BOLETÍN INFORMATIVO

20ª Ed. MAY – AGO 2022

dPsiT
DIVISIÓN DE PSICOTERAPIA

Consejo General de la Psicología
ESPAÑA

efpa
EuroPsy
European Certificate in Psychology
European Standards for Psychologists' Education, Training and Competence

ÍNDICE

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT -4-

1.1. La regulación de la psicoterapia en España: una necesidad imprescindible -4-

1.2. Revisión conjunta por psicólogos y médicos de la "Estrategia de Salud Mental" en España -7-

1.3. Publicación del Libro de Capítulos del V Congreso Nacional de Psicología (CNP2021) -9-

1.4. Fortalecer la salud mental, una cuestión de Estado -10-

2. Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Marino Pérez Álvarez -11-

3. Noticias de interés psicoterapéutico -20-

3.1. Conclusiones del XVI Desayuno de Infocop: Psicología y Eutanasia -20-

3.2. Journal of Citation Reports 2022: cinco revistas españolas en Q1 -27-

4. Reseñas de psicoterapia recomendables -29-

5. Un vistazo a la actualidad -33-

5.1.Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer: el papel fundamental de la psicología -33-

5.2. Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia: evidencias acerca de la necesidad de su creación como especialidad -36-

5.3. La gran labor de los/as psicólogos/as ucranianos/as en tiempos de guerra -38-

6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia -41-

7. Buzón de sugerencias -42-

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

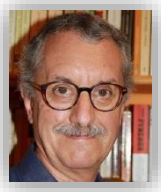
JUNTA DIRECTIVA

Manuel Berdullas Temes
Coordinador

Francisco Cruz Quintana
Vocal elegido por la Junta General de COP

Pedro Rodríguez Sánchez
Vocal

Alfonso Salgado Ruiz
Vocal elegido por la Junta General de COP



Guillermo Mattiolli Jacobs
Vocal

Annette Kreuz Smolinski
Asesora

Javier Prado Abril
Vocal

Mercedes Bermejo Boixareut
Asesora

EDICIÓN DEL BOLETÍN

Pedro Altungy Labrador
Editor del Boletín

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT

1.1. LA REGULACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN ESPAÑA: UNA NECESIDAD IMPRESCINDIBLE

El pasado 6 de mayo se celebró la Jornada de Psicoterapia en la facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. El Colegio Oficial de Psicología de Madrid, a través de su Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia, junto al Consejo General de la Psicología, mediante la División de Psicoterapia, organizaron de manera conjunta el desarrollo de esta actividad, tanto en formato presencial como online. Se contó con la colaboración de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Federación de Asociaciones de Psicólogos y Médicos Psicoterapeutas de España (FAPyMPE), participaron una decena de ponentes expertos y expertas, nacionales e internacionales. La jornada estaba dirigida a psicólogos y psicólogas y contó con un aforo de más de 80 asistentes presenciales y más de 100 personas en la modalidad online.

El objeto de esta Jornada fue crear un espacio de encuentro con grandes referentes de la Psicoterapia en el ámbito nacional e internacional, para invitar a la reflexión y participación de los asistentes, aportando los conocimientos técnicos y teóricos de la situación actual de la Psicoterapia en nuestro país, teniendo en cuenta, además, los efectos de la pandemia y el confinamiento en la calidad de los servicios asistenciales de salud mental tanto en el ámbito público como privado.

Los responsables de abrir este acto fueron el decano del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, José Antonio Luengo, junto a la decana de la facultad de Psicología de la UCM, Nieves Rojo, y el Presidente del Consejo General de la Psicología, Francisco Santolaya,

La Jornada dio inicio con la conferencia inaugural "Experiencia de psicoterapia a distancia", presentada por Mª Paz García Vera, catedrática de Psicología Clínica de la UCM quien expuso los diferentes dispositivos de ayuda telemática que se desarrollaron desde el Consejo General de la Psicología durante el confinamiento.

La primera mesa redonda, moderada por Francisco Labrador Encinas, catedrático de Modificación de Conducta de la UCM y titulada "Nuevas realidades de la Psicoterapia", permitió a los asistentes profundizar en asuntos de gran relevancia. Marino Pérez Álvarez, catedrático de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Oviedo abordó las estrategias de incremento de la confianza del paciente en los psicólogos psicoterapeutas. Margarita Aznar Bolaño, actual Presidenta de FAPyMPE presentó los rigurosos procedimientos de acreditación de la Psicoterapia que desde la constitución de la Federación en el año 2011, vienen acreditando a profesionales de la psicología y la medicina, exclusivamente, como psicoterapeutas.

Para finalizar la mesa redonda, Alfonso Salgado Ruiz, catedrático Psicología Básica de la Universidad Pontificia de Salamanca, expuso fundamentos psicológicos de la Psicoterapia, haciendo especial hincapié en la relevancia de la evidencia científica en la aplicación de sus tratamientos.

A través de la conferencia presentada por el Dr. José Luis Marín López, Presidente de Honor de la FAPYMPE, pudimos conocer diversas estrategias para mejorar los resultados en Psicoterapia, haciendo especial hincapié en la eficacia del abordaje psicoterapéutico a través de la figura del psicoterapeuta, incidiendo en variables como el reciclaje, el vínculo terapéutico, la supervisión, el encuadre, así como el empleo de técnicas adecuadas.

La Coordinadora Sección Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del COPM en ese momento, **Mercedes Bermejo Boixareu** (asesora de nuestra División), moderó la mesa redonda sobre el "Pasado, presente y futuro de la Psicoterapia", en la que Pedro Rodríguez Sánchez, miembro de la Junta Directiva de la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología planteó diversas realidades y actualidad de la Psicoterapia en España, así como posibilidades de

su regulación. Estuvo acompañado de Francisco Cruz Quintana, catedrático de la Universidad de Granada, quién expuso su Programa Asistencial en Pérdidas y Duelo a través del trabajo desarrollado en el laboratorio de Investigación en Duelo de la Universidad de Granada.

El crecimiento de los problemas de salud mental a nivel europeo (44.3 millones de personas padecen depresión, mientras que 37.3 millones padecen ansiedad[1]), así como su impacto en la esperanza de vida en nuestra sociedad, fueron algunas de las aportaciones recogidas en la conferencia de clausura presentada por Telmo Mourinho Baptista, Decano Facultad Psicología Universidad de Lisboa, así como ExPresidente EFPA (European Federation of Psychologists' Associations). Desde su amplia trayectoria, indicaba la relevancia de la creación de un registro en los Colegios Profesionales que reconozcan la formación en Psicoterapia como una especialidad, y en ningún caso como una profesión independiente, ya que a nivel europeo no existe un interés en regular a más profesionales, proponiendo los criterios del título de especialista en Psicoterapia Europsy como referencia.

Durante esta Jornada se abordaron numerosos desafíos relacionados con la Psicoterapia, desde una propuesta consolidada de acreditación de la Psicoterapia en nuestro país, pasando por las previsiones del futuro de la Psicoterapia, tomando en consideración aquellas aportaciones sobre las estrategias de mejora, así como generando un espacio de reflexión sobre los nuevos retos y oportunidades que nos depara la Psicoterapia, en los que la Psicología tiene un papel fundamental para lograr su regulación, de cara a un avance en la lucha contra el intrusismo y proliferación de las pseudociencias.

En la clausura del acto, pudimos disfrutar de la participación de Fernando Chacón Fuertes, Vicepresidente Consejo General de la Psicología, quien profundizó en aspectos más técnicos y

legales en el avance de la regulación de la Psicoterapia y la situación en nuestro país, con el optimismo y relevancia de avanzar por y para la mayor visibilización y regulación de la Psicoterapia.

Fuente: este resumen ha sido elaborado por **Mercedes Bermejo**, asesora de la División de Psicoterapia, y está publicado en la **Revista Clínica Contemporánea**. Para citar este trabajo:

- Boixareu, M. B. (2022). Jornada Psicoterapia: retos y actualidad. *Clínica Contemporánea, 13*(2), Artículo e16. https://doi.org/10.5093/cc2022a14

1.2.REVISIÓN CONJUNTA POR PSICÓLOGOS Y MÉDICOS DE LA "ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL" EN ESPAÑA

Los representantes de psicólogos y médicos de nuestro país han creado una grupo de trabajo para abordar, de manera conjunta, el reto que suponen la pseudoterapias que, desde hace años, se realian por parte de personas que carecen de la formación y titulación oficial para ello. Ambos grupos de profesionales han formado un grupo de trabajo conjunto que busca "abordar los temas relacionados con la salud mental que más preocupan a la población", entre ellos el intrusismo en el campo de la salud mental.

Este recién creado organismo contará con representantes del Consejo General de la Psicología, de la Federación de Asociaciones de Médicos y Psicólogos Psicoterapeutas y de la Organización Médica Colegial. El pasado mes de junio tuvo lugar la primera reunión entre los presidentes de las tres instituciones, como primera toma de contacto. En esta reunión se acordaron las bases en relación a los planes de actuación coordinados que se llevarán a cabo en los próximos meses.

Manuel Berdullas, coordinador de nuestra División, explicó en una entrevista concedida a Redacción Médica que uno de los ejes fundamentales del grupo de trabajo será "abordar el problema de la práctica del ejercicio de estas prestaciones por personas que no poseen grados de base". Un intrusismo que afecta desde la fase de diagnóstico de los problemas y trastornos, hasta la intervención y seguimiento de los pacientes. Manuel Berdullas ha hecho hincapié en que el objetivo del grupo no es redactar un borrador para elaborar normativa sobre la materia, pero que sí que se encargarán de "analizar los aspectos" de la nueva Estrategia de Salud Mental y de las futuras leyes de este campo que puedan "necesitar una revisión" para adecuarlas a las necesidades, tanto de la población como de los organismos encargados de presentar servicio a los ciudadanos.

En este sentido, Manuel Berdullas ha manifestado que “la falta de regulación clara en el ámbito de la psicoterapia propicia el terreno óptimo para la proliferación de pseudopsicoterapeutas y, con este trabajo conjunto, deseamos evitar que esas prácticas intrusistas campen a sus anchas y creen confusión a los necesitados de atención terapéutica”.

