

# BOLETÍN INFORMATIVO

22ª Ed. ENE – DIC 2023



**ÍNDICE**

Editorial de la nueva dirección de la División de Psicoterapia	-4-
1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT	-6-
1.1. Elecciones 2023 a la Junta de la División de Psicoterapia (dPsiT)	-6-
1.2. VI Encuentro Hispano-Luso de Psicología	-7-
2. Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Rafael Penadés i Rubio	-8-
3. Noticias de interés psicoterapéutico	-15-
3.1. La asistencia en salud mental en España necesita de mayor inversión	-15-
3.2. La primera ley autonómica de salud mental es aprobada en La Rioja	-19-
3.3. Asturias aumentará el número de psicólogos/as en su red sanitaria	-20-
4. Reseñas de psicoterapia recomendables	-21-
5. Un vistazo a la actualidad	-25-
5.1. Bienestar subjetivo de los/as psicoterapeutas durante la pandemia de la COVID-19	-25-
5.2. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia	-27-
5.3. Intervención en depresión: la terapia cognitivo-conductual, más eficaz que los antidepresivos en el largo plazo	-32-
6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia	-34-
7. Buzón de sugerencias	-35-

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

**JUNTA DIRECTIVA**



Guillermo Mattioli Jacobs  
**Coordinador**



Iñigo Ochoa de Alda Martínez  
de Apellaniz  
**Vocal elegido por la Junta  
General de COP**



Mercedes Bermejo Boixareut  
**Vocal elegido por la Junta  
General de COP**



Luis Botella García del Cid  
**Vocal**



Sergio Sánchez Reales  
**Vocal**

**EDICIÓN DEL BOLETÍN**



Pedro Altungy Labrador  
**Editor del Boletín**

**Editorial de la nueva coordinación de la División de Psicoterapia**

Apreciados colegas,

Con este número iniciamos una nueva etapa de nuestra División. El proceso electoral y la configuración de la nueva junta coordinadora de la División ha concluido y después de esta interrupción retomamos el trabajo con la máxima energía. Este número es especial dado que, en esta etapa de transición que ha sido este año 2023, será el único. El próximo 2024 retomaremos los boletines cuatrimestrales.

En primer lugar, queremos expresar nuestro más cordial agradecimiento a la Coordinadora anterior, liderada por nuestro querido compañero Manuel Berdullas. Tenemos el gusto de anunciar que continuaremos el trabajo por el mismo sendero que fue el suyo, con los mismos objetivos políticos y técnicos, y siempre en colaboración con las Juntas de Gobierno de los Colegios autonómicos

Nuestra División, como todas las divisiones del Consejo General de la psicología tienen un cometido básico, actuar como antenas de la realidad de nuestra policromática profesión y como órganos consultivos de su Junta de Gobierno, trasladando a la realidad profesional las líneas estratégicas emanadas de la misma

Es decir, somos una caja de resonancia, de transmisión de información hacia la junta y de correa de transmisión desde la junta hacia la realidad profesional.

Este es nuestro círculo virtuoso.

La psicoterapia es un campo muy extenso. Es difícil saber con precisión el número de profesionales que la practican. Si tomamos como un índice solamente la cantidad de tomadores de la póliza de responsabilidad civil gestionada por los COPS llegamos a una cifra aproximada de 40.000 colegas que la practican en su práctica privada. A estos tenemos que agregar los aproximadamente 3000 colegas de psicología clínica en práctica pública y naturalmente también a nuestros colegas psicoterapeutas médicos, con quienes tanto en pública como en privada compartimos asociaciones, actividades formativas y práctica clínica.

Nuestra práctica se extiende predominantemente en el ámbito privado, sólo recientemente, y estimuladas por la pandemia de la Covid-19 las políticas sanitarias están haciendo esfuerzos para subsanar la escasa presencia de la atención psicológica en la asistencia pública, de lo que nos alegramos. Paulatinamente confiamos acercarnos a aquel punto en que la ciudadanía disponga de alternativas a la hora de pedir ayuda, cosa que hasta ahora no puede hacer.

Los objetivos generales de la división son los mismos que mantiene desde su inicio, tanto técnicos como políticos. Los técnicos consisten en actualizar permanentemente la formación y promover la mejor práctica posible, siempre basada en la evidencia científica: mejor ciencia disponible, pericia del profesional y contexto y valores del paciente

Y como telón de fondo y objetivo político seguimos promoviendo el proyecto de regulación de la psicoterapia como práctica reservada para profesionales provenientes de la psicología y de la medicina, naturalmente con la formación adicional especializada necesaria para su práctica profesional.

Son metas ambiciosas, que no podemos conseguir solos. Apelamos a la colaboración no sólo de los integrantes de la División, sino también a la de las asociaciones profesionales con las que compartimos este proyecto. Nos dirigimos a todas estas asociaciones proponiendo un diálogo dirigido a generar la mayor base posible en pro a establecer un argumentario común con el que dirigimos a la administración y al legislador.

La psicoterapia es una actividad que atraviesa a profesionales de la psicología y la medicina, que se practica de múltiples maneras y que tiene una enorme incidencia en el bienestar de la sociedad. Consideramos que merece un marco regulador que la defina y proteja como una actividad sanitaria, claro que sí, pero dentro de una definición de salud inclusiva, holista y humanista, haciendo honor a la equivalencia intrínseca entre sus niveles técnicos y éticos.

Como comentario final y más general queremos poner de relieve un hecho de todos conocido, la psicoterapia es una práctica muy transversal entre todos nuestros colegiados

Al mismo tiempo también sabemos que esta cualidad de transversalidad hace muy difícil de prever que la psicoterapia sea alguna vez una especialidad, al estilo de la existente o de otras que aspiramos a tener. Su formación no pertenece per se ni a la psicología clínica ni a la psicología general sanitaria.

Esta cualidad de diversidad transversal le permite sin embargo convertirse en un campo de reunión y encuentro de la psicología, tradicionalmente sacudida por conflictos entre escuelas o reflejos corporativos.

Esperamos que así sea y nos comprometemos a poner toda nuestra energía para ese fin.

## 1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT

### 1.1. ELECCIONES 2023 A LA JUNTA DE LA DIVISIÓN PSICOTERAPIA (dPsiT)



La Junta de Gobierno del Consejo General de la Psicología de España, en su reunión del pasado 17 de diciembre de 2022, acordó convocar elecciones a los/las tres vocales de todas las Juntas Directivas de las Divisiones Profesionales, elegidos por los miembros de la División, a excepción de las Divisiones de Neuropsicología Clínica y División de Psicología de la Salud. En esa misma reunión también quedó aprobada la normativa electoral por las que se regirán las mismas, todo ello de conformidad con el vigente [Reglamento Marco de las Divisiones Profesionales](#) (aprobado por la Junta General de fecha 25 de junio de 2022).

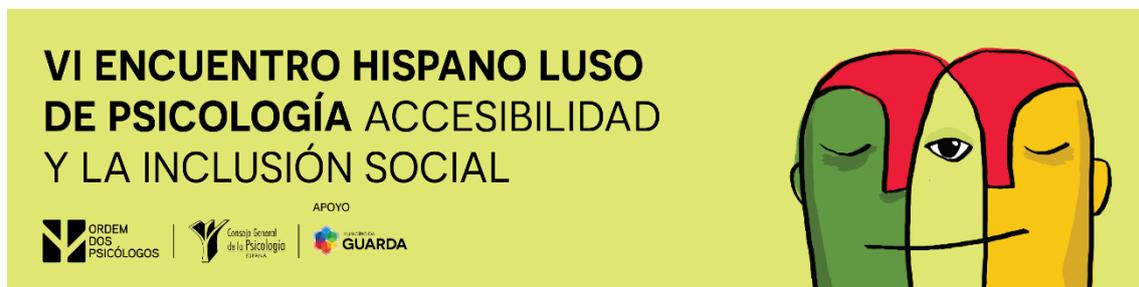
Conforme al calendario electoral que está publicado en la [web](#) del Consejo General de la Psicología, los candidatos definitivos para nuestra división fueron publicados el pasado 5 de abril. Los dos candidatos que finalmente se presentan a estas elecciones dentro de la División de Psicoterapia son:

- a) [Don Sergio Sánchez Reales](#). Psicólogo clínico en el Servicio Andaluz de Salud y doctor en psicología, que ha publicado múltiples trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales, centrados en la evaluación, diagnóstico y el estudio de intervenciones empíricamente validadas para diversos problemas de salud mental.
- b) [Don Luis Botella García del Cid](#). Doctor en psicología y profesor en la Universidad Ramón Llull. Ha publicado múltiples trabajos científicos en revistas nacionales e

internacionales y es autor del libro “La Construcción del Cambio Terapéutico”. Su campo de trabajo es la psicoterapia y la psicología clínica.

