman dicho grupo son **Esperanza García López** (responsable del grupo), **Lourdes Puerto**, **Manuel Camacho** y **Jaime Gordo**. Todas aquellas personas que estén interesadas pueden contactar con la responsable del grupo a través del correo: esgarlo@hotmail.com.



Momento del Taller sobre *Perspectiva de Género en la Práctica Psicológica*

IN MEMORIAM FRANCISCO ALFONSO RODRÍGUEZ Y PILAR VIDAURAZAGA DE ARCAJA

La Delegación de Huelva y la Delegación de Córdoba del COP Andalucía Occidental han perdido a **Francisco Alfonso Rodríguez** y **Pilar Vidaurazaga de Arcaya**, respectivamente. Con el objetivo de mostrar su dolor por su temprana pérdida, el COP Andalucía Occidental les ha dedicado unos escritos *in memoriam*, que se pueden consultar en su página web (<http://www.cop.es/delegaci/andocci/es/index.asp?idioma=es>).

COP Andalucía Occidental
Documentación y Comunicación



Murcia

CELEBRACIÓN DE LOS 25 AÑOS DE LA REVISTA ANALES DE PSICOLOGÍA

En este año de 2009, la revista *Anales de Psicología* cumple su 25 aniversario, 25 volúmenes publicados desde que inició su andadura en 1984.

Se trata de una revista de Psicología científica editada por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, organizada desde la Facultad de Psicología y copatrocinada por el COPRM. Esta revista se mantiene fiel a sus objetivos y política editorial desde su fundación y, en la actualidad, su director es **Agustín Romero**.

Con el objetivo de reconocer el trabajo desarrollado por esta revista a lo largo de estos veinticinco años, el COPRM le ha otorgado un galardón, puesto que *Anales de Psicología* ha publicado casi los 1000 artículos, así como ha mejorado sus índices de difusión e impacto. Como consecuencia de su mayor difusión, visibilidad y cumplimiento de los estándares de calidad, la revista ha ido logrando en los últimos años entrar en los principales repertorios y bases de datos nacionales e internacionales que elaboran índices de impacto o citas. Desde 1996, con el objetivo de adaptarse a las nuevas tecnologías, además del formato impreso, se creó la web de la revista que permite acceso libre a todos sus artículos (<http://www.um.es/analesps/>).

Al tratarse de una revista de investigación científica de Psicología tanto básica como aplicada, sus potenciales lectores no son sólo investigadores universitarios, sino también psicólogos interesados en actualizar sus conocimientos y procedimientos profesionales. Por ello, esta apertura al mundo profesional cristalizó en 2007 en un acuerdo entre la Universidad

de Murcia (Decano de la Facultad de Psicología, Director de la revista y Servicio de Publicaciones) y el COPRM para que *Anales de Psicología* ofreciese una parcela de Psicología y práctica profesional.

CURSO SOBRE TRAUMA PSÍQUICO EN LA INFANCIA: CONSECUENCIAS E INTERVENCIÓN EN NIÑOS, FAMILIAS E INTERVINIENTES

Los días 22, 23 y 24 de Octubre, tuvo lugar en la sede del COPRM el curso de *Trauma Psíquico en la Infancia: Consecuencias en Niños, Familias e Intervinientes*, organizado por la Vocalía de Psicología de Emergencias, a cargo de **Ángela Ruiz Argüello**.

Las ponentes encargadas de llevar a cabo este curso son expertas de reconocido prestigio tanto nacional como internacional: **Dominique Sabbah** y **Karin Rosenfeld**.

Los temas que se abordaron y que resultaron de gran interés para todos, fue-

ron entre otros: el TEPT infantil, la dificultad del adulto en penetrar el dolor del niño, la existencia del trauma infantil y su relación con el desajuste familiar, los intervinientes, los tipos de traumas, las reacciones del niño ante el hecho traumático, el impacto del trauma en la familia, las víctimas del terrorismo, la intervención, así como los conceptos de salutogénesis, resiliencia, crecimiento tras el suceso traumático, etc.

Probablemente, la consideración por parte del GIPDE de que el trauma infantil es una de las asignaturas pendientes en nuestra formación y dada la relevancia que puede tener en el trabajo de emergencias hizo que el número de inscritos al curso superara las plazas ofertada. Consecuentemente, desde la Vocalía de Intervención en Psicología de Emergencias y Catástrofes del COPRM, se seguirá impulsando la formación en todos sus ámbitos, poniéndola a disposición de todos los colegiados, puesto que además de interesante, es



Dominique Sabbah en un momento del curso

elemento imprescindible para llevar a buen término nuestro trabajo.

VOCALÍA DE PSICOLOGÍA DEL TRABAJO, DE LAS ORGANIZACIONES Y DE LOS RECURSOS HUMANOS

Dentro de esta área, el vocal **Joaquín Gil Muñoz** ha organizado una serie de sesiones prácticas dirigidas a profesionales y estudiantes de los últimos cursos de Psicología:

- ✓ *La Psicopatología en el Ámbito Laboral: Su Repercusión, Diagnóstico y Abordaje*, impartido por **Iñaki Irizar Muñoz**, psicólogo de *Ibermutuamur* y experto en la formación sobre competencias personales para empleados y personal directivo. El contenido se centró en el papel del psicólogo desde las mutuas laborales, los servicios de prevención de riesgos laborales o los departamentos de recursos humanos para valorar la sintomatología clínica que podría interferir en la capacidad laboral de los empleados, se analizaron problemas psicológicos como el estrés laboral, el *mobbing* o *burnout*. Resultó de especial interés, por la complejidad para su evaluación e implicaciones judiciales, las demandas de actuación por acoso laboral.
- ✓ *El Proceso de Selección de Policías Locales*, impartido por **Carmen Rodríguez Ramírez**, psicóloga responsable de la Escuela de Policías Locales de la Región de Murcia. Se abordaron temas de interés como las pruebas psicotécnicas contempladas en las oposiciones a Policías Locales de toda la Región, el psicólogo

como asesor del Tribunal, la necesidad de analizar previamente las funciones y el perfil del puesto concreto a cubrir, las variables psicológicas a valorar y el uso de medidas fiables y válidas. En este sentido, también se comentó la experiencia que desde la Comunidad Autónoma se está llevando a cabo para coordinar las actuaciones de los psicólogos en los distintos Ayuntamientos y definir un procedimiento que pueda ser recogido en el futuro Decreto Regional que regule el proceso. Desde el COPRM, se planteó la obligación de todos los colegiados de luchar contra el uso inadecuado de pruebas estandarizadas de diagnóstico psicológico, especialmente en centros privados de formación para oposiciones a los Cuerpos de Seguridad del Estado y de Emergencias.