Este grupo de trabajo también luchara por acercar al Sistema Nacional de Salud (SNS) a las ratios de profesionales de la Unión Europea, donde hay una media de 18 psicólogos y 18 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (ratios muy superiores a los 6 y 11 que hay respectivamente en España en la actualidad). Para Manuel Berdullas, se trata de un “aspecto integral” que es necesario contemplar, sin embargo no representa uno de los grandes focos del grupo de trabajo. “La preocupación de este grupo está orientada, específicamente, a definir y proponer una regulación adecuada del ejercicio y de la formación de los psicólogos y médicos psicoterapeutas”, ha planteado.

Más allá del grupo de trabajo, los representantes del Consejo General de la Psicología de España también han echado en falta por parte del Ministerio de Sanidad una mayor “coherencia e impulso” a nivel nacional de medidas para incorporar profesionales de su disciplina a la Atención Primaria. “Es donde puede realizarse la detección temprana de cualquier trastorno relacionado con la salud mental, sin olvidar otros espacios de atención comunitaria, social y educativos”, han apuntado.

Fuente:

- Redacción Médica: Frente común médicos-psicólogos para frenar las pseudoterapias en salud mental.

1.3.PUBLICACIÓN DEL LIBRO DE CAPÍTULOS DEL V CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA (CNP2021)

Ya se encuentra disponible el libro de capítulos del V Congreso Nacional de Psicología 2021 Virtual (CNP2021 Virtual) e International Symposium on Public Health Psychology, un evento celebrado en julio del pasado año y organizado por el Consejo General de la Psicología de España (COP) junto con la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación).

Bajo el lema Psicología y salud pública: necesidad y oportunidad, el Congreso constituyó una cita ineludible para que todos/as los/as profesionales y estudiantes de la Psicología, en sus vertientes investigadora y profesional, compartiesen las novedades más actuales y los avances de la profesión en los diferentes ámbitos y especialidades de la disciplina, a través de interesantes ponencias, conferencias, simposios y mesas redondas. El programa definitivo puso de manifiesto la importancia de la investigación psicológica en nuestro país, destacando la calidad de las propuestas y la amplia participación de los/as profesionales e investigadores/as.

El resultado de las numerosas participaciones en forma de comunicaciones queda reflejado en este libro de capítulos, en el que se encuentran artículos tan interesantes como el análisis de las llamadas recibidas durante el confinamiento por la COVID-19 en el Servicio de Atención Psicológica Telefónica (SAPT) del Colegio Profesional de Psicología de Aragón, la Depresión y ansiedad en distintas generaciones españolas durante el confinamiento por COVID-19, el papel de la regulación emocional y el estrés en el rendimiento de deportistas profesionales, o las Intervenciones Basadas en la Evidencia para la Prevención de la Depresión Perinatal, entre otros muchos.

El libro de capítulos del V Congreso Nacional de Psicología se puede descargar a través de la página del Congreso (http://www.cnp2021.es/) o directamente pinchando aquí.

1.4. FORTALECER LA SALUD MENTAL, UNA CUESTIÓN DE ESTADO

- El Consejo General de la Psicología y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) firman un manifiesto para reclamar a las Administraciones que destinen más recursos a la salud mental.
- Ambas organizaciones denuncian que el sistema sanitario público en España apenas facilita tratamientos psicológicos, y los que presta son en condiciones inadecuadas, por las listas de espera de meses y la escasa frecuencia de las sesiones, entre otras causas.
- Esta deficiente atención sanitaria, recoge el documento, implica, además, un malgasto de fondos públicos en tratamientos inadecuados y debería acabar.

¿Qué está pasando en España para que la salud mental siga siendo la gran olvidada del sistema sanitario? ¿Por qué no se les presta la misma atención a los problemas de tipo emocional y psicológico? Aunque es un hecho que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, los recursos que se destina para tratarlos son deficientes para atender la creciente demanda. **Las consultas han aumentado entre un 20 y un 30% y las listas de espera en el SNS llegan a superar, en algunas CCAA, los seis meses**. Es tiempo de actuar.

El cuidado de la salud mental debería ser una prioridad para todas las administraciones, y más en la situación actual, en que la pandemia, aún entre nosotros, los conflictos internacionales como la guerra de Ucrania y la crisis económica y social nos están pasando factura a todos los niveles.

Sin embargo, el sistema sanitario público en nuestro país apenas facilita tratamientos psicológicos, y los que presta son en condiciones inadecuadas, por las listas de espera de meses y escasa frecuencia de las sesiones. **En España la atención psicológica, en una gran mayoría, solo la recibe quien puede pagarse la consulta privada**. En la sanidad pública esa atención

escasea supliéndose con la prescripción de fármacos, en ocasiones, de manera excesiva y perjudicial. De hecho, ostentamos el récord de ser uno de los países con mayor consumo de psicofármacos del mundo. En este contexto es prioritario recordar que **sin salud mental no hay salud.** Pero sin recursos, económicos y humanos, tampoco hay posibilidad de atender, con las debidas garantías, la salud mental.

El manifiesto conjunto que el Consejo General de la Psicología y la Organización de Consumidores y Usuarios firman va en esa dirección. Reclamar a las Administraciones públicas competentes que:

- **Se triplique el número de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud**, para alcanzar al menos la media europea. De los 6 por 100.000 habitantes que tenemos en España a los 18 por 100.000 habitantes que hay en Europa.
- Se incremente el **número de plazas PIR** (Psicólogo Interno Residente).
- Se **reduzcan las listas de espera** para recibir asistencia psicológica.
- Se **reduzca la prescripción de psicofármacos** a los casos que sean necesarios y se utilicen siempre como tratamiento secundario respecto al tratamiento psicológico.
- Se **incorpore la figura del psicólogo clínico** a los Centros de Atención Primaria.
- Se ponga en marcha un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio** con los recursos necesarios.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud y su promoción pasa necesariamente por desarrollar acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables (OMS, 2022). Es momento, por tanto, de poner en marcha esas acciones en España. Fortalezcamos, de una vez por todas, la salud mental de los ciudadanos.

Se puede consultar el manifiesto completo aquí

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 **Marino Pérez Álvarez.**

Marino Pérez es psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Catedrático de Psicología de la Universidad de Oviedo (hasta septiembre de 2022) y miembro de la Academia de Psicología de España. Realizó sus estudios de Licenciatura (1977) y de Doctorado (1986) en la Universidad Complutense de Madrid. Su Tesis Doctoral titulada *De la teoría cognitiva de la lectura a la tecnología de la enseñanza de la lectura* fue dirigida por el profesor José Luís Pinillos. Marino ha llevado a cabo su actividad profesional como psicólogo clínico en el ámbito privado, habiendo también trabajado como psicólogo escolar en varios centros educativos. Sin embargo, su mayor dedicación, durante 42 años, ha sido la docencia y la investigación en la Universidad de Oviedo. Marino ha publicado numerosos artículos científicos y libros a lo largo de su trayectoria profesional, los cuales, en numerosas ocasiones, se han visto envueltos en polémica y debate por los temas tratados, muchas veces, a contracorriente de la narrativa imperante en su momento de publicación.

Hablar de Marino Pérez es hablar de controversia. Sin duda, a lo largo de tu carrera, han sido numerosas las ocasiones en las que te has visto en el ojo del huracán de la polémica y del debate como consecuencia de las ideas que has reflejado en tus publicaciones. Esto puede parecer algo negativo, o la señal inequívoca de que en ningún momento has temido agitar avisperos por miedo a las picaduras. Vivimos en una sociedad que presume del respeto a las ideas y a la diversidad de opinión, pero que no duda en censurar (con gran vehemencia en muchas ocasiones) muestras de pluralidad en las interpretaciones de la realidad en la que vivimos. Como psicólogo e implicado de primera mano en este fenómeno, ¿a qué crees que se debe esto? ¿Por qué parece que sigue habiendo tabús sobre los que pareciera mejor no pronunciarse (o, al menos, no hacerlo fuera de la línea "oficial")?

De acuerdo con la pregunta, distingo entre censuras y controversias. Las primeras se deben a minorías intolerantes y las segundas a la corriente principal, en ambos casos cuando se cuestionan sus ortodoxias. Dos censuras me han ocurrido, en relación con la disforia de género y con el TDAH.

En relación con la llamada disforia de género de comienzo rápido en la infancia y adolescencia y sobre la que la psicología tiene mucho que decir, la censura en la forma de difamación en las redes sociales, boicot de presentaciones y cancelación de conferencias viene de minorías activistas transgénero/queer por el mero hecho de abrir un debate sobre este tema. El debate es fundamental frente a la política de la terapia afirmativa consistente en afirmar y acompañar lo que el niño o adolescente siente sin más miramiento (exploración, valoración, diagnóstico, análisis), sabido que muchos otros problemas están mezclados en la disforia de género, acaso canalizados por ella. Sin negar que el sentimiento de disforia sea real, la cuestión es cómo ha llegado a ser real. La terapia afirmativa implica por un lado la exclusión de la psicología y por otro el abocamiento a intervenciones farmacoquirúrgicas que, como se va sabiendo, no solucionan el problema para todos creando además daños irreversibles. Como para no hablar de estas cuestiones.

Tocante el TDAH, la censura viene de asociaciones de padres que reivindican la condición de trastorno neuroevolutivo de origen genético que otorga el diagnóstico, frente a la consideración del problema como un problema (no una enfermedad) para el que son necesarias una diversidad de ayudas familiares y escolares sin patologizar ni dopar al niño. Hay que decir que muchos padres y personal escolar están en contra de la ortodoxia diagnóstico-medicación, solo que no están organizados ni apoyados por la industria farmacéutica como los están las asociaciones que se permiten censurar a quienes digan que sus hijos son normales, que a sus cerebros no les pasa nada y que un problema no es una enfermedad. Parece un mundo al revés, siendo que mi posición consiste en despatologizar y normalizar debería ser reivindicada por los padres, en vez de censurada.

