

BOLETÍN INFORMATIVO

12ª Ed. Sept – Dic 2019

dPsiT
DIVISIÓN DE PSICOTERAPIA



División de Psicoterapia - dPsiT



ÍNDICE

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT	-3-
1.1. Jornadas Hispano-Lusas de Psicología 2019	-3-
1.2. VI Jornadas de Excelencia e Innovación en Psicología	-4-
1.3. El impacto del Boletín de la División de Psicoterapia	-5-
2. Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Abelardo Rodríguez	-5-
3. Noticias de interés psicoterapéutico	-14-
3.1. Actuaciones legislativas para la prevención del juego on-line en menores	-14-
3.2. Españoles por Europa. ¿Cómo afecta emigrar a la salud mental?	-16-
4. Reseñas de psicoterapia recomendables	-19-
5. Un vistazo a la actualidad	-22-
5.1. El trastorno mental grave y duradero: combatiendo el estigma	-22-
5.2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de psicoterapia?	-27-
6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia	-30-
7. Buzón de sugerencias	-31-

1. Actividades científicas de la División de Psicoterapia: dPsiT

1.1. Jornadas Hispano-Lusas de Psicología 2019

El pasado 19 de octubre tuvo lugar en Badajoz el [IV Encuentro Hispano Luso](#). Esta iniciativa, que viene desarrollándose con gran éxito en los últimos años, tiene el **objetivo** de poner en común los avances y aportaciones que psicólogos españoles y portugueses desarrollan para dar respuesta a algunos de los retos a los que la sociedad actual se enfrenta. En concreto, en esta IV Edición, el foco se ha puesto en el abordaje de dos importantes problemas en nuestra sociedad: el abordaje e intervención del **suicidio** y las **adicciones**.

Los psicólogos llevamos décadas investigando estos campos, lo cual ha aportado valiosa información sobre cómo detectar estos problemas antes de que surjan, así como programas de intervención y tratamientos eficaces para gestionarlos.

El Encuentro se organizó de tal manera que permitiera una comunicación eficaz y activa entre los participantes, psicólogos y profesionales del campo de la salud de España y Portugal. Se busca el dar difusión de los avances que nuestra disciplina va alcanzando, no sólo entre los psicólogos, sino entre la sociedad en general.

Como no podía ser de otra manera, nuestra División tuvo un papel relevante en este Encuentro, donde distintos compañeros participaron como ponentes. Además, hubo otros miembros de la División que también estuvieron presentes como asistentes.



En los siguientes enlaces puedes ver dos de los **vídeos** que la División de Psicoterapia realizó para este encuentro:

- [Psicoterapia y Adicciones.](#)
- [Psicoterapia y Suicidio.](#)

1.2. VI Jornadas de Excelencia e Innovación en Psicología

Los próximos días 13 y 14 de diciembre, se celebrará la sexta edición de la Jornada de Excelencia e Innovación en Psicología, un evento organizado por la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación) y el Centro de Enseñanza Superior Cardenal Cisneros –donde tendrá lugar el acto-, y promovido por el Consejo General de la Psicología de España (COP), la Federación Iberoamericana de Agrupaciones y Colegios de Psicología (FIAP), la Conferencia de Decanos y Decanas de Psicología de las Universidades españolas (CDPUE) y la Academia de la Psicología de España.

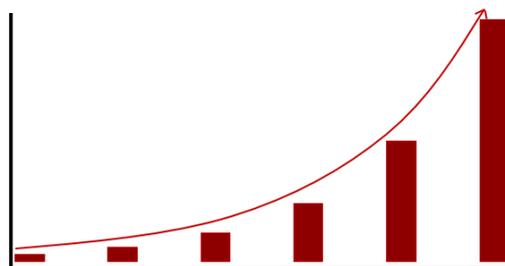
El propósito de este encuentro es el de promover el debate de las ideas innovadoras y premiar la excelencia en la actividad profesional y académica de la Psicología española.



Para tal fin, se llevarán a cabo diversas mesas redondas y conferencias impartidas por destacados profesionales en el ámbito de la Psicología, en las que se abordarán temas tan interesantes como la cognición y la emoción en el enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales, la rehabilitación y perspectivas de reinserción de los agresores sexuales, la intervención con realidad virtual en contextos clínicos y laborales, o la controversia actual sobre el TDAH.

1.3. El impacto del Boletín de la División de Psicoterapia.

El **Boletín de la dPsiT** lleva editándose desde el año 2016. Desde entonces, **se ha accedido a su contenido en más de 15.600 ocasiones**. Esto supone que, de media, los boletines son consultados más de 3.900 veces al año. Para comprender el impacto de esta cifra, ha de tenerse en cuenta que **la División cuenta en la actualidad con 2.087 miembros**, lo cual nos lleva a pensar que el Boletín está siendo consultado, no sólo por miembros de nuestra División, sino por más profesionales.



Estos excelentes datos son motivo de satisfacción por el trabajo bien hecho, y nos motiva a seguir apostando por un contenido de interés y calidad para los profesionales de la psicoterapia, quienes confían en nuestro Boletín para estar al tanto de las últimas novedades en este campo.

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 **Abelardo Rodríguez González**



Abelardo Rodríguez es Psicólogo y Coordinador Técnico de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, perteneciente a la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid. Es un reconocido psicólogo experto en este ámbito. Abelardo ha luchado siempre por fomentar la plena inclusión de estas personas en el ámbito social y laboral, como un componente imprescindible en la mejora de su calidad de vida, componente que no debiera ser

olvidado en ninguna intervención psicológica de calidad. Comenzó hace más de 30 años, cuando abrió el primer Centro de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid. Gracias al efectivo desarrollo de programas de atención e intervención, no sólo orientados a las personas que sufren este tipo de trastornos, sino también a sus familiares y entorno, hoy en día en la Comunidad de Madrid hay 255 Centros de Asistencia a Personas con Enfermedad Grave Duradera. Destaca también su papel en la puesta en marcha de programas de sensibilización contra el estigma, que se desarrollan desde los centros y servicios de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental.

En la actualidad, padecer un trastorno mental es uno de los principales factores de sufrir estigmatización y discriminación. Así queda reflejado en numerosos informes de diversas organizaciones e instituciones nacionales e internacionales, como el Ministerio de Sanidad, la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud. Usted lleva casi toda una vida dedicada al trabajo y asistencia de personas que padecen un trastorno mental grave y duradero. ¿Cuáles son las principales barreras y dificultades a las que se enfrentan a día de hoy estas personas y sus familiares?

Para responder a esta pregunta, quizás sea útil primero enmarcar a qué nos referimos con **enfermedad mental grave y duradera**: personas que tienen diagnosticado un trastorno del espectro de la psicosis, un trastorno bipolar o trastornos graves de personalidad. En estos casos, además de la **dimensión psicopatológica**, es fundamental que no nos olvidemos de la **dimensión de funcionamiento social y laboral**. Por tanto, las personas que padecen un trastorno mental grave presentan las mismas necesidades y problemáticas que todos tenemos en nuestro día a día (no son “extraterrestres”, **no son “los otros”, sino que forman parte del “nosotros”**), y dificultades añadidas (psicopatológicas, sociales y laborales), fruto del trastorno en sí mismo. Es por ello, que las personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave tienen dificultades “añadidas” para desenvolverse en el ámbito social y laboral.