- ✓ *El Psicólogo ante el Empleo Público*, impartida por **Jesús Enrique Fernández Marín**, Jefe de Servicio de Relaciones Laborales de la Dirección General de Empleo Público de la Región de Murcia. El objetivo de la charla era dar a conocer a licenciados y estudiantes la alternativa laboral de opositar a la Administración. Para ello, se facilitó a los asistentes información y respuestas a sus dudas sobre la forma de conocer la oferta de empleo público para psicólogos en las distintas Administraciones; los procedimientos de acceso, los temarios y pruebas específicas en las distintas convocatorias de oposiciones, y las posibilidades de movilidad y promoción interna.

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS PERICIALES SOBRE CUSTODIA Y RÉGIMEN DE VISITAS DE MENORES

El pasado 8 de octubre, dentro de las sesiones que de manera periódica se realizan en la Vocalía de Psicología Jurídica, se programó por parte de su coordinadora **Begoña García Ayala**, la presentación de la *Guía de Buenas Prácticas para la Elaboración de Informes Psicológicos Periciales sobre Custodia y Régimen de Visitas de Menores*, elaborada por el COP Madrid.

La presentación estuvo a cargo de M^a **José Catalán Frías**, contando con un nutrido grupo de asistentes, a los que se les pudo exponer el contenido de la Guía, incidiendo en la necesidad de aunar esfuerzos para la buena praxis de nuestra profesión, resultando este instrumento de vital utilidad para la realización de periciales en el ámbito de familia.

Se expuso la necesidad de que el contenido de la guía sea conocido por otros operadores jurídicos, como jueces y abogados, por lo que se buscarán fórmulas para poder darlo a conocer entre estos colectivos.

VOCALÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Pilar Balanza, responsable del área de Psicología clínica y de la salud, ha organizado para los próximos días 22, 23, 29 y 30 del mes de enero de 2010 la segunda edición del curso teórico-práctico de *Psicoterapia Breve* que impartirá **Inmaculada Amador**. A raíz del



desarrollo de la primera edición se formó un grupo de supervisión, en el que un nutrido grupo de colegiados continúa trabajando de manera periódica.

LA PSICOLOGÍA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Dentro de las actividades que promueve y gestiona la nueva Junta del COPRM, se está fomentando la participación en los medios de comunicación de nuestros colegiados, buscando con ellos la difusión de nuestro trabajo ante la sociedad en la que trabajamos.

En el programa *Buenos Días Magazine* de la 7RM Televisión Autonómica, han participado, entre otros compañeros, **Conrado Navalón** comentando el tema del uso del teléfono móvil y las nuevas tecnologías en los jóvenes, **Ángel Regino Calvo** abordando el tema de la violencia en las aulas, y **Esther Egea** hablando sobre la “vuelta al cole”.

Asimismo, distintos medios de comunicación han difundido el *Programa Familiar PEPA*, dirigido desde el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Murcia. Este es un programa educativo para padres y educadores que tiene el objetivo de enseñar cómo se puede reducir la desobediencia infantil, de dotar a la familia de estrategias específicas para afrontar las dificultades comunes que surgen en la tarea de educar a los hijos. Se trata de un programa activo que maximiza el aprendizaje de las familias, enseñándoles a cambiar su comportamiento hacia el hijo para incorporar estilos más apropiados de interacción familiar.

Eladio Rosique Meseguer
Vocal de Imagen y Difusión de la Profesión del COPRM

ACUERDO DE COLABORACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE LA UNIVERSIDAD ABAT OLIBA CEU Y EL COPC

El pasado 30 de septiembre el Rector de la Universidad Abat Oliba CEU, **Carlos Pérez del Valle** y el Decano del COPC, **Jaume Almenara Aloy** se reunieron para firmar un acuerdo de colaboración para hacer posible la cooperación institucional y académica entre ambas instituciones.

En el marco del presente convenio, la Universidad Abat Oliba CEU difundirá información de las actividades del COPC por los canales de comunicación de la comunidad universitaria, facilitará la disposición de espacios e instalaciones universitarias para la organización de jornadas, conferencias y otras convocatorias científicas o profesionales impulsadas por el COPC, así como cederá al COPC el uso del Aula Magna seis veces por curso para la celebración de actos corporativos, -de acuerdo con la

ordenación del campus-. También apoyará la actividad del COPC *Los martes de Educativa* u otras actividades complementarias dentro del campo de la educación, proponiendo la participación de personas y la difusión del programa de las ponencias entre su alumnado y profesorado.

Otro punto a destacar es el compromiso de la UAO en tramitar a través de las administraciones universitarias el procedimiento de implantación del Máster de Psicología Aplicada al Deporte.

Este convenio, en vigor desde el 30 de septiembre, se renovará automáticamente para periodos de un año.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

El pasado 17 de junio de 2009, **David Miquel**, Presidente de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud, presentó y moderó la tercera sesión clínica del ciclo actual, que llevaba por título



Firma convenio UAO y COPC

El trastorno negativista desafiante, y que fue organizada por la sección que preside.