Por su parte, las controversias ocurren en relación con la corriente principal, cuando se cuestiona también su ortodoxia. La corriente principal se caracteriza por una concepción positivista naturalista de la psicología que en clínica se traduce en un modelo biomédico (básicamente ensayos aleatorizados y metaanálisis), así como por la adopción acrítica de tendencias como la neurociencia y la psicología positiva. Entiendo que la controversia (crítica, discusión) es mejor que exista a que falte. Nada menos científico que la aquiescencia.

Controversias en las que me he visto envuelto tienen que ver con algunos libros como *La invención de los trastornos mentales* (junto con Héctor González Pardo) original de 2007 y reimpreso sucesivamente, *El mito del cerebro creador* de 2011 (2ª edición 2022), *Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y el trastorno bipolar infantil* (junto con Fernando García de Vinuesa y Héctor González Pardo) de 2013, y *La vida real en tiempos de la felicidad: crítica de*

la psicología (e ideología) positiva (junto con José Carlos Sánchez y Edgar Cabanas) de 2018. Curiosamente, el libro *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*, cuyo subtítulo *Más allá de la corriente principal* sugiere una posición crítica y alternativa a la corriente principal (ciencia positivista, modelo biomédico) no ha suscitado controversia (por ahora), sino por el contrario gran aceptación. Con todo, no creo que sea señal de un cambio de los tiempos. La corriente principal sigue siendo más cómoda que las verdades (incómodas) que la ponen en entredicho. La controversia es beneficiosa para todos los contendientes y en su caso para los usuarios de la psicología. Siempre será mejor la psicología si se discuten sus conocimientos que si se adoptan como mantras.

Conocemos Marino tu pasión por la filosofía y por tu interés en incluir parte de sus enseñanzas y marcos conceptuales en el mundo de la psicología. Has hecho referencia en alguna ocasión a tu admiración por Gustavo Bueno, filósofo pluralista que huye de las categorizaciones dicotómicas y/o dogmáticas de la realidad. La psicología, como ciencia, debiera precisamente abogar y promover la búsqueda del conocimiento desde el empirismo y fuera del dogmatismo. Sin embargo, desgraciadamente, parece que esto no siempre es así. Otro gran filósofo del s.XX, Isaiah Berlín, ya nos advertía de como uno de los mayores riesgos de nuestras sociedades actuales era el "cientificismo" existente. Quizás nuestra disciplina no está exenta de este riesgo. Son múltiples las "corrientes" o "escuelas" existentes en el mundo de la psicología. Esto, en sí mismo, no es nada negativo. La diversidad de ideas es la mayor riqueza y fuente de progreso que puede haber. Sin embargo, el problema quizás existe cuando se produce una adhesión acrítica ¿Crees Marino que parte de nuestra disciplina ha caído en este cientificismo, en esa devoción cuasi-mística de premisas no contrastadas que son el origen de planteamientos que se defienden, más desde la emoción que desde la razón? ¿Por qué ese miedo que parece haber a criticar, a debatir, las ideas imperantes?

La psicología se preocupa por la pseudociencia y está bien que lo haga, pero debiera preocuparse también por la ciencia que practica no fuera a ser en alguna (gran) medida cientificismo más que propiamente buena ciencia. En el citado libro *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*, además de estar en contra de la pseudociencia y de reconocer su difícil demarcación con la ciencia en casos límite, muestro que quizá es peor el cientificismo. Al fin y al cabo, las prácticas seudocientíficas se desvelan con el tiempo, mientras que el cientificismo forma parte de la ciencia estándar. El cientificismo ocurre cuando se sacrifica el fenómeno a estudiar en aras del método, como si hubiera un método científico cuya aplicación convirtiera en ciencia aquello que estudia. No existe ciencia sin método, pero tampoco existe *el* método científico como algo en sí. El método se debe adaptar al tema, problema y objetivo, no al revés.

En psicología, y en particular en psicología clínica, el método científico estándar se considera que es el método hipotético-deductivo con base en diseños aleatorizados controlados, análisis estadísticos y metaanálisis. Sin embargo, este método presenta al menos cuatro problemas para ser el "método de oro" como a veces se considera. 1) Reduce el fenómeno a ítems en un cuestionario, 2) ofrece resultados de un sujeto que no existe: el promedio, 3) tiende a ser autoconfirmatorio por la propia lógica del método (ajuste de hipótesis, selección de datos, análisis confirmatorios), y 4) impide estudiar el tema de otra manera, por ejemplo, de acuerdo con el "método clínico" consistente en el estudio intensivo de casos y una metodología cualitativa. El método clínico no es meramente un método de los clínicos, sino él mismo un método científico y quizá el más adecuado a la psicología como ciencia del comportamiento de los individuos. La teoría del apego (Ainsworth, Bowlby), las etapas del desarrollo moral de Kohlberg, la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget y el moldeamiento de Skinner son ejemplos de importantes conocimientos psicológicos basados en el método clínico. El TDAH sería un ejemplo de cómo el método científico estándar se autoconfirma a sí mismo y a la vez impide estudiar el problema de otra manera como creo haber mostrado en *Más Aristóteles y menos Concerta®: las cuatro causas TDAH*, donde ofrezco una alternativa al TDAH en términos de estilo de personalidad, modo de ser y vitalidad, no de trastorno mental.

Estas cuestiones difícilmente se pueden ver y clarificar sin una filosofía explícita que en mi caso, como bien apuntas, tiene como trasfondo el materialismo filosófico de Gustavo Bueno cuya ontología pluralista (no monista ni dualista) permite situar las realidades psicológicas en relación con las realidades biológicas y culturales, sin reducirlas a ellas ni tampoco preterirlas. Si no se tiene una filosofía explícita, se tiene una implícita, inevitablemente mala (la filosofía no es un saber infuso ni espontáneo). Cuando uno no piensa, el dualismo cartesiano sigue pensando por uno. El modelo biomédico es el modo de pensar cuando no se piensa. Se puede ignorar la filosofía, pero no prescindir de ella. Tampoco es cuestión de tener una filosofía, si no qué filosofía tener. No hay escape de la filosofía.

El miedo al debate y a la crítica se debe a que uno se expone a la confrontación de sus ideas y eventual cambio, como les pasa a los consultantes que se aferran a sus mecanismos de defensa (evitación, negación, etc.). También tiene que ver con la pereza intelectual. Es más fácil no-pensar que sopesar.

En relación a la anterior pregunta, ¿cómo consideras Marino que se podría desde las instituciones de la psicología revertir este proceso? ¿Sería útil promover y fomentar el desarrollo

de una distinción en el debate de ideas con fundamentación empírica vs. ideas sin dicha fundamentación (igual de importantes y necesarias estas últimas, pero quizás pertenecientes a otra dimensión)?

El pluralismo ontológico, al que me refería en la respuesta anterior, implica un pluralismo epistemológico según el cual existen diversas formas de conocimiento respetable, no únicamente el científico (a menudo asimilado a la ciencia positivista natural, ticamente ensayos aleatorizados y metaanálisis). La ciencia representa un *momento* en la historia (a partir del siglo XVII) y cubre unos cuantos ámbitos, no la totalidad de los asuntos humanos. Antes de la ciencia ya había grandes conocimientos. Durante la investigación científica están implicados conocimientos no científicos (técnicos, históricos, filosóficos, de sentido común). Y una vez logrado el conocimiento científico, este no agota el conocimiento de las cosas que estudia, sino que además genera cuestiones no científicas (éticas, epistemológicas, políticas). Los datos no hablan por sí mismos.

Sigue siendo útil la taxonomía de conocimientos de Aristóteles: sabiduría, episteme, techné, frónesis (prudencia) y *metis* (habilidad, astucia, ingenio, pericia), todos ellos fundamentales en psicoterapia, como señalé en *Ciencia y pseudociencia*. La episteme y la techné serían los que se corresponden con la ciencia y la técnica actuales, para el caso, la práctica basada en la evidencia, pero ni esta cubre todo lo que se necesita aplicar en psicoterapia ni en absoluto es la última palabra. De hecho, la práctica basada en la evidencia está siendo cuestionada en medicina en favor de la prudencia (frónesis) y de la evidencia basada en la práctica (habilidad y pericia adquiridas en la práctica, más allá del protocolo). ¿Qué decir entonces de la psicoterapia? Hay muchas ideas, conceptos, conocimientos y procedimientos que sin tener una fundamentación empírica en estudios concretos son, como dices, importantes y necesarios. No pertenecen a la ciencia empírica pero no se salen por así decir de la ciencia como saber racional fundado en conocimientos cuya *empírea* no deja de estar fundada en la observación, sentido común y sabiduría de la vida. Parte del conocimiento implicado en la psicoterapia viene del conocimiento que el clínico tiene de los seres humanos, de la época y de la sociedad en la que viven los consultantes, además del conocimiento psicológico especializado. Sin conocimientos psicológicos específicos no hay psicoterapia que valga, pero aplicados sin sabiduría, sentido común y pericia no irían muy lejos.

En 2007, en tu libro "La Invención de los Trastornos Mentales" ya pusiste el dedo en la llaga de la psicología contemporánea. Con cada nueva edición del manual DSM o de la CIE vemos como los trastornos mentales recogidos no dejan de crecer exponencialmente. ¿A qué crees que se debe

esta prolífica capacidad reproductiva que parecen tener los manuales diagnósticos? ¿Consideras que los propios profesionales de la psicología podemos estar siendo cómplices (voluntaria o involuntariamente) de la patologización de nuestra sociedad?

