

BOLETÍN INFORMATIVO

14ª Ed. MAY – AGO 2020

dPsiT
DIVISIÓN DE PSICOTERAPIA



División de Psicoterapia - dPsiT



ÍNDICE

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT	-3-
1.1. Ciclo On-line “La Psicoterapia a Debate: Ciencia y Pseudociencia, Eficacia, Eficiencia y Efectividad”.	-3-
1.2. Ciclo de Sesiones Clínicas 2020-2021 organizadas por la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.	-4-
2. Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Pedro Rodríguez	-5-
3. Noticias de interés psicoterapéutico	-14-
3.1. La figura del psicoterapeuta en la gestión de dispositivos de emergencia social y sanitaria: la experiencia en el dispositivo de emergencia para personas sin hogar (PSH) en IFEMA – Madrid.	-14-
3.2. Nuevas evidencias sobre la importancia de la presencia de psicólogos en Atención Primaria (AP).	-17-
4. Reseñas de psicoterapia recomendables	-20-
5. Un vistazo a la actualidad	-24-
5.1. El alcohol en tiempos de la COVID-19: riesgos y consecuencias.	-24-
5.2. Satisfacción con la atención recibida en Atención Primaria entre personas mayores con problemas de salud mental.	-26-
5.3. Estudio del impacto psicológico derivado de la COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19)	-27-
6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia	-28-
7. Buzón de sugerencias	-29-

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT

1.1. CICLO ON-LINE “LA PSICOTERAPIA A DEBATE: CIENCIA Y PSEUDOCIENCIA, EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD”.

El pasado 17 de junio, los compañeros de la División de Psicoterapia **Lluís Botella** y **Guillermo Mattioli Jacobs** organizaron el Ciclo On-line “La Psicoterapia a Debate: Ciencia y Pseudociencia, Eficacia, Eficiencia y Efectividad”. Podríamos afirmar que, a día de hoy, casi todo el mundo coincide en que en el futuro inmediato la psicoterapia está llamada a tener un papel más relevante todavía del que ya ha tenido hasta ahora. Las secuelas psicológicas de la pandemia, y las repercusiones que tendrá la "nueva normalidad" así lo indican.

La psicoterapia llega a este momento histórico con un estatus y un cuerpo de conocimiento como nunca había tenido antes, sobre todo gracias a la difusión de su práctica, la preferencia que por ella muestran la mayoría de usuarios (no siempre los sistemas de salud) y el desarrollo exponencial de la investigación en psicoterapia en las últimas décadas. Aun así, también llega con muchas preguntas relevantes para responder, como no podía dejar de ser el caso tratándose de un ámbito de conocimiento complejo, vive y en constante evolución.



En este webinar, y en diálogo con Guillermo Mattioli, el Dr. Botella abordó algunas de las siguientes preguntas relevantes en estos tiempos:

- ¿Cómo hemos llegado hasta aquí? ¿Cuál es la explicación histórica de los principales rasgos del conocimiento actual sobre la psicoterapia?
- ¿La psicoterapia es una ciencia... una ciencia aplicada?
- ¿Qué sabemos sobre la psicoterapia desde la investigación?
- ¿Qué aporta la investigación a la práctica?
- ¿Hay solo una alianza terapéutica, o varias, dependiendo de los ingredientes específicos de cada método, de combinaciones de factores comunes, u otros?
- Cada modelo teórico clínico "inventa" su paciente, ¿cuál sería el paciente inventado por los modelos integradores, o de factores comunes, o por el modelo contextual?
- ¿Qué aporta la práctica clínica en la investigación? ¿Cuál sería un modelo fructífero de relación entre investigación y práctica?

La actividad fue organizada por el Comité de Estudios en Psicoterapia y la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicología de Catalunya (COPC).



1.2. CICLO DE SESIONES CLÍNICAS 2020-2021 ORGANIZADAS POR LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA SALUD Y PSICOTERAPIA DEL COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE MADRID.

La Junta Directiva de la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, os anima a participar en la [formación continuada en Psicología clínica y Psicoterapia](#).

Las sesiones clínicas se celebrarán los lunes y viernes, y consistirán en exposiciones detalladas de casos o el abordaje de una temática de trabajo o tratamiento psicoterapéutico en particular, que puedan tener un interés práctico para los profesionales de la Psicoterapia. Son de carácter breve, con una duración de una hora y media, incluyendo la exposición del caso y el posterior coloquio con los asistentes. Los miembros de la Sección pueden inscribirse a la actividad, ya sea presencialmente (recibirán certificado de asistencia si asisten al 80% del ciclo), o a través de videoconferencia.

Además de estas sesiones, la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del COPM organiza el próximo día 26 de septiembre una Jornada sobre la “[Nueva Realidad de la Psicoterapia](#)”, así como el “[Seminario de Psicoterapia a Través del Ciclo Vital desde una Perspectiva del Apego](#)”, el día 11 de noviembre.



2. Perspectivas en psicoterapia

Desde la División de Psicoterapia continuamos con nuestro deseo de seguir profundizando en la realidad profesional de la psicoterapia en España, las expectativas, objetivos, necesidades y preocupaciones, y 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 interesante sección “Perspectivas en psicoterapia”, a **Pedro Rodríguez Sánchez**



Pedro Rodríguez es representante del COP de Madrid en la Comisión de Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Es desde hace 31 años miembro de la Junta de Gobierno del COP de Madrid, como vocal de psicología clínica y de la salud y en la actualidad como tesorero. Desde octubre de 2014, fue designado por el Consejo de la Psicología de España como miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica en el ministerio de Sanidad. Hasta este año, cuando se ha jubilado tras una vida dedicada a la práctica profesional, Pedro ha sido Jefe de Servicio de Salud Mental de Ciudad Lineal en Madrid. Pedro es también miembro evaluador como profesional de Máster y Grados de salud en la Comisión de Evaluación de la rama de salud en ANECA. Tras una vida dedicada a la psicología clínica, tanto académica como profesionalmente, Pedro colabora con el máster de Psicólogo General Sanitario que imparte la Universidad Camilo José Cela

En los tiempos que estamos viviendo, la primera pregunta que nos gustaría hacerle Pedro es clara. Ha estado más de 36 años en primera línea de trabajo, como psicólogo en los Centros de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Durante todo ese tiempo, habrá vivido muchas situaciones, pero ninguna como la actual. Por ello, y en base a su experiencia, ¿cuál cree que es el papel que la psicología puede y debe jugar en una situación de emergencia sanitaria (y social) como la que nos ha traído el Covid-19? ¿Cree que va a haber un número sustancial de personas que vayan a necesitar asistencia psicológica tras esta crisis?

Sin duda esta pandemia ha sido algo nuevo para todos los profesionales sanitarios, y para la sociedad en general. Cuando yo empecé a trabajar, la realidad no se parecía ni por asomo a la actual. Yo comencé mi andadura profesional en el año 1981, en un Centro de Planificación Familiar. Eran otros tiempos, tiempos en los que, de alguna manera, se estaba construyendo la incorporación de psicólogos a recursos que estaban comenzando entonces. En aquellos años se estaba dando un impulso a las políticas de bienestar social desde las diferentes administraciones. Era un buen lugar de partida. Fue en este tipo de recursos donde los psicólogos y psicólogas comenzamos a dar psicoterapia dentro del sistema público.