Rebeca Gràcia, psiquiatra infantil y juvenil del Centro de Salud Mental Parc Taulí (CSMPT) de Sabadell, presentó la ponencia *El trastorno negativista desafiante: ¿Un trastorno mental o un problema educativo?*. En su intervención, la Dra. Gràcia comentó que en los últimos años se ha producido un incremento muy importante de las derivaciones a los servicios de salud mental infantiles y juveniles de pacientes por problemas de conducta, y que estos problemas representan actualmente la primera causa de consulta. También presentó los diferentes factores de riesgo que predisponen a la aparición de estos trastornos por conductos perturbadores: factores biológicos, cognitivos, factores de riesgo familiares y factores sociales.

A continuación, en la comunicación titulada *La evaluación y el diagnóstico del negativismo desafiante*, **Núria de la Osa**, psicóloga y Profesora Titular de Evaluación Psicológica en la Universi-

tat Autònoma de Barcelona (UAB), empezó recordando que desde la perspectiva de la psicología basada en la evidencia, la evaluación es el nexo de unión entre el conocimiento básico y el diseño de las intervenciones. En este sentido, cualquier decisión que tomemos a lo largo del proceso de evaluación tendrá que estar fundamentada en el conocimiento contrastado sobre el TND, y la información obtenida a partir de estas decisiones revertirá en el diseño de planes individuales de intervención.

Finalmente, **Mireia Querol**, psicóloga clínica infantil y juvenil del Centro de Salud Mental Parc Taulí (CSMPT) de Sabadell, presentó la tercera ponencia, *El abordaje del trastorno negativista desafiante desde un centro de salud mental infantil y juvenil*. En el inicio de su intervención, Querol comentó que los tratamientos basados en la evidencia que se recomiendan actualmente para el tratamiento del negativismo desafiante son aquellos que aplican programas de intervención dirigidos a los padres en el

manejo del comportamiento del niño y en tratamientos basados en resolución de conflictos dirigidos al niño.

Querol destacó que el papel de los padres en este tratamiento es fundamental e imprescindible, y que es el psicólogo quien controla la aplicación de las pautas de manejo cada semana y ayuda los padres a identificar y resolver los conflictos que surgen con el niño.

COACHING COMO PALANCA ANTE LAS CRISIS

La Sección de Psicología de las Organizaciones y Trabajo del COPC, continuando con su ciclo de actividades, promovió en Barcelona antes del verano, una mesa redonda orientada a debatir y reflexionar sobre el papel del *coaching* en los contextos de cambio no buscados.

El acto, que se realizó con la colaboración y en el marco de la presentación de AECOP CATALUNYA, asociación profesional que agrupa a especialistas del *coaching* ejecutivo, -muchos de los cuales son profesionales de la psicología organizacional-, tuvo un notable éxito al convocar a más de sesenta personas en la nueva sede del COPC.

Juan Carlos Jiménez, como Coordinador del Grupo de Trabajo *Coaching* y Psicología en las Organizaciones, que organizó la actividad, fue el encargado de conducir el acto, que abrió resumiendo las líneas de trabajo y nuevos proyectos que tiene en marcha dicho grupo, entre los que destaca la preparación de la *2ª Jornada Internacional de Psicología y Coaching en la empresa*.

Carles Palet, Presidente de AECOP Catalunya, junto con **Maite Sánchez-Mora**, psicóloga y *coach*, y **Gustavo**

PAPALES DEL PSICÓLOGO
REVISTA DE PSICOLOGÍA

TODOS
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>

Piera, Consultor y *coach* de alta dirección, propiciaron un interesante debate alrededor de las claves de utilidad del *coaching* como herramienta de gestión de cambios y su papel ante la crisis en la organización. ¿Cuál es la evolución del *coaching* en Europa y su estado de implantación por países?, ¿qué aporta el *coaching* en el contexto de la psicología de las organizaciones?, ¿qué puede aportar la psicología de las organizaciones en el contexto del *coaching*?, ¿qué es realmente una crisis y desde qué dimensiones puede abordarse?, ¿cómo incide el factor crecimiento y motivación de las personas en la organización ante las situaciones de crisis? y ¿por qué no pensar ya en el día de después de la crisis? fueron algunos de los contenidos que se abordaron. Para finalizar, **M.^a José Poza**, Vicepresidenta de la Junta Directiva de la Sección de Psicología de las Organizaciones y del Trabajo, cerró el acto con unas palabras de agradecimiento para los organizadores y ponentes.

III JORNADAS DE PSICOLOGÍA JURÍDICA EN CATALUÑA

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada acogió el pasado viernes 23 y sábado 24 de octubre, las *III Jornadas de Psicología Jurídica en Cataluña* organizadas por la Sección de Psicología Jurídica del COPC con la colaboración del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña y el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona.

El viernes 23 de octubre se presentaron las III Jornadas de la mano de la vocal de la Junta de la Sección de Psicología Jurídica del COPC, **Conxita**

Cartil que moderó la mesa inaugural presidida por el Secretario de Relaciones con la Administración de Justicia, **Joan Xirau**, por el Diputado de la Junta del Colegio de Abogados de Barcelona, **Joan Merelo-Barberà** y por el Magistrado y Director de la Escuela Judicial, ilustrísimo señor **Pascual Ortuño**.

En el marco de estas jornadas se realizaron diferentes mesas redondas, sobre el ámbito de la familia, el abuso sexual y sobre las interferencias parentales.

Las *III Jornadas de Psicología Jurídica en Cataluña* contaron con la asistencia de 150 personas y concluyeron con una conferencia sobre *La garantía del interés superior del infante en las políticas de infancia*, a cargo de **Xavier Bonal**, Adjunto para la defensa de los derechos de los niños (Síndic de Greuges de Catalunya).

Para finalizar, el decano del COPC, **Jaume Almenara**, hizo entrega del premio a la mejor comunicación, que fue para **David Gallardo-Pujol**, y al mejor póster, concedido a **Andrea Sotelo**.

UNOS NUEVOS SERVICIOS SOCIALES: ¿COMO SE PUEDE RECONSTRUIR EL SISTEMA?