Sí, cada edición de un sistema diagnóstico incluye más trastornos. Se podría pensar que se debe a un mayor refinamiento del diagnóstico y a la aparición de nuevos trastornos. Sin embargo, no parece que sea ese el caso. Lo que ocurre es un reordenamiento y recalificación de los síntomas como estrategia para abrir nichos (mercados) a los medicamentos de turno. Ejemplos paradigmáticos son la invención del trastorno de pánico mediante la selección de los síntomas más somáticos de la ansiedad a fin de comercializar el Xanax (Trankimacin) y la fobia social mediante la recalificación de la timidez como síntomas de ansiedad social para comercializar en este caso el Paxil (Seroxat). Con la depresión pasó algo parecido a partir del lanzamiento del Prozac pasando de un diagnóstico infrecuente a pandémico. Luego vendrían la recalificación de la depresión como trastorno bipolar (la moda bipolar), la extensión del TDAH infantil a la vida adulta y la noción de espectro (autista, bipolar, psicótico, etc.). El trastorno del espectro de algo terminaría por extender el diagnóstico a aspectos hasta entonces normales. Su carácter dimensional extiende las dimensiones del diagnóstico.

Una vez que un diagnóstico se ha establecido (pánico, fobia social, bipolar, etc.) termina por redefinir lo que los clínicos encuentran y los consultantes tienen. Esto es así no tanto porque los diagnósticos describen una realidad preexistente, como porque la crean a través del entendimiento y procedimiento de los clínicos, una especie de "efecto Charcot". Los sistemas diagnósticos no describen tanto la realidad como de hecho la prescriben de esa manera. No es que los diagnósticos no refieran hechos *reales*, sino que la cuestión es cómo han llegado a ser *hechos* reales. Esto se debe a que los fenómenos psicológicos/psiquiátricos son realidades interactivas influenciables por las clasificaciones, no realidades fijas naturales ahí dada indiferentes a las interpretaciones como lo son las enfermedades biomédicas (diabetes, Alzheimer).

Los clínicos pueden ser cómplices involuntarios de la patologización de la sociedad en la medida en que tomen los diagnósticos como cosas en sí que tuvieran los consultantes. Frente a ello está la normalización y la despsicologización cuando los problemas psicológicos/psiquiátricos se resitúan en el contexto de los problemas de la vida de las personas y sus circunstancias. La despsicologización no es contradictoria con la psicología. Por el contrario, supone usar la propia psicología para atemperar la excesiva psicologización (y psiquiatrización) de nuestra sociedad. Concibo la psicología como una ciencia crítica de la sociedad, así como de sus propios conocimientos psicológicos.

Queremos aprovechar esta entrevista Marino para preguntarte acerca de la polémica por tu último libro con José Errasti, "Nadie Nace en un Cuerpo Equivocado". No es una novedad que una publicación tuya cause polémica pero, lo que sí que llama la atención, y preocupa enormemente, es la censura que se ha llegado a producir. El pasado mes de abril esta censura llegó hasta puntos que creíamos superados hace ya muchos años. A José y ti os obligaron a cancelar la conferencia que ibais a dar en la Universidad de las Islas Baleares por presiones por parte de grupos que se mostraron contrarios al contenido de la misma. En el libro, José y tú manifestáis que una parte importante del movimiento LGTBI+, con su marco conceptual actual quizás está promoviendo y apuntalando las diferencias de género más que luchando por su deconstrucción. Como en ocasiones anteriores en las que una idea ha sido criticada, parece que vuestras reflexiones han generado enfado, frustración y rechazo. ¿Qué es lo que consideras que ha generado esta reacción?

El libro ya suponíamos que iba a resultar polémico, pero la mayor sorpresa fue su gran aceptación desde el primer momento (nueve ediciones en cinco meses). Lo que pasa es que los detractores se hacen notar más porque son activistas intolerantes que sin haber leído el libro como reconocen lo condenan, hacen escraches y amenazan con violencia (por ejemplo, la amenaza de quemar una librería como ocurrió en Barcelona). Esto ha llevado a que el rector de la UIB haya cedido a la presión del activismo en vez de apoyar la libertad de expresión de lo que iba a ser una conferencia por lo demás abierta al debate. Se trata de una activismo transgénero/queer que tiene secuestrado el tema de la autodeterminación de la identidad con base en el sentimiento como si fuera una evidencia natural de la que no se puede hablar bajo el pretexto de que sobre "derechos humanos" no se debate. El activismo, incluidos psicólogos, utilizan los derechos humanos como estrategia para impedir el debate y en su caso acusar de transfobia.

La cuestión es que la autodeterminación de la identidad trae dos consecuencias de gran importancia: el borrado de la mujer (es mujer quien se siente mujer) y la citada terapia afirmativa como la única opción aceptable para la disforia de género. Ambas consecuencias, abordadas en el libro, son barbaridades, como para no debatirlas.

Lo escandaloso es que la universidad ceda ante el activismo en vez de fomentar el debate y precisamente sobre cuestiones de tanta relevancia como son el feminismo y disforia de género. Las cancelaciones de conferencias y masters por parte de las universidades (por ejemplo, la citada UIB y la Autónoma de Barcelona) se deben a motivos políticos para contentar a grupos

que apoyan a las autoridades académicas de turno. No se deben a la seguridad por algún peligro de violencia. Si acaso se deben a la seguridad que trata de proteger las opiniones de los alumnos no se fueran a ofender (no en vano estamos en una generación de ofendidos), entendida la universidad como un "lugar seguro" en el que sus opiniones no sean confrontadas (lo que hemos llamado la "infantilización de la universidad"). Lo contrario de lo que era y debería seguir siendo la universidad: un lugar en el que se retan las opiniones y se cuestionan las ideas. De hecho, nosotros dedicamos el libro a los estudiantes universitarios con la esperanza de que desestabilice sus prejuicios y sea un lugar *inseguro* para sus ideas. Atreverse a pensar en vez de mantenerse en la comodidad de los sentimientos. El lema sería más psicología y menos ideología. A este respecto, no dejaría de citar nuestro artículo en *Papeles del Psicólogo* "La psicología ante la disforia de género: más allá de la ideología queer" (disponible en el vol43nº3 que se publicará en octubre de 2022).

Se ha mencionado en las anteriores pregunta el cientificismo y sus riesgos, así como la realidad innegable de la siempre existente pluralidad ontológica y epistemológica (al margen por supuesto de cómo luego cada postura sea defendida por sus seguidores - con mayor o menor tolerancia y apertura al debate). En ciencias, los avances se justifican y legitiman normalmente en base a un criterio por excelencia: la ***utilidad.*** *Ahora bien, quizás algo que cada vez está quedando más relegado a un segundo plano es el por qué y para qué de lo que hacemos; el analizar las consecuencias e implicaciones más allá de aspectos meramente técnicos, sino también éticos y morales (p.ej., buscamos intervenciones para trabajar con pacientes con diagnóstico de bipolaridad o psicótico, pero quizás no se presta tanta atención a cuestionar la figura del propio paciente - si quiere o no ser tratado, puesto que si no quiere ser tratado se ve como parte de su "problema" y pocas veces como su libertad de elección como ser humano; investigamos sobre cómo prevenir el suicidio, pero es difícil de encontrar debates sobre la legitimidad del mismo). Por ello Marino, ¿cree que sería necesario dar un espacio a estas reflexiones, a lo que podríamos denominar quizás como filosofía de la psicología?*

Estoy bien de acuerdo con el planteamiento de la cuestión y efectivamente se hace necesaria más filosofía en psicología. Lamentablemente, la psicología ha caído en un empirismo sin norte donde lo que prima es publicar y publicar, y en un practicismo donde los estudiantes y los profesionales no quieren más que herramientas. Sin embargo, la psicología es la más filosófica de todas las ciencias. El sempiterno problema de la mente y el cuerpo sigue ahí cada vez más confuso. Qué decir de la libertad y el determinismo. El estatus científico de la psicología es problemático por su intersección entre las ciencias naturales y sociales sin reducirse a ellas ni tampoco poder dejarlas de lado. Aferrarse al método científico, como si este existiera como algo

en sí mismo, da lugar a cientificismo más que propiamente a ciencia. Buscar únicamente herramientas convierte al psicólogo en un practicante que desmerece el nombre la psicología. Las nociones de normalidad, patología, ansiedad, depresión, locura, suicidio, tienen dimensiones filosóficas que desbordan su abordaje meramente psicológico o psiquiátrico. Todos los problemas psicológicos implican cuestiones morales que tienen que ver con relaciones con los demás, decisiones, valores, y sentido de la vida. La psicoterapia y cualquier ayuda psicológica, lejos de ser meramente una cuestión técnica (de "herramientas"), plantea cuestiones morales y éticas concernientes a clarificación de valores, confrontación con experiencias, resituar ante la vida incluidas decisiones, y en fin las posibilidades y los límites de la compresión empática, la validación, y la normalización, sin olvidar la libertad de elección del consultante y la legitimidad del suicidio como planteas. En fin, esta lista incompleta de cuestiones muestra las dimensiones filosóficas de la psicología, cómo la psicología es probablemente la disciplina más filosófica, a pesar de su caída en el empirismo y practicismo, quizá una suerte de mecanismo de defensa del propio psicólogo. Así pues, creo, Pedro, de acuerdo con lo que peguntas, que se hace necesaria la filosofía para una psicología más cabal como ciencia y profesión. Por mi parte, y siquiera por justificar algo de lo que digo aquí sin la debida justificación, me remito, como testigo de lo que digo, a *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal*, que no por casualidad tiene como leitmotiv la psicoterapia.