Durante muchos años, esa fue (afortunadamente) nuestra realidad. Como bien recordaréis, fue tras los brutales ataques del 11-M cuando tuvimos que hacer frente a la primera emergencia social y psicológica a gran escala. Entonces, todos los profesionales de la salud tuvimos que emplearnos a fondo y dar respuesta inmediata a tal crisis. Sin embargo, la situación actual de la crisis del Covid-19 ha sido aún más complicada y demandante. Centrándonos solamente en las cifras y en el desafío que ello supone para el sistema (y no en valoraciones de qué es más o menos grave), aquel jueves de marzo de 2004, murieron 192 en un solo día, lo cual supuso toda una desgracia (más teniendo en cuenta la causa). Pero, durante algún tiempo de este periodo de emergencia, esas cifras se superaban con creces cada día, durante semanas. Los estudios realizados estiman un aumento de la demanda en torno a un 40%, lo que unido a las listas de espera de no menos de 7 meses puede provocar un bloqueo y retraso en la atención si no se realiza un aumento de psicólogos especialistas en psicología clínica de forma inmediata

Es por ello evidente que la psicología ha tenido que hacer un gran esfuerzo para poder atender a todas aquellas personas (que, en última instancia, somos toda la sociedad) que se han visto afectadas de una u otra manera por esta situación. En este sentido, la psicología, en mi opinión, juega dos papeles importantes: el primero, **ayudar a la gente a normalizar las vivencias** que hemos de experimentar durante una crisis, a darle sentido a los pensamientos y emociones que aparecen, a validarlos y normalizarlos. De esta manera, los profesionales de la psicología tenemos el poder de ayudar a evitar que estos síntomas, completamente normales en una situación como la que hemos vivido, se consoliden y puedan dar lugar a una psicopatología en el medio-largo plazo. Es decir, hemos tenido la tarea de ayudar en la **prevención**. Los psicólogos y psicólogas hemos conseguido este objetivo a través de la organización de los **dispositivos** puestos en marcha por el **Consejo de la Psicología de España** y por los diferentes **Colegios de la Psicología autonómicos** en coordinación con las diferentes administraciones (asistencia telefónica profesional, asistencia a duelos, asistencia en casos de violencia de género, asistencia en emergencias sociales...). El segundo papel de la psicología está directamente relacionado con

el anterior, y es que toda esta labor que hemos desarrollado los profesionales de la psicología sirva para **evitar** que en la **fase post-Covid** (aún estamos en la fase “Covid”, no hemos de olvidarnos) **aparezcan patologías consolidadas**, las cuales requerirían ya de un proceso terapéutico más largo.

Por ello, gracias al trabajo que se está realizando, podremos ser capaces de minimizar el impacto a largo plazo a nivel psicológico. Gracias a estas iniciativas centradas en la prevención, estaremos evitando que la vivencia de esta crisis genere problemas y patologías que interfieran en la vida de la gente, ahorrando malestar y futuras problemáticas. Si prevenimos, estaremos evitando, además de mucho malestar, que estas personas requieran de una asistencia más a largo plazo, favoreciendo que no haya una saturación en los servicios de asistencia después de la crisis. Para mí, es importante que reflexionemos sobre esta “nueva realidad” (no me gusta el concepto de “nueva normalidad”, ya que si es nuevo no puede ser lo mismo), para ver cómo podemos adaptarnos.

Has mencionado Pedro el papel fundamental que los profesionales de la psicología tenemos en cuanto a la prevención en la aparición de posibles futuras psicopatologías. Quizás, los psicólogos y psicólogas estamos acostumbrados a trabajar más desde la parte de “resolver” que de “prevenir”. En este aspecto, quizás un punto de vital relevancia sea tener claro cuáles son los indicadores, cuantitativos y cualitativos, que nos permitan valorar la efectividad y eficiencia del trabajo que estamos realizando. Parece que la Administración se interesa normalmente sólo por cifras, cuanto más altas mejor. Sin embargo, sabemos que cifras “al peso” quizás no son un buen indicador en salud, menos si cabe en salud mental. En tu opinión, Pedro, ¿cuáles deberían ser estos indicadores? ¿Cuáles son dichos indicadores dentro de los Centros de Salud Mental?

A veces tenemos tendencia a medir la **eficacia** y, sobre todo, la **eficiencia** de las intervenciones sanitarias (en todos sus campos) en general, en términos muy cuantitativos: cuántos pacientes ves al día, cómo los ves, etc. Sin embargo, muchas veces no se hacen valoraciones cualitativas, como por ejemplo: *cuántas veces debido a que vi a un paciente durante sólo cinco minutos, eso generó que no pudiera darle las pautas necesarias, lo que supuso que tuviera que volver de nuevo a los cinco días, diez días...* Debido a que, en ocasiones, no se interviene con el/la paciente durante el tiempo que se requeriría, este no puede incorporar las herramientas necesarias, lo que hace que no tenga más remedio que seguir consumiendo recursos del sistema. ¿Cómo podríamos actuar desde el terreno de la psicología, más concretamente, de la psicoterapia? Para ello, antes es fundamental creo definir la qué es la psicoterapia.

Desde mi punto de vista, defino a la **psicoterapia** como un instrumento básico de la intervención psicológica. La psicoterapia busca la comprensión y entendimiento (y esto es así desde cualquier modelo) de cuáles son las causas psíquicas que hacen que esa persona tenga un determinado “malestar”, y que este malestar le lleve a consultar a un profesional. Esta concepción es importante, ya que la psicoterapia no es llegar, realizar una radiografía y ver qué solución le damos (lo cual, por supuesto, también entraña su complejidad, pero creo que no hace falta entrar a más explicaciones para comprender el ejemplo), sino que es pararse a **analizar y comprender con detalle** cómo el pasado, el presente, las actitudes, las experiencias, etc. del individuo determinan su manera de enfrentarse a los retos presentes. Y, por supuesto, sabemos que la intervención psicoterapéutica lleva su tiempo. Si vemos 20 o 30 pacientes en un día de trabajo, ¿cuánto tiempo hemos dedicado a cada paciente? En 10 minutos, ¿se puede hacer algo? Quizás estamos *viendo* a esas personas, pero no las *observamos*, no las *miramos*.

A priori, pudiera parecer que “gastar” una hora en una sesión de psicoterapia con un paciente es todo un derroche. Ante esto, yo siempre doy la misma respuesta. Deberíamos valorar las intervenciones, no en términos anuales (muchas veces es en períodos mucho menores), sino en plazos de 3-5 años. Es importante que los y las **psicoterapeutas llevemos a cabo estudios cualitativos de nuestras intervenciones**, para demostrar el ahorro que se produce a medio-largo plazo: reducción de consumo de medicación, reducción de bajas laborales, reducción de ingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida del paciente... Atender a todos estos criterios es hablar de verdad de salud mental.

Me gusta explicar todo esto con el ejemplo de una explotación agraria. Si tu mides su rendimiento en términos anuales, puede ser que parezca que no es rentable, porque un año haya habido sequía, granizo... Sin embargo, si valoras su rendimiento en un periodo de cinco años, esto te da la oportunidad de tener un marco temporal donde ha podido existir la variabilidad necesaria para determinar realmente si esa explotación es o no rentable.

En línea con esta idea que expresas Pedro, podemos seguir este mismo ejemplo para debatir acerca de la efectividad y eficacia de las iniciativas psicológicas que se ponen en marcha (como las iniciativas de prevención que se han puesto en marcha en estos meses y se han mencionado anteriormente). Si queremos valorar su efectividad y eficacia, no podemos hacerlo dentro del marco temporal de un año, sino que deberíamos dejarlas continuar durante más tiempo, antes de poder determinar sus resultados. Quien pone una nueva plantación, no debiera esperar rendimiento hasta pasados unos años.

