

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

XIX Convención Anual de la Psicología y II Feria de la Psicología en Andalucía Oriental



Castillo de Gibralfaro
Málaga, 10 de junio de 2016

C/ Alcazabilla
Málaga, 11 de junio de 2016

¿Duermes con tu peluche o con tu mascota?

...ayudan a reducir la presión arterial, incrementan la actividad física, reducen el estrés y mejoran el estado de ánimo. Por lo tanto, podríamos afirmar que: *las personas que tienen un perro son más felices*. La interacción y el amor recíproco ayudarían a mantener a la persona en un estado general más positivo...

Pág. 11

Dilemas éticos: la intervención con menores cuando existen conflictos de intereses entre los padres.

... La intervención con menores, cuando existe conflicto de intereses entre sus padres constituye, sin duda, una de las situaciones que genera, en todos los Colegios de la Psicología de nuestro país, mayor número de denuncias en el ámbito deontológico...

Pág. 5

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental
Temporada II. Número 40. Mayo 2016

Director: **Redacción y administración:**

Manuel Mariano Vera Martínez

Ilustre Colegio Oficial de Psicología de
Andalucía Oriental

Directores asociados:

Jorge Jiménez Rodríguez

María Ascensión López Galán

C/ San Isidro, 23 - 18005 Granada

Tel: 958 535 148

Fax: 958 267 674

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Psicología de
Andalucía Oriental (COPAO)

Web: www.copao.com

Email: copao@cop.es

CONSEJO EDITORIAL

Manuel Aleixandre Rico. Universidad de Granada

Julián Almaraz Carretero. Universidad de Málaga

Gualberto Buena Casal. Universidad de Granada

Rosario Carcas Castilla. Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón

José A. Carrobles Isabel. Universidad Autónoma de Madrid

Fernando Chacón Fuertes. Universidad Complutense de Madrid

Francisco Cruz Quintana. Universidad de Granada

Jesús de la Fuente Arias. Universidad de Almería

José R. Fernández Hermida. Universidad de Oviedo

María Benigna García Fernández. Universidad de Granada

Juan García García. Universidad de Almería

Pablo García Túnez. Coord. de Salud Mental. Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Juan Godoy García. Universidad de Granada

Débora Godoy Izquierdo. Universidad de Granada

Fernando Justicia Justicia. Universidad de Granada

Francisco Labrador Encina. Universidad Complutense de Madrid

Alfonso Luque Lozano. Universidad de Oviedo

Antonio Maldonado López. Universidad de Granada

Elvira Mendoza Lara. Universidad de Granada

Miguel Pérez García. Universidad de Granada

Nieves Pérez Marfil. Universidad de Granada

Jacobo Reyes Martos. Universidad de Jaén

Ramona Rubio Herrera. Universidad de Granada

Francisca Ruiz Moreno. ASIMA, Málaga

Francisco Santolaya Ochando. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología

Javier Urra Portillo. Universidad Complutense de Madrid

Jaime Vila Castelar. Universidad de Granada

Manuel Vilches Nieto. Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental

Impreso en España

Disponible en <http://goo.gl/Vkf5fX>

ISSN: 1130-3735

Depósito legal GR-415-1985

Encuentros en Psicología se distribuye gratuitamente a los
colegiados del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de An-
dalucía Oriental.

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de ninguna forma ni por ningún medio, sea éste eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización por parte de los editores.
Imagen de la portada: diseño y maquetación COPAO

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

4	Editorial.
5	Dilemas éticos: la intervención con menores cuando existen conflictos de intereses entre los padres.
10	Mesa de trabajo sobre pobreza infantil en España: desde el escepticismo a la concienciación y la intervención.
11	¿Duermes con tu peluche o con tu mascota?
15	La actuación de los profesionales de la psicología en emergencias en el caso del accidente del Germanwings. Entrevista a Begoña Odriozola
19	Terremotos 2016 ¿Es posible la resiliencia?
28	Gestión de las emergencias en el 112 de Andalucía.
29	Evolución en España entre 2003 y 2013 de la situación de las personas dependientes y el cuidado informal.
35	<i>Bullying</i> : un drama en las aulas.
40	El COPAO participa en el congreso euro-latinoamericano de intervención en justicia juvenil.
41	Ritos, rituales y demás sacramentales...
46	Jóvenes.
49	Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas.
53	Intervención psicológica en las medidas de tratamiento ambulatorio psicológico y de deshabitación de sustancias con menores infractores.
56	Foro internacional de mediadores profesionales (FIMEP) 2016.
59	Psicología y cine: una mirada de mil yardas.
63	Máster en tratamiento psicológico infantil y juvenil.