El pasado día 8 de octubre tuvo lugar el Coloquio Presentación de las *VIII Jornadas de Servicios Sociales Básicos* en el Auditorio de la Torre Agbar.

La presentación del acto fue a cargo de **Pep Vilajoana**, Presidente del Comité organizador y científico de estas VIII Jornadas de SSB, quien en nombre y representación del COPC, -Colegio al que corresponde la organización de esta edición de las Jornadas-, expuso el compromiso de los diferentes Colegios Profesionales en la preparación de estas Jornadas que se llevan celebrando desde el año 1997, y que tendrán su octava edición en mayo de 2010.

En representación del Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Cataluña (CEESC) habló **Pere Vicenç Planas**, su Vicepresidente, y en representación del Colegio Oficial de Diplo-



Presentación de las Octavas Jornadas de Servicios Sociales Básicos

mados en Trabajo Social (CODTS), **Núria Carrera**, su actual Presidenta. Todos los ponentes coincidieron en la voluntad de trabajar conjuntamente con este objetivo.

Los organizadores destacaron cinco palabras clave para enmarcar el trabajo que se ha iniciado con este Coloquio Presentación: Complejidad, Universalidad, Derechos, Modelos y Cambio.

La propuesta se estructura en tres ejes que contienen respectivamente los aspectos legales, organizativos y las estrategias profesionales que operan en el sistema de servicios sociales.

Metodológicamente se plantea que tres grupos de trabajo aborden independientemente cada uno de los bloques, para acabar con una puesta en común.

El objetivo es contribuir a los cambios para la calidad, profundizar en la praxis interdisciplinar y mantener los valores y la ideología que los servicios sociales reclaman.

400 INVESTIGADORES ASISTIERON AL XI CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL

El pasado 1 de octubre se inauguró el *XI Congreso Nacional de Psicología Social* en el Auditori August del Palacio Ferial y de Congresos de Tarragona, a cargo del Vicerrector de Política Académica y Científica de la URV, **Josep Manel Ricart**, el Rector del Centro Universitario de la Ciénaga de la Universidad de Guadalajara, **Raúl Medina**, el Concejal de Seguridad Ciudadana y Movilidad del Ayuntamiento de Tarragona, **Carles Castillo** y el Presidente del Comité Organizador y Científico, **Jordi Tous**.

Durante los días 1, 2 y 3 de octubre, el Palacio Ferial y de Congresos y el Auditorio de Caixa Tarragona acogió a 400 congresistas procedentes de todo el estado español así como también se contó con una gran representación latinoamericana (Baja California, Guadalajara-México, Valparaíso-Chile, Costa

Rica, la República Oriental de Uruguay y Santa Catarina-Brasil), y con investigadores procedentes de Ginebra, Suiza y de Tomsk (Rusia).

El programa ofreció tres conferencias plenarios de la mano de investigadores de primera línea como **Munné** (Universitat de Barcelona), **Torregrosa** (Universidad de Salamanca) y **Jiménez Burillo** (Universidad Complutense de Madrid), que abrieron el evento tratando y debatiendo sobre el estado actual de la Psicología Social. **Florian G. Kaiser** (Universidad Tecnológica de Eindhoven), ofreció su visión sobre la Psicología Ambiental y **Peiró** (Universidad de Valencia), que cerró el Congreso hablando de la Psicología del Trabajo.

Este encuentro estatal bienal de psicólogos sociales pretende aportar soluciones en el ámbito social, empresarial y medioambiental a través de los 500 trabajos de investigación recibidos, divididos en 15 áreas temáticas de las que destacan *Inmigración y discriminación*, *Psicología jurídica y de la violencia*, *Psicología del trabajo y Psicología Ambiental*.

El Congreso contó con la colaboración del Ayuntamiento de Tarragona, la Diputación de Tarragona, el Palacio Ferial y de Congresos de Tarragona, el Puerto de Tarragona, Caixa Tarragona y el COPC.

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

II JORNADAS NACIONALES SOBRE ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

Psicólogos y pedagogos de ámbito nacional e internacional reflexionan para avanzar teóricamente y a nivel práctico en la inclusión del alumnado con altas

capacidades intelectuales dentro del sistema educativo.

En el transcurso de los días 30 y 31 de octubre tuvieron lugar las *II Jornadas Nacionales sobre Altas Capacidades Intelectuales*, realizadas en el CosmoCaixa Barcelona.

Estas jornadas fueron organizadas por el Grupo de Trabajo de Superdotación y Altas Capacidades de la Sección de Psicología de la Educación del COPC y por el Grupo de Trabajo de Superdotación y Altas Capacidades del Colegio Oficial de Pedagogos de Cataluña (COPEC).

En estas jornadas se abordaron temáticas relacionadas con las diferentes teorías sobre las altas capacidades intelectuales y los modelos de intervención que se derivan, las pautas y orientaciones a maestros y familias para la detección de las altas capacidades, la importancia de la colaboración entre diferentes profesionales, el reconocimiento de las necesidades educativas de estos niños y el desarrollo de diferentes instrumentos de identificación e intervención educativa entre otros.

En el transcurso de los dos días se realizaron conferencias, mesas redondas, talleres y sesiones de pósters. Los conferenciantes más destacados de las jornadas fueron **Françoys Gagné**, **Franz Mönks**, **Mercè Martínez** y **Antoni Castelló**. Las jornadas finalizaron el sábado 31 de octubre y contaron con, aproximadamente, trescientos asistentes.

IX JORNADA DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y DE LA SALUD

El viernes 2 de octubre en el Aula Magna de la Universidad Abat Oliva CEU se realizó la *IX jornada de actua-*

lización clínica y de la salud: Los trastornos relacionados con el peso y la alimentación: de la obesidad a la anorexia, organizada por la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC y coordinada por **David Miquel**, **Joaquim Puntí** y **Susana Pujol**, Presidente, Vicepresidente y Secretaria respectivamente de la sección.