Desde luego. En psicología es igual. Desafortunadamente, a día de hoy, la Administración y la *política* atiende a criterios meramente cuantitativos: “Si yo he invertido tanto, quiero saber qué número de pacientes se ha atendido”. Comprendo que, en determinadas especialidades, el número de pacientes sea un criterio eficaz de valoración del rendimiento. Sin embargo, debemos recordar en todo momento que en **psicología** la **variable tiempo** es fundamental. Las intervenciones que han demostrado ser efectivas, lo han hecho dentro de unos parámetros temporales y de asistencia determinados, y estos es lo que debemos trasladar a nuestra práctica profesional en los centros. Por poner otro ejemplo, a un cirujano una operación puede llevarle x horas. Una vez esté hecha, puede dedicar más o menos tiempo a la sutura: puede dedicar más tiempo y cerrar la herida con hilo, favoreciendo una mejor cicatrización, o puede hacerlo más rápido y ahorrar, digamos media hora, si utiliza grapas. Ahora bien, ¿consideramos que **merece la pena ahorrarse tiempo?**

Hay otros indicadores cualitativos, que no suelen emplearse, pero que también son de gran importancia, como los criterios de funcionamiento personal y social. Es evidente que, especialmente en salud mental, debemos comenzar a valorar criterios del tipo *¿cuánto se ha reducido el consumo de fármacos?; ¿ha aprendido esa persona a emplear las estrategias y herramientas de manejo emocional-ansiedad trabajadas en psicoterapia, o sigue haciendo uso de psicofármacos ante esas situaciones?; ¿cuántas bajas ha tenido que pedir la persona por motivos psicológicos en el último año?; incluso en los casos de salud mental grave, gracias al trabajo psicoterapéutico, ¿ha disminuido el/la paciente el número de ingresos psiquiátricos respecto a la tendencia pasada?* Todos estos son casos de factores que son de mucha importancia, pero que pocas veces son tenidos en cuenta. Por ejemplo, en Inglaterra el estudio realizado en Atención Primaria, *Mejorando el Acceso a la Psicoterapia*, demostró que, cuando se tomaron en consideración este tipo de variables cualitativas, la Administración había ahorrado más dinero del que costó la contratación de los y las psicólogos que llevaron a cabo la iniciativa.

Si la psicoterapia tiene unos cánones, unas premisas, una manera de establecer relación, una forma estudiada de trabajar, es evidente que debe garantizarse que, tanto en la práctica privada como pública, estos se cumplan (al igual que se busca lo mismo en cualquier otro tipo de intervención sanitaria).

Ciertamente, como reflejas Pedro, no debemos olvidar que estamos trabajando siempre con personas, buscando mejorar al final, su calidad de vida, tanto personal, como social, familiar y/o laboral. Respecto a esto que estás comentando, y a los resultados de los estudios que ya se han llevado a cabo, como el que has citado en Inglaterra, consideras que, si se introdujesen en el

sistema español estos indicadores cualitativos, ¿se facilitaría una mayor incorporación de psicoterapeutas al sistema público sanitario, tanto en Atención Primaria (prevención) como en atención hospitalaria?

La **prevención** me parece que es el **papel fundamental** de los y las **psicoterapeutas en Atención Primaria**. El que exista el/la profesional de referencia al que la gente pueda acudir, para poder evitar, en términos generales, que lo que definimos como *malestares de la vida cotidiana*, no acaben convirtiéndose en una patología. Si se ampliara el número de psicólogos/as especialistas en psicología clínica con formación en psicoterapia en Atención Primaria, podríamos también favorecer una concienciación y *educación* psicológica. Es decir, enseñar a la población a gestionar el malestar emocional, a enseñar la normalidad de las emociones y del malestar, a enseñar que **podemos estar mal**, que es algo normal. Los y las psicólogos debemos ayudar a que la gente no convierta en problema lo que no es problema, pero también a enseñar a detectar cuándo sí hay un problema, y a ponerle solución. Esto no significa que estas personas no requieran una atención. La requieren, pero adecuada a su situación, a su problema.

Sería fundamental que **el/la psicoterapeuta** pudieran existir como **profesionales de referencia en la Atención Primaria**, al que la población pueda acudir cuando tenga alguna duda. Para explicar esto, siempre pongo el siguiente ejemplo: a mí, cuando me duele el estómago, voy al médico, porque no sé qué es lo que me pasa. El/la profesional, me atiende, y valora, y me da una respuesta, que, en la mayoría de los casos, es explicarme que son gases o una indigestión, y me da unas pautas para gestionarlo. Como puede verse, es una consulta simple, pero importante, porque puede evitar el agravamiento y/o cronificación de la problemática. Eso mismo deberíamos poder hacer con la salud mental y, para ello, es fundamental que haya un número suficiente de psicoterapeutas en Atención Primaria.

Relacionado con la pregunta anterior, en el mes de mayo, la Comunidad de Madrid publicó que “a través de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad, se ha elaborado un Plan de Respuesta Asistencial prioritaria en Salud Mental en la post-crisis por coronavirus, con el objetivo de canalizar las posibles necesidades derivadas de la pandemia”. Se anuncia que, entre el personal a contratar, se contará con 36 nuevos psicólogos clínicos. Ahora bien, no se menciona cuáles serán los criterios de selección de dichos psicólogos. ¿Cómo valora usted esta “laguna burocrática”? ¿Realmente se está garantizando la contratación de los y las mejores profesionales para estos puestos?

Se sobreentiende que serán Psicólogos Clínicos, ya que la legislación actual indica que son los profesionales que pueden trabajar en el ámbito de la salud pública. Yo he tenido la oportunidad de formar parte de tribunales de selección de psicólogos/as clínicos a lo largo de estos años, y, en este sentido, lo que más me preocupa no es la cuestión de los criterios de selección, ya que, desde luego, siempre se busca contratar a los/las mejores. Me preocupan más cuestiones cómo a qué recursos van a destinarse esos profesionales, y así también lo ha manifestado el COP de Madrid, en un comunicado enviado recientemente a las distintas formaciones políticas autonómicas. En mi opinión, no parece muy razonable que, en estos momentos, se busque reforzar la plantilla de psicólogos/as y psiquiatras para consultas interhospitalaria, ya que seguramente, la gran demanda de asistencia por parte de la población en la fase post-confinamiento (que no post-Covid) sea a nivel de los centros de salud mental que tienen atención ambulatoria.

Es de esperar que la gran mayoría de consultas estén relacionadas con la incertidumbre, el malestar relacionado con el qué va a pasar ahora, con la inestabilidad laboral... Es decir, serán consultas relacionadas con sintomatología ansioso-depresiva. Sintomatología, no trastornos. En nuestro modelo de atención comunitaria, tal y como está definido desde la Ley de Sanidad de 1986, son los centros de salud la puerta de entrada al sistema. Esta es una de las funciones de la Atención Primaria. Es por ello que no comprendemos por qué no se va a reforzar la plantilla en este nivel. Tememos que, por falta de profesionales de psicología especialistas en psicología clínica con formación en psicoterapia en los centros de atención primaria, los pacientes acaben medicalizados (incluso, *a posteriori*, “psicologizados”) por problemas que podrían resolverse en un corto periodo de tiempo con la adecuada atención psicoterapéutica.

