

BOLETÍN INFORMATIVO

21ª Ed. SEPT – DIC 2022



ÍNDICE

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT	-4-
1.1. Actualidad de la Psicoterapia	-4-
1.2. Declaración institucional del Consejo General de la Psicología con motivo del Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la mujer	-4-
1.3. IX Jornada de Excelencia e Innovación en Psicología	-6-
2. Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Miguel Ángel Vallejo Pareja	-8-
3. Noticias de interés psicoterapéutico	-14-
3.1. Asistencia del Consejo General de la Psicología y de la dPsiT en el homenaje a Ernest Lluch	-14-
3.2. El rol de la psicología en los cuidados paliativos infantiles	-15-
3.3. Informe de la Fundación ANAR sobre la conducta suicida en menores	-19-
4. Reseñas de psicoterapia recomendables	-25-
5. Un vistazo a la actualidad	-30-
5.1. La salud mental de los docentes en España. Datos del Defensor del Profesor	-30-
5.2. Breve guía de recuperación personal en salud mental – <i>Mental Health Europe</i>	-34-
5.3. Pautas para una adecuada intervención con mujeres gitanas víctimas de violencia de género	-35-
6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia	-36-
7. Buzón de sugerencias	-37-

La División de Psicoterapia (dPsiT) del Consejo General de la Psicología de España

JUNTA DIRECTIVA



Manuel Berdullas Temes
Coordinador



Francisco Cruz Quintana
Vocal elegido por la Junta General de COP



Pedro Rodríguez Sánchez
Vocal



Alfonso Salgado Ruiz
Vocal elegido por la Junta General de COP



Guillermo Mattioli Jacobs
Vocal



Annette Kreuz Smolinski
Asesora



Javier Prado Abril
Vocal



Mercedes Bermejo Boixareut
Asesora

EDICIÓN DEL BOLETÍN



Pedro Altungy Labrador
Editor del Boletín

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT

1.1. ACTUALIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Como cada año, el último número del boletín es momento para hacer balance de cómo han sido los últimos 12 meses en la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología, y de los aspectos más importantes a este respecto. En este sentido, ha de destacarse en un primer lugar que nuestra División no deja de crecer. A fecha de 9 de diciembre de 2022, somos ya 2.355 miembros en la dPsiT, 573 más desde comienzos del 2020 (año marcado por la pandemia de la COVID-19).

En cuanto a la [certificación EuroPsy](#) de especialista en psicoterapia a nivel europeo, son ya 1.796 personas de nuestro país las que se encuentran recogidas en este importante registro. Recuerda que tienes toda la información para solicitarlo en el apartado 6 del presente boletín. Además, en este sentido, es importante destacar la incorporación de nuestros compañeros y vecinos portugueses a esta iniciativa. Así, en el 2022, la [Ordem dos Psicólogos](#) tomó la decisión de incorporarse a esta iniciativa internacional a nivel europeo. Esto implica muchas más facilidades para poder trabajar como psicoterapeuta certificado en cualquier país firmante de este compromiso.

1.2. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA CON MOTIVO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Este 25 de noviembre hablaremos, de nuevo, de violencias machistas, pero es imprescindible recordar que no es cuestión de un día, sino que cada día, sin excepción, se producen agresiones machistas. Son buena prueba de ello las páginas de los periódicos, que se convierten en un triste registro de las distintas formas e intensidades en que se produce esa violencia. Cada hora, en nuestro país se ponen 18 denuncias. Y cada cuatro horas, se denuncia una violación.

Desde el Consejo General de la Psicología manifestamos nuestro total rechazo contra cualquier forma de violencia psicológica, física o sexual ejercida contra las mujeres, y trasladamos

nuestra solidaridad y afecto a las familias y seres queridos de las 38 mujeres asesinadas por su pareja o expareja en lo que va de año, 1.171 desde 2003.

Es necesario reflexionar sobre la relevancia que, en el momento actual, tienen las noticias sobre esta lacra en espacios informativos de los medios de comunicación. La violencia contra las mujeres, dada su frecuencia, ya no es excepcional en los informativos y deja de tener la relevancia que merecería. Solo cuando el nivel de violencia en las agresiones es extremo consigue atraer la atención de la ciudadanía. Pero cuesta obtener información de contexto que relacione estas agresiones con otros temas, como la reproducción de las conductas y creencias machistas en las generaciones más jóvenes.



La cultura en la que continuamos educando a niños y niñas, adolescentes y jóvenes genera desigualdad y violencias, que provocan que la mitad de la población tenga menos oportunidades y un mayor nivel de riesgo a lo largo de toda su vida. Según el INE, el grupo de edad en el que más aumenta la violencia en la pareja es el de menores de 18 años, un 73% más. El Fiscal General del Estado, cuando presentaba los datos de la Memoria anual de la Fiscalía de 2021, llamaba a “una reflexión como sociedad”, ante datos como que los abusos y agresiones sexuales cometidos por chicos menores de 18 años crecieron un 58%. Si observamos la tendencia en los últimos 5 años, el incremento es de un 207%. La propia Fiscalía alertaba de la banalización de las relaciones sexuales entre adolescentes, las conductas altamente sexualizadas a edades cada vez más tempranas y un acceso a la pornografía a corta edad.

Estas son las consecuencias penales de la cultura de la violación que continúa plenamente asentada entre muchos de los adolescentes y jóvenes. La violencia sexual es una de las manifestaciones de violencia contra la mujer más extendida y normalizada. De hecho, el terror sexual tuvo una fuerte visibilización este verano, cuando una oleada de pinchazos a mujeres

jóvenes en lugares de ocio nocturno creó un contexto en el que las chicas se vieron expulsadas, de nuevo, del espacio público, con una amenaza (real o no) que las atemorizaba.

El Barómetro Juventud y Género de 2021, que publica el Centro Reina Sofía, señalaba una juventud fuertemente polarizada, en la que los chicos manifiestan una menor toma de conciencia de las desigualdades de género; una tendencia iniciada en 2019 y, que ahora, se agudiza. Es lógico, porque desde la cultura del privilegio es difícil identificar dicha brecha, pero, además, el contexto social y político favorece discursos que difuminan las violencias machistas y las desigualdades estructurales. Un ataque contra el movimiento feminista que termina, en consecuencia, fortaleciendo los valores tradicionales de la sociedad patriarcal.

El machismo evoluciona y se adapta a los cambios sociales; por ello, necesitamos actuar en el terreno preventivo, desmontar las creencias, prejuicios y estereotipos que sustentan la cultura patriarcal. Solo yendo a la raíz podremos actuar para prevenir comportamientos y conductas que continúen engrosando sentencias como las que refería la Fiscalía General del Estado.

La Psicología, como ciencia dedicada a la conducta humana y a las emociones, es imprescindible en el camino hacia la igualdad real y hacia la sociedad del buen trato en la que todas y todos deseamos vivir. Por ello, desde el Consejo General de la Psicología reclamamos que se trabaje con el 100% de los niños niñas y adolescentes de este país, a través de los centros educativos, con intervenciones psicológicas enfocadas a la sensibilización en materia de igualdad, de relaciones sexuales y afectivas y de prevención y detección de violencia de género.

La preocupación por la transmisión y repetición de la cultura machista en las generaciones más jóvenes no es suficiente: necesitamos pasar a la acción, con medios y profesionales, para promover una transformación real.

- **Fuente:** Infocop “[Declaración Institucional del Consejo General de la Psicología con motivo del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la mujer](#)”.

1.3. IX JORNADA DE EXCELENCIA E INNOVACIÓN EN PSICOLOGÍA

El pasado viernes, 16 de diciembre, la sede del Consejo General de la Psicología acogió la **VIII edición de la Jornada de Excelencia e Innovación en Psicología.**

El evento, organizado por la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación) y el Centro de Enseñanza Superior Cardenal Cisneros, contó con la promoción del Consejo General de la Psicología de España (COP), la Federación Iberoamericana de Agrupaciones y Colegios de Psicología (FIAP), la Conferencia de Decanos y Decanas de Psicología de las Universidades españolas (CDPUE) y la Academia de la Psicología de España. Todas ellas, son organizaciones que trabajan de manera constante en la promoción de la Psicología como ciencia, favoreciendo la discusión y debate de ideas innovadoras y premiando la excelencia en la actividad profesional y académica en nuestro campo.



Como en las demás ediciones, este encuentro está orientado a **promover el debate de las ideas innovadoras y premiar la excelencia en la actividad profesional y académica de la Psicología española**. Este año se ha contado con la participación de destacados profesionales del ámbito de la Psicología. Mencionar la participación de Maite Garaigordobil Landazábal, Ex Catedrática de Evaluación y Diagnóstico Psicológico de la Universidad del País Vasco, quien recibiera el Premio José Luis Pinillos a la Trayectoria Profesional a lo largo de la Vida de una Psicóloga Española el pasado año 2021. La profesora Garaigordobil impartió la conferencia “*La relevancia de la psicología educativa en la prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil*”. Tras su intervención, hubo dos mesas de trabajo en las que se abordaron temáticas innovadoras y de gran interés profesional, coordinadas cada una de ellas por profesionales de reconocido prestigio.

Al finalizar la Jornada, se hizo entrega de los siguientes **Premios y Reconocimientos**:

• **Premio José Luis Pinillos a la excelencia en Psicología 2021:**

- Al Psicólogo Español Destacado por su Actividad Profesional
- A la Entidad Socialmente Excelente en el Ámbito de la Psicología.
- A la Trayectoria Profesional a lo largo de la Vida de un/a Psicólogo/a español/a.