Puesto que han sido dos los candidatos finalmente validados para presentarse a las elecciones, el [Comité Electoral ha acordado](#) la proclamación automática de ambas candidaturas con efectos desde el 11 de mayo de 2023, tal y como establece el artículo 18.5 del Reglamento Marco de las Divisiones Profesionales del COP. En consecuencia, **en este proceso electoral no se realizará votación ni campaña electoral**. Damos por ello la bienvenida a Don Sergio Sánchez y a Don Luis Botella como nuevos vocales de la División de Psicoterapia.

## 1.2. VI ENCUENTRO HISPANO-LUSO DE PSICOLOGÍA



El próximo 26 de mayo se celebrará en la localidad portuguesa de Guarda el **VI Encuentro Hispano-Luso de Psicología**, organizado como en las anteriores ediciones de manera conjunta por el Consejo General de la Psicología de España y por la *Ordem dos Psicólogos* de Portugal. En esta ocasión, el encuentro tendrá como ejes centrales la accesibilidad y la inclusión social, y contará con la presencia de la División de Psicoterapia.

Los dos temas principales que se trabajarán durante estas jornadas serán: (1) D (eficiencia) – Abrazar la diversidad y convertir la diferencia en valor y (2) Pobreza(s) – Pobreza, que abarca más ausencia(s) y escasez más allá de los recursos materiales. La inscripción al encuentro puede realizarse desde [aquí](#), donde también se publicará en breve el programa definitivo de esta jornada.

El programa provisional es el siguiente:

- 9:00 – Apertura
- 9:45 - Entrega de los Premios Ibéricos en Psicología
- 10:15 – (Dis)capacidad: Abrazar la diversidad y convertir la diferencia en valor. Charla y Mesa redonda.

- 12:00 - Comida
- 13:30 – Sesiones paralelas
- 15:30 - Pobreza(s): Pobreza, que abarca más ausencia(s) y escasez más allá de los recursos materiales. Charla y mesa redonda
- 17:00 – Lectura da la Declaración Conjunta Consejo General de la Psicología de España y Ordem dos Psicólogos Portugueses

## 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 **Rafael Penadés Rubio**.



Rafael Penadés Rubio es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica desde 1997 perteneciendo a la segunda promoción nacional de psicólogos internos residentes. Trabaja en el Hospital Clínic de Barcelona, donde ejerce como facultativo y es el responsable del área de Neuropsicología y Tratamientos Psicológicos de la Unidad de Esquizofrenia. Ejerce también como profesor agregado del departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Además, es investigador acreditado del IDIBAPS y de la red nacional CIBERSAM.

*En esta ocasión tenemos la gran oportunidad de entrevistar a una de las figuras de referencia en nuestro país, no sólo en el campo de la intervención terapéutica en el área de la psicosis, sino también en la lucha por la regulación de nuestra profesión a nivel legal, algo que, desde el Consejo General de la Psicología de España y desde la División de Psicoterapia, llevamos defendiendo la necesidad de hacerlo desde hace años. Muchas gracias Rafael por concedernos esta entrevista. Si no nos equivocamos Rafael, usted pertenece a la segunda promoción de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica. Desde el año 1998 usted ha trabajado en el Sistema Nacional de Salud como Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Este fue un*

*importante paso en la regulación en el ámbito de la psicoterapia, que abrió la puerta a que los ciudadanos pudieran recibir asistencia psicoterapéutica de calidad dentro de la cartera de prestaciones del sistema público de salud. Desde entonces, bien es cierto que las plazas que cada año se aprueban para este programa de formación han ido aumentando. Echando la vista atrás, ¿cree que esta asistencia ha mejorado con el paso de los años? ¿Cuáles son las principales dificultades y retos en la actualidad, y qué pasos serían en su opinión necesarios para seguir mejorando?*

Durante mi experiencia profesional creo haber asistido a un progreso espectacular en la asistencia psicológica en nuestro país. A finales de los años 90 la asistencia psicológica en la sanidad pública era testimonial, de muy difícil acceso para los usuarios y con una implantación muy deficiente. No se ofrecía de forma universal y era prescrita principalmente por un profesional de psiquiatría que decidía derivar al psicólogo quien se limitaba a realizar la intervención prescrita. El psicólogo clínico no hacía primeras visitas, ni podía ser profesional referente, ni tener un circuito asistencial propio. Es decir, los pacientes se derivaban al psiquiatra y éste tomaba la decisión sobre la conveniencia del tratamiento psicológico que aplicaría el profesional de la psicología, que era una especie de ayudante que se encargaba de los test y la psicoterapia.

Afortunadamente, la aparición del sistema PIR (Psicólogo Interno Residente) dio lugar a la figura del psicólogo especialista, que ya era un “facultativo”, y esto ayudó a cambiar radicalmente este panorama, permitiendo la autonomía respecto al diagnóstico y tratamiento psicológico. El sistema PIR permitía una formación amplia, realizada in situ y de la mano de diferentes profesionales en activo. Permitía además la observación de profesionales expertos, el estudio de casos clínicos reales y finalmente la práctica supervisada con pacientes en el ámbito asistencial de la sanidad pública. El hecho de rotar por diferentes unidades asistenciales da una visión amplia de la psicopatología y de la aplicación de diferentes tipos de tratamiento psicológicos. Además, facilitaba la formación conjunta y el trabajo multidisciplinar con el resto de profesiones sanitarias.

En mi experiencia personal, al principio la práctica psicoterapéutica estaba muy marcada por los enfoques teóricos dominantes (dinámicos, sistémicos, humanistas, conductuales) de cada centro, sin considerar demasiado en serio los estudios de eficacia. Posteriormente, asistí al impacto de la llamada práctica basada en la evidencia, que puso en primer plano la elección de técnicas “eficaces”. Se trataba siguiendo “el manual”, aunque la figura del terapeuta y su relación con el paciente importaban muy poco. Con el paso de los años, los clínicos ya aplican preferentemente las técnicas que han sido probadas, pero también son conocedores de la importancia de la relación terapéutica y del marco de decisiones compartidas con el propio

paciente a la hora de escoger un tratamiento. Con todo ello, existe un renacer del interés por los modelos clásicos de psicoterapia y de las propuestas de integración. Con todo ello, a mi juicio, la práctica psicoterapéutica ha alcanzado un grado de madurez excepcional, por tanto, las dificultades actuales no se sitúan en los aspectos técnicos de la psicoterapia, sino que se concentran en un solo motivo: ¡La falta de profesionales! La práctica clínica hoy en día se ve comprometida principalmente por el exceso de carga de pacientes, la escasez de tiempo para cada visita, la dificultad de agenda para dar continuidad a los tratamientos y la escasez de profesionales para dar respuesta a las necesidades crecientes de la población.

*Para los/as psicólogos del ámbito de la psicoterapia son sobradamente conocidas las desavenencias que, en muchas ocasiones, se han manifestado públicamente entre los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica y el resto de psicólogos psicoterapeutas. ¿A qué cree que se deben estas desavenencias, y cómo cree que estas afectan a nuestra profesión?*

En mi opinión, el desarrollo profesional de la psicoterapia se ha ido generando a base de improvisaciones y acciones siempre fragmentadas. Así, la legislación vigente no parece haber sido diseñada para responder a las necesidades de salud mental de los ciudadanos; más bien parece ser una sucesión de acciones improvisadas dirigidas a encajar las figuras profesionales que se han ido generando con las reformas del programa universitario y sanitario. En un principio teníamos a los licenciados que habiendo seguido el itinerario de psicología clínica ya estaban capacitados para ejercer la psicoterapia. Luego apareció el sistema PIR que otorgaba el carácter de profesión sanitaria y nos convertía en facultativos. Pero casi al mismo tiempo con el plan Boloña se creó el nuevo grado que dejaba sin competencias para la práctica clínica y la psicoterapia a los nuevos graduados. Es el momento de la aparición del máster general sanitario, de carácter profesionalizante, que intenta solucionar este problema siguiendo las directrices del plan Boloña, aunque también da lugar a una situación en donde aparecen titulaciones diferentes con competencias no diferenciadas completamente. Esta sucesión de acontecimientos y acciones descoordinadas nos han llevado a disponer en la actualidad de diferentes tipos de profesionales: especialistas en psicología clínica, psicólogos generales sanitarios y los graduados expertos en psicoterapia. La presencia de estas figuras ha generado conflictos competenciales, mucha crispación, enfrentamiento estéril y posturas muy enconadas. Es urgente resolver esta situación, adaptar la legislación vigente y conseguir una ordenación profesional más clara y operativa. En mi opinión, el conjunto de la profesión debe llegar a un entendimiento, y debe hacerlo con generosidad por todas las partes, con templanza y pensando en soluciones posibilistas, pragmáticas y que tengan en cuenta prioritariamente las necesidades de la población. No parece fácil hacer una propuesta de consenso, pero en mi opinión, la creación de un itinerario único de

formación, la posibilidad de integrar diferentes niveles competenciales y asistenciales de forma coordinada entre las figuras ya existentes podría ser un punto de partida.