JUNTA DE GOBIERNO

DECANO	D. Manuel Mariano Vera Martínez
VICEDECANA PRIMERA, Y DE MÁLAGA	D ^a Francisca Ruiz Moreno
VICEDECANO DE ALMERÍA	D. Alfonso Ibáñez Bonilla
VICEDECANO DE GRANADA	D. Manuel Vilches Nieto
VICEDECANA DE JAÉN	D ^a Rocío Cobo Gutiérrez
SECRETARIO	D. José Luis Pérez Cobo
VICESECRETARIA	D ^a Beatriz González Segura
TESORERA	D ^a Matilde Cambil Contreras
VOCALES	D. Manuel Aleixandre Rico D. Manuel Vergara Blázquez
VOCALES DELEGADOS DE SECCIONES	D ^a Rocío Cobo Gutiérrez D ^a Susana Barragán Sánchez D ^a Asunción Tárrago Ruiz D. Manuel Vilches Nieto D ^a Aída Herrera Pérez D. Francisco Esteve Hurtado D. Jorge Jiménez Rodríguez D. José Antonio Torres Fernández D ^a Isabel Vega Betoret D ^a Carmela Rull Galdeano

Presentamos este número de la revista *Encuentros en Psicología* cuando se acerca nuevamente nuestra cita anual en la Convención del COPAO. En esta edición, la decimovena, los colegiados malagueños recibimos a nuestros colegas de Andalucía Oriental en el Castillo de Gibralfaro, nuestro más antiguo monumento, que nos acompaña desde tiempos de los fenicios y que constituye una de nuestras atracciones turísticas más conocidas.

Siguiendo una tendencia que ya es tradición, el COPAO se esfuerza año tras año por localizar espacios emblemáticos que nos sirvan de marco a nuestro encuentro anual. Este año, la ciudad de Málaga os invita a disfrutar de un entorno privilegiado para celebrar el acto social más importante de la vida colegial.

Como viene siendo habitual, el acto protocolario vespertino acogerá los momentos más entrañables: el reconocimiento a nuestros compañeros que celebran sus veinticinco años de fidelidad al Colegio y la entrega de insignias a los nuevos colegiados. Este acto tiene para nosotros un enorme valor simbólico, al permitir que en el mismo espacio coincidan veteranía y juventud, savia nueva y experiencia, en definitiva, la representación del perfil profesional de la psicología.

Nuestra convención reconoce anualmente a personalidades e instituciones que han destacado en su defensa y promoción de la psicología. En esta edición reconocemos a la *Asociación Antisida* de Málaga, y al equipo de neuropsicólogos del hospital Carlos Haya, ambas instituciones fuertemente comprometidas con la promoción de la salud mental y el bienestar en nuestra provincia. También reconoceremos la labor divulgadora de D^{ra} Laura García Agustín, psicóloga clínica, escritora y colaboradora de programas de radio y televisión. Y entregaremos nuestro premio a la trayectoria profesional a nuestro compañero D. Fernando Gálligo Estévez, psicólogo

veterano en el COPAO que merece sobradamente nuestra distinción.

Este año retomamos el evento que comenzamos a celebrar en la convención de Granada de 2014, la II Feria de la Psicología en la malagueña calle Alcazabilla. Con ella hemos pretendido acercar las distintas áreas de esta disciplina a la población, con una temática variada y en un ambiente de compromiso y profesionalidad. Todas las secciones y comisiones del COPAO estarán presentes en los stands de la feria para dar a conocer a los malagueños todas las posibilidades que la psicología ofrece para la promoción de la salud mental y el bienestar. Espero que esta nueva edición consolide nuestro encuentro y se convierta en una cita ineludible.

Espero contar con muchos de vosotros en este encuentro y disfrutar en vuestra compañía de la noche de la psicología en la ciudad de Málaga.