• **Premios Psicofundación para Jóvenes psicólogos Emprendedores 2021:**

- A la mejor iniciativa empresarial.
- A la mejor iniciativa investigadora.

- **Premios CIDAP 2021**

- Cátedra de Investigación y Desarrollo aplicado en Psicología:

- **XXVII Premio TEA Ediciones–Nicolás Seisdedos:**

- Para Trabajos de Investigación y Desarrollo sobre Tests y otros Instrumentos Psicológicos.

Puede consultar toda la información detallada sobre este evento en su [página web](#).

2. Perspectivas en psicoterapia

Desde la División de Psicoterapia continuamos con nuestro deseo de profundizar en la realidad profesional de la psicoterapia en España. Las expectativas, objetivos, necesidades y preocupaciones, siempre con el objetivo en mente de establecer posibles desarrollos profesionales, de la mano de los profesionales que trabajan día a día en este campo. En esta ocasión, la Junta Directiva de la División de Psicoterapia ha decidido entrevistar para nuestra sección “Perspectivas en psicoterapia”, a **Miguel Ángel Vallejo Pareja**.



Miguel Ángel Vallejo es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual en la Universidad Nacional a Distancia (UNED) desde el año 2007. Cursó sus estudios de Licenciatura (1979) y de Doctorado (1984) en la Universidad Complutense de Madrid. Su área de investigación se ha centrado en el ámbito de la psicología clínica, en especial, en los trastornos asociados al estrés y psicofisiológicos, con especial mención al dolor crónico y trastornos reumatológicos. Además, también ha dirigido diversas investigaciones relacionadas con terapias contextuales (p.ej., *mindfulness*) así como la aplicación de terapia por internet y más recientemente, sobre la pandemia de la Covid-19 y sus consecuencias. Miguel Ángel cuenta con una extensa obra publicada, tanto en revistas científicas como en manuales (destaca el *Manual de Terapia de Conducta*, que ya va por su tercera edición, y el *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*, publicado hace tan sólo unos meses).

Como en cualquier otra disciplina científica, con el paso del tiempo, las tendencias, los marcos teóricos, evolucionan y su apoyo varía a lo largo de los años. Quizás a alguno de nuestros/as lectores/as más jóvenes, el tema de la “modificación de conducta” o “terapia de conducta” les suene a algo más del pasado que del presente, alejado de las terapias de tercera generación, las terapias integrativas o las terapias eclécticas. Sin duda Miguel Ángel, es usted uno de los profesionales de la psicología de referencia en el ámbito de la terapia de conducta en nuestro país. Muchos profesionales de la psicoterapia se han formado a través de sus manuales. Por ello, la primera pregunta que me gustaría hacerle es, ¿cómo definiría usted la terapia de conducta?, ¿cuáles serían sus elementos característicos?

Terapia de conducta, modificación de conducta, son términos que ponen en primer lugar a la conducta, el objeto de la psicología como ciencia. Conducta no desencarnada del propio individuo y de su historia, ni de su entorno social y cultural. Desde una posición ambientalista que recoge una interdependencia del medio ambiente físico y social. No es vano, la modificación y terapia de conducta son deudoras de los estudios sobre el aprendizaje que ejemplifican y describen cómo un organismo completo se las arregla para incidir en el medio en que vive, medio que a su vez incide en él. Estos aspectos, incluida la referencia al conductismo metodológico y radical, no son nada nuevo en el ya casi primer cuarto del siglo XXI, y están plenamente vigentes.

Destacado el elemento clave, la conducta, que incluye todo tipo de comportamiento humano: observable o no observable, acciones, pensamientos, emociones; estos aspectos sólo adquieren sentido psicológico en un contexto y en su capacidad para actuar sobre él. En ese sentido importan más las funciones que las conductas en sí. Los elementos centrales y característicos de la terapia de conducta son los procesos conductuales, que no dejan de ser hoy día (véase [Hayes y Hofmann, 2018](#)) los que fueron en su origen: el aprendizaje por contingencias (habituaación y sensibilización, condicionamiento clásico, operante y observacional), aprendizaje discriminativo y generalización de estímulos y respuestas, e interacción de los principios conductuales con la cognición y el lenguaje.

En estos principios está, nada más y nada menos, la comprensión de los fenómenos y la posibilidad de intervenir en ellos. Desde una perspectiva compleja que no se limita a la conducta concreta del presente, sino a sus funciones, como se ha dicho. Se aprenden conexiones entre estímulos y situaciones al modo en que se pueden producir mediante el condicionamiento clásico, pero también relaciones o funciones que trascienden los estímulos o situaciones concretas, fruto del papel del lenguaje como elemento relacional, la conducta verbal a la que se refería Skinner.

El marco de referencia trasciende a la contigüidad, aunque sea útil en la comprensión de los fenómenos. La conducta no es el resultado de mecanismos conectados que vamos descubriendo sino de fenómenos interactivos y dinámicos que pueden operar con un cierto grado de probabilidad.

Siguiendo con lo planteado en la anterior cuestión Miguel Ángel, ¿es la terapia de conducta también parte de nuestro presente? Y, si la respuesta es afirmativa, ¿cómo puede dar respuesta a los problemas de salud mental actuales?

Personalmente procuro usar el término de terapia de conducta que incluso el más ampliamente utilizado de terapia cognitivo conductual. Lo hago no porque haya diferencia entre ellos sino por tratar de mantener las raíces de esta psicoterapia. Lo cognitivo está incluido en lo conductual y lo está desde los orígenes de la terapia de conducta, incluidas sus aplicaciones pioneras como la desensibilización sistemática. Y lo está en la obra de Skinner, como se ha señalado. El mismo Eysenck reconocía el sinsentido de añadir lo de cognitivo. La terapia de conducta, como parte de la ciencia psicológica, recoge hoy en día todas las aportaciones relevantes, conceptuales y empíricas. Sin que el cambiar de nombre sea necesario, o, por el contrario, sea más un motivo de confusión. Ciertamente el afán de notoriedad, muy humano, busca diferenciar o calificar como sustanciales aspectos que siendo relevantes no alcanzan al papel central de la disciplina. Un ejemplo pueden ser las terapias cognitivas que, de la mano de Beck, Ellis y otros ilustres colegas, reclamaron una cierta suerte de revolución. La aportación fue y es bienvenida pero no revolucionaria. Algo similar puede decirse con respecto a otras aportaciones que enriquecen a la terapia de conducta y la resitúan en sus raíces, caso de las terapias contextuales, o de tercera generación, que hacen importantes aportaciones, pero no puede decirse de ellas que hayan descubierto que la conducta tiene funciones y es interdependiente, como diría Kantor o Ribes Iñesta del contexto; ni que el lenguaje y la cognición tengan gran relevancia; perspectivas útiles que enriquecen y no contradicen necesariamente las aportadas desde las terapias cognitivas antes aludidas, como señalan autores relevantes como [Barnes-Holmes](#) (De Houwer, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2016).

La terapia de conducta en algunos momentos ha descuidado la importancia del análisis funcional de la conducta, en gran medida por la necesidad de adaptarse a los DSM, CIE y al enfoque biomédico imperante. Esto es algo reconocido y solventado en gran medida en la actualidad de las manos de las llamadas terapias de tercera generación. Por otro lado, y aun con ese hándicap, la terapia cognitivo conductual, como etiqueta, ha conseguido un amplio reconocimiento en el ámbito médico. Algo similar cabe decir de la importancia que se da en las

últimas décadas a la relación terapéutica, esencial y que resalta que la interacción terapéutica es una situación conductual más y de gran importancia, obviamente. Comentarios semejantes pueden hacerse de la importancia de lo emocional y cognitivo.

Así que la terapia de conducta es una de las psicoterapias que mejor puede atender las demandas de salud de los ciudadanos. Esto no excluye otras psicoterapias y el hecho de que un elemento esencial en la terapia es que el paciente o cliente participe de la explicación de su problema y esté de acuerdo con el modo en que es abordado. Hoy día el núcleo de la terapia de conducta, o terapia cognitivo conductual, es apropiado para la mayoría de los problemas y personas, lo que es de gran utilidad para los [gestores](#) responsables de la salud.

Eludo hablar de salud mental porque rechazo la división entre mental y física. Los problemas de las denominadas enfermedades médicas o “físicas”, tienen una notable importancia y la terapia de conducta, por su enfoque funcional y por su acreditada eficacia en el ámbito de los denominados trastornos funcionales o síntomas no explicados médicamente, tiene un lugar destacado. Efectivamente la terapia de conducta, en mi opinión, está en las mejores condiciones para atender la salud de los ciudadanos.

Una de las principales críticas que suele hacerse a los enfoques cognitivo-conductuales desde otras concepciones psicoterapéuticas es su “falta de profundidad”, su “búsqueda de resultados rápidos sin llegar a entender el todo que es el paciente”. ¿Cree Miguel Ángel que esto es así, o considera que la terapia cognitivo-conductual trabaja, no sólo las manifestaciones sintomatológicas, sino el análisis y gestión de sus causas en sus niveles nucleares?