*Siguiendo con otros aspectos de la actualidad, en mayo de este año se celebrarán en la casi totalidad de autonomías españolas elecciones. Este es pues un momento clave pues, como bien saben nuestros lectores, muchas de las competencias en materia de salud están transferidas a las autonomías, incluida la atención en salud mental. En su opinión y experiencia Rafael, ¿Es el ejercicio de la psicoterapia exclusivo de psicólogos y médicos especializados, o podría abrirse a otros profesionales?*

Respecto a la primera pregunta, creo que la gestión descentralizada y autónoma de la sanidad por cada comunidad supone una ventaja que posibilita una asistencia más próxima a las necesidades reales de cada población. Sin embargo, creo que siempre debe cumplirse la premisa de que esta particularización no ponga nunca en cuestión los principios de universalidad, equidad y accesibilidad de la atención sanitaria. Una normativa europea sobre salud mental que fuese válida para toda la Unión y que estableciera estos mínimos, sin perjuicio de la autonomía de gestión, sería muy deseable.

Respecto a la segunda pregunta, la psicoterapia no ha sido nunca un terreno exclusivo de los psicólogos, aunque éstos han llegado a convertirse con el tiempo en los profesionales de referencia. De hecho, podemos afirmar con propiedad que el ejercicio de la psicoterapia es anterior al de la psicología clínica como tal. En nuestro medio fueron primero los médicos y después los psicólogos los encargados de aplicar la psicoterapia en los ámbitos clínicos asistenciales. Es cierto que en otros países existen terapeutas acreditados y regulados que proceden de otros ámbitos profesionales, como trabajo social, enfermería o pedagogía. En mi opinión, la práctica de la psicoterapia, especialmente cuando se aplica a los trastornos mentales, debe ser ejercida por un profesional que debe conocer no solo todo lo relacionado con las técnicas psicoterapéuticas sino también tener una formación clínica y psicopatológica extensa. Por tanto, sin perjuicio de establecer colaboración con otros profesionales, en mi opinión son los psicólogos los profesionales que deberían actuar como referentes y asegurar así un ejercicio competente de la psicoterapia. Ello no quiere decir que todas y cada una de las acciones psicoterapéuticas deban ser realizadas necesariamente por especialistas en psicología clínica. En función de las necesidades asistenciales y de la disponibilidad de recursos, parte de las intervenciones puede ser delegada a otro tipo de profesionales siempre bajo la indicación y supervisión del psicólogo especialista.

*Teniendo en cuenta las claves que nos acaba de señalar en este tema Rafael, ¿cómo ve la situación actual en cuanto al nivel de regulación legal para el desempeño de la psicoterapia? ¿Es suficiente la legislación existente, o deben darse más pasos y, de ser así, en qué dirección? ¿Considera Rafael que este tema está lo suficientemente presente en la actual agenda política de nuestro país?*

Los problemas de intrusismo y mala praxis son evidentes tanto dentro como fuera de la sanidad pública. En el caso particular de la sanidad pública la ley de ordenación de las profesiones sanitarias establece bien que la psicoterapia es una competencia de la psicología clínica, aunque también lo es de la psiquiatría. Este es un viejo conflicto que ahora revive con la aparición de nuevas especialidades como la de psiquiatría infanto-juvenil. Necesitaremos tiempo y energía, pero hay que recordar que somos una especialidad mucho más joven que la psiquiatría y la especialidad más antigua suele ser más poderosa y temerosa de perder su estatus, por lo que necesita de un tiempo antes de acoger las especialidades más jóvenes. Así, antes que la psiquiatría intentase tutelar a la psicología, la neurología lo había hecho con la propia psiquiatría y la neurología había tenido lo suyo con la medicina interna. Por otra parte, los conflictos entre especialidades son cada día más frecuentes, como entre neumología y alergología, nefrología y urología, inmunología y oncología, y otras tantas. En la sanidad pública es muy difícil determinar quién ha de hacer qué. Recientemente, durante la pandemia de la Covid-19 hemos visto cómo profesionales de casi cualquier especialidad médica actuaban como neumólogos por necesidades obvias. Y eso nos debe hacer pensar que delegar y compartir responsabilidades asistenciales con otros profesionales forma parte de la tradición en la sanidad pública que prioriza las necesidades de la población sobre los intereses corporativistas y en ningún caso esto nos hace más débiles, al contrario, nos hace referentes.

Sin embargo, para evitar conflictos de competencias resultaría de gran utilidad establecer niveles de complejidad en la intervención psicoterapéutica. Creo que ayudaría a realizar la gestión de servicios y la atención psicoterapéutica en los casos que haya necesidad imperante sin que se generasen conflictos de forma permanente. Algunos ejemplos de este tipo de jerarquización han dado resultados satisfactorios en otros países, como el Reino Unido, donde por ejemplo el tratamiento de la depresión se ha planificado teniendo en cuenta los diferentes niveles asistenciales, desde la atención primaria, atención especializada, urgencias y atención en crisis. En cada uno de los niveles, y en función de la complejidad del caso, se especifican las intervenciones psicoterapéuticas de distinta complejidad y el tipo de profesional más adecuado para cada nivel.

Finalmente, respecto a la agenda política, por supuesto que considero que la salud mental debe ocupar un espacio más significativo. Hasta ahora, algunos partidos han contribuido a hacer visible la importancia de la atención psicológica. Pero creo que deberían ir un poco más allá y ofrecer propuestas concretas para mejorar la financiación, porque sin una mayor financiación los cambios nunca serán estructurales. Deberían dar respuesta al drama de la falta de profesionales y cómo mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a la asistencia psicológica. Es importante que exijamos que los gestores y los políticos cuenten con profesionales de la psicología para resolver los problemas de la atención psicológica y que estas decisiones las dejen de tomar profesionales de otras especialidades. Creo que no hace falta insistir en que necesitamos un consenso mayor dentro de la profesión para que nuestra opinión sea determinante. Por último, creo que ofrecer programas concretos tanto de promoción de la salud mental como de prevención, detección y tratamiento de los problemas psicológicos debería ser un punto de debate obligado entre las distintas opciones políticas.

*Desde el punto de vista de las personas que buscan atención psicoterapéutica y la necesitan, ¿cuáles serían los riesgos de una insuficiente legislación en este sentido?*

Somos uno de los países con mayor número de psicólogos y sin embargo el acceso a la psicoterapia en la sanidad pública resulta extraordinariamente más difícil que en la mayoría de países de nuestro entorno. No solo hay que insistir en la necesidad apremiante de aumentar el número de plazas para la formación de especialistas mediante el sistema PIR, hay que reivindicar también el aumento de plazas asistenciales. Por otro lado, la edad media de los especialistas está aumentando y pronto la tasa de reposición será claramente negativa.

Quizás un tema importante sería la creación de servicios de psicología clínica propios que permitan la toma de decisiones a la hora de crear nuevas plazas. En estos momentos, la única especialidad que carece de servicios propios en la sanidad pública (salvo alguna aislada excepción) es la psicología clínica. Esto hace que muchas de las decisiones a la hora de acreditar plazas docentes, de generar más plazas asistenciales, de establecer circuitos asistenciales y de atender demandas de carácter estrictamente psicológico se tomen siempre por profesionales de otras especialidades.