Francisca Ruiz Moreno
Vicedacana del COPAO



Dilemas éticos: la intervención con menores cuando existen conflictos de intereses entre los padres

Torcuato Recover.

Asesor Jurídico del Ilustre Colegio Oficial de la Psicología de Andalucía Oriental

La intervención con menores, cuando existe conflicto de intereses entre sus padres constituye, sin duda, una de las situaciones que genera, en todos los Colegios de la Psicología de nuestro país, mayor número de denuncias en el ámbito deontológico.

Favorece esto una redacción quizás no muy afortunada, del artículo 25 del Código Deontológico del Psicólogo¹, que, en su texto vigente, establece:

Artículo 25.

Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

De un lado, el texto transcrito establece que la actuación que el mismo regula queda acotada a los supuestos de intervención, que es textualmente el ámbito al que se remite el precepto, lo cual podría entenderse que excluye las

actuaciones profesionales no comprendidas en tal concepto².

La decisión de la Junta de Gobierno del Consejo General del COP a que luego nos referiremos, matiza que puede considerarse como intervención: *la aplicación de tratamientos y utilización de instrumentos psicológicos que inciden sobre aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y en la mejora de su estado general de salud*³.

Por otro lado, la redacción literal del texto permite, y justifica que se produzcan numerosas denuncias por posibles infracciones de aquel precepto, cuando alguno de los progenitores alega no haber sido informado de la intervención realizada.

El supuesto es importante, y, como adelantaba, genera numerosas denuncias ante las

² La Disp. Adicional 7ª de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, que regula la psicología en el ámbito sanitario, diferencia tres planos de actividad profesional que corresponden al Psicólogo General Sanitario, y por ende a quienes realizan psicología sanitaria por estar inscritos en centros de tal condición antes del 5 de octubre de 2014: investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas.

³ Por precisar la diferencia quizás conviene indicar que el mismo texto distingue la **evaluación**, como "las actividades consistentes en valorar y opinar sobre los conocimientos o aptitudes del paciente".

¹ En adelante lo citaremos como CDP.

Comisiones Deontológicas, pues es preciso contextualizar que, a menudo, la intervención con el menor se produce bien directamente para obtener informes que van a tener alcance en trámites judiciales, o porque, aun cuando ésta no fuese su finalidad primera, los informes o documentos emitidos acaben accediendo a procedimientos en los que se ventilan intereses personales contrapuestos, cuando no abiertamente enfrentados, entre los padres del menor.

En un reciente estudio, realizado por miembros de la Comisión Deontológica de nuestro Colegio⁴, se obtienen dos datos elocuentes al respecto:

- El 49% de las denuncias formuladas en materia deontológica se generan por intervenciones profesionales realizadas en el ámbito de la psicología jurídica.
- El 13,5% de las denuncias presentadas entre 2000 y 2014, estaban referidas a posible incumplimiento de lo establecido en el artículo 25 del CDP.

También en Urra (2009) en un interesante trabajo del año 2009⁵, señala la incidencia de los conflictos deontológicos que se derivan de este artículo, que genera frecuentes conflictos, y denuncias por mala praxis ante las Comisiones Deontológicas⁶.

4 Comisión Deontológica del COPAO (2015). Estudio descriptivo de las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental (2000-2014). Encuentros en Psicología. Temporada II. Nº 39. Diciembre 2015. Pp. 7-14.

5 Urra, J. (2009). Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos. Consejo General de Colegios de Psicólogos. FOCAD. Enero-Marzo.

6 En su trabajo, los porcentajes de incidencia de esta materia se disparan respecto de los considerados en nuestro ámbito territorial, de forma que, por ejemplo, los supuestos de evaluación de menores sin ver a ambos progenitores, tiene una incidencia del 47.6% en las actuaciones realizadas dentro del ámbito de la psicología jurídica, y del 24,1% fuera del área; mientras que la intervención instada por el progenitor no custodio, con desconocimiento del otro, tiene una incidencia del 24.8% en el área jurídica y del 24,3% fuera de ésta.