Como creo que ha quedado visto a esta altura de la entrevista, la terapia de conducta en absoluto adopta una postura superficial de los problemas en los que interviene. Por el contrario, toma una postura orientada a conocer cómo surge el problema y que funciones tiene para la persona y su entorno. El análisis funcional del problema es el elemento esencial de la terapia de conducta y este requiere una perspectiva biográfica y contextual, sin ella no puede haber una formulación del caso que pueda ser compartida con el paciente y, por consiguiente, una intervención planificada.

La terapia de conducta, por otro lado, tiene unos componentes centrales y diversos componentes adicionales. De suyo cabría decir que se trata de un conjunto de procedimientos que incluyen además de los señalados: psicoeducación, reducción de activación, afrontamiento, exposición, solución de problemas, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales,

moldeado, autocontrol, aceptación, defusión, reevaluación cognitiva, clarificación de valores, etc. Todos ellos, en combinaciones diversas permiten actuar del modo más adecuado a las necesidades concretas y al servicio del análisis funcional de la conducta.

Cualquiera que haya seguido su trayectoria académica verá que usted mismo ha abordado en los últimos años temas relacionados con las denominadas “terapias de tercera generación” (como, por ejemplo, el mindfulness). ¿Cree Miguel Ángel que la terapia cognitivo-conductual debiera incluir estas nuevas herramientas terapéuticas dentro de sus programas de intervención?, ¿o quizás se necesita aún más investigación en estos ámbitos?

Las denominadas terapias de tercera generación forman parte de la terapia de conducta. Incluso en alguna de ellas es difícil distinguir de a qué generación nos referimos. Este es el caso de la activación conductual para el tratamiento de la depresión. Está plenamente justificada en comparación incluso con la terapia cognitiva de la depresión. Cierto que otros acercamientos como la terapia de aceptación y compromiso tienen un cúmulo de evidencias menor que la terapia cognitivo conductual genérica, pero ha mostrado suficientemente su utilidad, lo que le permite tener más recursos para abordar los problemas.

Siempre es necesario más investigación, pero en el momento actual la mayor parte de los procedimientos incluidos en la terapia de conducta se han mostrado útiles: bien sean conductuales, cognitivos, basados en la aceptación, exposición, regulación emocional, etc. A menudo no hay diferencias entre ellos, muestra de la congruencia en sus fundamentos y ventaja para mejor poder adecuarse a las necesidades de cada persona y su contexto en concreto, así como a sus preferencias.

Siempre es un lujo poder tener la oportunidad de poder entrevistar a un profesional con una experiencia tan amplia como la suya Miguel Ángel, ya que, como bien dice el refrán, “la experiencia siempre es un grado”. La primera edición del Manual de Terapia de Conducta se publicó en 1998, hace ya 24 años. Con la perspectiva que da el paso del tiempo Miguel Ángel, ¿cuáles son los problemas o dificultades que, considera, siguen plenamente vigentes durante todo este tiempo, y cuáles ha visto que son de nueva aparición?

Gracias, Pedro por su amabilidad. El tiempo es inexorable, ciertamente. En estos momentos estamos terminando la 4ª edición del Manual de Terapia de Conducta que se publicará en 2023. Reflexionamos y actualizamos los capítulos de ediciones anteriores. Desde un punto de vista conceptual nos preocupa el encaje de la terapia de conducta que siempre rechazó el uso de las

etiquetas diagnósticas con la patologización de casi cualquier aspecto de la vida. En ese mismo sentido el rechazo que del DSM-5 se hizo desde el ámbito científico y profesional. La falta de clasificaciones que respondan unos procesos patológicos bien conocidos y explicados en términos psicológicos. El esfuerzo transdiagnóstico es útil, pero es preciso convenir unos grandes ejes que puedan facilitar una mejor comprensión y clasificación de los problemas. Los esfuerzos realizados al respecto son bienvenidos. La terapia de conducta aporta constructos como la evitación experiencial o flexibilidad psicológica que junto a otros como la rumia, catastrofización, etc., puedan contribuir a una visión más general y funcional de los problemas.

Una visión de la terapia de conducta, desde la ciencia del comportamiento que integra el conocimiento, no sólo con ella misma y sus desarrollos, sin con la psicología en general y otras psicoterapias en particular. Un modo de desbrozar este camino es investigar sobre los componentes de las terapias. La búsqueda de procesos básicos o estudios de desmantelamiento en los que se trate de ver qué funciona y en qué condiciones, puede contribuir a un mejor conocimiento de cómo opera la terapia, en especial cuando se trata de buscar programas de tratamiento más eficientes y adaptados a cada persona.

Este último aspecto es especialmente relevante en la aplicación de la terapia de conducta a través de Internet. Hay suficiente evidencia que muestra que es tan eficiente como la aplicación cara a cara en problemas tan frecuentes como la ansiedad o la [depresión](#). El uso de internet y de aplicaciones ad hoc es algo para lo que la terapia de conducta con sus procedimientos sistemáticos está bien preparada. La adecuación a la persona en concreto es, sin duda, un gran reto sólo parejo a la utilidad de acercar y diseminar de forma adecuada el tratamiento psicológico a los ciudadanos con independencia del lugar en el que vivan.

Por último, Miguel Ángel, queríamos preguntarle por una cuestión que, en los últimos años, especialmente a raíz de la pandemia de la Covid-19, está en el debate público: el tema de la “patologización”. Hay voces que manifiestan que, quizás, la sociedad actual tiende cada vez más a una patologización del malestar, a concebirlo sistemáticamente como algo desadaptativo, indicador de algún tipo de problema. ¿Cree que esto es así?, ¿hay evidencias que apoyen esta perspectiva?

Ya comentaba algo antes acerca de la patologización. En efecto, parece el signo de los tiempos. Cuando algo se sale de la norma se alude a la enfermedad como motivo. Es un buen modo de echar balones fuera. Tener un problema de salud es aceptable, tener discrepancias con

lo que uno hace, con sus valores, con su trabajo, con la vida misma supone asumir una responsabilidad y es mejor echar la culpa a un trastorno.

Convertir un problema de la vida en un problema de salud es mal asunto. El sistema sanitario no está preparado para atender este tipo de problemas. La persona puede necesitar ayuda, pero no sanitaria. Los psicólogos tenemos aquí un gran reto estando en un terreno de nadie, justo cuando es más necesario intervenir (prevenir). Cuando el mal ya está hecho, porque el sistema es iatrogénico para problemas que no son sanitarios, o ya la profecía se ha cumplido y lo que era una patologización falsa se ha hecho cierta, ya es tarde. Ya sí estamos ante un problema que requiere atención profesional por la incapacidad o el sufrimiento que genera.

Es difícil para el psicólogo reclamar su papel de experto en el comportamiento con su enfoque no asimilado al médico, que no necesariamente incompatible con él, ofreciendo una ayuda singular basada en la comprensión global del problema, no mecanicista ni simplista. Un reto, que no podemos soslayar por respeto a quienes pueden requerir nuestra ayuda.

Queremos agradecerle a Miguel Ángel el tiempo que nos ha dedicado al Boletín de Psicoterapia para compartir sus interesantes reflexiones sobre la actualidad en el mundo de la psicoterapia. Es necesario un debate abierto en nuestro colectivo en el que invitamos a nuestros miembros a participar activamente.

3. Noticias de interés psicoterapéutico

3.1. ASISTENCIA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA Y DE LA dPsiT EN EL HOMENAJE A ERNEST LLUCH

El Consejo General de la Psicología, representado por Manuel Berdullas, vocal del Consejo, coordinador de Relaciones Internacionales de la organización y de la División de Psicoterapia asistió al acto organizado por el Ministerio de Sanidad en el que se rindió **homenaje a Ernest Lluch**, exministro de Sanidad asesinado el 21 de noviembre del año 2000 por la banda terrorista E.T.A.

Durante la jornada, que tuvo lugar en el salón de actos que lleva el nombre del exministro, en el Ministerio de Sanidad, Carolina Darías, actual responsable de este Ministerio, afirmó que comparte con Lluch su tenacidad, su coraje, su valentía y valoró especialmente el legado que ha

dejado a la sociedad española: “la creación del Sistema Nacional de Salud a través de la Ley General de Sanidad de 1986, que hoy sigue siendo un texto robusto y sólido que goza de buena salud”.



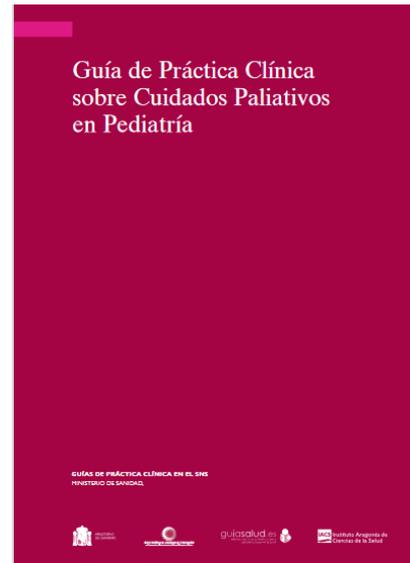
Fotografía del acto en el Ministerio de Sanidad

Los Diálogos sobre el SNS rinden homenaje a la memoria de Ernest Lluch con dos de sus más importantes enseñanzas: el empeño por el diálogo y el Sistema Nacional de Salud. Por la mañana, la ministra y el presidente de la Fundación Ernest Lluch, Joan Majó, habrían suscrito precisamente un convenio para la organización de actividades científicas, profesionales y de difusión del conocimiento del ámbito sanitario. Un día de especial significado para ambas instituciones, coincidiendo con el 22 aniversario del asesinato del exministro de Sanidad.