*Centrándonos de manera específica en la asistencia a personas diagnosticadas con un trastorno psicótico, ámbito en el que usted es un experto y referente, ¿cree que los/las psicoterapeutas recibimos formación suficiente en los diferentes planes de estudio para trabajar con esta población, o sería necesaria una formación más específica?*

La evolución del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos es probablemente la que más ha evolucionado en las últimas décadas. El propio Eysenck, influyente y eminente psicólogo clínico, dejó escrito aquello de que los neuróticos para la psicología y los psicóticos para la psiquiatría. Los resultados de la terapia cognitivo-conductual aplicada a la psicosis han redefinido nuestra concepción del propio trastorno. Así, la definición del delirio como una creencia inmodificable ya no puede ser sostenido, porque justamente la terapia psicológica ha permitido comprobar que es posible la reducción de la convicción delirante y la modificación de este tipo de creencias. Es cierto que la medicación también lo hace, pero en ese proceso no participa la persona afectada, los fármacos actúan mediante una acción calmante sobre el sistema nervioso, pero la psicoterapia permite que la propia persona adapte y modifique sus creencias desadaptativas por sí misma. Hoy en día existen intervenciones psicológicas eficaces que son muy diferentes, todas ellas complementarias y necesarias para la recuperación. Tratar estos casos exige un entrenamiento y un grado de especialización elevado. Como ya hemos dicho antes para cualquier trastorno, lo importante es tener un conocimiento adecuado no solo de las técnicas terapéuticas sino también de la propia psicopatología del trastorno. Además, es imprescindible saber integrar tratamientos conductuales, cognitivos, neuropsicológicos, metacognitivos, sistémicos, sin dejar de atender al estilo de comunicación, sistemas de apego, presencia de traumas, procesos de autoestigma, y un largo etcétera. Frecuentemente, se necesitan incluso distintos terapeutas para dar una atención psicológica integral y adecuada, además de haber aprendido a formular bien cada caso en particular.

*Desgraciadamente, sabemos que este colectivo es muchas veces el “olvidado de los olvidados” (si la salud mental no siempre ha estado en un primer plano, este espectro de trastornos lo ha estado menos o, cuando lo ha estado, ha sido de una manera muy sesgada y sensacionalista). Desde el ámbito de la psicología en su conjunto, ¿qué acciones o iniciativas por parte de los profesionales de la psicología podrían ayudar a que la población general se sensibilice con las dificultades que viven estas personas, y a conocer cómo pueden ayudarles a lograr un mayor bienestar?*

Una de las mayores aportaciones que ha hecho la psicología es demostrar que las experiencias psicóticas no son diferentes a las experiencias que puede experimentar cualquier otra persona. Es decir, no hay nada de “incomprensible” como decía Jaspers en los síntomas psicóticos cuando se estudian con modelos de la psicología empírica actual y no de la medicina biologicista más tradicional. Aunque no tengamos una fobia, tenemos miedo y podemos comprender cómo debe ser un grado extremo de miedo. Así, también sabemos que determinadas situaciones sociales

o personales pueden llevar a actitudes paranoides a cualquier persona. Por tanto, en la psicosis solo nos enfrentamos a casos extremos de fenómenos completamente normales. Sabemos también que muchas personas experimentan alucinaciones auditivas y visuales sin que por ello padezcan un trastorno psicótico. La psicología por tanto ha aportado datos científicos sobre la “normalidad” y la “comprensibilidad” de los fenómenos psicóticos y ha hecho posible un acercamiento más realista y más humano. Por supuesto, los medios de comunicación, la literatura y el cine todavía siguen proyectando una imagen peligrosa, sensacionalista, de algo incomprensible y temible. Ante un asesinato o un crimen, la primera opción a confirmar por los medios de comunicación es siempre saber si se trata de un psicótico o de un “perturbado” o “enfermo mental”. Sabemos después de mucha evidencia acumulada durante décadas que los pacientes psicóticos, lejos de perpetrar mayor número de delitos que la población general, son víctimas en una proporción mucho mayor. A lo largo de sus vidas la mayoría son víctimas de delitos, estafas, fraudes, abandono, abusos, violencia sexual y crímenes que son cometidos contra ellos en su mayoría por personas sin ningún problema mental. Por tanto, es importante que cuando nos soliciten opinión los medios de comunicación recordemos esta evidencia y combatamos la estigmatización de estas personas. Por último, todavía nuestro sistema de salud no contempla el derecho de las personas con trastornos psicóticos a recibir tratamientos psicológicos que son eficaces y necesarios para su recuperación. Es cierto que existen bastantes recursos de inserción y rehabilitación psicosocial para estos pacientes, pero el acceso a la psicoterapia sigue siendo una necesidad no plenamente cubierta en todos los dispositivos asistenciales y con demasiada frecuencia resultan muy poco accesibles para estas personas.

*Queremos agradecerle a Rafael 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. LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL EN ESPAÑA NECESITA DE MAYOR INVERSIÓN

El pasado día 7 de abril se celebró el **Día Mundial de la Salud**, bajo el lema *Salud para todos*. De acuerdo con el informe [“La Situación de la Salud Mental en España”](#) publicado por la

Confederación Salud Mental España junto a la Fundación Mutua Madrileña, a pesar de que la salud mental es un factor clave para el bienestar y tiene un impacto en todas las esferas de la vida de las personas, en el contexto sanitario tiende a ser un área muy descuidada, que requiere mayor inversión y una mejora en la calidad de la atención que se proporciona.

En el documento se dan a conocer los resultados de una encuesta realizada a la población, en la que se evaluaron diferentes cuestiones, desde la presencia de diagnóstico en salud mental, hasta la autopercepción del estado de salud mental, pasando por un listado de sintomatología y problemas de salud mental, la asistencia a especialistas en salud mental o el consumo de psicofármacos entre los participantes. Según los resultados aportados en el citado informe, se estima que un **22,8% de la población española** de 18 años o más ha sido diagnosticada en alguna ocasión de un **problema de salud mental o autoevalúa su salud mental como mala o muy mala**. Las personas con experiencia propia en salud mental tienen un perfil caracterizado por ser mayoritariamente mujeres, jóvenes de 18 a 34 años, de clase socio-económica baja o media-baja, así como estudiantes o personas con una incapacidad laboral.



Los trastornos más habituales detectados en el estudio fueron la **ansiedad y la depresión**,



siendo las dificultades en las relaciones familiares y la autoexigencia en el ámbito profesional y académico, las causas más frecuentes reportadas por las personas con trastorno mental. Asimismo, los datos revelaron que un **18,9% de las personas de más de 18 años en España consume psicofármacos**, siendo los

ansiolíticos y antidepresivos los más comunes, y el/la médico/a de cabecera el principal prescriptor. Según se recoge en el informe, los profesionales de atención primaria indican que a menudo prescriben psicofármacos para casos leves de salud mental debido a la falta de tiempo, recursos y formación e informan que la pandemia ha sido vista como un período de "manga ancha" en la prescripción de psicofármacos.

El informe también aborda la vulneración de la autonomía y los derechos humanos en el ámbito de la salud mental en España. Según la encuesta, el 40,3% de las personas diagnosticadas manifiesta haber recibido poca o ninguna información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno, el 46,3% poca o ninguna información sobre los efectos secundarios de la medicación y

el 48,1% poca o ninguna información sobre tratamientos alternativos. Además, el 30% indica haber visto vulnerado su poder de toma de decisión, el 60,1% ha sido ingresado/a de forma involuntaria y el 40,9% no recibió un programa de atención personalizado.

Otro de los aspectos que ha puesto de manifiesto la encuesta es la necesidad de aumentar los recursos humanos en los servicios sanitarios públicos de salud mental y de concienciar y formar a los profesionales en este campo para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos. Los participantes del estudio consideran que no se destinan suficientes recursos al cuidado de la salud mental y demandan medidas para mejorar la atención sanitaria y social que se les proporciona.

Tal y como se recoge en la publicación, el estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental generan un gran sufrimiento y dificultades. Si bien se ha observado una mayor visibilización y concienciación sobre la salud mental en la sociedad en fechas recientes, todavía persisten los prejuicios hacia los trastornos mentales graves y de baja prevalencia, según indican los autores. Así, un porcentaje considerable de la población cree que las personas con problemas de salud mental son peligrosas, molestas y manifiestan que no podrían convivir o trabajar con ellas. Por su parte, las personas diagnosticadas de un problema de salud mental, a menudo experimentan soledad, aislamiento y discriminación, y muchos no comparten su diagnóstico con nadie por temor al rechazo social, según los datos obtenidos.

En el informe se identifican algunos **grupos especialmente vulnerables** a experimentar problemas de salud mental, como son las personas jóvenes, las mujeres, las personas de clase socio-económica baja y media-baja y las personas LGTB.

En relación con la **salud mental de jóvenes españoles entre 18 y 34 años**, los resultados indican que las personas jóvenes tienen más probabilidades de haber experimentado un trastorno mental, siendo los jóvenes de 18 a 24 años los que muestran una percepción más baja de su salud mental. De acuerdo con el texto, la situación socioeconómica actual, caracterizada por un contexto individualista y competitivo con menos apoyo social y contención familiar podrían explicar en parte el sufrimiento y malestar experimentado por los jóvenes. Además, la pandemia ha tenido un impacto relevante en este grupo. En consecuencia, según los datos obtenidos, los jóvenes se sienten más preocupados por no encajar en la sociedad, por lo que otros puedan pensar de ellos, se sienten solos y menos integrados en su entorno laboral y/o escolar. En cuanto a sintomatología de salud mental, la mayoría de los jóvenes dice haber sufrido depresión y ansiedad prolongada en algún momento de su vida, y las personas más jóvenes (18 a 24 años) refieren ideación o intento

de suicidio y autolesiones en mayor porcentaje. A pesar de acudir más al psicólogo y al psiquiatra que otros estratos de edad, los **jóvenes** tienen una menor probabilidad de consumir psicofármacos y **acuden a la psicología privada** principalmente porque **no pueden esperar los tiempos marcados en la sanidad pública**.