El tema no es pacífico, e incluso a menudo, se cruza con el derecho a la tutela judicial efectiva, que consagra el art. 24 de nuestra Constitución, una de cuyas vertientes radica precisamente en el derecho a acceder y practicar ante los tribunales actuaciones de prueba, como la que podría venir constituida por informes periciales realizados por psicólogos en procedimientos en los que se ventilan, entre los progenitores, cuestiones relativas a menores, entre las que podremos citar, como las más frecuentes, las derivadas de regímenes de visita, para su implementación o modificación; de atribución de la custodia, y ahora, con más frecuencia, cuando se discute también la posibilidad de la custodia compartida. Pero no podemos ignorar cuestiones más trascendentes, que también inciden en la aplicación de este precepto: la valoración de daños psicológicos, abusos sexuales, o cualquier otra actuación que implique intervención profesional del psicólogo.

El presente artículo pretende ser únicamente una ayuda, una propuesta de acercamiento al tema, por parte de los profesionales de la psicología, para evitar, en lo posible que sus actuaciones sean valoradas como negligentes o de mala praxis, y justifiquen no ya denuncias en vía deontológica, sino sanciones.

Y digo en lo posible porque hemos de ser conscientes de que en situaciones de enfrentamiento de intereses como los que, con frecuencia, genera una ruptura matrimonial o de pareja, desgraciadamente a menudo se genera una belicosidad, desprovista de cualquier objetividad, que con frecuencia lleva a apuntar contra todas las personas que aparecen en el escenario, aunque su rol sea poco menos que el de meros actores invitados.

En este sentido, y en tanto se cierra el ya largo proceso de aprobación de nuevo texto del Código Deontológico que actualice, entre otras, esta cuestión, es útil seguir el criterio que dejó

sentado sobre esta materia el Consejo General de Colegios de la Psicología, en reunión de su Junta de Gobierno de 22 de septiembre de 2012, del que resumo las cuestiones más relevantes.

El acuerdo citado precisa que, conforme establece el texto del art. 25 del CDP, que consideramos, la obligación que corresponde al psicólogo, en la intervención con menores, es la de que ésta sea conocida, por ambos progenitores (“se hará saber”). Por tanto, en el supuesto de que la intervención sea solicitada por uno de ellos, será preciso que el profesional conozca, tanto el contenido de la posible intervención, su finalidad y objeto, como la situación existente entre los padres, y de cumplimiento a esta obligación de comunicación.

La regulación del ejercicio de la patria potestad es muy somera en nuestro derecho, y así el art. 156 del Código Civil, diferencia los actos de lo que podríamos llamar gestión o ejercicio ordinario de la patria potestad con aquellas decisiones que pueden considerarse más bien de ejercicio extraordinario. El criterio de diferenciación es relativamente sencillo: comprende este último campo aquellas decisiones que tengan mayor trascendencia, por ejemplo, en los temas de salud grave o relevantes, para los que requiere la norma del consentimiento de ambos progenitores, salvo que se trate de adoptar decisiones de urgencia.

Cuando éste no sea el ámbito, es decir, en decisiones de gestión ordinaria, la decisión puede ser adoptada por el progenitor custodio como ejercicio habitual del cuidado del menor.

Los tratamientos psicológicos vienen siendo entendidos por los tribunales como decisiones propias de gestión extraordinaria, por lo que, conforme antes indicaba, requieren del consentimiento de ambos progenitores⁷.

⁷ Como ejemplo se puede citar la sentencia dictada por la Aud. Prov. de Madrid, de 15 de octubre de 2012, que confirma una

Conforme a ese marco, la decisión del Consejo plantea las dos opciones siguientes, y las consecuencias que de ello se derivan cuando es requerida la intervención del psicólogo:

- Si nos encontramos ante la **aplicación a un menor de tratamientos o terapias psicológicas** deberán ser consideradas como actuaciones de ejercicio extraordinario de la patria potestad y no podrán ser adoptadas unilateralmente por el progenitor custodio, sino que **precisan el consentimiento de ambos progenitores** o, en su defecto, de resolución judicial.
- Si nos encontramos ante la **solicitud de la evaluación de un menor, el progenitor custodio tiene la obligación de informar al progenitor no custodio**. La única vía del progenitor no custodio para mantenerse informado en los casos de incumplimiento de tal obligación por parte del progenitor custodio, es solicitar dicha información de los terceros que la poseen, lo que el no custodio puede hacer, sin duda alguna, como titular de la patria potestad.

