

Atención psicológica gratuita en las oficinas de empleo del Reino Unido

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

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

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

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

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

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

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

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



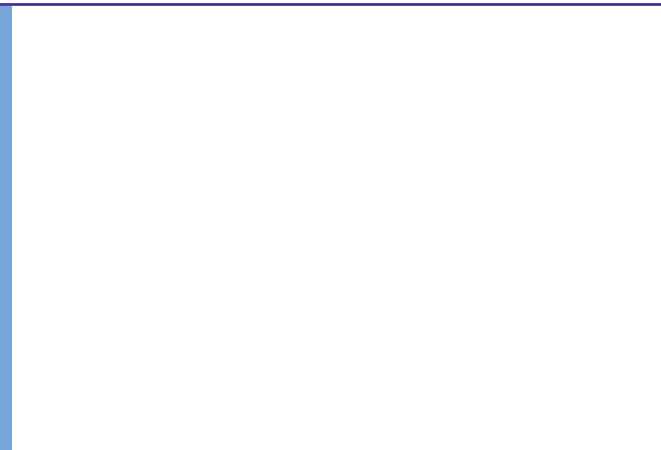


Guía para el Trastorno de Personalidad Antisocial

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

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

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



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

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

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

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



Visítanos diariamente en:
www.infocoponline.es

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA

Guías sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario

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

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

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

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

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

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

La IUPsyS crea un boletín de noticias on line

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

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

La IUPsyS es una organización de organizaciones, fundada

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

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

La Fiscalía de Madrid crea un departamento pionero con atención psicológica

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

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

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

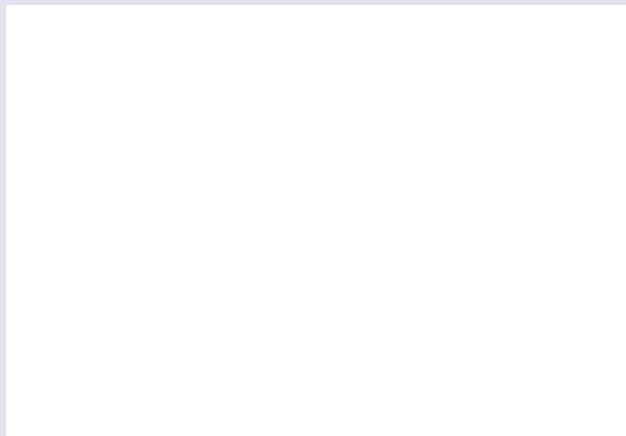
Tal y como aparecía reflejado en El País, la iniciativa cuenta con el apoyo y el respaldo del secretario de Estado de Interior, **Antonio Camacho**, quien se ha comprometido a crear una unidad específica mixta de Policía y Guardia Civil para dotar a este servicio.

Primer informe psicológico de Gaza

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

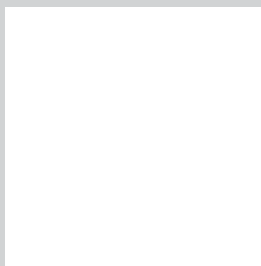
- ✓ Inicialmente, es útil contárselo a alguien en quien se confía, que sea tolerante y comprensivo.
- ✓ Sólo la persona que padece el problema sabe cuándo es adecuado contarlo.
- ✓ Puede ayudar saber más sobre el problema mental que se padece para poder responder las preguntas que le hagan las personas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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



Nueva Guía para el Trastorno Límite de la Personalidad

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

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

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

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

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

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

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

Hiperfrecuentadores en Atención Primaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Reclaman psicólogos para las unidades de reproducción asistida

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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