Con la adecuada atención sanitaria y social, estas personas, como cualquier otra, pueden desarrollarse plenamente: personal, social y laboralmente. Sin embargo, el **estigma** muchas veces supone un **techo de cristal**. Las personas con trastorno mental grave muchas veces interiorizan este estigma, el cual afecta a su autoimagen y autoestima, lo que dificulta la realización de su desarrollo personal. Además, el estigma también actúa a nivel social. Han sido múltiples las ocasiones (más en el pasado que en la actualidad) en las que esto, por ejemplo, ha supuesto dificultades añadidas para poder abrir centros. Esto obviamente, repercute también de manera directa en la atención que las personas con trastorno mental grave pueden recibir. Es por ello que

en la Red de Atención no sólo trabajamos la rehabilitación social y laboral de los usuarios, sino que también llevamos a cabo numerosas **campañas de sensibilización y concienciación** en las comunidades. Estas campañas están en constante evolución. Hace 15 años, era el profesional del centro el que iba, por ejemplo, a institutos a impartir charlas; a día de hoy, optamos por un enfoque más dinámico y de interacción directa, en el que usuarios de la Red son los que acuden junto a los profesionales a dar estas charlas.

En cuanto a las **familias**, estas son el principal núcleo de cuidado y convivencia de personas con trastorno mental grave (¡y de cualquiera!). En muchas ocasiones, las familias no han tenido la información necesaria acerca de este tipo de problemáticas (problemáticas que socialmente, siempre han estado muy estigmatizadas). La percepción muchas veces de la familia, ante el diagnóstico de una enfermedad mental grave, es que la persona no va a ser ya capaz de trabajar nunca, de llevar una vida “normal”. Afortunadamente, desde hace más de 30 años contamos en la literatura científica con programas validados de psicoeducación, de intervención en habilidades sociales, de comunicación o de manejo de problemas que dotan a las familias con un mayor conocimiento de la problemática y les permite abordar con mayor eficacia las dificultades de convivencia cotidiana.

Cuando hablamos de trastorno mental, hablamos de todo el espectro de trastornos psicológicos que podemos padecer las personas en algún momento determinado de nuestras vidas. Sin embargo, respecto a los niveles de estigmatización y discriminación que se sufren, ¿considera que hay diferencias entre las personas que padecen un trastorno mental grave y duradero y las personas que padecen otro tipo de trastorno mental?

Desde hace unos 12-15 años hay un fenómeno muy preocupante (en donde los psicólogos también tenemos nuestra parte de responsabilidad): la **psicopatologización, psiquiatrización y medicalización de la vida cotidiana**. Ahora, ante cualquier adversidad que se sufre en el día a día, la tendencia es a tratar de resolverla a través, no tanto de tu grupo de apoyo social o familiar como antes, sino de un profesional que parece tener la respuesta fácil y rápida para ello. Este enfoque hace que la responsabilidad de la gestión de los problemas cotidianos recaiga, no en la persona, sino del profesional. Esta *psicologización* de la vida diaria hace que las personas con trastorno mental grave queden, de alguna manera, olvidadas. Dicho olvido hace que el estigma siga sin trabajarse socialmente, por lo que, aunque hoy en día está socialmente aceptado ir a terapia por un problema de la vida cotidiana, el estigma social que recae sobre la enfermedad mental grave sigue muy presente. En los últimos tiempos, sí se ha trabajado el estigma asociado

a trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Sin embargo, los trastornos psicóticos, bipolares o límites muchas veces siguen viéndose como “locura”.

El estigma es un fenómeno muy complejo en el que intervienen **múltiples factores**, no sólo el propio trastorno, sino la historia de cómo se ha tratado y conceptualizado. Hay también factores sociales, ideológicos o económicos. Parece que estamos ante un momento de involución ideológica, de rechazo al otro; en un momento de hiperindividualismo, donde las redes de apoyo se están viendo cada vez más dañadas. También es importante el papel que juegan los medios de comunicación, muchas veces actuando como altavoz del estigma (como lo que ha sucedido recientemente con el caso del Hospital de Alcorcón). Todos estos factores han de tenerse muy en cuenta si se quiere combatir de manera eficaz el estigma.

Debido también a este fenómeno de psicologización del que hablamos, a día de hoy, los **centros de Salud Mental están saturados de personas sanas e infelices, de códigos Z y patologías menores**. Como es obvio, esto hace que las personas que padecen un trastorno mental grave no puedan recibir la atención y seguimiento que sería recomendable para sus patologías. Los psicólogos debiéramos hacer un ejercicio de autocrítica y ver qué estamos haciendo que no favorece que las personas traten de resolver sus problemas cotidianos por sí mismas, y si, de alguna manera, estamos contribuyendo a la infantilización y psicopatologización de la sociedad. Perdemos la perspectiva global de los fenómenos, y son los más vulnerables los que peor parados salen de esta situación.

En muchas ocasiones, las personas que sufren un trastorno mental grave no acceden a recursos de atención especializada. ¿Cuáles considera que son las principales dificultades a las que se enfrenta esta población para acceder a estos recursos, y cómo podría resolverse?

He de decir que, afortunadamente, en los últimos 30 años la atención de la salud mental ha mejorado enormemente. En la actualidad, la Red que tengo el honor de dirigir en **la Comunidad de Madrid cuenta con 255 centros**. Ahora ya no hay tantas barreras de acceso porque no haya recursos. Ahora el problema principal quizás viene más asociado a la demora en la identificación del problema y a la dificultad de auto-reconocerlo. Hay que destacar que, precisamente, esta negación del problema va muy de la mano con el estigma asociado a estos trastornos (p.ej., *yo no soy un loco peligroso, no soy un inútil o alguien impredecible. Yo no tengo esquizofrenia. Lo mío es otra cosa*).

Nuestra Red de Atención está totalmente **coordinada** con los servicios de Salud Mental. Esto hace que se pueda atender de una manera eficaz las necesidades, no sólo psicológicas, sino también sociales y laborales de los usuarios. Esta coordinación da resultados excelentes. Como decía antes, muchas veces el paciente no quiere reconocer que padece, por ejemplo, esquizofrenia, pero si acepta la ayuda que se le ofrece para tratar de mejorar su día a día. Es en eso en lo que desde ambos recursos nos centramos en trabajar, diagnósticos al margen. Nunca hemos de olvidar que son personas, no etiquetas.

Con el objetivo de seguir superando barreras, hace 15 años creamos los **Equipos de apoyo Social Comunitario**, que cuentan con un psicólogo/a, un trabajador/a social y dos educadores/as. Su misión no es estar en un centro, sino ir allí a donde se encuentran las personas con mayores dificultades con un **doble objetivo**: 1) apoyo al mantenimiento en la propia vivienda y 2) romper el Efecto Mateo (atender al que más demanda y no al que más lo necesita).

En el Sistema Nacional de Salud español, existen recursos especializados para la atención a personas que padecen un trastorno mental grave y duradero, como los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) o los Centros de Día. Estos recursos se caracterizan por su trabajo y aproximación multidisciplinar para ofrecer la mejor atención a los usuarios. En la Comunidad de Madrid, a fecha de enero de 2019, existían 6.669 plazas en los recursos especializados para la atención a personas con trastorno mental grave y duradero ¿Cuál sería el papel que los psicoterapeutas desarrollan en estos recursos?