Además, esta necesidad de reforzar la presencia de psicólogos y psicólogas en Atención Primaria se hace también evidente si comparamos la **ratio por 100.000 habitantes** de España con otros países de la UE. En España, hay 4,5 psicólogos/as por cada 100.000, muy lejos de los 18 que hay de media en la UE, y aún más de los 28 – 32 que se alcanzan en algunos países nórdicos. Antes del Covid-19, las listas de espera en asistencia en salud mental ya eran un problema. Podemos imaginarnos cómo va a ser ahora. Creo que la **salud mental** es un **derecho fundamental** y que, igual que tengo derecho a ser atendido en un tiempo razonable por un profesional de la medicina para consultarle cualquier cuestión, de igual manera he de tenerlo para consultarle a un profesional de la psicología cualquier duda, cualquier situación que me genere malestar. Habría que plantear el aumento de estas ratios y para esto hay que acometer dos cuestiones: el aumento de psicólogos especialistas en psicología clínica en las redes de salud mental del Sistema Nacional de Salud y aumento de plazas ofertadas para la formación PIR.

De hecho, si atendemos a los resultados que tanto el Consejo General de la Psicología de España como los diferentes Colegios de la Psicología autonómicos están publicando sobre los recursos de atención psicológica que han puesto en marcha durante la crisis del Covid-19, vemos que una gran parte de las consultas que se han atendido han sido por cuestiones que entrarían dentro de problemas de adaptación y sintomatología ansioso-depresiva no relacionada con estar directa o indirectamente afectado por la enfermedad. Es decir, con preocupaciones relacionadas con el trabajo, con la convivencia en el hogar con la pareja y/o los hijos, con malestar relacionado con la falta de actividades...

Y estoy seguro de que las intervenciones que han tenido en estos recursos (que podríamos catalogar de *recursos de prevención*) les han ayudado en gran medida a resolver de manera temprana esos conflictos, esas situaciones de malestar emocional, de bloqueo. Mucha gente tiene la más que comprensible necesidad de expresar su malestar, y el derecho a que un/a profesional de la psicología le dé una respuesta adecuada y efectiva para hacerle frente. Por supuesto, habrá casos más graves, que necesitarán de una asistencia más estructurada y a largo plazo. Pero, en la mayoría de los casos, no estamos hablando de intervenciones en trastornos psicológicos, sino **intervenciones ante el malestar.**

Cuando no se puede dar una respuesta adecuada a estas incertidumbres, a este malestar, se corre el riesgo de que, algo que empezó como una dificultad puntual, se agrave y cronifique en el tiempo. Cuando a la persona se le dice que se tome un tranquilizante para gestionar ese primer malestar, en vez de darle pautas para afrontarlo, estamos corriendo el riesgo de que la persona agrave su malestar, con todo lo que entendemos y ya hemos comentado que conlleva a medio y largo plazo. Es aquí donde comienza la **patologización**. Además, en este aspecto, no hemos de perder el sentido común. Si estoy preocupado/a por si van a despedirme a causa de esta crisis, no sé cuándo van a empezar mis hijos de nuevo el colegio, o no sé cuándo voy a poder ver a mi madre/padre que está en una residencia, es humano que aparezcan síntomas ansioso-depresivos. ¿Debemos patologizarlo? ¿Recomendamos el uso de ansiolíticos/antidepresivos? Creo que no. Considero que lo adecuado es dar a esa persona herramientas psicológicas para que pueda hacer frente a esas situaciones en la mejor de las condiciones. Los problemas no desaparecen solos, deben ser analizados y gestionados, y para ello, la **mejor herramienta es la psicoterapia.**

Quizás en esta línea que estamos comentando, sabemos que quien busca ayuda no es siempre el que “peor” está, y que muchas veces se atiende a quién más lo demanda, no a quién más lo necesita. Consideras Pedro que, aumentando la presencia de psicoterapeutas a nivel de Atención

Primaria, ¿lograríamos también llegar a las personas que más lo necesitan? ¿Lograríamos evitar así en algunos casos cronificaciones del malestar?

Creo que esa es una idea muy importante a nivel social. Siento que existe la idea generalizada de que, cuando uno tiene que subsistir (percepción que se ha podido tener, por ejemplo, durante esta crisis del Covid-19) no tiene derecho a “estar pensando” en malestares psicológicos. Como ya decía el gran Unamuno, *cuando uno tiene hambre, no le quedan muchas ganas de ponerse a hacer filosofía*. Es aquí donde interviene precisamente la **psicología comunitaria**. Debemos ser capaces de desarrollar programas que hagan que no sean los pacientes quienes siempre tengan que ser los que vengan a nosotros, sino **ser nosotros los que tengamos identificados los núcleos de riesgo para ir allí, e intervenir directamente con ellos/as**. Yo creo que esta es una parte que en el sistema público se ha dejado un poco “apartado” como consecuencia de la gran demanda que ha existido en los otros niveles de atención.

Hacer hincapié en la creación e implementación de programas de atención e intervención psicológica comunitaria opino que podría ser una de las grandes lecciones que podríamos aprender de esta crisis del Covid-19.

Dentro de su amplia carrera profesional, usted ha formado parte de los comités evaluadores de la ANECA. Algo que se está viendo con esta crisis, es un surgir vigoroso de numerosos “cursos de especialista”, “másteres” y similares en psicología de emergencias. Sin duda, es un tema apasionante dentro del mundo de la psicología clínica. Sin embargo, puede que haya quien intente pescar en río revuelto. ¿Qué consejos y recomendaciones le daría usted a quienes estuvieran interesados en formarse en psicología de emergencias, para que pudieran elegir adecuadamente dónde formarse?

No soy un experto en organización de docencia, pero considero que, si hablamos de formación para la intervención en emergencias, algo fundamental es la formación práctica. Por tanto, creo que es importante buscar cursos que no se centren tanto en “teorizar” sobre la psicología de emergencias, sino cursos con un porcentaje importante de orientación práctica.

Para ello, recomendaría también prestar atención a los y las profesionales que imparten dichos cursos de formación. Por desgracia, en España tenemos experiencia en la gestión y afrontamiento de catástrofes y desastres. Es por ello que han sido muchos los y las profesionales en psicología que han intervenido en dichas situaciones, y que han llevado a cabo posteriormente

estudios acerca de las actuaciones realizadas. Cursos que cuenten con estos/as profesionales probablemente sean de un buen nivel.

Por supuesto, tener una buena teoría es fundamental. Pero de nada vale una teoría si no se ha puesto en práctica y aplicado en la vida real. Por lo tanto, como idea resumen general, recomendaría formaciones que cuenten con esta doble vertiente, formaciones que aporten un marco teórico que ha sido posteriormente demostrado en la práctica en intervenciones en emergencias y catástrofes, tanto a nivel nacional, como internacional.

Queremos agradecerle a Pedro el tiempo que nos ha dedicado al Boletín de Psicoterapia para compartir sus interesantes reflexiones, que sin duda aportan mucha información de relevancia y gran utilidad.

3. Noticias de interés psicoterapéutico

3.1. LA FIGURA DEL PSICOTERAPEUTA EN LA GESTIÓN DE DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA SOCIAL Y SANITARIA: LA EXPERIENCIA EN EL DISPOSITIVO DE EMERGENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR (PSH) EN IFEMA – MADRID.

Una de las consecuencias, de la entrada en vigor del **Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo**, por el que se declaró el **Estado de Alarma**, fue que los establecimientos hoteleros tuvieron que cerrar sus puertas de manera inmediata. Cuando pensamos en esto, quizás nos imaginamos los hoteles para turistas en Sevilla, Barcelona, Bilbao, Madrid, la costa... Porque, en general, asociamos hoteles con turismo. Pero la realidad de los establecimientos hoteleros es más compleja. Hay un número importante de estos alojamientos que no son frecuentados por turistas ávidos de conocer la cultura y gastronomía local, o de disfrutar de nuestras hermosas playas y parajes naturales, sino que son los lugares de residencia de personas que, en muchos casos, no disponen de una red social, laboral y/o familiar estable. Estamos hablando en este caso de los **hostales y pensiones**, también cerrados por el Estado de Alarma.