3.2. EL ROL DE LA PSICOLOGÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS INFANTILES

Los niños, niñas y adolescentes que han entrado en una fase avanzada de enfermedad o en situación de final de la vida, requieren, junto con sus familias, de una atención integral, individualizada, multidisciplinar y continuada orientada a poder detectar las posibles fuentes de malestar emocional y su relación con aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Todos ellos han de ser abordados de manera integral con el fin de conseguir que el paciente permanezca asintomático o con los menores síntomas posibles.

Esta es una de las recomendaciones recogidas en una nueva **Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Cuidados Paliativos en Pediatría**, desarrollada por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), dentro del marco para el desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El objetivo general de este proyecto es el de poder ofrecer a los y las profesionales, los/as pacientes y sus familias una herramienta útil que dé respuesta a las preguntas clínicas más relevantes relacionadas con la atención paliativa en la infancia y adolescencia, ayudándoles



en la toma de decisiones. Esta guía ha sido elaborada por un amplio grupo de profesionales (de diferentes áreas de la salud) expertos implicados en los cuidados paliativos pediátricos y de representantes de pacientes (entre ellos, psicólogos/as), en colaboración con importantes Sociedades y Asociaciones profesionales -tales como la Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer (AECC), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) o la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), entre otras.

La guía ofrece recomendaciones sobre temas tan fundamentales en este ámbito como el abordaje del dolor, la evaluación de los síntomas, la comunicación, la participación del menor en la toma de decisiones, o el lugar preferido para los cuidados al final de la vida.

Es innegable que los avances tecnológicos actuales han reducido las tasas de mortalidad neonatal y pediátrica. Sin embargo, una consecuencia directa de este desarrollo tecnológico es la presencia de una mayor supervivencia de pacientes pediátricos que sufren una enfermedad incurable, lo que les confiere unas características idiosincráticas de alta fragilidad y vulnerabilidad, las cuales, requieren una respuesta adecuada por parte del sistema sanitario. Por este motivo, afirman los autores de la guía, “el SNS reconoce el valor de los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como parte esencial de la atención prestada a los niños, niñas y adolescentes, y sus familias, que han entrado en una fase avanzada de la enfermedad o en situación final de vida”.

Los cuidados paliativos para niños/as “son únicos y específicos”, siendo necesario contar con habilidades, organización y recursos diferentes a los de los adultos. De manera específica, quizás uno de las principales cuestiones que caracterizan la atención paliativa en la edad pediátrica "es la amplia variedad de enfermedades amenazantes para la vida o de pronóstico letal que son

candidatas a ser objeto de cuidados paliativos". La evidencia sugiere que los pacientes pediátricos en atención paliativa sufren a causa de síntomas físicos y psicológicos, entre los que destacan el dolor, la astenia (fatiga), la disnea y la ansiedad. Más del 80% de los niños, niñas y adolescentes experimentan un sufrimiento intenso causado por 2 o más síntomas durante el último mes de vida.



La guía resalta el enorme impacto emocional que supone para el/la paciente y su familia afrontar un acontecimiento que no es habitual en esta etapa de la vida, considerando fundamental "prestar la atención psicológica adecuada a cada uno de los integrantes de la unidad familiar con el fin de facilitar la adaptación a la nueva situación (cambios en las funciones propias de la familia, en sus roles y nivel de comunicación) y atender la posible aparición de alteraciones psicopatológicas secundarias, así como el afrontamiento al final de la vida". Asimismo, dada la naturaleza de la labor que realizan los y las profesionales que trabajan en cuidados paliativos, una labor gratificante "y, a su vez, exigente", es necesario atender a su cuidado psicológico de los profesionales que trabajan en este ámbito es también necesario.

De acuerdo con los autores, existen distintos recursos asistenciales de atención especializada en CPP como los equipos de atención domiciliaria y hospitalización a domicilio, los equipos de soporte hospitalarios o las unidades de CPP (UCPP). Estas últimas (las UCPP), describen, "son unidades de hospitalización específicas de CPP, atendidas por un equipo interdisciplinar compuesto, como mínimo, por un profesional médico y otro de enfermería con formación específica en CPP, un/a psicólogo/a clínico/a y un/a trabajador/a social". No obstante, si bien algunas comunidades autónomas han actualizado o puesto en marcha recursos destinados a cubrir la atención paliativa pediátrica, "todavía existe una importante heterogeneidad organizativa y en recursos asistenciales".

Entre las principales recomendaciones del documento, resalta que la valoración de los síntomas tanto físicos como psicológicos del paciente en cuidados paliativos debe ser multidisciplinar, individualizada, adaptada al niño, niña, o adolescente y su familia y continuada

en el tiempo, siendo esencial que se lleve a cabo preferentemente por profesionales especializados en la atención paliativa pediátrica, especialmente en los pacientes en situación de últimos días de vida.

A este respecto, los y las profesionales deben conocer los síntomas físicos y psicológicos percibidos por el paciente en CPP y su familia. Se sugiere la búsqueda intencionada y continua de todos los síntomas, a través de preguntas dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente, además de la exploración física, para favorecer una valoración integral. De igual modo, los y las profesionales sanitarios deben comunicar con antelación al paciente en CPP y a la familia, los síntomas físicos y psicológicos que pueden aparecer al final de la vida, en particular los signos y síntomas relacionados con la agonía.

El texto pone de relieve el rol trascendental que desempeñan padres y profesionales sanitarios en la comunicación, pudiendo tanto posibilitar como obstaculizar la participación del paciente en la toma de decisiones. La adecuada comunicación es un elemento fundamental en los CPP, que permite al paciente, la familia y el equipo de atención establecer la relación de confianza necesaria para trabajar en un objetivo común: el cuidado del ser querido. En este sentido, es clave respetar los derechos del y la menor, sus deseos y su participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidados, dado que el no permitirles hacerlo puede tener consecuencias negativas para ellos, como el aumento del temor y la ansiedad, la disminución de la autoestima, la despersonalización y el sentimiento de falta de preparación ante los procedimientos médicos, entre otras. A pesar de esta evidencia, datos de una encuesta en la que participaron 71 adolescentes de 12 CCAA que habían estado en situación de grave riesgo revelan que el 56,4% no fueron consultados para tomar una decisión.



En este punto, el equipo multidisciplinar debe valorar la madurez del y la menor ante una decisión terapéutica. La guía indica que únicamente en caso de existir dudas razonables por parte de los profesionales que atienden habitualmente al paciente, se utilicen escalas de competencia

validadas, o se realice una evaluación protocolizada de la madurez del menor con un especialista en psicología clínica.

Con respecto a la sedación paliativa, la guía recomienda el abordaje "por parte de un equipo interdisciplinar experto que incluya profesionales de Psicología Clínica y referentes espirituales". Durante la sedación, es fundamental también atender las necesidades de información, psicológicas y de apoyo de la familia.

La GPS incluye una herramienta de análisis en la cual se calcula y muestra el uso de recursos y el coste durante los últimos 30 días de vida de un niño, niña o adolescente en cuidados paliativos, proporcionados en ámbito hospitalario y en el domicilio del y la paciente. A juicio de sus autores, esta herramienta brinda la posibilidad de modificar los parámetros de análisis y ajustarlos a la práctica diaria y condiciones de los distintos servicios y, con ello, ayudar a informar las decisiones de los profesionales usuarios de la presente GPC.

Fuente:

- Ministerio de Sanidad e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2022). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría*. Ministerio de Sanidad. <http://www.infocoponline.es/pdf/gpc-cuidados-palitivos-pediatria.pdf>

3.3. INFORME DE LA FUNDACIÓN ANAR SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN MENORES

Entre 2019 y 2022, sólo el 44% de los niños/as o adolescentes con conducta suicida ha recibido tratamiento psicológico. La posible dilatación en el tiempo para acudir a un psicólogo/a del sistema sanitario público, por las listas de espera de la Seguridad Social, hace que algunas familias se planteen la opción de acudir a tratamiento psicológico de forma privada, posibilidad que no está al alcance de todos/as por el coste económico que supone.

Así lo advierte la Fundación ANAR en su último informe sobre Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y Adolescencia en España según su propio testimonio, un documento a través del cual se pretende concienciar a la sociedad sobre el grave problema de la conducta suicida en la infancia y la adolescencia, con el fin de optimizar su prevención y detección, y contribuir a visibilizar un fenómeno que, a menudo, pasa desapercibido y que, en los últimos años, ha aumentado de forma alarmante.



El informe es fruto de un estudio longitudinal (años 2012-2022), mediante el cual se ha analizado de forma descriptiva y evolutiva la conducta suicida de niños/as y adolescentes con la finalidad de identificar los problemas de salud mental asociados, conocer el perfil de los y las menores con esta conducta poniendo principal atención en los colectivos vulnerables, analizar la implicación de las tecnologías en la conducta suicida y detectar los factores de riesgo y protección de estos comportamientos. Para tal fin, se ha contado con datos relativos a un total de 589.255 llamadas recibidas en la Fundación por parte de niños/as, adolescentes y adultos/as de su entorno, todas relacionadas con la conducta suicida (ideación o intento). Tal y como indica el informe, del total de llamadas, 19.242 han requerido de orientación especial por parte de un/a profesional, consultas que han experimentado una tasa de crecimiento, multiplicándose por 13,7. El número de casos con conducta suicida asciende a 9.637.