Queremos agradecerle a Marino 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. CONCLUSIONES DEL XVI DESAYUNO DE INFOCOP: PSICOLOGÍA Y EUTANASIA

Hace aproximadamente un año que se aprobó la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la eutanasia (LORE), siendo un importante y novedoso cambio legislativo en nuestro país. Con el objetivo de conocer los obstáculos y aciertos producidos desde su implementación, así como reflexionar sobre el papel del profesional de la Psicología, el Consejo General de la Psicología organizó, el pasado 26 de mayo, el **XVI Desayuno de Infocop: Psicología y Eutanasia.**

El evento, realizado en modalidad online, fue moderado por Josep Vilajoana Celaya, coordinador de la División Psicología de la Salud del Consejo General de la Psicología, contando con la participación de representantes del ámbito de la Política, la Medicina y la Psicología, tales como María Luisa Carcedo Roces, diputada del PSOE, exministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y artífice de la Ley de Eutanasia, Azucena Carranzo Tomás, médica y abogada, directora general de Ordenación y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Marina Gisbert Grifo, médico forense, profesora titular de Medicina Legal de la Universidad de Valencia y presidenta del Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana, Javier Barbero Gutiérrez, doctor en psicología, psicólogo clínico, máster en Bioética, concejal del Ayuntamiento de Madrid por Más Madrid, miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital La Paz y experto en cuidados paliativos y duelo y Cristina Seoane Hening, psicóloga clínica, especialista en psicoterapia, experta en acompañamiento en final de vida y duelo, de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, miembro del Equipo de Asesoramiento Personalizado. Al acto también estaba invitada Dolors Mateo Ortega, Doctora en psicología, Directora del Postgrado de Atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas de la UVic, Psicóloga Clínica experta en cuidados paliativos, vicepresidenta segunda de la Societat Catalana de Cuidados Paliativos y Coordinadora del Grupo de Psicología Paliativa de la Sociedad Catalana, quien, aunque no pudo asistir al Desayuno por motivos de salud, trasladó sus apreciaciones sobre la temática al coordinador del mismo.

Entre los temas destacados en el Desayuno, se abordó el valor de la figura del psicólogo o psicóloga en la evaluación y acompañamiento durante el proceso de ayuda a morir de cualquier solicitante, así como su papel en el apoyo al entorno cercano y al equipo asistencial. Tal y como manifestaron la mayor parte de los invitados, resulta paradójico que, a pesar del incuestionable papel del profesional de la Psicología en el proceso de ayuda a morir, su figura no quede adecuadamente recogida en la citada ley. Durante el transcurso del Desayuno se abordaron otras cuestiones como la necesidad de formación de los profesionales sanitarios en la comunicación con los pacientes, la importancia de la planificación anticipada de decisiones como herramienta psicoterapéutica o la evaluación en los casos de trastorno mental o de deterioro cognitivo, entre otros asuntos.

A continuación, se recogen algunas de las principales aportaciones de los invitados al Desayuno:

María Luisa Carcedo Roces, diputada del PSOE, exministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y artífice de la Ley de Eutanasia

María Luisa Carcedo recordó los soportes jurídicos que sustentan la Ley de Regulación de Eutanasia: la Constitución Española (en los artículos 10, 15, 16 y 18, que defienden la dignidad, el derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad de ideología y de creencias y el derecho a la propia imagen y la intimidad), el Código Penal y la Ley de Autonomía del Paciente, "*que cambia el paradigma de la relación médico-paciente, asegurándose de que es exclusivamente el propio interesado el que toma una decisión autónoma sobre el final de su vida*". María Luisa Carcedo señaló que, además de ser un derecho civil, la Ley de Regulación de Eutanasia vino a responder a la voluntad expresada por la ciudadanía en una encuesta realizada en su momento, paliando así la disparidad existente entre la legislación y la voluntad de la población. Asimismo, aclaró que la Ley de Eutanasia no es un sustitutivo de la Ley de Cuidados Paliativos, y que estas dos leyes no son incompatibles. "*Desviar la atención sobre la eutanasia, que es un derecho civil, anteponiéndola a la Ley de Cuidados Paliativos es un error*", señaló. Finalmente, María Luisa Carcedo explicó que la Ley de Regulación de Eutanasia hace mención al término "equipo sanitario" sin especificar qué profesionales deben integrarlo para no excluir a ningún profesional, dejando abierta la composición de los equipos a la decisión de cada comunidad autónoma (justificando así la ausencia de mención específica al profesional de la Psicología en esta normativa).

Azucena Carranzo Tomás, médico y abogada, directora general de Ordenación y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

Azucena Carranzo trasladó a los asistentes los resultados de la implementación de la Ley de Regulación de Eutanasia en Cataluña, cuyo "*balance es positivo*". En dicha Comunidad, las Comisiones de Garantía y Evaluación están formadas por profesionales de Enfermería, Medicina, Psicología, Derecho y miembros de la ciudadanía, demostrando un buen funcionamiento. Tal y como explicó, a fecha 31 de diciembre se han recibido 68 peticiones, de las que 33 han sido aprobadas y 5 se han denegado por motivos vinculados, en su mayor parte, a aspectos psicológicos. Más allá

de los resultados, Azucena Carranzo señaló la demanda de los profesionales sanitarios de mejorar su formación en este ámbito, lo que motivó, en esta Comunidad Autónoma, la puesta en marcha de sesiones de formación para médicos, psicólogos y otros profesionales, que han tenido una gran acogida. Asimismo, debido a la delicadeza de la labor, en Cataluña se ha facilitado a todos los profesionales sanitarios que así lo precisen, la posibilidad de contar con apoyo psicológico a través de dos vías. Por un lado, mediante la creación de la figura de un referente de bienestar emocional territorial, que es un psicólogo, que está a disposición de los equipos sanitarios y, por otro, a través del apoyo de un servicio de asistencia psicológica de la Fundación Galatea.

Azucena Carranzo comentó otras preocupaciones en la labor de estos equipos, tales como evitar la presión por parte de los medios de comunicación hacia el personal sanitario o cómo mejorar la actuación para no alargar demasiado el proceso de toma de decisiones de las Comisiones de Garantía y Evaluación.

Marina Gisbert Grifo, médico forense, profesora titular de Medicina Legal de la Universidad de Valencia y presidenta del Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana

Marina Gisbert señaló la pertinencia y acierto en la creación de esta Ley, si bien "*ha dejado muy poco clara la posibilidad de participación del psicólogo en el proceso de ayuda a morir*". ParaMarina Gisbert el papel del psicólogo es doblemente valioso y esencial. Por un lado, su aportación es fundamental para la evaluación de los solicitantes de eutanasia con problemas de salud mental, o para los casos clínicamente más difíciles de evaluar o con deterioro cognitivo, que requieren una evaluación realizada por personal "*debidamente cualificado y con buenos estándares científicos y técnicos*", como la que proporcionan los profesionales de la Psicología. Por otro lado, la participación de los profesionales de la Psicología resulta esencial para atender las necesidades psicológicas que se plantean para cualquier solicitante de eutanasia, en un momento tan delicado como constituye la petición de ayuda para morir. "*Tomar esta decisión implica estar en una situación emocional difícil que requiere de un tipo de apoyo que sólo puede prestar un psicólogo*", subrayó la invitada. Marina Gisbert también mencionó con preocupación la omisión del personal de enfermería en la LORE, a pesar de que son los profesionales encargados de ejecutar la decisión médica, así como otras cuestiones asociadas al quehacer de los equipos, recordando que el Manual de buenas

prácticas en eutanasia recientemente publicado no es una norma de obligado cumplimiento, sino tan sólo una propuesta o recomendación de actuación.

Javier Barbero Gutiérrez, doctor en Psicología, psicólogo clínico, máster en Bioética, concejal del Ayuntamiento de Madrid por Más Madrid, miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital La Paz y experto en cuidados paliativos y duelo

Javier Barbero Gutiérrez manifestó su asombro cuando, en el momento de elaboración de la ley, el Gobierno rechazó la enmienda propuesta por Más País, en la que se solicitaba incluir en el artículo 5 explícitamente la garantía del "acceso a la intervención psicoterapéutica" y no solo a los Cuidados Paliativos, precisamente por la "intensa experiencia de sufrimiento" que la misma ley recoge como condición para poder ejercer ese derecho. Y ese proceso, si la persona lo desea, ha de poder ser acompañado. De hecho, la normativa llega a hablar hasta de "sufrimiento psíquico" del paciente. Sin duda alguna "*si el ejercicio de la eutanasia es un derecho, también lo es la oferta de intervención psicoterapéutica preventiva que le debería poder acompañar*". Javier Barbero insistió en que el proceso para solicitar la eutanasia es una situación emocionalmente difícil, compleja, que requiere apoyos para ayudar al paciente a despedirse de su entorno o a comunicar su decisión, pero también a los familiares para prevenir el posible duelo complicado derivado de la creencia errónea de culpa por no haber hecho lo suficiente, o a los profesionales sanitarios para hacer la despedida del paciente o específicamente al personal de enfermería encargado de administrar la medicación final debido a la función desempeñada. Se trata de una oferta preventiva que puede beneficiar a cualquier solicitante de eutanasia y a su entorno, y se trata de un derecho, independientemente de la presencia o no de un trastorno mental. No hay por qué asociar la intervención psicoterapéutica con el trastorno mental, desde luego… En la intervención psicoterapéutica con los solicitantes de eutanasia, Javier Barbero remarcó que "*es de vital importancia abordar los valores, los miedos y ayudar al paciente a gestionar los procesos y decisiones concretas que están vinculados a ese momento difícil*".

Asimismo, Javier Barbero matizó que el papel de la Psicología es fundamental tanto para dar respuesta al sufrimiento intenso que supone este proceso, como, alternativamente, para proteger a los colectivos y personas más vulnerables "*ante el riesgo de lo que en principio es un derecho se convierta en un deber con todas las implicaciones emocionales que esto conlleva*".

Cristina Seoane Hening, psicóloga clínica, especialista en psicoterapia, experta en acompañamiento en final de vida y duelo, de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, miembro del Equipo de Asesoramiento Personalizado

Cristina Seoane trasladó a los asistentes sus conclusiones fruto de sus 8 años de experiencia como voluntaria en la asociación Derecho a Morir Dignamente, mostrando su acuerdo en que se trata de un momento muy conflictivo y delicado para la persona demandante, que tiene que decidir, entre otras cuestiones, cómo lo plantea a la familia, así como enfrentar sus propios miedos hacia la muerte… "*Se trata de un momento en que es evidente la necesidad de la ayuda de un profesional de la Psicología que pueda abordar el tema de la muerte sin tabúes y proporcionando un espacio de escucha activa*", señaló. Para esta profesional, el psicólogo o psicóloga debe intervenir desde el inicio del proceso, "*desde el preciso instante en que la persona manifiesta verbalmente por primera vez al equipo sanitario o al entorno su deseo de acabar con su sufrimiento*" y hasta el final para poder acompañar las diversas fases por las que la persona y sus familiares y allegados atravesarán. Cristina Seoane también señaló la enorme utilidad del documento de voluntades anticipadas (o testamento vital) para informar y orientar a las personas que se plantean o que solicitan la eutanasia, así como a las personas o familiares que buscan información sobre el proceso del final de vida. "*Se trata de una herramienta que garantiza el acceso a una muerte digna, además de servir como una primera solicitud de eutanasia, por lo que habría que reforzar más su utilización y difundirlo entre la población*", apuntó.