Otro grupo vulnerable son las mujeres, así como las personas de clase baja y media-baja y el colectivo LGTB. A este respecto, los resultados muestran que las mujeres tienen una menor satisfacción con su vida laboral y su situación económica en comparación con los hombres, y son más propensas a sufrir síntomas de salud mental como la depresión y la ansiedad. Las personas de clase baja y media-baja tienen una probabilidad superior de consumir psicofármacos y de sufrir problemas de salud mental, y las personas pertenecientes al colectivo LGTB también tienen una mayor probabilidad de tener problemas de salud mental en comparación con las personas cishetero. Además, el lugar donde se vive también tiene un impacto en la salud mental, ya que las zonas de menor poder adquisitivo registran una mayor prevalencia de problemas de salud mental durante el confinamiento debido a la incertidumbre laboral y la pérdida de ingresos experimentada.

Los autores del informe indican la importancia de dar una respuesta adecuada a los problemas de salud mental presentes en la población española, con especial atención a los grupos vulnerables anteriormente mencionados y las personas con problemas de salud mental graves, entre otros. En esta línea, destacan la importancia de la **visibilización, la desestigmatización y la lucha contra la discriminación** de las personas con problemas de salud mental, insistiendo en que la presencia e impacto de los estereotipos negativos hacia las personas con problemas de salud mental y la falta de recursos para su atención en el sistema sanitario.



Entre las medidas y recomendaciones que se recogen en el informe para solucionar este problema, los autores proponen iniciativas para dar a conocer la realidad de las personas con problemas graves de salud mental y para promover la educación en salud mental en los centros educativos.

Asimismo, inciden en la importancia de la desestigmatización de la salud mental y la necesidad de desarrollar iniciativas para prevenir y detectar tempranamente problemas de salud mental en la población, especialmente en la infancia, adolescencia y juventud. Para ello sugieren

diferentes medidas como desarrollar espacios de escucha en el contexto escolar, promover hábitos saludables y de gestión emocional entre los jóvenes, normalizar las emociones y sentimientos desagradables, formar a padres y profesores sobre el crecimiento y desarrollo de la infancia, detectar tempranamente problemas en centros educativos, ofrecer servicios públicos de salud mental accesibles y gratuitos y poner en marcha programas de prevención en adicciones. Otra de las líneas de actuación clave es la mejora de los servicios de atención y recuperación de personas con trastorno mental en el sistema de salud. A este respecto, los autores subrayan que la alta incidencia de ingresos psiquiátricos se podría paliar con el aumento de personal cualificado en salud mental y programas de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano, así como de servicios sociales y sanitarios complementarios. Para ello, el informe destaca la importancia de adoptar un enfoque basado en la humanización asistencial, que cuente con la participación activa de las personas con problemas de salud mental en el diseño de los objetivos del tratamiento y la generación de equipos con distintos profesionales. El documento reconoce las ventajas que supondría una mayor inversión en atención primaria para la creación de plazas suficientes de profesionales en salud mental y equipos multidisciplinares en estos dispositivos que puedan dar respuesta a la demanda en salud mental de la población, así como la coordinación entre los servicios públicos y privados. Asimismo, los autores mencionan la necesidad de revisión de las condiciones de hospitalización en unidades de agudos para garantizar los derechos humanos y la autonomía de las personas con problemas de salud mental en el proceso de atención y destacan también la necesidad de cuidar la salud mental y el bienestar psicológico de los propios profesionales sanitarios.

**Fuente:**

- [INFOCOP](#)
- Informe [La Situación de la Salud Mental en España 2023](#).

### **3.2. LA PRIMERA LEY AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL ES APROBADA EN LA RIOJA**

El pasado 16 de marzo, el **Parlamento de La Rioja** aprobó la **primera ley autonómica de salud mental**. Esta ley garantiza el derecho de las personas a una atención coherente en esta materia, estableciendo que, durante los próximos cinco años se deben alcanzar unas ratios mínimas de 18 psiquiatras y 18 psicólogos/as clínicos por cada 100.000 habitantes, frente a la media nacional de 6 (en el caso de los/as psicólogos/as clínicos).



El objetivo principal de la ley de las personas con problemas de salud mental y sus familias de La Rioja es garantizar el derecho a la protección de la salud mental a través de su promoción, de la prevención de la enfermedad, así como de la asistencia, cuidados y rehabilitación de las personas usuarias de los servicios en el ámbito de la salud mental. Dentro de la ley se incluye no sólo a las personas con problemas de salud mental, sino también a aquellas con **discapacidad psicosocial**, así como a sus familias, a través de la creación de un marco jurídico y normativo basado en el respeto de los derechos humanos, y garantía del acceso a la asistencia.

El texto aprobado contempla el impulso a un nuevo modelo de atención de la salud mental y adicciones comunitario, desde una visión integradora biopsicosocial de calidad que se desarrolle en el ámbito educativo, laboral y social. La comunidad autónoma busca que este impulso se extienda a programas y actividades de promoción, protección y rehabilitación. La nueva ley aboga por garantizar, mediante programas transversales, la coordinación de los dispositivos de atención a la salud mental con otras instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la salud mental. La presidenta del Gobierno de La Rioja, Concha Andreu, ha indicado que esta ley busca evitar "normalizar que tantas personas necesiten medicarse para seguir viviendo" y que emociones como la tristeza y el miedo "se conviertan en patologías y se estigmaticen". No debemos olvidar que, según la OMS, en 2030, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo y cerca del 11% de la población española consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir.

**Fuente:**

- [Radio Televisión Española.](#)

### **3.3. ASTURIAS AUMENTARÁ EL NÚMERO DE PSICÓLOGOS/AS EN SU RED SANITARIA**

El pasado 24 de marzo el **Gobierno de Asturias** aprobó el **Plan de Salud Mental 2023-2030**, el documento que guiará la planificación de las políticas y los recursos en este campo y permitirá aumentar el número de profesionales de la red sanitaria con **38 psicólogos/as clínicos** y **27 psiquiatras más**.



El texto, que constituye una guía práctica de actuación, recoge más de 240 acciones y detalla objetivos y recomendaciones para mejorar la asistencia, fortalecer la resiliencia individual y colectiva y promocionar un modelo de atención integral y comunitaria e incluye inversiones en las infraestructuras de salud mental de las diferentes áreas sanitarias.

Además, esta Plan busca no sólo mejorar la atención en materia de salud mental, sino también el poner de relevancia otros aspectos paralelos fundamentales como el potenciamiento de recuperación e inclusión social de los pacientes, así como reducir los riesgos y el estigma asociados a las patologías y trastornos que afectan al bienestar emocional, psicológico y social.

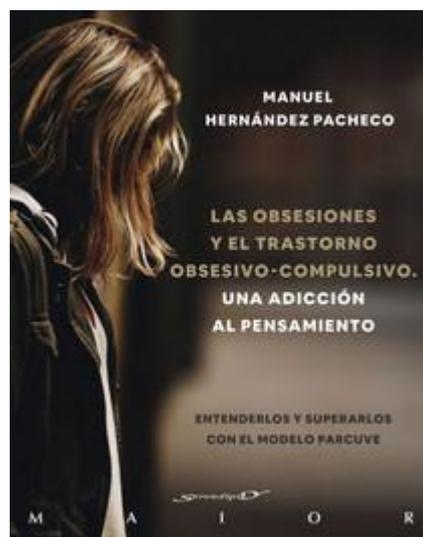
**Fuente:**

- [La Voz de Asturias](#)

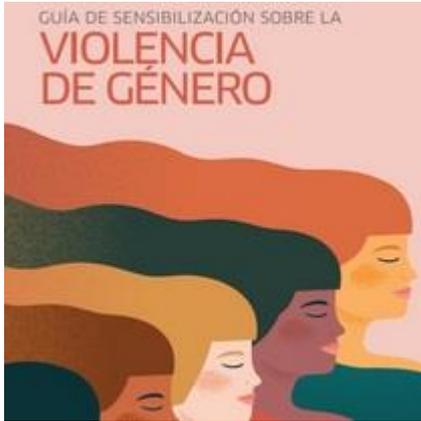
#### 4. Reseñas de psicoterapia recomendables

*Herández Pacheco, M. (2022). Las obsesiones y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Una adicción al pensamiento.* Desclée de Brouwer.