Como indicaba antes, la intervención con estas personas debe tener un **doble enfoque**. Por un lado se ha de trabajar desde los recursos del Sistema Sanitario de **atención a la salud mental**, ofreciendo una evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Por otro lado, estarían todos los **recursos de apoyo social** para intentar trabajar y fomentar las habilidades de funcionamiento psicológico, social y laboral que se hayan podido perder o ver afectadas por la patología, así como para fomentar su integración en todos los ámbitos de la vida. Es en este segundo grupo donde la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera quedaría enmarcada.

Es muy importante resaltar esto, ya que explica el encuadre desde el que se trabaja en nuestros centros. Nosotros no nos encargamos de la parte de intervención psicoterapéutica *per se* (que se realiza en los Centros de Salud Mental), sino que **nos centramos** en esa otra parte fundamental de intervención: **el ámbito social, familiar, laboral y comunitario**.

Por este motivo, los psicólogos/as que trabajan en nuestros centros no tienen que ser clínicos o sanitarios. En nuestros recursos, **el objetivo no es hacer psicoterapia**. Es por ello que, en nuestros servicios, consideramos de una mayor utilidad que el psicólogo/a tenga formación en intervención comunitaria o rehabilitación psicológica, social y laboral. Por supuesto, es fundamental y útil que conozcan las características de los trastornos, sus manifestaciones y sus repercusiones, pero este conocimiento va siempre orientado a poder **ofrecer la mejor intervención psicológica y social/laboral**.

En la Red de Centros de la Comunidad de Madrid, a día de hoy hay **más de 200 psicólogos/as** que trabajan en equipos multidisciplinares (formados además por trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales y educadores/as) de manera coordinada y cooperativa. Todos tienen aptitudes, conocimientos y competencias necesarias – ninguna es mejor que otra o “más importante” – poniéndose en común para planificar de manera individualizada las intervenciones con cada usuario/a.

En la Comunidad de Madrid, a fecha de enero de 2019, existían 6.669 plazas en los recursos especializados para la atención a personas con trastorno mental grave y duradero. Ya que hemos hablado de los recursos, como experto en este ámbito y Coordinador de estos en la Comunidad de Madrid ¿cuáles son las intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado una mayor eficacia para trabajar con este tipo de población?

Como he comentado en la pregunta anterior, nuestro objetivo no es la psicoterapia en sí (esta se realiza en los Centros de Salud Mental). En cualquier caso, en todos nuestros centros trabajamos desde el marco de aquello que ha demostrado su efectividad, y en este caso hablamos de **intervenciones basadas en la evidencia**. Desde esta perspectiva conceptual es desde donde enmarcamos nuestras intervenciones psicológicas, sociales y laborales.

Además, es fundamental la **individualización** de las intervenciones. Muchas veces, los profesionales caemos en la trampa de hacer lo que sabemos hacer, sin pararnos a mirar si está siendo útil para la persona concreta con la que estamos trabajando. Por ejemplo, yo sé hacer muy bien grupos de dinamización o de intervención cognitiva: si sirve bien; si no, es que el usuario no estaba motivado o era un caso muy complejo. No podemos hacer esto. Tenemos siempre que atender a las demandas únicas de cada persona (dentro de sus capacidades, su entorno y sus posibilidades), y no dejar de evaluar continuamente si lo que estamos haciendo le está sirviendo a esa persona en concreto. Porque nuestra tarea es esa: garantizar la mejor atención y favorecer el bienestar de cada individuo.

También en este sentido debemos ser **pragmáticos**. Por ejemplo, los programas de rehabilitación neuropsicológica han demostrado su eficacia. Sin embargo, estos muchas veces se componen de trabajos con programas de ordenador que sí mejoran la capacidad de memoria, atención o inhibición del usuario, pero que vemos que cuesta que se generalicen estos resultados. Consideramos de mayor utilidad el trabajar esas capacidades a través de actividades mucho más naturales. Por ejemplo, leyendo el periódico se trabajan todas las citadas capacidades, y se favorece mucho más que el usuario pueda seguir practicándolo en su vida diaria.

La Red ha demostrado eficacia y eficiencia: hemos reducido el número de recaídas (y por tanto de hospitalizaciones), hemos aumentado el uso de recursos comunitarios, mejoramos los niveles de funcionamiento y calidad de vida

La sensibilización y lucha contra el estigma es un objetivo estratégico de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera en la Comunidad de Madrid. Este programa lleva desarrollándose, desde hace más de 15 años. Usted ha sido uno de los encargados de implementarlo. En estos 15 años, ¿ha notado una mejoría en cuanto a la sensibilización que la sociedad muestra con respecto a las personas con trastorno mental grave?

Las **intervenciones contra el estigma** han de ser **a largo plazo, continuadas y de muchos tipos**. Las más eficaces son las estrategias de contacto. Más que grandes campañas informativas en un spot publicitario en la TV, lo que tiene más impacto es en un barrio concreto. Acercarte al entorno, conocerlo y que te conozcan.

Nosotros desde siempre hemos querido **abrir los centros al entorno**, para que también los vecinos los conozcan y los vieran como algo suyo. Por poner un ejemplo, en 2004 abrimos un CRL y un CRPS en Torrejón. Este centro contaba con un aula de informática. Como en muchos lugares, en Torrejón había una asociación de vecinos que estaba buscando un lugar para realizar un taller de informatización y un taller de cocina, y nosotros les ofrecimos nuestras salas por las tardes, cuando estaban libres. Esto hace que los vecinos dejen de ver el sitio como “el centro de los raros”, sino que es el lugar donde van a realizar sus talleres. Además, se favorece también el contacto directo y la rehabilitación de los usuarios en el espacio comunitario, que es el mejor ambiente para ello.

A veces pensamos que la gente tiene que ir a un centro y quedarse ahí todo el día haciendo las actividades, cuando muchas veces, lo más potente (en términos de eficacia y, por supuesto, de

integración) es hacerlo en el entorno comunitario. Tú puedes, por ejemplo, ir al bar a tomar un café o ir al polideportivo a jugar al baloncesto. Estás trabajando habilidades sociales, autorresponsabilidad, autoestima... muchos elementos que se trabajan mucho mejor en el entorno comunitario. Este trabajo en la comunidad, además, gracias al contacto, hace también que poco a poco el estigma vaya aminorando. En la actualidad, gracias a todas estas iniciativas, el estigma cada vez va siendo menor. Incluso cuando hay un revés, como cuando los medios de comunicación dan algún titular sensacionalista respecto a la salud mental, vemos que, aunque en algunos momentos el estigma rebrota, este lo hace con mucha menos fuerza y duración. Hemos de estar orgullosos de lo que estamos logrando como sociedad, pero tenemos que seguir trabajando en esa buena dirección.

Este programa lleva a cabo muy diversas actividades para la lucha contra el estigma: actividades comunitarias, sensibilización en centros educativos, actividades deportivas y culturales... El número de estas actividades no deja de crecer. El informe de la Comunidad de Madrid de 2011 hacía referencia a 150 actividades, mientras que en el 2018, su número fue superior a 400. Como psicólogos que somos, sabemos de la importancia de las emociones. En su experiencia, ¿cómo es el antes y el después; cómo se sienten las personas de la comunidad que participan en todos estos eventos dinámicos de sensibilización? ¿Y los usuarios de la Red, cómo responden?