El objetivo de la jornada consistió en crear un espacio de intercambio donde los profesionales pudieron compartir los conocimientos relacionados con las problemáticas citadas, muy especialmente en relación a estrategias preventivas y terapéuticas, que permiten mejorar la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El acto contó con la participación de ponentes de alto nivel procedentes del ámbito clínico, la investigación aplicada y la docencia universitaria.

Los ponentes que participaron y las conferencias que realizaron se detallan a continuación:

- ✓ **Carmina Saldaña:** *Obesidad infantil y adolescente: ¿existen recomendaciones eficaces para su tratamiento?*
- ✓ **María Luque:** *Características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria.*
- ✓ **Raquel Martínez:** *Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria a nivel ambulatorio.*
- ✓ **Teia Plana:** *Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en hospitalización.*
- ✓ **Gemma López-Guimerà:** *Problemas relacionados con la alimentación y el peso: ¿es posible la prevención integrada de los TCA, el sobrepeso y la obesidad?*
- ✓ **Cristina Carretero Jardí:** *Imagen corporal y autoestima en los pro-*

blemas relacionados con la alimentación y el peso.

- ✓ **Silvia Fernández Millas y Montse del Castillo:** *La terapia en grupo en los trastornos de la conducta alimentaria.*
- ✓ **Montse Fort Gràcia:** *La terapia en la familia en los trastornos de la conducta alimentaria.*
- ✓ **M. del Pino Alonso:** *Tratamiento farmacológico de los trastornos de la conducta alimentaria: indicaciones, contraindicaciones y eficacia.*

Montserrat Ruíz
Corresponsalía COPC

PUBLICIDAD

www.psymtec.com

Biofeedback:
Equipos Portátiles y
Computerizados.

Poligrafía
Convencional
y Computerizada.

Adquisición
de Datos Fisiológicos..

Terapia Ocupacional.

Aprendizaje Psicomotor.

Evaluación Neurofisiológica.

Educación Física.

Medicina Deportiva.

E-mail: psymtec@psymtec.com

Psymtec, Material Técnico S.L.
C/Car. Castellana 61 Local
48025 MADRID

TLF: 91 341 15 21 - 91 341 71 95
Fax: 91 748 41 95

psymtec



Galicia

GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CATÁSTROFES Y EMERGENCIAS (GIPCE)

Los pasados 18 y 19 de septiembre, el Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) del COPG, celebró la segunda parte del curso *El dolor en situaciones de catástrofe y emergencias II*. El curso fue impartido por **Alberto Fernández Liria**, psiquiatra Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid y Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá.

Dentro de los objetivos que se pretendían alcanzar con este curso se encontraba el de revisar conceptos básicos y comprender los principios de la intervención en el dolor, aprender a identificar las dificultades del dolor en situaciones especiales y entrenar la capacidad de poner en marcha estrategias y técnicas para intervenir con personas en situación de dolor y con problemas de salud mental relacionadas con él.

El programa del curso fue el siguiente: revisión de los conceptos básicos del dolor orientado a entender su desarrollo en circunstancias especiales (pérdidas traumáticas, violencia, catástrofe,...); revisión de los principios básicos en la intervención en el dolor; particularidades del proceso del dolor en circunstancias especiales (en los menores, en la muerte de un hijo, en el suicidio, por muerte violenta, en las desapariciones, en las pérdidas de miembros y en las pérdidas múltiples); y propuestas de intervención.

El curso estaba dirigido a los miembros del GIPCE y contó con un total de 38 asistentes.

Por otro lado, desde la Coordinadora del Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) se está trabajando en distintos aspectos como son:

- ✓ Elaboración del plan formativo para el 2010.
- ✓ Elaboración de guías informativas para afectados e intervinientes. La

intención es tener ese material disponible en las intervenciones para que sirva de orientación a las personas con las que se interviene una vez que el GIPCE de por cerrada su intervención.

- ✓ Elaboración del Plan de Emergencias Interno.
- ✓ Revisión de criterios de formación de los miembros del GIPCE. Con la entrega de las identificaciones (carnés y chalecos) en octubre de 2008, se fijaron unos criterios de formación mínimos a cumplir cada año de cara a continuar en el Grupo. Por lo cual, quien no llegue a la mínima formación anual será dado de baja.

FIRMA DEL CONVENIO ENTRE LA CONSEJERÍA DE PROMOCIÓN ECONÓMICA DEL AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA Y EL COPG

El COPG firmó junto con la Concejería de Promoción Económica del Ayuntamiento de Santiago de Compostela, un convenio para la contratación de una psicóloga dentro del Proyecto Persona IV, para la realización de prácticas en relación al Programa de Mediación Intrajudicial del COPG.

El programa de Mediación Intrajudicial es fruto de un convenio entre la Vicepresidencia de Igualdad y de Bienestar de la Junta de Galicia, el Ministerio Fiscal, el Colegio Oficial de Abogados de Santiago de Compostela y el COPG.

Desde el mes de marzo viene funcionando un equipo de mediación intrajudicial de los juzgados de Santiago de



Momento del curso *El dolor en situaciones de catástrofe y emergencias II*

Compostela. Este equipo está formado por una abogada y el psicólogo Coordinador de la Comisión Intersectorial del COPG, con el fin de poner en marcha una experiencia piloto en Galicia.

CURSO LEY PENAL DEL MENOR. EVALUACIÓN DEL RIESGO

El pasado 16 de octubre se celebró en el COPG la primera jornada formativa interna de la Sección de Psicología Jurídica del COPG. El curso estuvo impartido por **Clara Isabel Fernández Rodicio**, Vocal de la Junta Directiva de la Sección de Psicología Jurídica y Profesora Asociada de la Facultad de Educación de Vigo.

El objetivo del mismo era realizar un análisis general de la nueva situación legislativa con respecto a la responsabilidad penal del menor, y dotar a los asistentes de conocimientos, metodología e instrumentos adecuados de cara al trabajo en el ámbito penal de los menores.

CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

La Sección de Psicología Jurídica del COPG ha aprobado la creación del Grupo de Trabajo para la Elaboración de la Guía de Buenas Prácticas, el cual está coordinado por **Julita M^a Touriño Araújo**, miembro de la Junta Directiva de la Sección de Psicología Jurídica del COPG.

Este Grupo tiene como objetivo la elaboración de guías que sirvan de referen-

cia a los psicólogos para el trabajo en el área de psicología jurídica o forense. En concreto, el trabajo se divide en las siguientes áreas:

- ✓ Derecho civil: elaboración de informes en familia y valoración de incapacidades.
- ✓ Derecho penal: credibilidad del testigo de menores víctimas, valoración de víctimas de maltrato, valoración del riesgo de violencia y valoración de responsabilidad.
- ✓ Derecho laboral: valoración del *mobbing* (*bullying*), valoración del síndrome del quemado, valoración neuropsicológica (accidente laboral o de tráfico).

Los componentes del Grupo para la elaboración de la Guía de Buenas Prácticas son: **José Antonio Varela Alonso, Juan Carlos Forneiro Casas, Concepción Cendón Dacosta, Mercedes Lidia Benchimol Auday, Ana Belén Vidal Ramos, María Teresa Villar Barreiro, Luisa Fidalgo Rodríguez, Ana Molíns de Sans, Beatriz Dorrío Lourido, Emma Diéguez Teijeiro, Blanca Navarro Munáiz, Carlos Evaristo Domínguez Robledo y Carmen Morell Muñoz**, -todos psicólogos miembros de la Sección de Psicología Jurídica-.

JORNADAS DE CONCIENCIACIÓN DEL GRUPO DE TRÁFICO Y SEGURIDAD DEL COPG

Continuando con el desarrollo del programa de *Jornadas de Concienciación*, -jornadas, que son destinadas a la población que deberá realizar trabajos en beneficio a la comunidad en cumplimiento de las penas como conse-

cuencia de los delitos contra la seguridad vial-, se están llevando a cabo dos nuevos grupos. El primero, en A Coruña, cuenta con un total de 13 asistentes. Los responsables de este grupo son **Eduardo Anoeta Rodríguez** y **Juan Manuel Bonome Rodal**, -ambos miembros pertenecientes de la Coordinadora del Grupo de Tráfico y Seguridad Vial del COPG-.

El segundo grupo, en Santiago de Compostela, cuenta con 12 asistentes, siendo coordinados por **María Mariño Barca** y **Teresa Antelo Silva**, -ambas miembros del Grupo de Tráfico y Seguridad Vial del COPG-.

En el mes de noviembre, además de mantener los grupos citados, se va ampliar también a la ciudad Vigo.

En relación a la presentación de las *Jornadas de Concienciación*, desde el Grupo de Tráfico y Seguridad Vial del COPG, se decidió afianzar el programa en Galicia y considerar su posterior traslado al resto del Estado español.

FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y JUSTICIA DE LA JUNTA DE GALICIA Y EL COPG

Un año más, el COPG firmó el convenio de colaboración entre la Consejería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de la Junta de Galicia y el COPG en materia de Protección Civil.

José Luis Domínguez Rey
Documentación y Comunicación
COP de Galicia



Andalucía Oriental

XII CONVENCIÓN ANUAL DE PSICOLOGÍA EN ANDALUCÍA ORIENTAL

El COP Andalucía Oriental, como en anteriores ediciones, en su objetivo de acercar el Colegio a los colegiados, a las instituciones y a la sociedad en general, organizó la *XII Edición de la Convención Anual*, que este año se celebró en Almería. Como ya es tradición, el COP Andalucía Oriental hizo entrega de las distinciones con las que el Colegio reconoce la labor que han estado realizando instituciones y personas que redundan en una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos de Andalucía. El acto comenzó con la bienvenida del Decano del COP Andalucía Oriental, **Mariano Vera Martínez**. A continuación, se realizó el juramento, promesa y entrega de insignias del COP Andalucía Oriental a los nuevos colegiados. Seguidamente, se procedió a la entrega del *VIII Premio de Investigación en Psico-*

logía Aplicada Juan Huarte de San Juan. En el apartado de premios a profesionales e instituciones, se otorgó el premio **Ángeles López Zapatería, Eduardo Raya Lozano y Gabriel López Zapata**. El premio de la Psicología andaluza a instituciones locales, correspondió a **Juan García García**, Decano de la Facultad de Psicología en Almería. Posteriormente, el Decano hizo entrega del premio de la Psicología andaluza a instituciones nacionales a los representantes de CERMI, por su labor con las personas con discapacidad y sus familias. Finalmente, el premio de la Psicología andaluza por la promoción de la figura del psicólogo se le concedió a **María Jesús Álava Reyes**, por la excelente difusión de la Psicología en el programa *Te Doy Mi Palabra* (Onda Cero). El premio de la Psicología andaluza a instituciones autonómicas, correspondió a la *Asociación A Toda Vela*, por su trabajo en Almería desarrollando el ocio y tiempo

libre de los niños y jóvenes con discapacidad intelectual. Asimismo, el Decano hizo entrega de una distinción especial, nombrando colegiado de honor a **José María Peiró Silla**, por su contribución al desarrollo de la Psicología en España y en el mundo y a su liderazgo en el contexto de la Psicología en las relaciones sociales. Finalmente, Manuel Mariano Vera Martínez, Decano del COP Andalucía Oriental, realizó el discurso de clausura del acto que, además, se finalizó con una copa de clausura de la XII Convención y una invitación para la próxima a celebrar en Granada.

CONVENIO DE COLABORACIÓN CON LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

El COP Andalucía Oriental y La Universidad de Almería firman un convenio de colaboración por el cual los alumnos de la Universidad de Almería podrán realizar sus prácticas en centros acreditados por el COP Andalucía Oriental. Este acuerdo para la realización en común de actividades de formación, divulgación e investigación fue firmado por **Pedro Molina**, Rector de la Universidad de Almería, **Manuel Mariano Vera Martínez**, Decano de este Colegio.