En este libro se describe el trastorno obsesivo-compulsivo y otras psicopatologías asociadas desde una perspectiva original e innovadora. Se plantea que los miedos obsesivos con compulsiones físicas o mentales tendrían unos correlatos neurobiológicos casi idénticos a las adicciones. Las obsesiones serían una forma de adicción al pensamiento que permitiría a la persona obviar otros problemas que le acosan,



como emociones de rabia, miedo o culpa. Cuanto más se evita el motivo original de la ansiedad y más se realizan las compulsiones como forma de conseguir calma, más incisivo y adictivo se vuelve el proceso obsesivo.



*Pavón Mayoral, E. (2020). **Guía de sensibilización sobre la violencia de género.** Gobierno de la Rioja.*

La violencia de género es un problema extendido en el mundo, si bien sus manifestaciones a menudo pasan desapercibidas. La publicación aborda los conceptos básicos para entender este proceso, los tipos de violencia contra la mujer (en el ámbito de la pareja, dentro de la familia, en la comunidad y la cometida o tolerada por el Estado), profundizando en las manifestaciones de la violencia que se dan en las relaciones de pareja y que pueden ser simbólicas, estructurales o directas y en las claves que explican el mantenimiento de este proceso. Además, proporciona recomendaciones específicas para las mujeres que están sufriendo violencia, para los familiares o allegados de posibles víctimas y para los testigos de este tipo de delitos, junto con un listado de recursos disponibles. Puede acceder a la guía desde [aquí](#).

*Caro Gabalda, I. (2022). **Cómo asumir la incertidumbre. Una perspectiva psicoterapéutica.** Desclée de Brouwer.*

Vivimos en una sociedad en la que sufrimos numerosas situaciones de incertidumbre que chocan con nuestra necesidad de control y de certezas. Este texto se centra en las dificultades que tenemos los seres humanos para afrontar y asumir la incertidumbre. Ante ella, experimentamos ansiedad, depresión, miedos o temor.

De interés para profesionales de la psicoterapia y la psicología clínica, este texto enmarca, conceptual y



clínicamente, el afrontamiento de la incertidumbre desde la perspectiva de la terapia lingüística de evaluación. Nos muestra el camino terapéutico a recorrer desde el malestar ante la incertidumbre hasta su aceptación. Se ejemplifica el antes y el después de este proceso mediante el empleo de técnicas terapéuticas, junto con numerosos ejemplos de diálogos paciente-terapeuta comentados y tareas de pacientes explicadas. Con ello se facilita que el terapeuta guíe al paciente para dejar el control pleno y asumir la incertidumbre, la inseguridad, las dudas, las probabilidades, logrando, finalmente, aceptar lo que le pasa cuando escapa a su control. En definitiva, seguir lo aquí propuesto nos ayudará a sentirnos cómodos al enfrentarnos a la dificultad de control y a la incertidumbre concurrente.

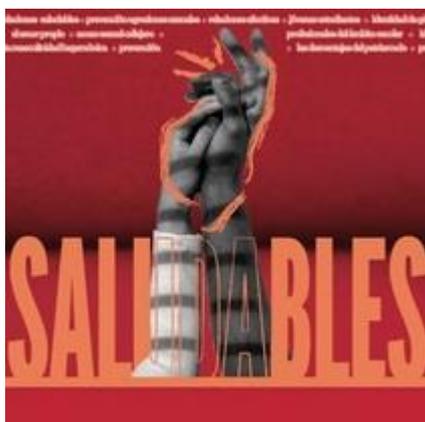
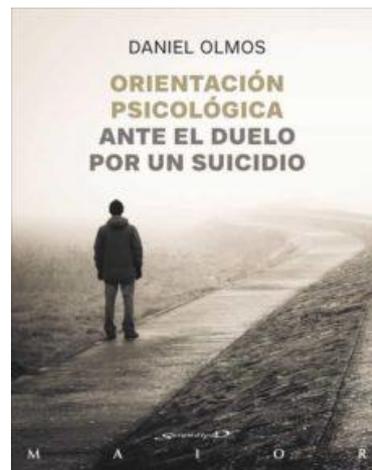


*Tecglen García, C. (2021). No tengas miedo, cuentas conmigo.* Convives con Espasticidad.

La asociación Convives con Espasticidad (entidad sin ánimo de lucro cuyo objetivo es el de promover la autonomía personal y la inclusión en todos sus ámbitos de las personas que conviven con espasticidad y otras discapacidades) ha publicado un cuento a través del cual pretende sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y fomentar la ilusión por la vida. Tal y como señala la Asociación, “sus protagonistas viven una serie de circunstancias que propician la desesperanza”, sin embargo, a lo largo de sus páginas, y gracias a las personas que las acompañan, comienzan a darse cuenta de que “la vida, por muy incierta que sea, siempre ofrece mil motivos por los que sonreír; que, aunque a veces podamos sentirnos solos, siempre contamos con alguien”. Puede acceder gratuitamente a la [guía](#).

*Olmos, D. (2023). Orientación psicológica ante un duelo por suicidio.* Desclée de Bouver.

Culpa, vergüenza, estigma, sentimiento de abandono y deseos autodestructivos son algunas de las intensas emociones que una persona experimenta cuando un ser querido decide acabar con su vida. Quienes sufren esta pérdida, los supervivientes, requieren de una ayuda eficaz que les brinde apoyo, clarificación y un espacio seguro para la expresión emocional. Esta guía práctica brinda las herramientas necesarias a psicoterapeutas, tanatólogos, psiquiatras y cuidadores profesionales en general, para que sean capaces de ofrecer una orientación psicológica que contenga el trauma, capacite para manejar el dolor y la ira, ayude a gestionar las conexiones sociales modificadas, repare el vínculo con el fallecido, restaure el funcionamiento, facilite la búsqueda de respuestas, elabore la culpa, explore la ideación suicida y apoye al superviviente a reconstruir su realidad. Ante el creciente número de casos de suicidio en la actualidad, cada vez se necesitarán más terapeutas cualificados para acompañar a los supervivientes.



*Quesada Herrera, M.E., Barbero Reyes, M., y Baquero Pérez, B. (2022). Guía para la promoción de las relaciones afectivas y sexuales saludables y detección e intervención en casos de violencia sexual.* Grupo Eoos.

La violencia de género y la violencia sexual hacia las mujeres es un problema muy prevalente. En España, se calcula que el 13,7% de las mujeres de 16 o más años ha sufrido, a lo largo de la vida, violencia sexual por parte de parejas, exparejas o terceros. Así lo señala la Guía Saludables: guía para la promoción de las relaciones afectivas y sexuales saludables y detección e intervención en casos de violencia sexual, editada por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Ceuta. La guía está dirigida a profesionales que trabajan con adolescentes, tanto de contextos formales como

informales, y otros técnicos del ámbito del ocio juvenil y tiene como finalidad ofrecer material didáctico para trabajar el tema del establecimiento de relaciones afectivas saludables entre los jóvenes y prevenir la violencia de género en este grupo. Esta guía puede descargarse de manera gratuita [aquí](#).

*Venturelli, E., Balestra, F., y Fruggeri, L. (2023). Las competencias psicoterapéuticas. Sentilibros.*

La psicoterapia tiene un largo recorrido en el que se ha nutrido de múltiples influencias. Este libro le ofrece una mirada transversal a los diferentes modelos y abordajes que se enmarcan en psicoterapia y le invita a reflexionar sobre los elementos que están detrás del éxito terapéutico para incorporarlos de manera transprofesional y transcontextual. Organiza las ideas en distintos grados de libertad, lo que le permitirá pensar desde múltiples ángulos en una práctica contemporánea que es construida a partir de una permanente actualización y atención a los contextos. Con un enfoque sistémico construccionista, este libro aporta grosor teórico a los elementos tradicionales y muestra una serie de competencias que le ayudarán como clínico en la gestión del proceso terapéutico. El texto se ubica entre tres tradiciones (el pensamiento sistémico de Gregory Bateson, el socioconstruccionismo y el dialogismo) y contiene una idea de la terapia que se ubica más allá de la idea del cambio, en la de las prácticas transformativas.