Aunque no disponemos de medidas cuantitativas, cualitativamente si puedo decirte que el impacto es excelente. En muchas ocasiones, entornos que no eran muy receptivos a la Red, van abriendo sus puertas: institutos, centros culturales, polideportivos... Estos luego se convierten en esa red de apoyo comunitario de la que antes hacíamos mención. Te encuentras con usuarios que a través de esta red salían por primera vez de situaciones de completo aislamiento, deterioro, mutismo. Por ejemplo, nosotros participamos en la Liga SAME, que se celebra en toda España. Ahí hemos visto muchos casos de personas que nunca hablaban y les costaba mucho relacionarse y, de repente, los ves contando chistes, hablando con los compañeros de otras Comunidades Autónomas. Esto es tan sólo un ejemplo para ilustrar el impacto tan positivo que tienen estas actividades en la comunidad.

Como decía antes, aunque el impacto a veces pueda ser pequeño y, pasado el tiempo, pueda desaparecer, cuando realizas estas iniciativas año tras año, ves que el mensaje contra el estigma va calando poco a poco, afianzándose en la comunidad.

Por otro lado, también nosotros tenemos la obligación de cuidar de nuestro entorno. Si, por ejemplo, hay una persona conflictiva en un recurso, han de tomarse medidas para proteger a la

comunidad y al usuario. No podemos mirar a otro lado, porque eso es lo que hace que se alimente el estigma.

La insistencia y el tesón son también clave. Por ejemplo, luchando por la rehabilitación laboral, hay veces que de primeras algunas empresas no te abren la puerta. Pero nosotros insistimos, y no les vendes “la locura”, les presentas a Juan, a María. Y les ofreces un acuerdo: que realicen unas prácticas laborales en su empresa sin que ellos tengan que pagar nada. Que sea una prueba de 15 días. Cuando esto pasa, la empresa siempre dice: “Oye! Pues no era lo que yo pensaba.” Y van ocurriendo las contrataciones y se van abriendo cada vez más puertas. Tras estas experiencias, las empresas no contratan por la posible subvención. Lo hacen porque ven que la persona desempeña a la perfección su función. Además, saben que cuentan con nosotros en todo momento como red de apoyo, por lo que la confianza es plena. También nosotros en nuestros recursos contratamos a usuarios de la Red. Hemos de ser los primeros en predicar con el ejemplo. Y los resultados son excelentes. El efecto de todo esto en la lucha contra el estigma es muy positivo, pero requiere tiempo y continuidad.

Para terminar Abelardo, nos gustaría preguntarle: después de todos estos años de incansable trabajo, y a tenor de los resultados que han ido logrando los programas y campañas de sensibilización, el futuro, ¿cómo lo prevé? ¿Lograremos hacer que desaparezca en nuestra sociedad este estigma que tanto sufrimiento innecesario causa?

Opino que hay mucho trabajo ya consolidado, aunque hay que seguir peleando por el desarrollo y ampliación de la red de recursos de la que disponemos. Esta población es vulnerable y con poca presencia social; no está en las agendas políticas. Por ello, hemos de ser los profesionales los que debemos continuar con esa lucha “tozuda”, debemos mantener lo que yo denomino una “**pedagogía infinita**”, es decir: explicar, y volver a explicar y seguir explicando.

Creo que **el futuro es prometedor**. Ya nadie va a querer volver a implantar un modelo institucionalizador. Otra cosa es que el desarrollo de estas redes en las distintas Comunidades Autónomas es muy desigual. Debemos seguir peleando por lograr una homogeneidad nacional en este sentido. También debemos seguir poniendo especial esfuerzo en que los usuarios de nuestros recursos se integren social y laboralmente de manera plena. Haciendo esto, no sólo se benefician nuestros usuarios, sino que los efectos colaterales a nivel social son muy positivos. Estamos creando trabajadores cualificados que dejan de ser receptores de ayudas y se convierten en cotizantes. Consigues también que muchas personas salgan de su aislamiento y participen en la comunidad, ayudando a su vertebración.

Nuestra Red es un modelo ya muy afianzado, que es referencia a nivel tanto nacional como internacional. Veo un futuro de continuar con el trabajo, pero muy esperanzador.

Esta entrevista se realizó el 11 de noviembre en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Queremos agradecerle a Abelardo el tiempo que dedicó al Boletín de Psicoterapia para responder amablemente a todas nuestras preguntas.

3. Noticias de interés psicoterapéutico

3.1. ACTUACIONES LEGISLATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DEL JUEGO ON-LINE EN MENORES

La adicción al juego es un problema que no deja de crecer en nuestro país, problema que afecta con especial virulencia a los más jóvenes. Cada vez son más las voces que piden una solución política a este problema. Por ello, en los últimos meses, se han llevado a cabo distintas acciones, tanto a nivel parlamentario como por parte de diversas entidades civiles:



A nivel legislativo, la **Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas** aprobó a finales de 2017, una Proposición No de Ley (PNL), para establecer una serie de medidas que buscan prevenir la adicción a los juegos y apuestas on-line. Esta situación fue catalogada como un problema de salud pública y se solicitó intensificar la legislación actual, buscando un carácter preventivo. Entre las modificaciones normativas señaladas como prioritarias, se encuentra la **regulación de la publicidad** relacionada con las actividades de juegos de azar y de apuestas. Con esta medida se persigue proteger a los menores de las difusiones comerciales del juego online, así como la realización de campañas de sensibilización y prevención de conductas adictivas y juego compulsivo, dirigidas tanto a niños y adolescentes como a las familias.

La misma petición fue realizada en julio de 2018 por **FACUA-Consumidores en Acción** a la Dirección General de Ordenación del Juego. Se alegaba que la promoción de esta actividad puede conllevar un grave riesgo para la población, especialmente en colectivos vulnerables como niños y adolescentes, al producir un alza en los casos de adicción al juego.



Siguiendo esta misma línea de actuación, el nuevo **Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020**, aprobado por la Conferencia sectorial sobre Drogas, ya incorpora como prioridad el juego patológico, prestando especial atención a los menores de edad y a su protección frente a este problema, a través de medidas normativas relacionadas con la accesibilidad y publicidad, y programas de prevención de adicciones sin sustancia, para su aplicación en los ámbitos escolar, comunitario, sanitario y familiar.

Por su parte, en mayo de 2019, el **Defensor del Pueblo** estableció, en el marco de una actuación de oficio abierta, una serie de recomendaciones dirigidas al Gobierno, para implementar medidas eficaces e inmediatas frente a esta situación, alertando del peligro que puede suponer para la población en general y, especialmente, para los jóvenes en particular, la proliferación de casas de apuestas, así como la intensa publicidad que se hace de los juegos de azar y de apuestas, equiparando las características de la adicción al juego con las del consumo del tabaco u otras drogas.

Fruto de estas acciones, y valorando la necesidad de emprender medidas urgentes, el **Gobierno** ha anunciado recientemente la intención de **mejorar la redacción del Real Decreto de comunicaciones comerciales de las actividades del juego y juego responsable**, en consideración a todo lo recomendado por la Institución.