Como ANAR señala en su informe, la conducta suicida es un fenómeno invisibilizado y estigmatizado, que ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Así, la fundación define en su informe la conducta suicida como *“un continuo que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o el suicidio consumado”*. Si bien los pensamientos suicidas no siempre conducen a la conducta suicida, sí constituyen un factor de riesgo para esta última.

El suicidio es un fenómeno multicausal, resultado de interacciones complejas entre las características de las personas, sus experiencias de vida y el contexto social, económico y cultural en el que vive. Según alerta el informe, este grave problema ha experimentado un acentuado crecimiento en el periodo 2012-2022, principalmente, en el periodo post-COVID-19 (ente 2020 y 2022). A este respecto, la situación de crisis sanitaria derivada de la pandemia ha supuesto una ampliación de los riesgos psicológicos y sociales (aislamiento, maltrato intrafamiliar, hacinamiento, abuso de las tecnologías, barreras asistenciales a la salud mental, pobreza) que influyen en las conductas suicidas de niños/as o



adolescentes. Las cifras de ANAR revelan que, entre 2012 y 2022, los casos atendidos por ideación suicida se han multiplicado por 23,7 y los intentos de suicidio por 25,9.

Este incremento viene avalado por organismos como la OMS -cuyos datos muestran que el suicidio fue en 2019 la cuarta causa de muerte entre 15 y 29 años en el mundo (167.917 suicidios, 10.196 en niños menores de 15 años y 157.751 en jóvenes entre 15 y 29 años), produciéndose entre 2015 y 2019 un ligero incremento entre los varones menores de 15 años-, o el Instituto Nacional de Estadística (INE) -que evidencia un crecimiento del 3,3% en los suicidios entre menores de 29 años en España entre 2015 y 2020, especialmente entre los/as menores de 15 años-. De forma específica, en el año 2020 se registró un total de 314 suicidios, 14 de niños/as menores de 15 años y 300 de jóvenes entre 15 y 19 años.

La Fundación ANAR manifiesta que, aunque durante la realización de su estudio, no contaba con datos del INE correspondientes a 2021, atendió durante ese año, a 748 casos de menores de edad, que en el momento de la llamada estaban intentado terminar con su vida, evitando así que se incrementara sustancialmente el porcentaje de suicidios en estos colectivos. De 2017 a 2020, pudo ayudar a 2.736 niños/as o adolescentes con conducta suicida (ideación e intento), de los/as cuales, 930 ya habían iniciado la autolisis suicida cuando se pusieron en contacto con la Fundación, evitando así que se incrementara significativamente el porcentaje de suicidios consumados en estos colectivos.

Las tasas son sistemáticamente más altas en los niños que en las niñas. No obstante, en 2017 y 2020 se aproximan las tasas entre ambos géneros, situándose las de las niñas menores de 15 años ligeramente por encima de las de niños de este grupo de edad. Un dato a destacar es que la población de niños/as o adolescentes extranjeros/as, independientemente del año y género, presenta tasas de suicidio más altas que las de los españoles/as. Niños/as o adolescentes pertenecientes a colectivos vulnerables, como tener menos de 10 años, poseer alguna discapacidad, provenir de familias migrantes o formar parte del colectivo LGTBI, aumentan su riesgo de intento o ideación suicida por encontrarse más expuestos a discriminaciones y exclusiones.



De las llamadas recibidas por ANAR, han aumentado aquellas que realizan directamente los niños/as o adolescentes más que las de adultos/as. De igual modo se han incrementado las llamadas de “no familiares”, tales como un “amigo/a o conocido/a” (45,3%) o un profesional de la comunidad educativa (43,8%). De acuerdo con ANAR, cuando la consulta la realiza una persona adulta por un/a menor de edad frecuentemente es un familiar (84,9%), normalmente la madre (71,2%), lo que "permite concluir que siguen siendo las mujeres las que en mayor medida piden ayuda y realizan las tareas de cuidado y protección de los menores de edad a su cargo".

Las consultas por conducta suicida son realizadas fundamentalmente por mujeres o respecto a mujeres (71,3%). Los varones se suicidan más y solicitan ayuda en menor medida que las mujeres. Para ANAR, "el mayor número de casos de varones que consuman el suicidio frente al mayor número de consultas realizadas por mujeres o respecto a mujeres lleva a hipotetizar que existen diferencias culturales entre ambos géneros al afrontar situaciones que generan altos niveles de malestar o estrés".

Con respecto a la edad media de los niños/as o adolescentes con conducta suicida, se observa que es de 15 años, 14 en aquellos/as casos que presentan sólo ideación suicida. La mayor proporción de menores de edad con conducta suicida se sitúa en el intervalo de edad de 13 a 17 años, aumentando las conductas suicidas de este grupo de edad en los últimos 4 años.

Se detecta que la conducta suicida se da en mayor medida en alumnos/as de Educación Secundaria (62,6%). Tanto en educación primaria como en secundaria, el nivel mostrado por los niños/as o adolescentes con conducta suicida es “bajo” (56,1% rendimiento y 66,7% satisfacción escolar). Sin embargo, la Fundación destaca que entre los/as menores de 10 años, el nivel de rendimiento y satisfacción escolar es “alto”. La mayor gravedad de los casos atendidos por conducta suicida, tras la pandemia COVID-2019, repercute en unos peores resultados académicos y de satisfacción escolar.

Según el informe, las ideaciones e intentos de suicidio de los niños/as o adolescentes con frecuencia surgen a partir de las malas relaciones intrafamiliares o falta de apoyo por parte del núcleo familiar ante situaciones de dificultad. Estas malas relaciones se manifiestan en forma de discusiones con los y las menores, con quienes "los progenitores/as descargan su tensión, estrés

del día a día o bien discusiones con las que no se sienten comprendidos y terminan en insultos, sollozos, lamentos provocándoles sentimientos de culpabilidad e infravaloración". La reacción de los niños/as o adolescentes ante las discusiones es con agresividad (golpeando a quienes les agrede o retirándose y no contestando a la agresión para evitar una agresión más intensa). Otra importante fuente de sufrimiento es la violencia de género en la familia, "que puede llevarlos/as a intentar evitar el malestar con ideas e intentos de suicidio".

Los problemas detectados en más de dos tercios de las consultas por conducta suicida tienen una duración superior al año (68,4%) y se produce con una frecuencia diaria (70,2%). La gravedad y urgencia de los casos con conducta suicida es "alta" (gravedad: 86,2%; urgencia: 72,6%), registrándose en ambas un crecimiento a lo largo de los últimos cuatro años. Esta situación de ideación persistente y prolongada en el tiempo "podría incrementar la probabilidad de terminar en un intento de suicidio o peor, en un suicidio consumado".

En el periodo 2019-2022, los problemas relacionados con la conducta suicida que más destacan son la violencia contra un niño/a o adolescente (60,9%) y la Salud mental (27,4%). Mientras que los casos de conducta suicida asociados a la violencia contra un o una menor han seguido una tendencia decreciente, no ha pasado igual con los problemas de Salud mental, que han ido aumentando en los últimos años, siendo aún mayor tras la pandemia y que aún hoy día se mantiene. Esta crisis sociosanitaria "ha tenido un impacto importante en la población infantil y adolescente a causa del gran estrés que ha ocasionado a nivel general, contribuyendo a visibilizar los problemas de salud mental".

Entre todas las violencias, ANAR señala como las más frecuentes las siguientes: dificultades en el ámbito escolar, acoso y *ciberbullying* (21,4%) (el acoso escolar es el problema que más predomina en los casos de ideación o intento de suicidio), Maltrato físico (14,7%), Maltrato psicológico (10,4%), Agresión sexual (7,2%) (especialmente por alguien cercano a la víctima: padre, padrastro, tío, hermanastro, etc., siendo, la mayoría de las víctimas, mujeres adolescentes) y Violencia de género (3%) (producida en el entorno puede tener un efecto traumático en los menores de edad, generándoles miedo, terror, desamparo, impotencia, etc., motivándoles a pensar en el suicidio como una forma de escape).

En lo referente a la salud mental, el informe pone de relieve tres grandes problemas relacionados con la conducta suicida: Autolesiones (13,7%), como uno de los principales predictores: "cuando el/la adolescente se siente superado/a por las circunstancias que está padeciendo y se ve sin recursos para poder afrontarlas, se siente amenazado y recurre, de forma

impulsiva, al pensamiento suicida como una búsqueda irracional de solución". Problemas psicológicos (8,7%), entre los que destacan: tristeza/depresión (25,5%), ansiedad (24,7%) y trastornos de la alimentación (12,7%). Problemas de conducta (4,4%), que derivan en un problema de gestión emocional y control de impulsos, mostrándose hacia fuera con agresividad hacia los demás o hacia dentro con agresividad y violencia hacia sí mismos, como conducta suicida.



Con relación al tratamiento psicológico, sólo el 44% de los niños/as o adolescentes con conducta suicida, ha recibido tratamiento psicológico entre 2019 y 2022. Sin embargo, a partir del año 2021, el informe resalta una tendencia creciente de casos que han requerido un tratamiento psicológico. En este sentido, la opinión de los niños/as, adolescentes y sus familias sobre la intervención psicológica es destacable: no todos valoran positivamente este tratamiento. Se demanda que los/as profesionales de la psicología/psiquiatría tengan mayor empatía, capacidad de escucha y valoración de lo que se les está transmitiendo. Las dilatadas listas de espera del Sistema sanitario público para recibir atención psicológica y el elevado coste de este tratamiento, en la sanidad privada, dificultan que puedan recibir este tipo de atención cuando realmente se necesita y, por tanto, la posibilidad de prevención de que la ideación derive en intento de suicidio y el intento en suicidio consumado. Ante esta situación, se intenta suplir la atención psicológica prescribiendo fármacos que pueden pasar a ser un riesgo más que una solución.