## 5. Un vistazo a la actualidad

### 5.1. BIENESTAR SUBJETIVO DE LOS/AS PSICOTERAPEUTAS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

El bienestar psicológico de los/as psicoterapeutas es un área que no ha sido muy estudiada a nivel científico en los últimos años, a pesar de tratarse de un aspecto clave que ha demostrado

influir en la eficacia de las intervenciones y a la elección de los terapeutas por parte de los pacientes. Esta es una de las principales conclusiones a las que Vanhoy y colaboradores (2022) llegan en el estudio transcultural que ha sido publicado recientemente en la revista *Journal of Psychiatric Research*.

Según los autores, **la pandemia de COVID-19** ha presentado nuevos desafíos para los profesionales de la psicología, quienes han tenido que enfrentar las mismas dificultades que sus



clientes, lo que ha podido afectar a su bienestar psicológico. Con el objetivo de determinar el efecto de la pandemia en el estado de salud de los psicoterapeutas en Europa, un equipo de investigación evaluó a una muestra de **2.915 psicólogos/as repartidos en 12 países europeos**, incluido España,

durante este periodo y analizó la relación entre el bienestar subjetivo de los psicoterapeutas y varios factores, incluyendo la satisfacción con la vida, la salud mental, la autoeficacia y el apoyo social.

Los resultados del estudio mostraron que ciertas variables, como la satisfacción con la vida, son independientes de las características individuales y están asociadas a las diferencias en los estilos de vida entre los diferentes países. Asimismo, el hecho de estar más satisfecho con la vida no mostró una relación significativa ni con la percepción de la autoeficacia del terapeuta ni por su apoyo social percibido.

Sin embargo, otras variables vinculadas a la salud mental, como el bienestar psicológico sí mostraron una relación con ciertas características individuales. De esta manera, el tener **más edad** y mostrar una puntuación **menor en estrés asociado con el COVID-19** se asociaron a un mayor bienestar psicológico. Asimismo, el pertenecer al género femenino se asoció a un mayor afecto positivo, mientras que el afecto negativo se correlacionó con una carga de trabajo superior a las 20 horas semanales.

Asimismo, los autores encontraron que la **autoeficacia y el apoyo social** son factores importantes que influyen en el bienestar subjetivo de los psicoterapeutas. Así, tanto la autoeficacia como el apoyo



social se asociaron de forma independiente con un mayor bienestar psicológico, es decir, con sentirse más positivo y menos negativo. Más allá, la autoeficacia también moderó la relación entre el bienestar y el apoyo social, de forma que a mayor autoeficacia (o autoconfianza en las propias capacidades) mejor bienestar afectivo y mejor percepción del apoyo social.

Según señalan los autores, **mantenerse activo profesionalmente** ha podido actuar como una **estrategia amortiguadora** de los efectos del estrés asociados a la pandemia sanitaria entre los participantes. No obstante, también es posible que el impacto negativo de la pandemia en la salud mental de los psicoterapeutas no se manifieste hasta meses después, por lo que se necesitan más estudios al respecto. Los autores invitan a seguir estudiando esta cuestión, en la medida en que los problemas de salud mental que experimentan los psicoterapeutas son asuntos poco investigados, que, sin embargo, generan un gran estigma entre los profesionales.

**Fuente:**

- Van Hoy, A., Rzeszutek, M., Pięta, M., Mestre, J. M., Rodríguez-Mora, Á., Midgley, N., Omylinska-Thurston, J., Dopierala, A., Falkenström, F., Ferlin, J., Gergov, V., Lazić, M., Ulberg, R., Røssberg, J. I., Hancheva, C., Stoyanova, S., Schmidt, S. J., Podina, I. R., Ferreira, N., ... Gruszczyńska, E. (2022). Subjective well-being among psychotherapists during the coronavirus disease pandemic: A cross-cultural survey from 12 European countries. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.065>

## 5.2. EVALUACIÓN Y MANEJO CLÍNICO DE LAS AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA: PROTOCOLO BASADO EN LA EVIDENCIA.

Todas las guías de práctica clínica que abordan el **manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia** recomiendan intervenciones psicológicas como primera línea de actuación para

el tratamiento de las autolesiones en adolescentes, concretamente, las **terapias cognitivo-conductual y dialéctico-conductual**.

Esta es una de las conclusiones recogidas en un documento publicado por la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) del Ministerio de Sanidad, a través del cual se presenta un protocolo basado en la evidencia científica que permita favorecer una mejor evaluación y



manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia. Este documento se dirige a profesionales de la salud que tienen contacto directo con esta población (pediatras, médicos/as de familia y de los servicios de urgencias, enfermeros/as especializados en salud mental, psicólogos/as clínicos/as, psicólogos/as sanitarios/as, psiquiatras, trabajadores sociales), a gestores sanitarios, así como a profesionales del ámbito educativo y socio-comunitario.

Las **autolesiones** “son un importante predictor del suicidio, suponen un importante problema clínico y social a nivel nacional y mundial”, y se han convertido en un grave problema de salud pública en la adolescencia. A este respecto, en la última década se ha registrado un incremento exponencial de autolesiones en esta población, que ha sido aún más notorio en estos últimos años, “en parte, relacionado con el estrés psicológico y distanciamiento social causado por la pandemia por Covid-19”. Todo ello, pone de relieve la trascendencia de establecer los mecanismos que permitan su adecuada detección y manejo clínico.

El documento **conceptualiza el término “autolesión o lesión autoinfligida”** como el acto llevado a cabo por una persona con el objetivo de hacerse daño a sí misma, asociándose a distintos niveles de intencionalidad suicida independientemente de las consecuencias que la autolesión pueda tener para la salud física o mental. En el caso de que no exista intencionalidad, se denomina autolesión no suicida.

A pesar de que la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (realizada en el marco del Programa de guías en el SNS), aborda la prevención y el manejo clínico de la conducta suicida en la adolescencia, no profundiza en cuestiones específicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las autolesiones en este período evolutivo ni en

la distinción entre autolesiones con y sin intencionalidad suicida. De igual modo, a nivel internacional existen pocos documentos con recomendaciones o directrices que hayan abordado estas cuestiones.

Por este motivo, se ha publicado este documento, con el propósito de incorporar, desde la evidencia científica, la visión de expertos y pacientes que pueda favorecer un mejor diagnóstico, evaluación y manejo clínico de esta entidad clínica tan compleja y prevalente en la actualidad.

De acuerdo con el texto, hay cada vez un mayor consenso en la necesidad de **diferenciar la autolesión no suicida de aquellas que tienen algún grado de intencionalidad suicida**, tanto conceptual como clínicamente. Desde el punto de vista clínico es relevante realizar esta distinción



para guiar la toma de decisiones sobre el manejo terapéutico y para establecer el pronóstico, si bien es fundamental tener en cuenta que puede ser complejo realizarla, ya que en algunos/as adolescentes ambos tipos de autolesiones pueden coexistir y puede ser difícil estimar el grado de intencionalidad e incluso puede variar en

diferentes episodios. Además de la intencionalidad, hay otros aspectos diferenciales de las conductas autolesivas igual de relevantes, como la gravedad o letalidad de la conducta, la frecuencia, la función, el método, el estado emocional y los trastornos mentales asociados.

Cabe señalar que la adolescencia es un período de especial vulnerabilidad para el desarrollo de conductas autolesivas. En esta misma línea, el documento recuerda que tanto la autolesión no suicida como la conducta suicida son prevalentes en la adolescencia, si bien la primera suele comenzar en la adolescencia temprana y la conducta suicida en la adolescencia tardía.

Los autores ponen de relieve cómo las clasificaciones internacionales de referencia (CIE-10 y DSM-5) incluyen las autolesiones desde perspectivas diferentes: mientras que la CIE-10 las incorpora a nivel de síntoma, el DSM-5 conceptualiza dos categorías diagnósticas, una para el trastorno de comportamiento suicida y otra para la autolesión no suicida. En esta última, el DSM-5 considera necesario el diagnóstico diferencial con el trastorno de la personalidad límite, el trastorno de comportamiento suicida, la tricotilomanía, la autolesión estereotipada y el trastorno de excoiación.

Según múltiples estudios, hay una serie de factores de riesgo que se asocian con las conductas autolesivas en la adolescencia y su repetición, siendo fundamental tenerlos en cuenta durante la evaluación. Entre ellos destacan: la presencia de un problema de salud mental (principalmente, depresión, trastornos de personalidad y ansiedad), estrés académico y emocional, factores psicológicos (desesperanza, ideación suicida, malestar psicológico y estrategias de regulación emocional disfuncionales), factores familiares y relacionados con los iguales e historia de abuso sexual. También se ha descrito como factor de riesgo un uso indebido de Internet y las redes sociales. Asimismo, desde la irrupción de la pandemia de la Covid-19, los expertos han alertado del riesgo creciente de conductas autolesivas en la adolescencia debido al aumento del distanciamiento social, especialmente, cuando se une a otros factores de riesgo.