Para más información sobre este tema, puede consultar en:

- [Infocop: Es fundamental tomar medidas contra la ludopatía y proteger a los menores, según una Moción.](#)
- [Infocop: Las personas adictas a los juegos de azar cada vez son más jóvenes.](#)
- [Infocop: Aprobada una PNL para la protección de menores frente al juego online.](#)
- [Infocop: El Defensor del Pueblo insta al Gobierno a valorar la prohibición total de publicidad relacionada con el juego y las apuestas.](#)

3.2. ESPAÑOLES POR EUROPA. ¿CÓMO AFECTA EMIGRAR A LA SALUD MENTAL?

Es bien sabido que la historia se repite. España ha sido en muchos momentos de su historia, una nación de emigrantes (ya sean los primeros compatriotas que se aventuraron a explorar América en busca de fortuna, o nuestro padres y abuelos que marcharon a Europa – Alemania en su gran mayoría – en la década de los 60 del pasado siglo). Emigrar lleva intrínseco el cambio y enfrentarse a numerosas situaciones novedosas. Y, como bien sabemos los psicólogos, la novedad y el cambio son de las principales fuentes de estrés que las personas podemos vivir.



El estrés es una respuesta que los animales mostramos para intentar adaptarnos a situaciones demandantes de nuestro entorno (sí, no nos olvidemos nunca que somos animales). En psicoterapia, muchas son las ocasiones en las que trabajamos con personas cuyas respuestas de estrés se han vuelto desadaptativas, bien por su duración, su intensidad o su frecuencia de aparición. Es probable que nuestros compatriotas que han iniciado una nueva vida en el extranjero deban enfrentarse a diversas situaciones generadoras de estrés, pero, ¿qué sabemos en realidad sobre esto? ¿Cómo es la salud mental de aquellos que han emigrado?

Elgorriaga, Ibabe y Arnosó (2019) tratan de arrojar luz a esta cuestión. En su artículo “*Proceso Migratorio de Españoles/as que han Emigrado a la Unión Europea*” analizan cómo el proceso migratorio a países de la Unión Europea afecta a la salud mental de los españoles/as.

Proceso migratorio de españoles/as que han emigrado a la Unión Europea

La migración de personas españolas no es nada nuevo. Sin embargo, tras la fuerte recesión económica fruto de la crisis de 2008, el número de españoles que emigra buscando oportunidades laborales y desarrollo profesional ha aumentado de manera considerable. Elgorriaga, Ibabe y Arnosó (2019) analizan las características socio-laborales e integración social de la población española emigrante a Alemania e Inglaterra, considerando las diferencias en función del país receptor y del género. En este estudio se encontró que las personas españolas emigrantes son relativamente jóvenes, con alta cualificación tanto académica como profesional (dominan el alemán/inglés y cuando residían en España más de dos tercios tenía un empleo). En Alemania o

Inglaterra sus condiciones pueden considerarse aceptables, pues cerca del 75% manifiesta tener una situación socio-laboral igual o mejor a la que tenía en España, encuentra oportunidades laborales con buenas condiciones, tiene las necesidades básicas cubiertas (alojamiento, idioma, servicios sociales o legales) y mantiene contacto con la población autóctona y con otras personas inmigrantes. Refieren sentir que los objetivos por los que habían decidido emigrar se están cumpliendo, se sienten moderadamente integrados/as y quizás por todo ello aumenta el porcentaje de personas que deciden asentarse definitivamente en Alemania o Inglaterra tras la migración (este es un aspecto diferencial con respecto a las migraciones de los años 60, cuando la mayoría de emigrantes españoles volvieron a casa). A pesar de esto, no todo el mundo vive el proceso migratorio con la misma perspectiva. Cerca del 25% de los emigrantes presenta alguna dificultad y se siente peor de lo que esperaba antes de marcharse, ya que no tiene trabajo o lo tiene en condiciones precarias, no domina el idioma, no está logrando sus objetivos migratorios y sus redes sociales son pequeñas. Son personas que no se identifican con la sociedad receptora, ni se sienten integradas, y en general, quieren volver a España.



Las características socio-laborales e integración social de esta población difieren en función del país receptor y del género. Las personas que residen en Alemania encuentran más dificultades con el idioma, realizan más solicitudes de asistencia social, legal y laboral, tienen menos oportunidades laborales y sus redes sociales son más pequeñas. Igualmente, se encuentran ligeras diferencias entre hombres y mujeres respecto a la integración social y a las condiciones laborales. Las mujeres presentan una mayor integración social, porque conceden más importancia al mantenimiento de la cultura española y al aprendizaje de la nueva cultura que los hombres, sin embargo, tienen ligeras más dificultades en el ámbito socio-laboral (jornadas laborales más reducidas y menos experiencia laboral).

Elgorriaga, Ibabe y Arnosó (2019) buscaban analizar si el proceso migratorio de la población española de origen español que había emigrado a algún país europeo (Inglaterra y Alemania) se relaciona con más estrés y problemas de salud mental, así como las diferencias en función del género. También se estudió el efecto mediacional del estrés percibido en la relación

entre los factores protectores de la migración (Elgorriaga, Ibabe y Arnosó, 2016) y los problemas de salud mental.

El estudio contó con 941 personas españolas de origen español (65% mujeres y 35% hombres) y con un rango de edad entre 18 y 55 años ($M = 29,2$ años). Se trabajó con un grupo experimental compuesto por españoles/as que han emigrado a Alemania o Inglaterra ($n = 719$), y con un grupo control de españoles/as no emigrantes ($n = 222$).

Los resultados señalan que la población española emigrante presenta un bajo nivel de estrés y sintomatología clínica (depresión, ansiedad, somatizaciones y disfunción social), considerando así que su salud es aceptable. Además, se comprueba que la salud mental de las personas emigrantes y las que permanecen en España es similar, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas. En este sentido, aunque el proceso de aculturación en Alemania/Inglaterra conlleve novedades y cambios, la salud mental de las personas españolas no se ve afectada, apoyando así la paradoja del inmigrante sano (Markides y Coreil, 1986). Respecto a las diferencias de género, las mujeres emigrantes tienen ligeramente más estrés, somatización y ansiedad que los hombres. Por otro lado, se comprobó que la calidad de las condiciones laborales y que el cumplimiento de expectativas migratorias son los principales factores protectores de la salud mental de esta población. Igualmente, estos factores inciden en un menor nivel de estrés, y por consiguiente en mejor salud mental.

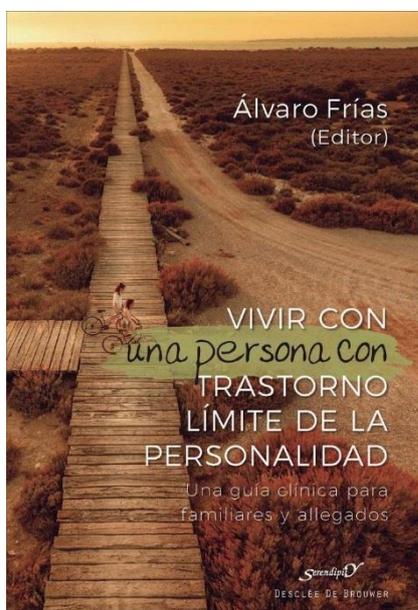
Puede concluirse pues que, la salud mental de los/as emigrantes españoles/as a Alemania/Inglaterra es similar a la población en España, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres. Las condiciones migratorias privilegiadas caracterizadas por condiciones personales favorables (por ejemplo, juventud, elevado nivel educativo y conocimiento del idioma) junto con las condiciones sociales y contextuales del país receptor (empleo para inmigrantes, pocas barreras legales o situación política positiva) podrían explicar estos resultados. De cara a la aplicación de este trabajo, las intervenciones destinadas a mejorar la salud mental de la población española emigrante deberían prevenir el estrés poniendo especial atención en las personas que tienen condiciones socio-laborables desfavorables, para darles apoyo en la búsqueda de empleo en condiciones aceptables, así como la elaboración de unas expectativas migratorias realistas.