Tras el cierre de estos alojamientos, muchos de sus ocupantes se vieron, de la noche a la mañana, sin tener un lugar en el que vivir, se convirtieron de repente en personas sin hogar. Sin embargo, estas personas no cumplían con el perfil “prototípico” que hasta ahora nos

encontrábamos de persona sin hogar. Cuando pensamos en personas sin hogar, tendemos a imaginarnos a personas “marginadas”, con patología dual y con un perfil de *sinhogarismo* crónico. Sin embargo, muchas de estas personas contaban con un trabajo, contacto con amigos y/o familia y plena autonomía e independencia. Fue por este motivo que diferentes Ayuntamientos de toda la geografía española pusieron en marcha campañas de acogida de emergencia, para dar respuesta a esta necesidad social.

En algunos de estos Centros de Acogida de Emergencia para Personas Sin Hogar se tomó la decisión de que era fundamental contar con psicoterapeutas dentro de su plantilla, tanto para intervenir con los usuarios, como para ayudar en la coordinación de los recursos humanos. Uno de estos Centros que incorporó a psicoterapeutas fue el



Dispositivo de Emergencia para Personas Sin Hogar de IFEMA, en Madrid. El resumen de esta experiencia la realiza uno de los miembros de la División de Psicoterapia, quién fue uno de los psicólogos trabajando en este recurso.

Este Dispositivo de Emergencia abrió sus puertas el día 20 de marzo, en el Pabellón 14 de IFEMA, con capacidad para 150 personas. Para garantizar el bienestar psicológico, tanto de usuarios como de trabajadores y trabajadoras, desde el primer día de funcionamiento del servicio, se puso en marcha el servicio de asistencia psicológica, a cargo de dos psicólogos. Se estableció un **horario de atención individualizada** a los usuarios, tanto por la mañana como por la tarde. Se llevaron a cabo intervenciones psicológicas por muy diversos motivos. En concreto, las **principales causas de asistencia psicológica** fueron las siguientes: orientación, gestión emocional y de ansiedad, afrontamiento del estado de cuarentena, gestión de la incertidumbre, consumo de sustancias, gestión de episodios psicóticos: delirios y alucinaciones y derivaciones hospitalarias. Hay que recordar que los usuarios, al igual que el resto de la ciudadanía en esos momentos, debía cumplir con el confinamiento, por lo que no podían salir del Pabellón 14 salvo por causas muy justificadas. Esta situación de confinamiento, unida a los problemas y dificultades que cada usuario pudiera haber estado viviendo previamente, hacía que existiera un gran volumen de demanda del servicio de asistencia psicológica. En concreto, se **atendió** a un total de **66 usuarios**, realizándose un **total de 103 intervenciones**. En todos los casos, se ha realizado un

seguimiento regular desde la primera intervención. Los psicólogos también dirigieron las **intervenciones grupales** con los usuarios, organizando un total de **12 talleres** diferentes. En todos ellos el denominador común era aprovechar el espacio de ocio y confianza de estos talleres para trabajar, de manera paralela, aspectos psicológicos de relevancia.

Además de con los usuarios, también se han llevado a cabo **intervenciones con los y las trabajadoras** del centro, de manera diaria. El objetivo era trabajar la organización y funcionamiento del recurso, así como atender a las demandas de carácter psicológico que pudieran tener, con el fin de evitar el surgimiento de problemas asociados al *burnout*. Los temas tratados en estas intervenciones fueron: estrategias y habilidades de interacción con los usuarios, técnicas asertivas de resolución de conflictos, gestión emocional y debate de dificultades, gestión del cierre del recurso, dudas e inquietudes.



Una de las **conclusiones** que se extrajeron de la experiencia novedosa de incorporar psicólogos/as a los Dispositivos de Emergencia para Personas sin Hogar fue que ayudaron a la prevención de conflictos entre usuarios, y a su eficaz resolución cuando estos surgían. Hay que tener en cuenta que muchos de los usuarios que residieron en IFEMA habían perdido la asistencia psicológica y/o psiquiátrica que tenían, previa al Estado de Alarma. La presencia de profesionales de la psicoterapia permitió que estas personas pudieran seguir recibiendo una asistencia de calidad, evitando así posibles recaídas y/o agravamiento de su salud mental previa. Además, los y las trabajadoras del Dispositivo valoraron también muy positivamente su presencia.

Es importante que se siga **afianzando la presencia de profesionales de la psicoterapia** también en **dispositivos de emergencia social**, ya que son los profesionales de referencia para poder atender y dar solución a los problemas y malestares que, tanto usuarios/as como profesionales puedan tener. Sabemos que una buena atención psicológica en entornos de emergencia es clave para evitar la aparición futura de trastornos mentales estables. Debemos seguir trabajando en esta línea.

3.2. NUEVAS EVIDENCIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

Investigadores de la Universidad de Porto y del Centro de Investigación en Tecnologías y Servicios de Salud de Portugal, han publicado recientemente los resultados de un estudio, cuyo objetivo principal fue el de estudiar **qué factores pueden predecir el éxito de la intervención psicológica** en el contexto de Atención Primaria (AP).

Sabemos que, en casi todos los países (independientemente de su nivel de desarrollo), aún hay una diferencia sustancial en la importancia que se da a los problemas de salud mental frente a los de salud física. Según el estudio, **los problemas de salud mental más comunes en el ámbito de Atención Primaria** son: la depresión, la ansiedad, la adicción al alcohol y los trastornos de somatización. A pesar de los múltiples estudios que a fecha de hoy existen sobre las recomendaciones de tratamiento (Guía NICE), el tratamiento habitual para los citados problemas



sigue siendo la medicación psicofarmacológica. Esto posiblemente puede explicarse por la reducida accesibilidad a las intervenciones psicológicas, y a las dificultades que las mismas tienen para ser realizadas según los estándares de efectividad, en el Sistema Público de Salud.

Múltiples estudios, apuntan a la motivación intrínseca y a una mayor frecuencia de sesiones como predictores de éxito de la intervención psicológica en este primer nivel asistencial de la salud. Los investigadores de la Universidad de Porto tratan también de mejorar el conocimiento de los factores que contribuyen a este éxito en los servicios portugueses de AP.

Para ello, se analizaron **datos de 1.024 pacientes que recibieron atención psicológica en un centro de AP del norte de Portugal**, durante un período de 8 años. Asimismo, el indicador de éxito se definió a través del número de casos que terminaron la intervención psicológica y fueron dados de alta por el psicólogo, fruto de una toma de decisiones entre psicólogo/a y cliente (utilizando este término para referirse al paciente y “*desligar de cualquier asociación con enfermedad física*”). Aproximadamente la mitad de las consultas psicológicas tuvieron una frecuencia quincenal (48,6%). El número de consultas por cliente se situó entre 1 y 75, y el seguimiento psicológico varió de 1 a 61 meses.

Debido a la gran variedad de problemas de salud mental, estos se agruparon en categorías en función del diagnóstico principal (trastorno del desarrollo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, problema relacional, problema socioeconómico, otros problemas y ningún diagnóstico o problemática).