Finalmente, y respecto al debate sobre las personas con deterioro cognitivo o trastorno mental y su capacidad para tomar decisiones sobre el final de la vida, Cristina Seoane aclaró que, respecto a las personas con trastorno mental, siempre que no estén en situación de crisis aguda, siguen siendo competentes para tomar decisiones sobre su vida. "*La competencia viene definida por la capacidad de decidir, y no por el diagnóstico que uno tenga*", remarcó. En el caso del deterioro cognitivo, y tal y como trabajan desde la asociación Derecho a Morir Dignamente gracias a una comisión especializada en estos casos, también es posible rellenar el documento de voluntades anticipadas especificando el grado de demencia y recogiendo las preferencias del paciente y los aspectos que valora la persona como posibles para seguir viviendo y los que rechazaría en el futuro.

Dolors Mateo Ortega, doctora en Psicología, directora del Postgrado de Atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas de la UVic, psicóloga clínica experta en cuidados paliativos, vicepresidenta segunda de la Societat Catalana de Cuidados Paliativos y coordinadora del Grupo de Psicología Paliativa de la Sociedad Catalana Ciudadanos

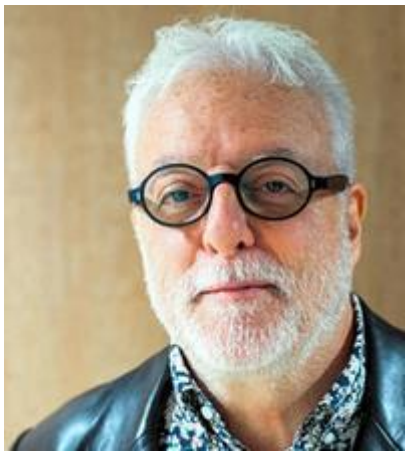
Dolors Mateo no pudo asistir al encuentro por motivos de salud. No obstante, hizo llegar sus apreciaciones por escrito al coordinador para su consideración durante el Desayuno. Respecto al papel del psicólogo, Dolors Mateo estima que, si bien la ley no prevé de forma explícita la participación del profesional de la psicología, los profesionales de la salud implicados en el proceso de la prestación de la ayuda a morir o eutanasia sí demandan de forma habitual la participación de estos/as profesionales. "*Algunos aspectos clave que identificamos en los profesionales es que se han sentido solos en el proceso prestación de ayuda a morir o de eutanasia, que a pesar de tener experiencia en acompañar a personas en procesos de final de vida les ha impactado más de lo que se esperaban, sintiendo la necesidad de compartirlo con otros compañeros y expresando también lo oportuno del soporte psicológico especializado. Cabría destacar que, a pesar del impacto, también han sentido satisfacción por poder aliviar el sufrimiento que comportaba la situación*", argumenta. Para esta experta, se puede trabajar en la prevención del impacto emocional de los profesionales sanitarios a través de la formación en la comunicación y en la toma de decisiones compartidas, el trabajo en equipo, la activación del equipo asistencial (enfermera, psicóloga/o, trabajador/a social) para valorar y/o acompañar al paciente y/o la familia si es necesario y del comité de ética asistencial de su centro de referencia.

Dolors Mateo muestra su acuerdo también en que es necesario atender las necesidades psicológicas en situación final de vida de cualquier solicitante. Estas necesidades "*son individuales y singulares, a menudo relacionadas con aspectos y necesidades existenciales, ligadas a valores, creencias y preferencias de cada persona, y que requieren de una gran capacidad de acompañar, normalizar y de exploración por parte del profesional de la psicología, muy experto y habituado a situaciones de final de vida y a experiencias de sufrimiento vital*".

Dolors Mateo considera que la Ley de Eutanasia y los cuidados paliativos no son excluyentes. "*Los resultados de estudios realizados en países donde el derecho a la eutanasia lleva años regulado muestran cómo la mayoría de las personas que piden eutanasia por una*

enfermedad avanzada ya estaban recibiendo cuidados paliativos" aclara. Finalmente, de acuerdo esta experta, uno de los asuntos pendientes a debatir y trabajar en futuros encuentros profesionales es la demanda de eutanasia cuando la enfermedad que causa un sufrimiento insoportable es una enfermedad mental.

Josep Vilajoana Celaya, coordinador de la División Psicología de la Salud del Consejo General de la Psicología



Josep Vilajoana agradeció la presencia y participación de los asistentes al Desayuno, remarcando la necesidad de que la asistencia psicológica hubiera quedado más explícitamente reconocida en la LORE y, sobre todo, teniendo en cuenta que, de acuerdo con los testimonios de los asistentes, el papel del psicólogo o psicóloga es clave en la evaluación y acompañamiento, tanto del paciente como de los familiares y de los equipos asistenciales. Asimismo, Josep Vilajoana apuntó algunos de los desafíos en la práctica asistencial en este ámbito, tales como establecer los límites para definir lo que consideramos sufrimiento psicológico intolerable, delimitar la capacidad de decisión en los casos de deterioro cognitivo, profundizar en el conocimiento sobre el impacto de este tipo de pérdida en el entorno cercano (siendo la muerte por eutanasia diferente a otro tipo de pérdidas) o reforzar la investigación en este campo para tomar decisiones informadas y mejorar la práctica asistencial basada en la evidencia.

Fuente:

- Conclusiones del Desayuno Profesional: Psicología y Eutanasia – XVI Desayuno de Infocop

3.2. JOURNAL OF CITATION REPORTS 2022: CINCO REVISTAS ESPAÑOLAS EN Q1

Como viene haciendo cada año, el ***Journal of Citations Reports*** (JCR 2022) ha publicado la lista actualizada de revistas con Factor de impacto. Este listado, que se elabora periódicamente basándose en el recuento de las citas bibliográficas que los artículos publicados reciben en las diferentes publicaciones, se ha convertido en una herramienta de obligada referencia en el área de

la investigación, al proporcionar información relativa al impacto y la relevancia de las principales revistas científicas del campo de las ciencias aplicadas y sociales.

De acuerdo con el nuevo ranking, cinco revistas españolas de Psicología ocupan el primer cuartil del listado: *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, que se sitúa en el primer puesto con un factor de impacto de 9,85, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, con 5,9, *Psychosocial Intervention* con una puntuación de 4,583, *Psicothema*, con 4,104 y *Revista de Psicodidáctica* con un factor de impacto de 3,775.

Figurando también en esta lista se encuentran las siguientes revistas de Psicología (ordenadas en función de su Factor de Impacto): *Revista Adicciones* (4,102, Q2), *Journal of Work and Organizational Psychology-Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (4,089, Q2), *Clínica y Salud* (2,972, Q3), *Anales de Psicología* (2,.325, Q3), *Anuario de Psicología Jurídica* (1,958, Q3), *Revista de Psicología Educativa* (1,632, Q3), *Spanish Journal of Psychology* (1,526, Q4), *Behavioral Psychology-Psicologia Conductual* (1,111, Q4), *Revista de Psicología del Deporte* (0,936, Q4), *Estudios de Psicología* (0,923, Q4), *Revista de Psicología Social* (0,913, Q4) y *Psicológica* (0,533, Q4).

Como ya saben nuestros lectores, el Factor de Impacto es uno de los indicadores más utilizados en la actualidad para evaluar la calidad de las revistas científicas. Bajo este supuesto y, teniendo en cuenta que el número de revistas analizadas en el JCR es extenso y hay pocas revistas de lengua no inglesa, el hecho de ocupar los primeros cuartiles de este ranking y, especialmente el primer cuartil, supone que estas revistas han alcanzado el nivel de excelencia científica y constituye un éxito sin precedentes para la Psicología Española y un hito para su divulgación científico-profesional.

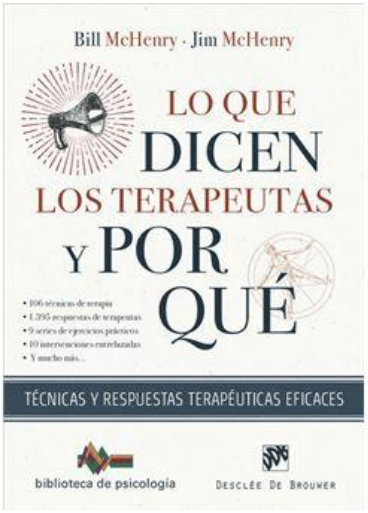
Fuente:

- Journal Citation Report 2022

4. Reseñas de psicoterapia recomendables

Errasti, J., y Pérez, M. (2022). **Nadie nace en un cuerpo equivocado.** Deusto.

Algunos Un fantasma recorre los países más desarrollados: el generismo queer. Tras las grandes conquistas sociales de las últimas décadas relativas al respeto y los derechos de las personas que no encajan en los roles sexuales tradicionales, ha aparecido un nuevo transactivismo: uno que está destruyendo los logros alcanzados, que recae en concepciones retrógradas y genera problemas donde no los había. No está basado en conocimientos de la medicina, la psiquiatría o la psicología. Tampoco existe ninguna filosofía sólida que permita afirmar que se puede nacer en un cuerpo equivocado. Por el contrario, este nuevo activismo se basa en una filosofía posmoderna ya superada, en una idea particular de justicia social y en una agenda política que no se corresponde con los problemas reales de los individuos. Lo que se presenta como una revolución que por fin da voz a una realidad invisible hasta hoy puede estar encubriendo la legitimación educativa, jurídica y social de los estereotipos sexuales más conservadores. Nadie nace en un cuerpo equivocado es un brillante libro divulgativo que aborda este tema desde sus mil vertientes: la psicológica, la filosófica y la sociológica; y que atiende a fenómenos como las redes sociales, la vida en la ciudad moderna, la publicidad, la infantilización de la universidad o los problemas actuales de la infancia y la adolescencia, entre otros.