La información de esta noticia está basada en el trabajo de [Elgorriaga, E., Ibabe, I., & Arnosó, A. \(2019\). Mental Health of Spanish Immigrants in Germany and the UK in Comparison to Non-Immigrants and Migration Protective Factors. *Psychosocial Intervention*, 28\(1\), 19-27.](#)

Otras referencias:

- Elgorriaga, E., Ibabe, I. & Arnosó, A. (2016). Españoles que emigran a países de la Unión Europea: predictores de su ajuste psicológico. *Revista de Psicología Social*, 31, 332-351. <https://doi.org/10.1080/02134748.2016.1143178> .
- Markides, K.S. y Coreil, J. (1986). The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public health reports*, 101(3), 253-265.

4. Reseñas de psicoterapia recomendables

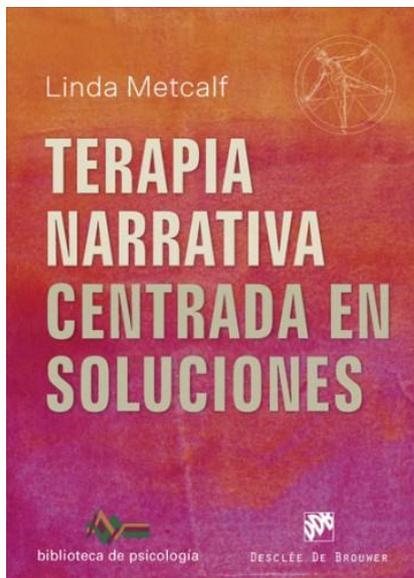
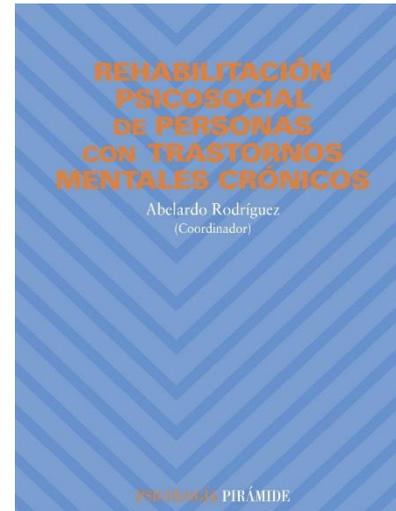


Frías, A. (Ed.) (2019). **Vivir con una persona con Trastorno Límite de la Personalidad: una guía clínica para familiares y allegados**. Bilbao: Desclee de Brouwer.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un problema mental grave que afecta al 2% de la población general adulta. Los síntomas son muy variados y generan sufrimiento a quien lo padece y a las personas que le rodean. Los familiares y allegados al paciente suelen sentirse desconcertados por lo que sucede, sin saber además cómo actuar ante las diferentes situaciones que se presentan, muchas de ellas de una gran complejidad (por ej., amenazas suicidas). A través de un lenguaje claro, sencillo y con múltiples ejemplos, este libro pretende dar respuesta a tres grandes áreas de interés: informar sobre el TLP desde un punto de vista científico y práctico, dar pautas para la autogestión emocional y, por último, aportar estrategias de afrontamiento y adaptación a esta problemática para los familiares de personas que presentan este diagnóstico.

Rodríguez, A. (Coord.) (2002). **Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos**. Madrid: Pirámide.

Con este manual se ofrece un texto útil, actual y completo que busca un adecuado equilibrio entre teoría y práctica. Cada tema y área de aplicación consta de una exposición actualizada de sus fundamentos teóricos y de los principales desarrollos científicos, junto con una descripción pormenorizada de las estrategias de intervención y las prácticas más eficaces. La mayor parte de los capítulos se completan con un caso o ejemplo práctico. Algunos de los capítulos que incluye este manual son: Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicológica y social; motivar en rehabilitación; rehabilitación de déficits cognitivos; psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas o rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos.

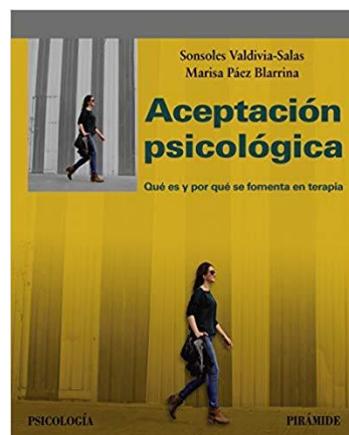


Metcalf, L. (2019). **Terapia narrativa centrada en soluciones**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Esta obra pionera propone un modelo exhaustivo para aplicar la combinación de los dos principales abordajes posmodernos de terapia breve: la terapia centrada en soluciones y las terapias narrativas. Este nuevo modelo se beneficia de la eficacia de los dos abordajes, tanto del foco en las cualidades y la estrategia centrada en la solución de problemas del primero, como de la estrategia respetuosa con los valores y redescritiva del segundo. Así, se pone a disposición del cliente una ayuda eficaz y al mismo tiempo breve para que pueda desarrollar sus capacidades, así como para visualizar y crear los resultados que desea obtener. Cada capítulo se cierra con un resumen que describe y destaca los principios del tema, además de con un ejercicio personal para que el lector pueda experimentar en primera persona estas estrategias.

Valdivia-Salas, S. y Páez, M. (2019). **Aceptación psicológica: qué es y por qué se fomenta en terapia.** Madrid: Pirámide.

Pasados veinte años desde la publicación del primer manual de aceptación psicológica (ACT) por los autores originales y diecisiete desde la publicación del primer manual de ACT en español, el concepto de aceptación que se maneja en la formación, la clínica y la divulgación en la actualidad dista mucho del que se propuso en aquel entonces. Afortunadamente, el conocimiento acumulado ha permitido hacer una definición más precisa de los procesos implicados en la habilidad de la aceptación. Con la llegada de otras formas de terapia que actualmente conviven con las terapias basadas en la aceptación psicológica, tales como el mindfulness o la psicología positiva, se hace necesario volver a la raíz filosófica y teórica de la aceptación psicológica para delimitar sus posibilidades y establecer las diferencias y los aspectos en común con las anteriores. El propósito de este manual es presentar la aceptación psicológica como proceso y como alternativa terapéutica. No se trata de un manual de una terapia específica, sino de un manual sobre el sustento filosófico, teórico y empírico que explica la elección de la aceptación (radical) del hecho de ser humano como alternativa terapéutica.





*Botella, C., García-Palacios, A., Mayoral, F. y Baños, R.M. (2017). **Intervención psicológica en atención primaria para depresión leve-moderada: protocolo para la promoción del afecto positivo: manual del terapeuta.** Castelló de la Plana Publications de la Universitat Jaume I, Servei de Comunicació i Publicacions.*

La depresión constituye el trastorno mental que con más frecuencia acude a los servicios sanitarios, siendo atención primaria uno de los dispositivos que reciben más afluencia de personas con depresión. La medicación y la psicoterapia ofrecen buenos datos de eficacia en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, la psicoterapia está infrutilizada en atención primaria. En este manual presentamos la guía del terapeuta para la aplicación del Protocolo para la Promoción del Afecto Positivo. El profesional encontrará, paso a paso, en cuatro módulos con distintas estrategias para aumentar la ocurrencia de emociones positivas, la implicación con la vida, las relaciones interpersonales y el logro de metas vitales significativas.