Las principales **conclusiones** del estudio indican que:

- La **asistencia a un mayor número de consultas y la frecuencia quincenal de las mismas, predicen significativamente el éxito de la intervención psicológica.**
- Los **trastornos del desarrollo representan el 11,5% de los diagnósticos de este estudio.** Para los autores, esto es debido al elevado número de niños en la muestra estudiada, y a un mayor uso por parte de las familias de las Unidades de Atención Primaria de la Salud. A su juicio, esto puede deberse a que es más fácil para los padres acudir a este nivel asistencial, o a un menor abanico de opciones disponibles de intervención psicológica en otros contextos, como centros educativos u hospitales.
- La **mayoría de los participantes en el estudio actual fueron derivados a consultas psicológicas por su médico de familia.** Esto es otro claro argumento más a favor de la importancia de contar con la presencia de psicoterapeutas en los centros de Atención Primaria, para trabajar en coordinación con el resto de profesionales de la salud en beneficio de los usuarios. En palabras de los autores de este estudio, el mayor porcentaje de problemas de la vida diaria registrado, puede explicarse porque, generalmente, *“son menos valorados desde un punto de vista médico, por lo que estos clientes son remitidos a consultas psicológicas”*. Asimismo, manifiestan, **es posible que los médicos de familia prescriban fármacos a los clientes que acuden a consulta con características clínicas claras -como trastornos del estado de ánimo y ansiedad-, “derivando a atención psicológica a aquellos sin un significado clínico claro”**; de hecho, datos relativos a Portugal alertan de un consumo excesivo de benzodiazepinas.
- La **edad se perfila como un predictor de éxito para la intervención psicológica.** Se encontró que, a medida que la edad de los usuarios era más avanzada, había más



dificultades a la hora de lograr el éxito terapéutico. Hay que destacar sin embargo que, esto no significaba que no se lograra en usuarios mayores.

- **Para que las intervenciones psicológicas sean eficaces, se debe realizar un número adecuado de consultas psicológicas.** La **terapia cognitiva conductual** es uno de los modelos de intervención psicológica más estudiados y en Portugal, se utiliza con frecuencia en Atención Primaria debido a su bajo coste y elevada tasa de eficacia. De acuerdo con los datos de este estudio, el número medio de consultas que se considera ideal, es de aproximadamente 7.
- Por el contrario, **un aumento en las tasas de abandono de tratamiento se asocia significativamente con un menor número de consultas.** Los autores verificaron que, cerca del 35% de los clientes, abandonaban antes de su segunda consulta, y, entre aquellos que continuaron, solo el 19% abandonaron el tratamiento antes de su consulta psicológica final.
- **La frecuencia quincenal de las consultas demostró ser un predictor de éxito en Atención Primaria.** Considerando la alta afluencia de consultas psicológicas en este primer nivel asistencial de la salud, únicamente los clientes evaluados por los psicólogos como más graves tenían consultas semanales. Esta frecuencia quincenal es un predictor de éxito, no porque se considere ideal en el proceso de intervención psicológica, sino porque en los casos con peor pronóstico se incrementa la frecuencia de seguimiento.
- Se registra una **asociación positiva entre el alta de consultas por parte del psicólogo y el diagnóstico.** La falta de diagnóstico se relaciona con un alto número de abandonos: aquellos clientes que presentan sintomatología sin un diagnóstico específico tienen mayores tasas de abandono.

Los autores concluyen el estudio poniendo de relieve la importancia de esta investigación por cuanto contribuye a enriquecer la literatura en este campo de estudio, y subrayan la trascendencia de **invertir en servicios psicológicos en los centros de Atención Primaria de la Salud.** Igualmente, indican la **importancia de gestionar y resolver la gran diferencia entre el número de psicólogos y la demanda de atención psicológica.**

Estos resultados ponen de manifiesto las **ventajas de implementar psicólogos/as en Atención Primaria, una medida defendida por el Defensor del Pueblo y por el Consejo General de la Psicología.** Estas medidas se traducirían en un ahorro en términos de costes económicos, sociales, y, sobre todo, personales. Facilitaría la identificación precoz y la intervención temprana, evitando en muchos casos que problemas de la vida diaria se cronificasen en forma de trastornos mentales. Se reducirían los tiempos de espera para recibir tratamiento

adecuado, evitando, a su vez, complicaciones en la sintomatología del paciente y la mencionada cronificación.

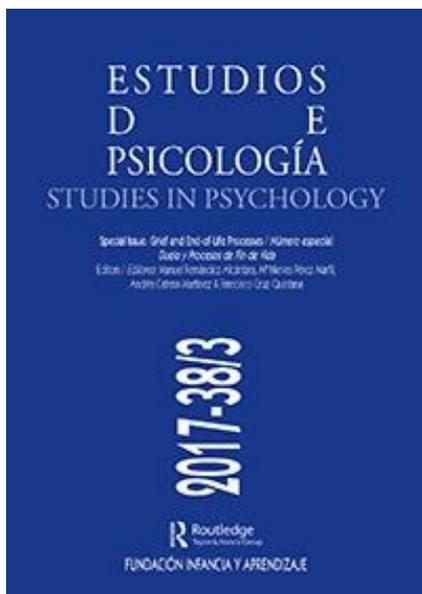
Puede consultar el artículo original en:

- Ricou, M., Marina, S., Marinho Vieira, P., Duarte, I., Sampaio, I., Regalado, J., y Canário, C. (2019). Psychological intervention at a primary health care center: predictors of success. *BMC Family Practice*, 20, 116. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1005-9>

Otras referencias:

- [Guía NICE para intervenciones en salud mental.](#)
- [Mejorando el Acceso a la Terapia Psicológica \(IAPT\): indicadores de rendimiento.](#)

4. Reseñas de psicoterapia recomendables



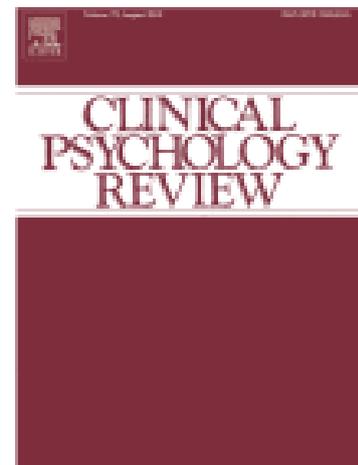
Stroebe, M.; Schut, H. y Boerner, K. (2017). **Models of coping with bereavement: an updated overview.** *Studies in Psychology*, 38:3, 582-607, DOI: [10.1080/02109395.2017.1340055](https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055)

La investigación sobre el duelo está a punto de alcanzar la cifra histórica de cien años, desde la publicación en 1917 del clásico artículo de Freud ‘Duelo y melancolía’, un ensayo muy relevante para los desarrollos teóricos posteriores particularmente (en el contexto actual) en relación con la importancia fundamental otorgada al ‘trabajo del duelo’ para aceptar la pérdida de seres queridos. ¿En qué punto se encuentra nuestra comprensión de la naturaleza del afrontamiento adaptativo un siglo más tarde? En este artículo ilustramos una importante dirección de la investigación contemporánea sobre las estrategias

para afrontar el duelo, mediante un seguimiento que abarca desde la noción de trabajo del duelo hasta estudios que han realizado en análisis pormenorizados de los procesos de afrontamiento-evitación. Un impulso principal de las investigaciones recientes se ha enfocado en (1) postular y (2) evaluar la eficacia de los mecanismos subyacentes a una mala adaptación a la pérdida: se han realizado análisis sistemáticos de procesos cognitivo-emocionales regulatorios, tanto a través de ensayos clínicos como de estudios con un enfoque más teórico. Las evidencias han sido cada vez más conclusivas; ambos tipos de investigación se han beneficiado de la utilización de nuevos diseños y técnicas recientemente disponibles, y métodos estadísticos novedosos. No obstante, es necesario determinar el rol de los procesos de afrontamiento en los casos de mala adaptación.