Esta firma impulsará el desarrollo de formación y nuevas investigaciones relacionadas con la Psicología, además de promover nuevos contratos específicos entre el COP Andalucía Oriental y los grupos de investigación de la Universidad de Almería.

Adicionalmente se prevé la creación de un programa de cooperación educativa con dos objetivos: facilitar a los



Premiados de la convención junto con Manuel Mariano Vera Martínez (Decano del COP Andalucía Oriental) y Alfonso Ibáñez Bonilla (Vicedecano del COP Andalucía Oriental en Almería)

alumnos de Psicología que cursen la asignatura de *Prácticum*, la realización de prácticas en los centros acreditados por el COP Andalucía Oriental, como complemento de su formación teórica; y por otra parte, impulsar la colaboración de profesionales colegiados de prestigio para que participen en las diferentes actividades programadas en los distintos Másteres Oficiales de Psicología.

Este convenio promoverá la realización de la formación complementaria necesaria para garantizar una mejor preparación y desarrollo de los psicólogos.

FIRMADO CONVENIO EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS CON HISPACOLEX

El COP Andalucía Oriental ha firmado un convenio con *Hispacolex* por el que esta empresa dará solución a las obligaciones derivadas del cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos, en condiciones especialmente beneficiosas, tanto de calidad como de precio.

Profesionales de la firma *Hispacolex* impartieron charlas informativas en las Sedes Provinciales del Colegio, transmitiendo a los colegiados asistentes toda la información relativa a las nuevas obligaciones para el cumplimiento de la nueva Ley.

JORNADAS PERSPECTIVAS PARA FAVORECER LA INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

El pasado 23 de octubre, se celebraron las jornadas *Perspectivas para Favorecer la Integración de los Inmigrantes en*



De izquierda a derecha, Juan García García, (Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería), Pedro Roque Molina García, (Rector de la Universidad de Almería) y Manuel Mariano Vera Martínez (Decano del COP Andalucía Oriental), durante la firma del convenio

el Ámbito Educativo en la sede del COP Andalucía Oriental, organizadas por la Secretaría del Estado de Inmigración y Emigración del Ministerio de Trabajo e Inmigración, el Fondo Europeo para la Integración de la Unión Europea y el COP. Estas jornadas se han dirigido a los profesionales de distintos ámbitos, especialmente a quienes están vinculados a la intervención social y a la educación.

En estas jornadas se ha dado mucha importancia a la función docente del profesorado, puesto que su referencia moral y ejemplo de comportamiento es guía de acción de los alumnos, siendo fundamental el apoyo para superar las barreras idiomáticas y una mínima formación en promoción de la igualdad, de la integración social de los inmigrantes.

Igualmente, en las jornadas se explicaron las líneas políticas de integra-

ción social de los inmigrantes de los Programas Autonómicos y el Plan Nacional (*Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración, PEI*), las medidas educativas de atención a la diversidad (*Programas de Cualificación Profesional Inicial*), herramientas para la gestión de la diversidad y la convivencia en los centros (*Programa IES Socio*) y estrategias para atender las dificultades cotidianas que en este contexto se pudieran dar.

SE CELEBRA EL CURSO RESPUESTA AL TRAUMA DESDE LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN SITUACIONES DE CRISIS Y VIOLENCIA

El Grupo de Intervención Psicológica en Desastres, Catástrofes y Emergencias de Andalucía Oriental (GIPDE) ha



Gonzalo Musitu Ochoa (Catedrático de Psicología Social, Universidad Pablo Olavide de Sevilla) y Belén Martínez Fernández, (presentadora y moderadora del acto) durante las Jornadas


celebrado recientemente el curso *Respuesta al Trauma desde la Intervención del Psicólogo en Situaciones de Crisis y Violencia* en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada con un lleno absoluto. El curso fue impartido por **Andrés Cuartero Barbanoj** y enti-

dades como la Fundación Huarte de San Juan Psicología y Salud y la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía han respaldado igualmente esta iniciativa.

Como es sabido, el GIPDE de Andalucía Oriental es un grupo de intervención

en catástrofes y emergencias integrado exclusivamente por psicólogos especializados en esta área. Su intervención se desarrolla en aquellos lugares donde previamente se haya firmado un acuerdo entre el COP Andalucía Oriental y las Administraciones pertinentes (habitualmente Consejería de Gobernación y Emergencias 112). El GIPDE ha intervenido en diferentes tipos de emergencias (accidentes aéreos, atención a familias de fallecidos en accidentes de tráfico, comportamiento suicida, así como suicidios consumados e intervención con la familia; fallecimientos de menores, etc.). Otra línea de actuación de este grupo es la de la investigación y la formación a agentes de las fuerzas de seguridad y de salvamento.

Administración
COP Andalucía Oriental



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

NORMAS PARA LA PUBLICIDAD EN LAS PUBLICACIONES DEL CONSEJO GENERAL DE COP

La Junta de Gobierno del COP ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

La publicidad que se inserte en los medios de comunicación del COP se atenderá, en todos los casos, a los principios éticos, de decoro y de defensa de la Psicología como ciencia y profesión que son exigibles a una organización como el COP.