5. Un vistazo a la actualidad

5.1. EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO: COMBATIENDO EL ESTIGMA

La visión que la sociedad ha tenido a lo largo de la historia de las personas que sufrían algún tipo de trastorno mental ha sido tan variada como opuesta en muchas ocasiones. En los albores de la humanidad y la civilización, las personas que padecían algún tipo de trastorno mental eran muchas veces concebidas como “tocadas” por los dioses, siendo muchas veces estas idolatradas o escuchadas como oráculos. Más adelante, en la Edad Media, los trastornos mentales eran concebidos bien como “posesiones” del Demonio o como causa de la famosa “Piedra de la

Locura”. En esta época, las intervenciones “terapéuticas” eran administradas por religiosos, quienes buscaban *exorcizar* al paciente (Graham, 2019). Y ya se sabe: el Diablo, cuanto más lejos, mejor. Es quizás bajo esta concepción, cada vez más alejada de lo *divino* y más próximo quizás a lo *demoníaco*, que quizás podamos encontrar el origen del estigma que, en los tiempos que siguieron, fue aumentando y generó un cada vez mayor rechazo de las personas que padecían un trastorno mental.



Es en el periodo de la Ilustración, cuando poco a poco comenzó a desterrarse esa visión *sobrenatural* de los trastornos mentales, resaltando la relación cuerpo-mente (Schultz & Schultz, 2015) y la posibilidad de llevar a cabo intervenciones terapéuticas con estas personas, con el objetivo final de lograr la desaparición de los síntomas (aunque, desgraciadamente, lo habitual era que las personas que padecían un trastorno mental acabaran confinadas de por vida en un hospital o asilo).

Es a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, con el desarrollo la psiquiatría y psicología moderna (Wallace & Gach, 2010), cuando, poco a poco se empieza a hacer énfasis en la necesidad de “humanizar” el trato que las personas con un trastorno mental reciben en las instituciones, comenzando la lenta pero constante lucha contra el estigma y la discriminación (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). Llegados a este punto, consideramos importante el especificar a qué nos estamos refiriendo con personas que padecen un **Trastorno Mental Grave (TMG)**. En España, una de las definiciones más aceptadas es la que en 1987 proporcionó el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH):

Grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social



En la actualidad, en nuestro país las personas que padecen algún tipo de trastorno mental grave y duradero cuentan con recursos asistenciales de calidad, donde trabajan equipos multidisciplinares de profesionales especialmente preparados para la intervención con estas personas, buscando mejorar su calidad de vida e integración normal en la sociedad. Estos recursos se organizan de manera autonómica. Es por ello que, dependiendo de cada Comunidad Autónoma, se pueden encontrar los servicios agrupados de diferente manera. A pesar de ello, y para ilustrar al lector, se explican con un mayor detalle tres recursos que son prácticamente transversales en todas las autonomías, entre los que destacan:

- **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS):** ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicológica, social y apoyo a la integración y actividades de apoyo social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicológico y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.
- **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL):** ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.
- **Centros de Día de soporte social (CD):** ofrecen programas, actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

Para obtener una información más detallada sobre los diferentes recursos asistenciales de salud mental que existen a lo largo de la geografía española, se puede consultar la [Guía de Atención a la Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social](#).

A través de estos y otros recursos, los **objetivos** que se persiguen son: a) favorecer que las personas que padecen un trastorno mental grave y duradero se mantengan en la comunidad en mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida, b) posibilitar que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible, c) potenciar su integración social, d) evitar procesos de marginación, estigmatización y/o institucionalización y e) apoyar a las familias mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.



En estos recursos, la figura del **psicólogo psicoterapeuta** es fundamental. Es el profesional encargado de elaborar las intervenciones con los usuarios de la red (pacientes y familiares). Estas intervenciones se caracterizan por su **enfoque multidisciplinar**, en el que trabajan psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Además de los citados recursos asistenciales, son numerosas las iniciativas que se desarrollan desde estos recursos de manera constante para ayudar a erradicar el estigma en torno a la salud mental: actividades deportivas, grupos participativos en los barrios, encuentros comunitarios, actividades culturales, etc.

Sin duda, se ha recorrido un importante camino en la lucha contra el estigma relacionado con la salud mental en nuestro país, que ha resultado en una mayor sensibilización y aceptación de las personas que sufren algún trastorno mental. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, en especial, en lo relativo al tratamiento que desde los medios de comunicación se da de la salud mental. Y es que, en muchas ocasiones, el titular que aparece en los medios de comunicación ante un suceso en el que alguna de las personas implicadas padecía un trastorno mental es precisamente este: el trastorno (Confederación Salud Mental España, 2019). Este tipo de mensajes y aproximaciones a las noticias no hacen sino potenciar el estigma que las personas con un trastorno mental grave y duradero sufren, por lo que es fundamental acabar con estos titulares. Desde la psicología seguiremos trabajando duro día a día para lograr este objetivo.

Materiales de interés:

- [Guía de Atención a la Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social](#)
- [El Estigma y la Discriminación en Salud Mental en Cataluña, 2016](#)
- [Campaña de Concienciación: “Contra el Estigma de la Enfermedad Mental”. Junta de Andalucía](#)
- [Servicios de Atención a Personas con Enfermedad Mental de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla la Mancha](#)
- [Resumen y Balance 2017 de Actividades de Sensibilización Social y Lucha Contra el Estigma de la Comunidad de Madrid](#)
- [Guía de actuación de los Centros de Rehabilitación Laboral \(CRL\) de Personas con Enfermedad Mental Duradera](#)
- [Guía de actuación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial \(CRPS\) de Personas con Enfermedad Mental Duradera](#)

Referencias:

- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Confederación Salud Mental España (2019). Salud Mental España denuncia el tratamiento estigmatizante de la salud mental por parte de los medios en el caso Valdemoro. Recuperado de: <https://consaludmental.org/sala-prensa/denuncia-tratamiento-estigmatizante-caso-valdemoro-50294/>
- Graham, T. F. (2019). *Medieval minds: mental health in the middle ages* (Vol. 14). Routledge.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2015). *A history of modern psychology*. Cengage Learning
- Wallace, E. R., & Gach, J. (Eds.). (2010). *History of psychiatry and medical psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*. Springer Science & Business Media

5.2. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PSICOTERAPIA?

Si preguntamos a la gente a qué se dedica un psicólogo, es probable que la primera respuesta vaya en la línea de: “a ayudar a la gente a superar sus problemas”, “a curar a la gente que tiene problemas mentales”, “a ayudarte cuando algo te sobrepasa” u otras contestaciones similares. Es decir, en el ideario colectivo, la psicología sería la disciplina encargada de asistir a las personas que padecen algún tipo de malestar psicológico que les interfiere en su vida diaria de un modo u otro. Si nos fijamos pues, la psicología es identificada muchas veces por la gente como equivalente a la Psicoterapia. Como profesionales, sabemos que esto no es así, y que la psicología es una rica disciplina que trabaja en muy diversos ámbitos: el laboral, social, neurológico, educativo... Es por esto fundamental que los psicoterapeutas demos a conocer al público general, de una manera sencilla pero eficaz, qué es la Psicoterapia.

En esta línea, la Asociación Americana de Psicología (APA-American Psychological Association) ha publicado recientemente en su Web un artículo en el que, con un lenguaje cercano y sencillo, expone qué es la psicoterapia, tratando de dar una idea clara y concisa de qué es y a quién puede beneficiarle, a la vez que pone el foco en desterrar mitos y creencias distorsionadas sobre la misma.