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). **A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention.** *Clinical psychology review*, 72, 101751.

Recientes avances en la práctica clínica reconocen las intervenciones transdiagnósticas como alternativas efectivas para el tratamiento de trastornos individuales. La presente revisión sistemática y metanálisis evaluó la eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales (UP) en trastornos internalizantes. Se analizaron 15 estudios y un total de 1.244 participantes. Se encontraron grandes reducciones en el tamaño del efecto en sintomatología de ansiedad, depresión, ansiedad generalizada, sintomatología obsesivo-compulsiva, ataque de pánico con/sin agorafobia, ansiedad social y trastorno límite de personalidad. Además, se encontraron reducciones moderadas del tamaño del efecto que indicaban un aumento en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, lo que resaltó el UP como una intervención efectiva.





Peralta, M.I. (Cord.) (2019). Un villano llamado estrés. Cómo impacta en nuestra salud. Madrid: Pirámide.

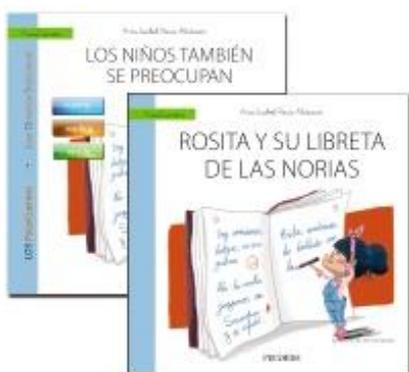
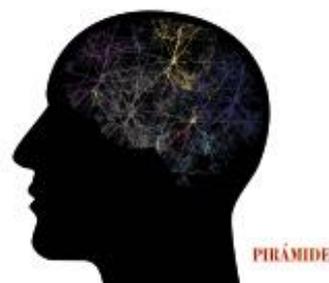
En el libro se aborda con gran rigor científico la lacra del estrés desde sus mecanismos cerebrales hasta sus consecuencias más sociales, como pueden ser el desempleo o la inmigración. El estrés es una de las grandes enfermedades del hombre moderno, y según la Organización Mundial de la Salud es la nueva epidemia del siglo XXI. Un villano llamado estrés nos hace un interesante recorrido por las principales enfermedades asociadas a él, como son las enfermedades cardiovasculares, las autoinmunes, el dolor, la diabetes, la obesidad, etc. También desarrolla una reflexión sobre cómo desde el embarazo el estrés de la madre puede determinar la percepción del mundo de sus hijos programándolos para ser más vulnerables. La segunda parte del libro se adentra en las profundidades del sufrimiento humano desgranando fenómenos tan atroces como el maltrato, la inmigración, el desempleo, el duelo o ser refugiado. Por último, y como no puede ser de otra manera, se aporta un kit de supervivencia para hacer frente a este villano que nos dotará de estrategias destinadas no solo a amortiguar el daño causado por los hechos vitales a los que nos exponemos a lo largo de nuestra vida, sino también a combatir al peor enemigo: nuestro propio pensamiento.

Martínez Sánchez, F., Fernández-Abascal, E. y Palmero Cantero, F. (2019). Todo lo que usted siempre quiso saber sobre las emociones (y nunca se atrevió a preguntar). Madrid: Pirámide.

Todos sabemos lo que es una emoción, pero nos resulta muy difícil definir las emociones. En este libro se intenta ofrecer una descripción clara a muchas de las preguntas que nos hacemos sobre esta cuestión. El contenido se desarrolla en forma de cuestiones a las que dan respuesta, de forma asequible y directa, treinta y tres investigadores especialistas en el estudio de la emoción. Con todas sus respuestas se realiza una completa exposición sobre lo que son las emociones; cuáles son sus funciones; cómo se expresan e identifican; cómo se desarrollan a lo largo de la vida, y cómo influyen sobre el pensamiento, la memoria, la atención, el aprendizaje y la salud. Asimismo, se brinda al lector una completa explicación sobre emociones positivas y negativas, centrándose en su identificación y atendiendo, por ejemplo, a temas tan habituales como la diferenciación del estrés y de los trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.) y cómo pueden ser controlados.

Todo lo que usted
siempre
quiso saber sobre
las emociones
(Y nunca se atrevió a preguntar)

Francisco Martínez Sánchez • Enrique G. Fernández-Abascal
Francisco Palmero Cantero



Rosa Alcázar, M.I. (2018). Guía: Los niños también se preocupan y cuento “Rosita y su libretita de las norias”. Madrid: Ediciones Pirámide

La colección PsicoCuentos ofrece a los padres y a las personas relacionadas con los niños pautas de intervención provechosas avaladas por la investigación. Cada título consta de un libro guía para los padres con información contrastada y consejos prácticos sobre qué hacer o no hacer en el día a día, y de un cuento para el niño, con el objetivo de ayudarlo a enfocar sus emociones de manera positiva y divertida, a resolver sus preocupaciones y dificultades, en definitiva, a enfrentarse a los retos de crecer, desarrollarse y hacerse mayor.

5. Un vistazo a la actualidad

5.1. EL ALCOHOL EN TIEMPOS DEL COVID-19: RIESGOS Y CONSECUENCIAS.

Durante estos pasados meses, la población ha tenido que enfrentarse a una realidad completamente desconocida (con la salvedad, quizás, de nuestros mayores en su niñez): vivir durante semanas confinados en casa, pudiendo salir sólo para realizar las actividades más esenciales. El ser humano tiene la capacidad de enfrentarse a las condiciones más difíciles. Como terapeutas, sabemos que las personas nos adaptamos a las situaciones demandantes mediante las estrategias y herramientas que conocemos, pero es cierto que a nadie se nos ha entrenado para vivir un periodo prolongado de confinamiento. Es por ello que el afrontamiento de una situación como esta no tiene por qué ser la más “adecuada” o “adaptativa”, desde un punto de vista de la salud (tanto psicológica como física).

Como profesionales de la psicoterapia, sabemos que, una de las consecuencias de vivir un periodo de confinamiento, es el estrés y malestar emocional que este produce. Las personas tenemos diferentes maneras de gestionar este malestar, en función de muy diversas variables: historia de aprendizajes, experiencias, modelado, etc. Es por ello que,



sabemos que hay personas que tenderán a afrontar este malestar emocional de una manera más evitativa. Y es aquí donde puede entrar en juego el (ab)uso del alcohol. Nada nuevo bajo el sol. Todos los y las terapeutas en su práctica profesional habrán trabajado múltiples casos en los que el alcohol estaba presente como estrategia de “gestión” emocional. Pero, que el consumo y abuso de alcohol no sea un problema nuevo, no hace que no haya que seguir prestándole atención.

Por ejemplo, la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad** publicó el pasado mes de mayo un **informe** en el que expone las **consecuencias y riesgos que conlleva el consumo de alcohol**, especialmente, en la situación actual de pandemia por coronavirus.