Por otro lado, existen diversos **factores protectores** que es esencial tener en cuenta, como las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido por parte de familiares e iguales. Aunque hay diferentes escalas diseñadas para la predicción del riesgo de autolesiones, dada la evidencia científica disponible, “ninguna de ellas puede ser empleada como único método de evaluación”, siendo necesario su uso “complementario a la entrevista clínica”.

En lo referente a las experiencias de los/as adolescentes con autolesiones y sus familias, los primeros suelen describir sentimientos de carácter depresivo, inutilidad, odio hacia ellos mismos y autodesprecio, mientras que los familiares revelan sentir impotencia, culpa, enfado y falta de control.

Con respecto al **nivel asistencial más adecuado** para el manejo de las autolesiones y los criterios de derivación entre niveles asistenciales, las GPC sugieren que en atención primaria se debe realizar una evaluación psicológica y social, teniendo en cuenta factores como la presencia de depresión, desesperanza e ideación suicida. En caso de que los niveles de malestar en el/la adolescente o su familia sean elevados, exista riesgo de repetición o la propia persona solicite ayuda profesional, se plantea considerar que la derivación al servicio de salud mental sea preferente.

Tal y como indica el documento, “todas las guías de práctica clínica que abordan el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia recomiendan intervenciones psicológicas para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes”.

Concretamente, la **Guía de Práctica Clínica del NICE recomienda** 3-12 sesiones de intervención psicológica estructurada mientras que el resto de guías de práctica clínica, si bien no hacen referencia a un número específico de sesiones, recomiendan principalmente la terapia dialéctico-conductual (TDC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC), constituyendo el tratamiento de primera elección para las autolesiones frente a otros, como el farmacológico. El NICE añade que **las intervenciones deben ser adaptadas a las necesidades individuales** y pueden incluir elementos cognitivo-conductuales, psicodinámicos o de solución de problemas.

De hecho, “no se ha identificado evidencia científica en las revisiones sistemáticas incluidas sobre la efectividad de los fármacos en el manejo de las autolesiones en la adolescencia”, y las GPC que incluyen recomendaciones al respecto, “no recomiendan el tratamiento farmacológico como primera línea de tratamiento y sugieren su valoración solo ante la presencia de trastornos mentales comórbidos. En caso de ser necesarios deberían ser empleados junto con una intervención psicológica”.

Teniendo en cuenta la **evidencia científica revisada** y la **experiencia del grupo de trabajo** que ha desarrollado este protocolo, y con el objetivo de orientar a los/as profesionales y favorecer la toma de decisiones compartida, se proponen dos algoritmos donde se detallan los circuitos establecidos para la evaluación y el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: uno para **Atención Primaria** (Evaluación de la presencia de ideación o intencionalidad suicida, manejo clínico de pacientes con ideación o intencionalidad suicida activa, criterios de derivación al Servicio de Salud Mental, etc.) y otro para **Salud Mental** (Criterios para la hospitalización, valoración de la gravedad y factores de riesgo de repetición, intervención psicoterapéutica, etc.).

**Fuente:**

- Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia (2022) *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad; Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. [https://doi.org/10.46995/pr\\_4](https://doi.org/10.46995/pr_4)

### 5.3. INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN: LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, MÁS EFICAZ QUE LOS ANTIDEPRESIVOS EN EL LARGO PLAZO.

La **terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la depresión** ha mostrado una **eficacia significativamente mayor que los antidepresivos** en los resultados a **largo plazo** (de 6 a 12 meses). Es una de las conclusiones del metaanálisis realizado por el equipo de P. Cuijpers y colaboradores, publicado recientemente en la revista *World Psychiatry*.



Este trabajo constituye la revisión sistemática más amplia realizada hasta la fecha sobre estudios de evaluación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el abordaje de pacientes con depresión. Para dicha revisión, se seleccionaron un total de **409 ensayos controlados aleatorizados** (incluyendo a más de **52.000 participantes**), sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión frente al placebo, la lista de espera, el tratamiento habitual, los fármacos antidepresivos, otras psicoterapias y el tratamiento combinado de psicoterapia más psicofármacos.

Entre los resultados señalados por los investigadores, destacan los siguientes:

1. La terapia cognitivo-conductual es tan eficaz como los antidepresivos para la depresión a corto plazo, pero es superior a los antidepresivos a largo plazo, de 6 a 12 meses.
2. La terapia combinada no es más eficaz que la terapia cognitivo-conductual aplicada aisladamente en ningún momento temporal. De hecho, la terapia cognitivo-conductual de manera aislada muestra mejores resultados que la terapia combinada con psicofármacos (antidepresivos) y terapia psicológica, lo que desmiente la creencia extendida de que la aplicación de tratamientos farmacológicos es necesaria y supone un efecto añadido a la intervención.
3. El tratamiento combinado de terapia cognitivo-conductual y antidepresivos fue superior que el tratamiento con antidepresivos de manera aislada.

Los resultados del metaanálisis aplicado al conjunto de investigaciones muestran que la **terapia cognitivo-conductual presenta un tamaño del efecto cercano a grande ( $d=0,79$ )** frente a las condiciones de control, como el placebo o lista de espera. No obstante, debido a que se ha descubierto que existe un sesgo de publicación que infla los resultados sobre la eficacia de los tratamientos para la depresión, los autores realizaron un segundo análisis controlando el posible efecto de este sesgo de publicación y ponderando los estudios con menor o mayor riesgo de sesgos. Incluso en este **segundo análisis**, se observó que el **tamaño del efecto de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual es moderado ( $d=0,47$ )**.

La terapia cognitivo-conductual mostró su eficacia en el seguimiento a largo plazo (de 10 a 12 meses) con un tamaño del efecto moderado ( $d=0,49$ ). En el seguimiento a dos años, el tamaño del efecto fue bajo ( $d=0,22$ ), si bien los investigadores señalan que la escasez de estudios que incluyen estas medidas temporales (tan sólo 8 de los 409) no permite establecer conclusiones definitivas.

En relación con las **tasas de respuesta**, alrededor del **42% de los pacientes respondieron con éxito** a la terapia cognitivo-conductual, en comparación con el 19% de los grupos control. El porcentaje de pacientes recuperados tras la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, es decir, que se mostraron en un nivel subclínico al finalizar la terapia, fue del 36% frente al 15% de cualquiera de los grupos control. De acuerdo con estos cálculos, el número de pacientes que será necesario tratar (NNT) para que la terapia cognitivo-conductual sea beneficiosa es de 3,6, es decir, para que una persona se recupere de la depresión es necesario tratar a 3,6 pacientes.

Si bien todavía **existe un amplio rango de mejora de la eficacia** de la terapia cognitivo-conductual - puesto que, según los datos aportados en el metaanálisis, el 58% de los pacientes no responde adecuadamente a la intervención y el 64% sigue presentando niveles clínicos de depresión tras el tratamiento-, estos resultados son comparables a los encontrados con los antidepresivos y el tratamiento combinado, según informan los autores.

En lo que respecta a la comparación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con antidepresivos, y como se ha mencionado, los autores de la revisión sistemática no encontraron diferencias entre estas dos alternativas al evaluar sus efectos a corto plazo, mientras que después de 6 a 12 meses finalizada la intervención, la TCC mostró resultados significativamente superiores a los fármacos antidepresivos. “Los efectos de la TCC son comparables a los de las farmacoterapias a corto plazo, pero la TCC es significativamente más efectiva entre los 6 y los 12 meses”, señalan los autores en el artículo.

Finalmente, los autores investigaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a otras terapias psicológicas, en concreto: la terapia interpersonal, la activación conductual y otras alternativas psicológicas que clasificaron como “otros” y que englobaban 46 estudios. Asimismo, se comparó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en sus diferentes modalidades: individual, grupal y autoayuda guiada. Los resultados de estas comparaciones revelaron que todas las terapias psicológicas, así como cualquier modalidad de aplicación de la terapia cognitivo-conductual, mostraron una eficacia similar a la terapia cognitivo-conductual en formato individual. Tan sólo la TCC en formato de autoayuda, si bien fue eficaz, mostró un tamaño del efecto ligeramente menor (0,45).

En definitiva, si bien los resultados de este metaanálisis muestran que la psicoterapia y los medicamentos antidepressivos tienen aproximadamente el mismo nivel de eficacia (al menos a corto plazo), los resultados a largo plazo y la ausencia de efectos adversos son argumentos de peso para considerar las terapias psicológicas como [tratamiento de primera elección para la depresión](#).

**Fuente:**

- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>

## 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 unirme 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](#)