McHenry, B. y McHenry, J. (2022). **Lo que dicen los terapeutas y por qué.** Desclée de Brouwer.

El objetivo de este libro es ayudar a los terapeutas consolidados y a los terapeutas en formación a desarrollar, ampliar y refinar tanto sus habilidades como su comprensión de la práctica terapéutica. En este sentido, hemos escrito el texto como respuesta directa a los estudiantes que plantean una cuestión fundamental: "¿podría darme un ejemplo de a qué se parece eso?". Si bien esos estudiantes entienden las palabras utilizadas en la literatura, continuamente presionan a sus profesores para que les proporcionen ejemplos concretos, puesto que sus preguntas también son muy concretas: "¿Cómo conseguir que el cliente se centre en el aquí y ahora?", "¿Cómo definir un problema?", "¿De qué manera funciona exactamente la confrontación?". Este libro ha sido diseñado para ser muy directo e ir al grano. Presenta más de cien habilidades, técnicas y formas distintas de llevar a cabo la entrevista terapéutica. Sin embargo, la cobertura, por supuesto, no es exhaustiva, puesto que la terapia es un campo dinámico que se halla en constante desarrollo.

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) (2021). **Protocolo de adaptación de tratamiento a circunstancias excepcionales para el juego patológico**

El juego online se ha visto incrementado durante la pandemia debido, en parte, a la gran oferta de juegos por operadores online, redes sociales o vía telefónica y al aumento del malestar psicológico que ha caracterizado esta situación. Asimismo, la presencia de bingos, casinos y casas de apuestas, que ha aumentado en los últimos años, ha agravado más el problema de ludopatías en la población, según advierte la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) en su nueva publicación. Debido a que la situación de emergencia sanitaria ha afectado a los programas de rehabilitación por trastorno de juego en nuestro

país, FEJAR ha elaborado un Protocolo de adaptación de tratamiento por trastorno de juego a circunstancias excepcionales. La guía puede descargarse gratuitamente aquí.

Gobierno Vasco (2022). **Práctica programada para la agorafobia. Manual para pacientes.**

La agorafobia comienza normalmente con reacciones de pánico que aparecen "de repente". Esas reacciones de pánico es más probable que ocurran cuando la persona está sola o lejos de casa. La persona tiende a asociar estas reacciones de miedo a lugares concretos donde empezó el proceso. Este “condicionamiento” le lleva evitar esos lugares y eso se convierte en costumbre. Así lo recoge el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en el manual de Práctica programada para la agorafobia, una guía dirigida a personas que sufren esta problemática, con recomendaciones para hacerle frente. Tal y como señala el manual, su edición ha sido posible gracias a los Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de los Programas Específicos de Osakidetza/SVS con la colaboración de las Unidades de Educación para la Salud del Departamento de Sanidad. A lo largo de sus páginas, la guía aporta información sobre la agorafobia, conceptualizándola y explicando las distintas técnicas de afrontamiento de las sensaciones de pánico, entre otros muchos aspectos, y aporta, de una manera práctica y sencilla una serie de recomendaciones para poder afrontar la agorafobia. Puede descargarse la guía de manera gratuita aquí.

Gobierno de Canarias (2022). **Guía Breve: tras una agresión sexual.**

Para ayudar a las mujeres que han sufrido una agresión sexual a entender las posibles secuelas físicas y psicológicas del acontecimiento sufrido se ha publicado la guía Tras una agresión sexual. La guía, publicada por el Gobierno de Canarias, aborda las dudas y miedos frecuentes que suelen acompañar a las mujeres que han sufrido una agresión sexual, proporcionando información sobre el procedimiento sanitario que se lleva a cabo, las posibles reacciones físicas y psicológicas más frecuentes y el establecimiento de estrategias de autocuidado para los días posteriores a la agresión. La guía subraya que, aunque la mujer que ha sido víctima de una agresión sexual se pueda sentir avergonzada e incluso culpable por lo sucedido, ninguna agresión es justificable y nunca es culpa de la mujer. “No importa cómo o por qué ocurrió la agresión. No importa si había bebido, tomado drogas, dónde estaba o cuál era su relación con el agresor. Usted no es la culpable. Nadie tiene derecho a agredirla. Es un delito”, remarca el texto. La guía señala una serie de pautas para promover la recuperación de las víctimas, como ubicarse en un entorno seguro y agradable, establecer un plan de autocuidado para las semanas siguientes, buscar apoyo, informarse, exponerse gradual y paulatinamente a salir a la calle o solicitar ayuda psicológica en caso necesario. Puede descargar aquí la guía de manera gratuita.

Infancia, Formación y Salud (2022). **Cuaderno de trabajo de autoestima y habilidades.**

Este libro La autoestima es la percepción que tenemos de nosotros mismos; todos desarrollamos una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja..., aunque no nos demos cuenta. Lo que importa es desarrollarla de la manera más “realista” y “positiva” posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales, para apreciarlos y utilizarlos debidamente, así

como nuestras deficiencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades. Con esta introducción, INFOSAL (Infancia, Formación y Salud) presenta un cuaderno para trabajar la autoestima en niños, niñas y adolescentes, a través de actividades y juegos, dirigidos a explorar la propia autoestima, descubrir pensamientos erróneos y cambiarlos por pensamientos más realistas, etc. El documento incluye una serie de recomendaciones y un modelo de diploma de "Licenciado en autoestima" para descargar. Puedes acceder a la guía desde aquí.

5. Un vistazo a la actualidad

5.1. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR ASOCIADO AL CÁNCER: EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LA PSICOLOGÍA

El concepto óptimo del manejo del dolor oncológico responde a un sistema multidisciplinar e integral. Resulta clave en estos pacientes la atención psicológica, por lo que los servicios de Psicología y Psiquiatría también están afectados en esta demanda, así como la educación sanitaria, que suele llevarse a cabo por parte de los profesionales de enfermería.

Así lo indica el manual sobre Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer, publicado por la SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica) y elaborado por profesionales de distintas especialidades sanitarias implicados en la terapéutica del dolor oncológico, un documento a través del cual se pretende difundir el conocimiento de sus autores a todos y todas los/as profesionales involucrados en el cuidado del paciente con dolor oncológico. El contenido de cada capítulo está diseñado de forma muy didáctica para su lectura y comprensión, pudiendo ser un manual de consulta de médicos en formación y diferentes especialistas interesados en este campo. Tal y como señala el manual, el dolor es un síntoma

complejo que afecta a diversos ámbitos de la vida, incluyendo aspectos físicos, de la actividad diaria, del estado emocional y psicológico, así como de la vida social.

De todos los síntomas del cáncer, el dolor es el que más impacto emocional produce en el paciente y en su familia. A la experiencia propiamente nociceptiva, se añade el factor emocional que condiciona la percepción del dolor. El enorme impacto emocional provocado por el cáncer está predeterminado esencialmente por la incertidumbre y la impredictibilidad del curso de la enfermedad, el distrés afectivo y las afectaciones sobre la autonomía y la controlabilidad. Las personas que sufren dolor manifiestan con frecuencia que "sufren cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto o cuando lo perciben como una amenaza".

De acuerdo con los datos, la prevalencia de dolor oncológico es superior al 60%, con mayor presencia en los casos avanzados; sin embargo, se estima que un tercio de los pacientes con dolor oncológico no reciben el tratamiento adecuado.

Siendo el dolor una experiencia emocional y no solamente una sensación, la intervención sobre él debe ser multidisciplinar, con la participación de diferentes servicios sanitarios y combinando los tratamientos farmacológicos, rehabilitación, fisioterapia, tratamientos invasivos o bloqueos, técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, cirugía paliativa, etc., con el fin de intentar proporcionar calidad de vida al paciente.

De forma específica, la intervención psicológica resulta esencial aquí. Según indica el texto, niveles elevados de dolor se asocian a una peor salud general y a unas percepciones negativas acerca del funcionamiento físico y social, y se relacionan de forma consistente con la presencia de depresión, fatiga, peor calidad de vida, deseo de muerte, alteraciones sexuales y, de forma muy estrecha, con problemas de sueño.

El informe pone de relieve la trascendencia del manejo precoz del dolor, dados los importantes beneficios que conlleva esta intervención temprana tanto en la calidad de vida como en el bienestar psicológico del/de la paciente, con una reducción drástica de la ansiedad y el insomnio.

En **niños** concretamente, el tratamiento del dolor se aborda también desde el modelo biopsicosocial, con orientación más holística del paciente pediátrico, donde el niño o la niña se evalúa como un todo integrado por múltiples dimensiones, entre las que se encuentran la psicológica, la conductual y la fisiológica. Aspectos como la depresión o la ansiedad son conceptos que aparecen íntimamente ligados con el de dolor crónico infantil asociado al proceso oncológico o a sus múltiples intervenciones, que pueden presentar algunos pacientes oncológicos. Para detectarlos, los autores del informe consideran primordial realizar una evaluación psicológica previa detallada, antes de comenzar la intervención psicológica, con el fin de conseguir resultados favorables en el control de la ansiedad, la intensidad del dolor y el grado de discapacidad.

El tratamiento psicológico de la **unidad familiar (niños y padres-madres)** es una pieza fundamental para conseguir la adecuada eficacia del tratamiento, e incluye habitualmente terapias como la distracción, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso o la hipnosis.

El documento señala a los padres-madres como una pieza indispensable de este proceso, por lo que es esencial incluir su tratamiento psicológico, que está orientado a favorecer la aceptación de la enfermedad de su hijo o hija y su evolución, y a proporcionarles estrategias para enfrentarse y adaptarse a distintas situaciones te campo.