Las nuevas tecnologías son un factor a considerar, al haber aumentado, en los últimos 4 años, su implicación en los intentos de suicidio. Estas herramientas son utilizadas para generar situaciones de malestar y violencia (*sextorsión, grooming, ciberacoso*), como medio para obtener información sobre métodos para llevar a cabo el suicidio (lo cual propicia el efecto Werther -de contagio e imitación-), o para reducir el malestar que le generan los pensamientos de intento de suicidio, mediante publicaciones en redes sociales.

Como manifiesta el informe de ANAR, resulta fundamental la detección precoz de los casos de niños/as o adolescentes con conducta suicida, de cara a actuar con la mayor celeridad

posible, reduciendo cuanto antes el daño. Para tal fin, considera esencial: una buena coordinación y derivación entre centros escolares, centros sanitarios y servicios sociales; la mejora de la formación de los/las profesionales que trabajan con niños/as o adolescentes y sus familias; dotar de personal suficiente y preparado a los servicios públicos; llevar a cabo un tratamiento psicológico especializado con la frecuencia, inmediatez y duración adecuada al tratarse de menores de edad; brindar información actualizada de los servicios y recursos disponibles para que los niños/as y adolescentes y sus familias puedan solicitar apoyo y ayuda. Teniendo en cuenta que la forma de comunicar sobre el suicidio puede ayudar a prevenirlo o elevar el riesgo de provocar el efecto imitación/contagio, ANAR subraya la importancia de que los medios de comunicación tengan especial cuidado a la hora de tratar las noticias sobre este tema, respetando las recomendaciones que recoge la OMS al respecto.

Se puede acceder al informe completo desde la página Web de la Fundación ANAR o bien directamente aquí en el enlace que aparece a continuación.

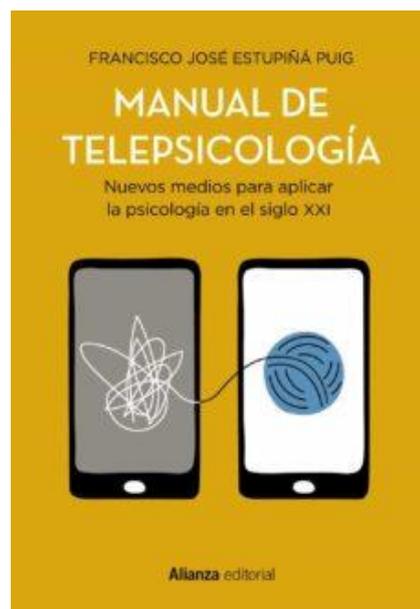
Fuente:

- Informe ANAR: [Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y Adolescencia en España según su propio testimonio.](#)

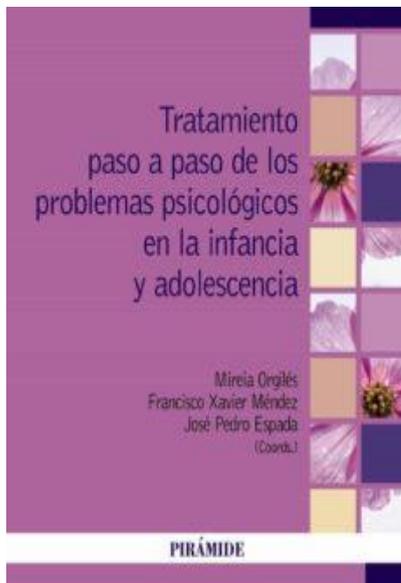
4. Reseñas de psicoterapia recomendables

Estupiñá Puig, F. (2022). Manual de telepsicología. Nuevos medios para aplicar la psicología en el siglo XXI. Alianza editorial.

Desde hace unos pocos años venimos asistiendo a un crecimiento de la telepsicología, es decir, la prestación de servicios de psicología a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). La presencia de sistemas de mensajería en el móvil, la generalización de aplicaciones de videoconferencia y la ingente oferta de apps de contenido sanitario han ido entrando en las consultas de manera, casi se diría, subrepticia en los últimos diez años. Muchas veces, los profesionales hemos ido a remolque de pacientes y situaciones sobrevenidas - como la pandemia por COVID-19- en su implementación,



en su estudio y en la generación de pautas y directrices. Sin embargo, es muy probable que la telepsicología vaya a ser una parte ya inseparable de la nueva normalidad. Por ello surge este breve *Manual de telepsicología*, orientado tanto a profesionales en ejercicio como estudiantes, que aborda los aspectos éticos y técnicos, la alianza terapéutica a través de las TICs y las diferentes alternativas tecnológicas de una manera sencilla pero sólida, ofreciendo directrices concretas y trasladando competencias específicas basadas en las guías, investigaciones y resúmenes de buenas prácticas que empezamos a encontrar disponibles.



Orgilés, M., Méndez, F.J., y Espada, J.P. (2022).

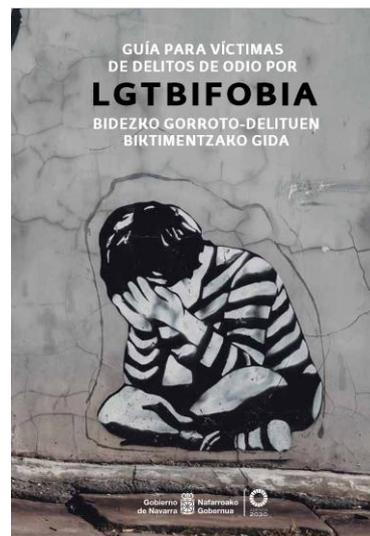
Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Ediciones Pirámide.

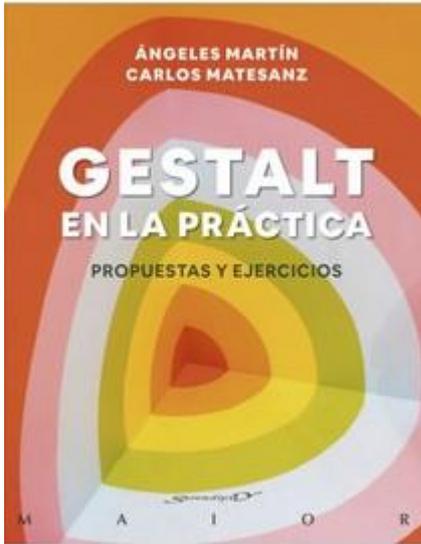
Los problemas psicológicos en los niños y adolescentes van en aumento en los últimos años, con un inicio cada vez más temprano y un pronóstico poco favorable si no reciben tratamiento. Desde las primeras etapas de la vida es importante asegurar un estado de salud mental que permita al niño o al adolescente hacer frente a las adversidades presentes y futuras. La intervención psicológica en la infancia y adolescencia requiere del conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento específicas, que cuenten con evidencia científica. En esta obra se aúna la investigación y la práctica clínica; por un lado, se describe con detalle la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico de cada problema o trastorno desde el rigor científico de la investigación; por otro lado, se expone de manera didáctica y paso a paso el proceso de evaluación y de tratamiento de un caso de un niño o adolescente, siguiendo el método científico en la intervención. A lo largo de veintiún capítulos, con más de cuarenta expertos del campo académico y profesional, se abordan problemas psicológicos que, por su frecuencia o

por su tratamiento novedoso, contribuyen a la formación de estudiantes y a la actualización de profesionales. Esta obra es una guía para el terapeuta en formación o profesional que quiera conocer, desde un acercamiento científico y riguroso, el proceso de evaluación y tratamiento de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia.

*Instituto Navarro para la Igualdad (2022). **Guía para víctimas de delitos de odio por LGTBIFobia.***

¿Qué es un delito por LGTBifobia? ¿Qué hacer en caso de ser objeto de este tipo de ataques? ¿Cómo se presenta una denuncia y qué contenido se debe indicar en la misma?... Estas son las cuestiones a las que da respuesta la Guía para Víctimas de Delitos de Odio por LGTBIFobia. La publicación ha sido elaborada por el Instituto Navarro para la **Igualdad** – Nafarroako Berdintasunerako Institutua del Gobierno de Navarra, junto con el Servicio Público de Atención a personas LGTBI+, sus familias, personas allegadas y profesionales – Kattalingune. Según se define en el texto, *“toda agresión, amenaza, acoso o daños contra una persona o sus bienes por su orientación, identidad y/o expresión sexual y de género – o porque la persona que delinque presupone que la otra es LGTBI+”*. Se trata de agresiones que en la mayor parte de las ocasiones se producen a través de las redes sociales e internet, lo que dificulta reducir el impacto de este tipo de delitos. La guía puede descargarse gratuitamente [aquí](#).