En este sentido, y desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-grado, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, debería estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el COP, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, la publicidad de post-grado que se inserte en las publicaciones del COP deberá guardar las siguientes normas:

- 1** Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.
- 2** Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a médicos y psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.
- 3** En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Conde de Peñalver, 45 - 5Lzq. • 28006 Madrid
E-mail: secop@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@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@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@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@cop.es

Teléf.: 944 79 52 70
944 79 52 71
Fax : 944 79 52 72

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA

Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003
Santander
Avda. Reina Victoria, 45-2º
39004 Santander
E-mail: dcantabria@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: copclm@copclm.com

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@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, Gerona, Lerida y Tarragona
C/ Rocafort, 129
08015 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: copc@cop.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@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@cop.es

Teléf.: 924 31 76 60
Fax : 924 31 20 15

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA 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@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@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 Guarnier, 1
07004 Palma de Mallorca
E-mail: dbaleares@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@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@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
Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB
33001 Oviedo
E-mail: dasturias@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@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@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

LIBROS

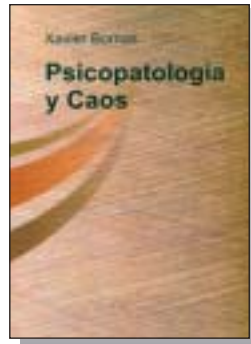


MANUAL DEL DOLOR. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRÓNICO
Jenny Moix y Francisco M. Kovacs
Editorial: Paidós
224 páginas

Entre el 10 y el 23% de los españoles sufren dolor crónico. El impacto económico que ello supone es altísimo, tanto por el coste de su atención sanitaria como por el de sus bajas laborales. Sin embargo, todavía más preocupante que sus repercusiones económicas, es el impacto del dolor crónico en las vidas de los millones de personas que lo padecen y de sus familias.

En el dolor influyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y su tratamiento íntegro requiere un abordaje multidisciplinario. Los tratamientos cognitivo-conductuales forman parte de este abordaje pero, a pesar de su demostrada efectividad, todavía no se aplican de manera sistemática en las clínicas y hospitales de nuestro país.

El objetivo de este libro, en el que han participado 24 psicólogos especializados en este campo, es presentar un protocolo que pueda resultar útil para los psicólogos que tratan a pacientes aquejados de dolor crónico y para estudiantes interesados en adentrarse en este campo en un futuro. Con la intención de ofrecer un “libro de instrucciones” del tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico, los autores han escrito una obra eminentemente práctica.



PSICOPATOLOGÍA Y CAOS
Xavier Bornas
Editorial: Bubok
239 páginas

Este libro es una introducción al estudio no lineal de las alteraciones del comportamiento. Trata de presentar una visión alternativa e innovadora para la comprensión y tratamiento de los problemas psicológicos de la gente. Esta visión tiene sus fundamentos en los grandes avances científicos que se hicieron, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, en el conocimiento de los sistemas dinámicos. Los primeros capítulos se dedican a explicar, evitando los formalismos matemáticos, los conceptos básicos de la teoría del caos y de los sistemas dinámicos. Después, en capítulos independientes, se tratan los trastornos de ansiedad y afectivos. Se incluyen también algunas actividades prácticas que facilitarán la comprensión de algunos de dichos conceptos.



INTRODUCCIÓN A LA PSICOFISIOLOGÍA CLÍNICA
Jaime Vila Castellar y Pedro Guerra Muñoz
Editorial: Pirámide
264 páginas

Las relaciones entre lo psicológico y lo fisiológico han preocupado a pensadores y científicos a lo largo de la Historia. Los problemas planteados en torno a las relaciones entre el alma y el cuerpo, el espíritu y la materia, la mente y el cerebro o lo psicológico y lo fisiológico han constituido diferentes formas de analizar el mismo problema básico de las relaciones entre la conducta —lo que hacemos, pensamos y sentimos— y el cuerpo biológico que la sustenta.

La psicofisiología es la disciplina que estudia estas relaciones. Esta obra ha sido concebida pensando en estudiantes e investigadores que desean acercarse a una disciplina conceptual y metodológicamente compleja pero de grandes atractivos. En primer lugar, porque nos ayuda a conocernos a nosotros mismos en relación a nuestro propio cuerpo, el cómo y porqué de nuestras reacciones fisiológicas cuando actuamos, pensamos y sentimos. En segundo lugar, porque nos permite entender los mecanismos por los que nuestra conducta interpreta un papel clave en el mantenimiento de la salud y en el proceso de enfermar. En tercer lugar, porque nos explica los entresijos de aplicaciones psicofisiológicas sorprendentes, como las técnicas de biofeedback, o controvertidas, como las de detección del engaño. Y en cuarto lugar, porque nos pone en contacto con tecnologías punteras en el estudio del funcionamiento de la mente y el cerebro.



EL FACTOR HUMANO EN LA SEGURIDAD LABORAL. PSICOLOGÍA DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL
José Luis Meliá Navarro
Editorial: Lettera Publicaciones
232 páginas

Todos los estudios coinciden en señalar que el comportamiento humano es causa esencial de la mayoría de los accidentes. Por ello el factor humano en todos los niveles de la organización es la clave de la prevención de riesgos laborales y no puede omitirse en la evaluación de riesgos laborales ni en la acción preventiva eficaz.

Este libro aborda tres aspectos básicos de la Psicología de la seguridad: ¿Por qué se producen los accidentes laborales? ¿Qué debe evaluarse en prevención respecto del factor humano y la cultura de seguridad? ¿Qué programas de acción preventiva contrastados y eficaces pueden aplicarse?

La cuestión esencial es ¿qué es necesario para trabajar seguro? El autor, José Luis Meliá, aporta en esta nueva obra, el método tricondicional de la seguridad laboral que sintetiza las tres condiciones necesarias —y ninguna por sí misma suficiente—, para trabajar con seguridad. Cada una de esas condiciones depende de factores distintos que deben ser diagnosticados en la evaluación de riesgos y para cada una de ellas se presentan los métodos de acción preventiva disponibles, científicamente contrastados, eficaces, eficientes y prácticos. La aplicación de estos programas permitiría reducir sustancialmente los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y otros daños en la salud, así como el absentismo, y los costes económicos que se derivan de la falta de seguridad, obteniendo la mejora del bienestar y el compromiso con el trabajo. Con la publicación de este libro se quiere dotar a los especialistas en prevención, directivos, responsables de recursos humanos, Administración, agentes sociales y trabajadores interesados con nuevos esquemas de análisis que ayuden a diagnosticar las necesidades para la mejora de la seguridad y que permitan reducir la siniestralidad laboral.