Fuente:

- Ferrer, C. (Ed.) (2021). *Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer*. Sociedad Española de Oncología Radioterápica. http://www.infocoponline.es/pdf/AAFF_Libro_DIAGNOSTICO_ASOCIADO_AL_CANCER_interactivo.pdf

5.2. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: EVIDENCIAS ACERCA DE LA NECESIDAD DE SU CREACIÓN COMO ESPECIALIDAD

Son muchos los argumentos que evidencian la necesidad de crear la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en nuestro país, entre ellos, la urgente necesidad de mejorar la calidad de la atención a la salud mental de los y las menores, la necesidad de un programa de formación reglada propio para esta área de la Psicología Clínica (dada la especificidad y extensión de los conocimientos científicos y competencias profesionales necesarios para su ejercicio), o el hecho de que son los especialistas en Psicología Clínica quienes ya asumen en la actualidad la mayor carga asistencial de problemas de salud mental infanto-juveniles.

Así lo afirman psicólogos clínicos del Servicio Andaluz de Salud en un artículo publicado en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, a través del cual ponen de relieve la trascendencia de impulsar la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en España.

Así, estos psicólogos indican que es prioritario mejorar la calidad de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia: de acuerdo con diversos estudios, aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental surgen antes de los 14 años de edad, detectándose algún problema de salud mental que requiere atención especializada en más de un 20% de los y las menores de edad. Estas problemáticas en la infancia conllevan unos costes económicos y sociales evidentes, siendo tratadas mayoritariamente por psiquiatras especialistas en atención a personas adultas, lo que deriva en diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y sobremedicalización, cronificando los problemas de salud mental y generando, entre otros, depresión y ansiedad, “que llevan aparejados rechazo social, fracaso escolar o complicaciones en las relaciones familiares”. Todo ello pone de relieve la necesaria atención especializada a la salud mental de la infancia y adolescencia.

También señalan que se hace necesaria la existencia de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia como rama científica diferenciada y consolidada. Existen numerosos manuales

dedicados de forma específica a la práctica y formación en esta materia que demuestran su existencia como rama científica aplicada claramente diferenciada dentro del área de conocimiento más general de la Psicología Clínica. Sin embargo, pese a su evidente utilidad, "el desarrollo de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia como profesión y especialidad sanitaria necesariamente diferenciada por su especificidad y complejidad no ha tenido aún un reconocimiento legal en España".

De manera paralela, ponen de manifiesto que sería clave desarrollar un programa de formación reglada y un título de especialista sanitario específicos, teniendo en cuenta la especificidad y extensión de los conocimientos científicos y competencias profesionales necesarios para el ejercicio de la Psicología Clínica en población infanto-juvenil. Tal y como señalan los expertos, los seis meses actuales de rotación de los psicólogos internos residentes (PIR) en los dispositivos de salud mental específicos para niños/as y adolescentes (unidades de salud mental infanto-juveniles, USMIJ) son, a todas luces, "insuficientes para garantizar una formación adecuada de los profesionales que atenderán a este colectivo". El hecho de que la legislación actual no permita la formación especializada y reglada necesaria esta área específica, impide garantizar que los y las profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes cuenten con la formación y experiencia necesarias para ello, lo que repercute en la eficacia y calidad de la asistencia prestada.

Aunque no se ha reconocido legalmente, la institución de la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en una especialidad sanitaria diferenciada ya se está dando en muchos dispositivos de Salud Mental, al ser necesaria. Esta subespecialización por parte de los profesionales, viene dada ante la cada vez mayor especificidad de las intervenciones requeridas por la población menor de edad para su correcta evaluación y tratamiento.

Además, tal y como recogen las principales guías de práctica clínica basadas en la evidencia, los tratamientos psicológicos son la principal indicación terapéutica en la generalidad de los trastornos mentales infanto-juveniles. En los últimos años, se ha incrementado la demanda de mejora del acceso a las terapias psicológicas, especialmente desde las familias como forma principal de ayuda para sus hijos e hijas con problemas de salud mental. Según los datos, actualmente la mayor carga asistencial de problemas de salud mental infanto-juveniles atendidos

en los servicios sanitarios públicos españoles son asumidos por los especialistas en Psicología Clínica. Ante este hecho, los autores del artículo consideran cuanto menos paradójico que se haya creado recientemente la -igual necesaria- especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia sin haber hecho ya lo propio con la de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia.

A diferencia de España, otros países europeos (como Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido o Suiza) cuentan con especializaciones en Psicología Clínica infanto-juvenil (si bien esta formación no es homogénea o equivalente). Por su parte, en EEUU, esta especialidad está reconocida como una profesión diferenciada dentro de la Psicología, siendo necesaria una licencia para su práctica legal, obtenida mediante "la certificación oficial del cumplimiento de unos requisitos de formación y experiencia específicos muy exigentes".

Fuente:

- Benítez, J.L., Riquelme, M., Olivencia, N., López, A.G., y Martínez, A. (2022). Hacia la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *42*(141), 115-136.

5.3. LA GRAN LABOR DE LOS/AS PSICÓLOGOS/AS UCRANIANOS/AS EN TIEMPOS DE GUERRA

Crisis de pánico, trastorno de estrés postraumático, duelos complicados, trastornos de ansiedad, dificultades para dormir…, son algunas de las muchas consecuencias que supone la experiencia de la guerra en los miles de afectados ucranianos, que ahora buscan y solicitan ayuda para su salud mental. Entre las diferentes iniciativas solidarias que han surgido estos meses, destaca la labor del equipo de psicólogos y psicólogas del Centro de Rehabilitación Social y Psicológica de Borodyanka, una ciudad al norte de la capital de Kiev, que también sufrió los estragos de los bombardeos y ocupación rusa. Aunque el centro de atención fue destruido por una bomba, el equipo sigue trabajando para ayudar a la comunidad a sobrellevar el trauma de una guerra que aún no ha finalizado.

Las experiencias de la directora de este centro, Ludmilla Boiko, han sido recogidas en una noticia publicada en el periódico británico The Guardian.

En este caso, se trata de psicólogos y psicólogas que también están lidiando con sus propias experiencias traumáticas, como la pérdida de seres queridos durante los bombarderos o la frustración ante la imposibilidad de poder salvar a niños y mujeres de la muerte durante los ataques más intensos. Como recoge la noticia, la propia Boiko sufre problemas de insomnio y de ansiedad. "Ninguna persona normal puede pasar por esto y salir indemne", apunta Boiko en la crónica.

El centro de Rehabilitación se creó hace casi 30 años para ayudar a las personas afectadas por el accidente de Chernóbil. Posteriormente, se ha dedicado a ofrecer ayuda a los veteranos de la guerra del este de Ucrania. Actualmente, se encuentra sobrepasado por todas las solicitudes de ayuda de la comunidad afectada por la guerra. Según se relata en la noticia de The Guardian, “todos los residentes que se quedaron en la ciudad sufren estrés, incluido trastorno de estrés postraumático”. Se trata de una población que se ha reducido a la mitad, pero cuyas cifras siguen siendo desproporcionadamente altas: alrededor de 7.000 personas residentes en la ciudad y cerca de 12.000 en los pueblos aledaños.

De entre todos los grupos, las personas que sufrieron la ocupación rusa son las más afectadas. En palabras de Ludmilla Boiko, son como “cadáveres andantes”. No tienen “energía, ni emociones, ni fuerza”. Otro colectivo especialmente vulnerable son las personas mayores, que se encuentran en situación de extrema soledad y sin su red de apoyo habitual debido a que la mayor parte de sus familiares abandonaron la ciudad en los primeros días de la guerra.

El centro de psicología ofrece ayuda inmediata, sin necesidad de cita previa, así como servicio de atención psicológica online y terapia de grupo. Además, ha creado “brigadas de ayuda psicológica”, formadas por equipos multidisciplinares de profesionales de la psicología, trabajo

social y derecho, que se desplazan para atender situaciones críticas de emergencias psicológicas. Según explica en la noticia de The Guardian uno de los integrantes de estos equipos, una de las claves de la atención psicológica en estos momentos consiste en recuperar la sensación de control de los afectados. En este sentido, es importante que las personas que sufren los estragos del estrés se sientan preparadas frente a futuros ataques o situaciones difíciles, elaborando previamente planes de actuación (qué hacer si suenan las sirenas, qué reglas seguir, dónde acudir…), así como tener preparada una maleta de emergencia, gasolina de repuesto, etc.

El equipo cuenta, además, con la ayuda de un supervisor, Vitalii Panok, director del Instituto Metodológico de Psicología Aplicada y Trabajo Social de Ucrania. Este psicólogo se encarga de prestar apoyo psicológico a los psicólogos y psicólogas del centro, ayudándoles a lidiar con sus propias secuelas de la guerra y a prevenir el posible impacto psicológico que tiene el trabajo que están desarrollando sobre el terreno con el resto de comunidad afectada. A su vez, el Instituto Metodológico de Psicología Aplicada y Trabajo Social de Ucrania dirigido por Panok está trabajando en estrecha colaboración con el gobierno y psicólogos alemanes para formar a psicólogos ucranianos en materia de primeros auxilios psicológicos en todo el país.

De acuerdo con Panok, y según se recoge en la noticia, se calcula que hay hasta 7 millones de personas afectadas por la experiencia del trauma de la guerra en Ucrania y se estima que el 50% tiene trastorno por estrés postraumático. La mayor parte de la población con trauma son personas desplazadas, pero también se encuentran los testigos directos de los bombardeos y la ocupación, que han sufrido situaciones de seria amenaza para su vida, torturas o que han sido testigos de muertes y destrucción. En este estado de la cuestión, para Panok es vital disponer de servicios de ayuda psicológica a gran escala y, debido a que Ucrania cuenta con psicólogos educativos en todos los centros escolares (unos 23.000 en todo el país), sería de gran ayuda incorporar a estos profesionales en la red de ayuda para la prevención del trauma en la población ucraniana.

Fuente:

- The Guardian: Medics battle relentless wave of trauma in Ukrainian town of Borodyanka

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 unirte 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