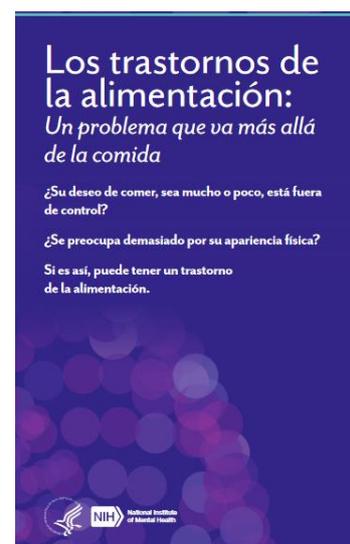


Martín, A., y Matesanz, C. (2022). Gestalt en la Práctica. Propuestas y Ejercicios. Desclée de Brouwer.

Este manual que tienes en tus manos conforma en sí mismo una herramienta básica para la práctica en el trabajo con grupos de terapia. En la primera parte se hace una revisión de los conceptos fundamentales de la Gestalt, así como de sus relaciones con otras disciplinas de la psicología o de la ciencia, mientras que en la segunda se ofrece un extenso repertorio de ejercicios, sugerencias y detalles para facilitar al terapeuta la puesta en práctica de su trabajo con los grupos. Las numerosas propuestas que contiene buscan trabajar una mayor consciencia de la conciencia emocional y de las relaciones interpersonales, ambos requisitos imprescindibles para disfrutar de un saludable bienestar personal y social en nuestras vidas. De hecho, el grupo es el laboratorio donde nuestra personalidad se pone de manifiesto con cada experimento que propone el terapeuta. Este libro contiene un vasto repertorio de ejercicios para que los participantes vivencien en primera persona los numerosos fenómenos e interacciones propios de la dinámica de grupos, que abrirán el horizonte en su desarrollo personal.

National Institute of Mental Health (2022). Los trastornos de la alimentación: un problema que va más allá de la comida.

La publicación está dirigida al público general y con ella se pretende concienciar sobre los tipos de trastornos de alimentación y las estrategias de intervención eficaces. Según se explica en el documento, “*Las obsesiones con la comida, el peso y la forma corporal pueden ser señales de un trastorno de la alimentación. Estos trastornos pueden afectar la salud física y mental y, en algunos casos, pueden ser potencialmente mortales*”. De ahí la importancia de buscar ayuda especializada. La guía responde a las dudas comunes que pueda suscitar este problema, tales como ¿quién está en riesgo de tener un trastorno



de alimentación? ¿Cuáles son los tipos más comunes de trastornos de alimentación? ¿Qué es la anorexia nerviosa? ¿Qué es la bulimia nerviosa? ¿Qué es el trastorno por atracón? ¿Cómo se pueden tratar estos trastornos?, etc. Puede descargar [aquí](#) la guía de manera gratuita.



Junta de Andalucía (2021). **Protocolo para la detección de la soledad no deseada en personas mayores.**

Aunque la soledad no deseada puede darse en cualquier edad, es un tema de especial preocupación cuando ocurre en mayores de 65 años. El sentimiento de soledad puede tener un impacto en el deterioro de la salud física, en la salud psicológica y en la calidad de vida de la persona. Con el objetivo de reducir el impacto de este problema la Junta de Andalucía ha publicado el Protocolo para la detección de la soledad no deseada de las personas mayores en Andalucía. El protocolo propuesto pretende tratar de comprender y dar respuesta a las personas mayores que sientan soledad no deseada, paliar situaciones de dependencia o reducir su gravedad y ofrecer actuaciones frente a situaciones de soledad no deseada en las que confluyen situaciones de pobreza, exclusión, discriminación, maltrato, etc. En la publicación se expone la situación actual y el marco jurídico que protege a las personas mayores frente al aislamiento y la soledad. Asimismo, se abordan los factores de riesgo para las situaciones de soledad y se establecen los principios generales que articulan el protocolo, los ámbitos de aplicación, el modelo de intervención y la evaluación y control del protocolo. Puedes acceder a la guía desde [aquí](#).

5. Un vistazo a la actualidad

5.1. LA SALUD MENTAL DE LOS DOCENTES EN ESPAÑA. DATOS DEL DEFENSOR DEL PROFESOR

“La salud mental de los y las docentes se está viendo afectada por las situaciones derivadas del contexto educativo actual y de la crisis pandémica que hemos vivido”. Así lo advierte el Informe del Defensor del Profesor, un servicio de ámbito nacional que ANPE pone a disposición de todos los/as docentes que necesiten ayuda ante cualquier tipo de acoso e intimidación en las aulas, ya sea por situaciones relacionadas con los padres, los alumnos, la administración educativa o los propios compañeros.

El documento pretende dar a conocer a la opinión pública, y, principalmente a la Comunidad Educativa, una serie de conclusiones en base a los datos recogidos durante el pasado curso 2021-2022, relacionados con las intervenciones realizadas a los y las docentes de diferentes CCAA con respecto situaciones de convivencia escolar y problemas de conflictividad y violencia en las aulas. A continuación, se resumen las principales conclusiones del informe:

- El número de actuaciones realizadas durante 2021/22 ha aumentado con respecto al curso anterior. Si bien no ha sido un incremento significativo (34 más que en 2020/21), ANPE alerta de una mayor complejidad en los casos atendidos, observándose la confluencia de “*distintos factores de diversa índole: estado anímico, burnout o síndrome del profesor quemado, carga burocrática, carga lectiva, ratios elevadas, atención a alumnado con necesidades educativas especiales, etc., que dificultan la resolución de los casos*”.
- En relación con las diferentes etapas educativas, los/as profesores/as de Educación Secundaria en este curso suponen un 42% de las intervenciones (un 4% más que el curso anterior), las actuaciones entre el profesorado en Educación Primaria descienden del 44% al 39% y en Educación Infantil se mantienen en un 6%. Si bien se atiende principalmente a profesionales de la enseñanza pública (97%), también hay demanda de ayuda por parte de docentes de la enseñanza concertada y privada (3%).
- Un 94% de las consultas al servicio han sido por asesoramiento general y un 80% han recurrido al mismo en busca de apoyo psicológico. El Defensor del Profesor señala el paulatino incremento de equipos directivos que se han puesto en contacto con el servicio en busca de asesoramiento para mediar o resolver conflictos “*para los que no se sienten, en ocasiones, con los recursos ni la formación necesaria*”.

- **Dificultades y conflictos con los alumnos y las alumnas**

- Los datos son muy similares con respecto al curso anterior: sigue siendo alto el porcentaje de problemas para dar clase y las faltas de respeto, y aumentan levemente las agresiones de alumnos a profesores, que pasan del 5% al 6%.
- El informe destaca la presencia de casos de agresiones hacia docentes y el *ciberbullying* (uso de redes sociales para acosar, ridiculizar o atentar contra ellos). No obstante, sus autores recuerdan aquí la relevancia de tener en cuenta el

contexto social actual, en que se ha incrementado la cifra de problemas de salud mental infanto-juvenil, especialmente, desde la irrupción de la pandemia de la COVID-19, pudiendo ser síntoma de ello las conductas disruptivas que manifiestan en el centro escolar. 30 Ante este tipo de situaciones, advierte, los y las responsables de la educación de niños/as y adolescentes no son conscientes de que si quedan impunes ante actuaciones contrarias a la



convivencia, *“incorporarán dicha conducta a su forma habitual de actuar, con la seguridad de que la repetición de la misma no va a acarrearles ninguna consecuencia negativa, con lo que lo único que conseguiremos es perjudicar a todos los alumnos, a la vez que desacreditar y desautorizar al docente”*. Como solución, se incide en la necesidad de especialistas en los centros *“que trabajen mano a mano con profesores y padres con el objetivo de hacer efectiva una modificación de conducta en este grupo de alumnos que, aunque minoritario, causan un efecto altamente negativo en sus compañeros e impiden que se lleve con normalidad la enseñanza en las aulas”*.

Se destaca aquí *“la gran labor de concienciación”* que se está realizando desde los centros educativos y las fuerzas de seguridad, informando sobre la gravedad del uso de las nuevas tecnologías como herramientas para humillar, insultar y vejar a otras personas, formándoles en un uso responsable de las mismas.

- A juicio de los y las docentes, una de las posibles causas de los problemas que surgen entre el alumnado, principalmente de Secundaria, es la ausencia de

motivación hacia el aprendizaje, con una falta claridad de intereses y objetivos, ausencia de expectativas e interés, la percepción de la enseñanza como algo impuesto de forma obligatoria (no como una necesidad) y, en algunos casos, la actitud en exceso permisiva y sobreprotectora de algunos padres, que derivan en *“situaciones en las aulas que impiden el normal desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje”*.

- Aumentan también las situaciones en las que el/la docente se ve implicado/a en denuncias y acusaciones de alumnos en las que debe demostrar la falsedad de las mismas, a veces de difícil demostración al basarse en cuestiones del tipo: *“me mira mal, me mira de forma rara, nos tiene manía y por eso suspendemos, Vamos a hacer que te echen, hemos hecho un escrito en tu contra...”*. De acuerdo con el informe, este tipo de acusaciones impactan en la autoridad del docente, llegando a generar un alto índice de ansiedad, e incluso, a tener miedo de entrar en el aula.

- **Problemas relacionados con las familias**

- Este tipo de problemáticas se han reducido porcentualmente en todos sus indicadores, excepto en el de agresiones físicas, que han pasado de un 2% a un 3%.
- Aunque ha habido un leve descenso de casos en los que hay acoso por parte de las familias y faltas de respeto, sí aumentan las falsas acusaciones y denuncias ante el centro o la inspección educativa (siendo conocedor el docente de los hechos cuando se lo comunica el equipo directivo).
- Según recoge el Defensor del Profesor, se trata de padres que solo escuchan la versión que les cuenta su hijo o hija, disculpando y justificando cualquier acción y comportamiento que tenga, así como desconfiando del docente y desautorizándole delante de sus hijos. Estas acciones suelen ser consecuencia de situaciones en las que se ha sancionado al alumno, o hay desacuerdo con la evaluación.