Este documento trata de exponer algunas de las consecuencias más graves del uso y abuso de alcohol, así como de desmentir algunos mitos que han surgido en estos tiempos:

- El **consumo de bebidas alcohólicas no protege** en absoluto **frente al COVID-19** ni evita que se contraiga el virus. El consumo, sobre todo si es excesivo, debilita el sistema inmunitario y, por consiguiente, reduce la capacidad para hacer frente a las enfermedades infecciosas.
- El consumo continuado de alcohol, incluso en cantidades muy pequeñas, está relacionado con la **aparición de ciertos tipos de cáncer**.
- **No existe** ningún “**límite seguro**”; de hecho, el riesgo de daño para la salud aumenta con cada vaso de alcohol consumido.
- En caso de **embarazo**, el alcohol, incluso en cantidades pequeñas, supone en cualquier momento del embarazo un riesgo para el bebé que aún no ha nacido.
- El alcohol aumenta el riesgo, la frecuencia y la gravedad de la **victimización y todo tipo de actos de violencia interpersonal**, como la violencia de pareja, la violencia sexual, la violencia juvenil, el maltrato a las personas mayores. En una situación de confinamiento como la que se ha vivido, este punto cobra especial relevancia.

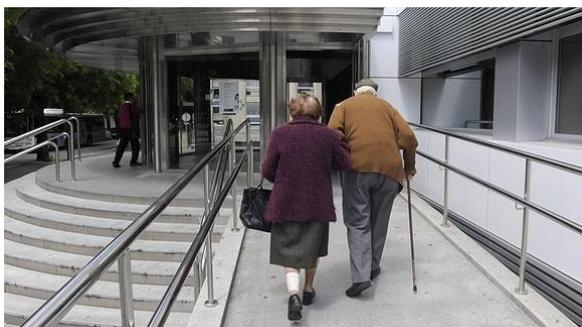
A lo largo del texto se rebaten los diversos mitos que existen en torno al alcohol y se establecen una serie de recomendaciones orientadas a garantizar servicios eficaces de drogas durante la pandemia, tales como, no beber ningún tipo de producto alcohólico como medida de prevención o tratamiento de la infección por coronavirus, buscar información de fuentes oficiales fiables, mantener la motivación, seguir rutinas saludables y prevenir recaídas en aquellas personas que han conseguido dejar de consumir alcohol y otras sustancias (dado que las medidas de confinamiento pueden provocar estrés y dificultades emocionales), o personas clave en la detección de cualquier signo de abuso doméstico, especialmente en el contexto de consumo de alcohol, entre otras.

Referencias:

- [El confinamiento dispara la compra de bebidas alcohólicas.](#)
- [Plan Nacional sobre Drogas: Covid-19 y Alcohol.](#)

5.2. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Investigadores canadienses han realizado un estudio para conocer el nivel de satisfacción que las personas mayores tienen con la atención recibida en los Servicios de Atención Primaria. De acuerdo a los resultados que se publicaron en la revista *Family Practice*, existiría una asociación entre la salud mental y una baja satisfacción con la atención recibida.



Los investigadores analizaron la relación entre los problemas de salud mental en adultos/as mayores y la satisfacción con los servicios del primer nivel asistencial en **cuatro dimensiones de la atención:** continuidad, interacciones entre el/la paciente y el/la profesional sanitario, adecuación de la atención y entorno físico. Se contó con una muestra de **1.624 adultos mayores** que participaron en el estudio ESA-Services (*Étude sur la Santé des Aînés Services*-Estudio sobre la salud de las personas mayores), seleccionados para prácticas de Atención Primaria entre 2011 y 2013 en la provincia de Quebec.

Para conocer el nivel de satisfacción de los y las pacientes y su experiencia con la atención recibida, se realizaron evaluaciones presenciales, donde se emplearon **preguntas adaptadas de la Encuesta de Evaluación de Atención Primaria**, encuesta cuyo objetivo es evaluar el desempeño de los médicos de atención primaria desde la perspectiva del paciente. Los indicadores de salud mental incluyeron medidas de depresión, ansiedad, ideación suicida, angustia psicológica y cognición.

Los resultados mostraron que **el 48,5% de los participantes, manifestó una baja satisfacción en al menos una de las cuatro dimensiones de la atención** analizadas. Se halló una asociación entre una elevada angustia psicológica y una menor satisfacción con las interacciones profesional sanitario-paciente y con la adecuación de la atención recibida. Se observó también que la presencia de un **trastorno de ansiedad se relacionaba con una baja satisfacción en la adecuación de la atención**. Asimismo, los datos revelaron una asociación entre un peor funcionamiento cognitivo y un menor nivel de satisfacción en la continuidad de la atención, la interacción profesional-paciente y la adecuación de la atención.

Los autores del estudio **concluyen subrayando la necesidad de mejorar la atención que se ofrece** desde de los Servicios de Atención Primaria, a las personas mayores con problemas de salud mental.

Puede consultar el artículo original en:

- Pitrou, I., Berbiche, D., Vasiliadis, HM. (2020). Mental health and satisfaction with primary care services in older adults: a study from the patient perspective on four dimensions of care, *Family Practice*, cmaa019, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa019>

Enlaces de interés:

- [Encuesta de Evaluación de Atención Primaria](#)

5.3. ESTUDIO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO DERIVADO DEL COVID-19 EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (PSI-COVID-19)

La situación de alarma generada por el COVID-19 ha supuesto una emergencia sanitaria con medidas políticas sin precedentes en todo el mundo. Los efectos a nivel socioeconómico derivados de la misma son varios, incluyendo un **inevitable detrimento de nuestra salud psicológica, que tanto a corto como a largo plazo deberá ser abordado por el Sistema Nacional de Salud**. Estos efectos pueden ser aún mayores en grupos vulnerables (personas de mayor edad), en personas que se ven sometidas a mayores situaciones de estrés (contagiados, profesionales sanitarios...) y/o aquellos previamente estigmatizados (por ejemplo, personas con un diagnóstico previo de salud mental o grupos racializados).

Con esta introducción, se presenta el informe “Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19)”, un documento donde se recogen los datos preliminares del estudio que lleva este mismo nombre, emprendido por la **Cátedra extraordinaria UCM–Grupo 5 Contra el Estigma**, con el fin de conocer los efectos psicológicos que la situación de alarma y el confinamiento producidos por el COVID-19 han tenido sobre distintas variables psicológicas.

Tal y como señalan sus autores, si bien es evidente el impacto de la cuarentena sobre la salud psicológica, son escasas las investigaciones llevadas a gran escala con grandes muestras

que den cuenta de sus efectos, probablemente debido “*a lo anómalo de la situación*”. A este respecto, algunos estudios indican que **la cuarentena se asocia** con un mayor distrés psicológico, síntomas de estrés postraumático, depresión, mayores niveles de estrés, insomnio, irritabilidad y humor bajo, y en líneas generales, con emociones de miedo, nerviosismo, tristeza y culpa.

Dado lo anterior, el presente estudio pretende **analizar los efectos de la situación de alarma y la cuarentena sobre** 1) la salud psicológica y aparición de sintomatología en la población española, así como grupos específicos de la misma; 2) la soledad; 3) la discriminación interseccional, 4) el apoyo social, 5) la autocompasión y 6) el bienestar, con el objetivo de desarrollar materiales de buenas prácticas enfocadas en el abordaje de este tipo de situaciones que funcione como prevención primaria, secundaria y terciaria de los efectos psicológicos de esta situación y que ayude a paliar las negativas consecuencias que finalmente tendrá sobre el sistema socio-sanitario.

Para conocer en detalle los resultados que ha arrojado este estudio preliminar sobre los efectos psicológicos de la crisis del COVID-19, puede leer el artículo original en el siguiente enlace:

- [Estudio del Impacto Psicológico derivado del COVID-19 en la Población Española \(PSI-COVID-19\).](#)

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](#)