Por ello, la APA expone las siguientes ideas en torno a la Psicoterapia:

a) **Todo el mundo puede beneficiarse de la Psicoterapia:**

Las personas buscan la Psicoterapia por diversas razones que surgen en su vida cotidiana. En algunas ocasiones, lo hacen para el tratamiento de la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias, y en otros, se trata de encontrar la solución para hacer frente a importantes cambios en su vida (ya sea una ruptura amorosa, un despido, un cambio de residencia o la muerte de alguien querido). También las personas pueden buscar asistencia psicoterapéutica cuando se sienten desbordadas por aspectos más “cotidianos”, como la educación de los hijos, el funcionamiento en el trabajo, una enfermedad sobrevenida o cualquier otro factor estresante del día a día.

En el pasado, existía un estigma relacionado con la obtención de ayuda para problemas psicológicos o de comportamiento, lo que disuadía a las personas de buscar este tipo de intervención. Sin embargo, tras numerosas campañas de concienciación y reivindicación, esta tendencia se está revirtiendo, y, cada vez más, se está considerando la búsqueda de asistencia psicoterapéutica como una iniciativa positiva. Los investigadores continúan encontrando nuevas evidencias que enfatizan el valor de cuidar la salud mental para garantizar una buena salud física. Son numerosas las investigaciones que reflejan que, como consecuencia de los problemas

emocionales, pueden surgir síntomas físicos y viceversa: a raíz de un malestar físico, podemos desarrollar problemas emocionales.

b) La Psicoterapia es comprender tus pensamientos y emociones:

Cuando vivimos momentos difíciles, es siempre importante contar con una red de apoyo primaria (familia y amigos) en la que respaldarnos. Muchas veces, el apoyo que estas personas nos brindan es suficiente para hacer frente al bache, y seguir adelante. No obstante, muchas veces este apoyo no es suficiente (por muy diversos motivos). Un profesional de la Psicología puede ofrecer mucho más que el mero hecho de hablar con familiares y amigos: los psicoterapeutas cuentan con años de formación especializada, capacitación y experiencia que los hacen expertos en la comprensión y el tratamiento de problemas complejos. Asimismo, la investigación muestra que la Psicoterapia es eficaz y útil. Las técnicas que utiliza un psicólogo durante la Psicoterapia se desarrollan a lo largo de décadas de investigación y son más que "solo hablar y escuchar".

Los psicólogos están formados para reconocer el comportamiento o las tendencias de pensamiento de una manera objetiva, al no estar vinculados profesional y no afectivamente con el paciente (sabemos que muchas veces, las emociones pueden nublar el juicio crítico-objetivo). Por este motivo, se puede ser completamente sincero con un psicólogo, sin preocuparse de que alguien más tenga conocimiento de lo que se ha revelado. La relación terapéutica se basa en la confidencialidad (con la excepción de que existiera amenaza de que la persona pudiera hacerse daño a sí misma o a otros, o que un juez le requiera información, excepciones en las que, en todo caso, se aclaran previamente con el psicólogo) y en la certeza de que el psicólogo no está ahí para juzgar lo que la persona hace, piensa, siente...

c) Pedir ayuda es el primer paso para comenzar a sentirse mejor:

Como se indicaba antes, en muchas ocasiones antes de comenzar con la Psicoterapia, las personas intentan resolver sus dificultades por sí mismas durante semanas, meses e incluso años, hasta que descubren que no es suficiente. Dar el paso de comenzar la Psicoterapia no significa un fracaso, sino que implica haber tenido el empuje necesario para admitir que se necesita ayuda, lo cual es un signo de fortaleza en lugar de debilidad, y el primer paso para sentirse mejor.

d) La Psicoterapia es interactiva y colaborativa:

Con frecuencia, el psicólogo comienza el proceso de la Psicoterapia pidiendo a la persona una descripción del problema que ha impulsado la búsqueda de ayuda. Esto es solo el punto de partida de la Psicoterapia. También se recopila información relevante sobre sus antecedentes, el

historial de sus problemas y otras áreas importantes de su vida, así como las diversas formas en que ha tratado de abordar las situaciones. La Psicoterapia suele ser un proceso interactivo y colaborativo basado en el diálogo y la participación activa del paciente/cliente en la resolución conjunta de problemas.

El psicólogo puede animarle a practicar nuevas habilidades entre las sesiones o asignarle tareas relacionadas con la lectura y búsqueda de información, para que pueda aprender más sobre un tema en particular. Juntos, el paciente y su psicólogo identifican los problemas, establecen metas y supervisan la progresión.

e) Estar abierto:

Un componente de la Psicoterapia podría implicar el análisis de las experiencias en la infancia y los eventos significativos que han impactado en la vida de la persona. Relacionar la información de sus antecedentes familiares puede ayudar tanto al paciente/cliente como a su psicólogo a comprender las percepciones y sentimientos existentes, las actuales estrategias de afrontamiento, o a ver los patrones que se han desarrollado. Echar una mirada hacia atrás supone comprender mejor el presente, y realizar cambios positivos orientados al futuro.

En ocasiones, el psicólogo puede elegir enfocarse de forma primordial en el problema o crisis actual que ha impulsado la búsqueda de tratamiento, sin profundizar en modo alguno en experiencias pasadas. A este respecto, puede enseñar al paciente/cliente a incorporar técnicas y herramientas que le ayuden a cambiar los pensamientos o conductas que, en la actualidad, están contribuyendo a la aparición del problema.

f) La Psicoterapia no es para siempre:

Durante la Psicoterapia, cada persona progresa de un modo distinto. A modo de ejemplo, la APA, recoge los resultados de un estudio de 1986, sobre la relación entre la duración del tratamiento y los beneficios del mismo, cuyos datos ponen de relieve que, en 8 sesiones de Psicoterapia, aproximadamente el 50% de los pacientes mejoraban considerablemente, un porcentaje de mejoría que se incrementaba a cerca de un 75% a los seis meses (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986).

El tema de la duración es un aspecto de lo que se puede hablar al inicio, durante el establecimiento de un plan de tratamiento. A este respecto, la APA recuerda que el objetivo del psicólogo no es mantener a la persona como cliente para siempre, sino enseñarle técnicas y herramientas que le ayuden a funcionar mejor en su vida diaria.

g) La Psicoterapia es confidencial:

Es muy importante recordar que la Psicoterapia está sujeta a unas normas de confidencialidad. Solo el paciente/cliente puede divulgar información sobre su salud a terceros. Los únicos que pueden tener conocimiento de lo abordado en el transcurso de las sesiones de Psicoterapia son el paciente/cliente, su psicólogo y cualquier persona que cuente con una autorización por escrito del primero para que hable con su psicólogo (como un médico o un miembro de la familia).

Referencias:

- American Psychological Association (2018). APA Help Center: Get the Facts About Psychotherapy. Washington, USA. Recuperado de <https://www.apa.org/helpcenter/psychotherapy-myths>

6. Certificación Europsy: Especialista en Psicoterapia**6.1. NO DEJES DE ACREDITAR TU FORMACIÓN Y EXPERIENCIA SOLICITANDO TU “CERTIFICADO DE PSICÓLOGO EUROPSY DE ESPECIALISTA EN PSICOTERAPIA”.**

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



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

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

7. Buzón de sugerencias

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



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