- **Problemas con el entorno laboral**

- Se registra un aumento de los problemas relacionados con la Administración, que han pasado de un 25% a un 30%. De acuerdo con los datos, las actuaciones de las administraciones educativas han provocado un estado de tensión constante entre el profesorado, que comenzó durante el confinamiento debido a la COVID-19, con la publicación de múltiples protocolos de actuación, *“tardíos y cambiantes”*, y continuó debido a los recortes en el personal de apoyo para atender al alumnado y diversos cambios normativos una vez empezado el curso.

- Otro factor mencionado es *“el hecho de convertirse en centros de soporte psicológico y asistencial de las necesidades que presenta el alumnado, sin una formación previa y, por supuesto, sin aumento de recursos humanos para afrontar estas situaciones que afectan directamente a la convivencia y a la salud mental de los docentes”*. A este respecto, las Administraciones públicas han producido numerosos protocolos (a saber, prevención y actuación ante el acoso, ciberacoso y maltrato entre iguales, Ideación suicida y autolisis, Maltrato Infantil y abusos sexuales, Violencia de Género Acoso Diversidad Funcional, Acoso LGTBI fóbico, transfóbico y diversidad sexual y acompañamiento LGTBI+, Odio y discriminación, Agresión Personal Docente, Problemas de conducta, Igualdad-coeducación, Mutilación femenina, Alumnos recién llegados, Protocolo de drogas en centros), que han sido adoptados por los centros educativos *“a coste cero para las Administraciones públicas”*, y que dan cuenta de la gravedad de estos casos y de la gran responsabilidad que supone para el profesorado el desarrollar estos protocolos, sin formación suficiente al respecto.
- Un porcentaje de llamadas muy significativo corresponden a profesores/as que afirman no sentirse respaldados por la Administración, cuando tienen problemas de convivencia con familias y alumnado, sintiéndose indefensos ante ello.
- **Incidencia de los problemas anteriores en el estado anímico del personal docente**
 - El Defensor del Profesor considera que el porcentaje de casos que contacta con el servicio podría ser solo *“la punta del iceberg”*. A este respecto, indica que muchos docentes *“se resignan a seguir aguantando la situación por la que están atravesando”*, a pesar del estrés o ansiedad que ésta genere y del impacto que tenga sobre su salud física y mental.
 - Las cifras muestran un empeoramiento en la salud mental en el colectivo docente: los índices de ansiedad siguen aumentando anualmente, hasta valores que rozan ya el 80% de los y las profesionales que se ponen en contacto con el servicio. Aumentan también los docentes que tienen depresión (12%), así como aquellos que se ven abocados a la baja laboral (que sube un 5% y se sitúa en un 15%).
 - Algunos/as profesores/as perciben que la situación escapa a su control, lo que les genera sentimientos de incompetencia e indefensión, que derivan en estrés ocupacional. A esto se añaden dificultades para desconectar del trabajo.
 - El informe advierte de las consecuencias de estas problemáticas, dado que un profesor con estado emocional alterado, *“además del sufrimiento personal que debe soportar”*, afecta negativamente a su rendimiento profesional, reduciéndolo significativamente y disminuyendo, consecuentemente, la calidad de la

educación. En este sentido, manifiesta, “*las bajas laborales generan un coste para la administración y una modificación de la propuesta pedagógica para los alumnos*”.

Fuente:

- Hernández-Jiménez, T. (Ed.) (2022). *El Defensor del Profesor. Memoria Estatal Curso 2021/2022*. El Defensor Profesor. <http://www.infocoponline.es/pdf/INFORME-ANPE.pdf>

5.2. BREVE GUÍA DE RECUPERACIÓN PERSONAL EN SALUD MENTAL – MENTAL HEALTH EUROPE

“Recibir un diagnóstico de enfermedad mental puede suponer un alivio, pero también puede ser una experiencia solitaria y estigmatizante. Afecta a las relaciones de las personas, a su sentido de lo que son, a la confianza en sí mismos, al sentido de los objetivos y suele ir acompañado de una pérdida de esperanza en el futuro”. Así lo recoge la, editada por *Mental Health Europe*.

La publicación es una ampliación de la *Guía breve del diagnóstico psiquiátrico* publicada por esta misma organización, la cual proporciona claves para afrontar, gestionar y superar el diagnóstico de un problema de salud mental, a través de las experiencias positivas de otras personas.



Una de las ideas principales que se tratan en el documento es la importancia de adoptar un enfoque de recuperación personal en salud mental. A diferencia de la recuperación clínica que tiene que ver con el alivio de síntomas y la vuelta a la “normalidad”, el enfoque de recuperación

personal hace referencia al proceso de recuperación “único y profundamente personal de cambio de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y habilidades y roles”. Se trata de una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y significativa, incluso dentro de las limitaciones causadas por una enfermedad.

En la guía se abordan diferentes cuestiones que debe afrontar una persona con diagnóstico en salud mental, tales como el estigma, la toma de nueva medicación, el diagnóstico y su impacto, la asistencia médica protocolizada y paternalista..., así como se describen los principios en los que se sustenta la recuperación personal, que son: la conexión con los demás, la esperanza, la identidad personal, la vida con significado y el empoderamiento personal. La publicación ofrece una serie de preguntas para la reflexión personal y referencias y recursos para ampliar la información sobre este tema

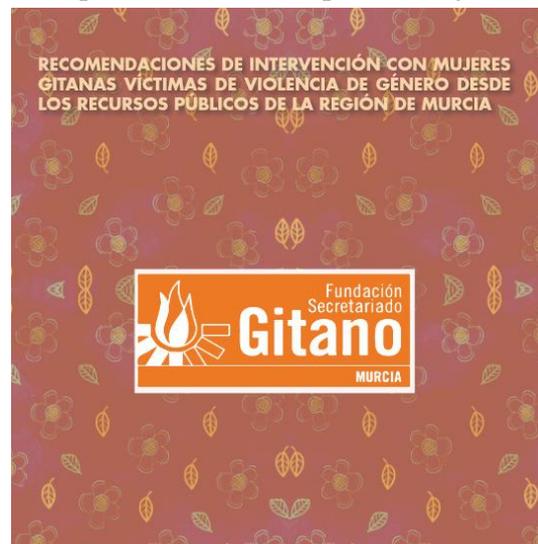
Fuente:

- Mental Health Europe (2022). *Breve Guía para la Recuperación Personal en Salud Mental*. <http://www.infocoonline.es/pdf/Short-Guide-to-Rec.pdf>.

5.3. PAUTAS PARA UNA ADECUADA INTERVENCIÓN CON MUJERES GITANAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres víctimas de violencia de género pertenecientes a la población gitana se enfrentan a obstáculos añadidos para acceder a las medidas de atención, protección, justicia y reparación disponibles, lo que hace necesario adaptar las intervenciones a este grupo para garantizar su seguridad. Así lo recoge la guía que lleva por título *Recomendaciones de intervención con mujeres gitanas víctimas de violencia de género desde los recursos públicos de la Región de Murcia*.

Según se detalla en el documento, editado por la Fundación Secretariado Gitano, las mujeres gitanas son objeto de una discriminación interseccional, entendida como la interacción de factores de género y de etnia, que acentúa su vulnerabilidad frente a situaciones de violencia de género.



En la publicación se explica la situación actual de las mujeres gitanas, cómo afecta el problema de la violencia de género en este grupo y se ofrecen recomendaciones en la atención e intervención social, así como se expone la mediación intercultural como una herramienta de utilidad en estos casos.

Fuente:

- Fundación Secretariado Gitano (2021). *Recomendaciones de intervención con mujeres gitanas víctimas de violencia de género desde los recursos públicos de la Región de Murcia*. <http://www.infocoonline.es/pdf/intervVGG.pdf>.

6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia

6.1. NO DEJES DE ACREDITAR TU FORMACIÓN Y EXPERIENCIA SOLICITANDO TU “CERTIFICADO DE PSICÓLOGO EUROPSY DE ESPECIALISTA EN PSICOTERAPIA”.

Al obtenerlo, serás incluido automáticamente en el registro de EuroPsy de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos). Pincha [aquí](#) para obtener toda la información que necesitas, y obtén tu [Certificado de Psicólogo EuroPsy de Especialista en Psicoterapia](#).



6.2. ¿ERES YA MIEMBRO DE LA DIVISIÓN DE PSICOTERAPIA?

Si aún no lo eres, entérate [aquí](#) de cuáles son los requisitos que necesitas para unirse a tus colegas y poder participar con ellos en todas las actividades que realiza la División. No lo dudes, [¡apúntate!](#)

7. Buzón de sugerencias

Porque nos importa tu opinión. Dependemos de la colaboración activa de nuestros lectores y lectoras y de su *feedback*. No dudes en aportar tus sugerencias a través del siguiente enlace: <http://www.dpsit.cop.es/buzon-de-sugerencias>. ¡Todas las ideas son siempre bienvenidas!



[División de Psicoterapia \(dPsiT\) - Consejo General de la Psicología](#)