Y en consecuencia, propone que: cuando se solicita realizar una **evaluación psicológica** a un menor, el Psicólogo cumple con lo establecido en el Artículo 25 del CDP, **informando** al progenitor “no solicitante” del hecho de la evaluación, invitándole a participar y dándole acceso a toda la información que recabe. En cambio si se solicita **tratamiento psicológico** a un menor será necesario el **consentimiento** de ambos progenitores pero si no lo hay no podremos sancionar deontológicamente por incumplimiento del Artículo 25 del CDP porque dicho artículo **no lo prevé y sólo habla del “deber de informar”**.

anterior en la que se establece que requieren del consentimiento de ambos padres: “Actos médicos no urgentes que supongan intervención quirúrgica o tratamiento médico de larga duración o psicológicos”. En el mismo sentido la A.P. de Alicante, sentencia de 9 de febrero de 2010.

El Código Deontológico no matiza cómo debe cumplirse esta obligación de informar, y sólo requiere que, efectivamente, se haya respetado, por lo que el Consejo considera que se da cumplimiento a la misma, de acuerdo con el expreso texto del precepto, tanto si el colegiado la asume personalmente, y pone en conocimiento de la intervención profesional al progenitor que no la ha solicitado, como cuando esta obligación es asumida por el progenitor que la ha interesado.

Finalmente, el acuerdo considerado, concluye que, dadas las dificultades de aplicación del citado precepto, propone adoptar un **Protocolo de actuación común del/la Psicólogo/a cuando le sea solicitada una evaluación psicológica sobre un menor por parte de uno de los progenitores**, que observe los siguientes criterios:

1. *El/la Psicólogo/a debería informar al progenitor solicitante de la evaluación de un menor, con carácter previo a la misma, sobre la obligación que le corresponde, por su condición de progenitor, de informar al progenitor no solicitante sobre la evaluación psicológica que ha solicitado.*
2. *El/la Psicólogo/a debería procurar informar directamente a ambos progenitores de la evaluación que se va a practicar en el menor, con carácter previo a la misma, para ello el progenitor solicitante de la evaluación deberá facilitar los datos del otro progenitor.*
3. *En caso de que no fuese posible lo anterior, el/la Psicólogo/a debería obtener del progenitor solicitante de la evaluación del menor, su compromiso firmado de la obligación que asume de informar al progenitor no solicitante. Una copia de dicho documento debería incorporarse en todos los informes relativos a la evaluación.*
4. *En caso de no contar con el compromiso firmado del progenitor solicitante se debería renunciar a la evaluación.*
5. *En caso de una evaluación urgente porque presuntamente pueda haber abusos sexuales o maltratos sobre el menor se pondrá en conocimiento del Juez para que él decida.*

De acuerdo con estos criterios constituirá una buena práctica, que evitará censuras de negligencia o de infracción del tan citado artículo 25 del CDP, documentar en el expediente, o en la historia del paciente/cliente, el cumplimiento de esta obligación de informar al otro padre/madre; que, para ello se le han pedido los datos necesarios de contacto, o bien que quien ha interesado la intervención, ha asumido, de forma expresa (y, reiteramos, documentada), el compromiso de informar al respecto al otro progenitor.

Por agotar el tema, es posible situarse en el más que probable escenario de que el progenitor que no interesa la intervención contacte con el profesional, y, en el ejercicio de su derecho/obligación de patria potestad, interese información acerca de cuál es la intervención que se realiza. Si esto se produce el profesional debe ofrecer esta información, como debe hacerlo el médico, o el educador cuando se la requiere el padre o la madre no custodio.

Y aún queda considerar otro posible escenario: el de que, en el supuesto anterior, el progenitor haga uso de su derecho para desautorizar la intervención o manifieste que niega su consentimiento o prohíbe expresamente aquella. En tal caso, lo aconsejable es cesar la intervención profesional, e indicar a los padres que existe un cauce legal para resolver esta cuestión entre ellos, puesto que la nueva Ley de Jurisdicción Voluntaria⁸ regula un procedimien-

⁸ Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Artículos 85 y 86.

to específico para resolver las discrepancias en el ejercicio de la patria potestad.

Compruebo que incluso fuera de este nuevo marco procesal, existen ya resoluciones judiciales dictadas en esta materia, así, en una reciente sentencia de la Audiencia Provincial de La Rioja de 10 de julio de 2015, el tribunal se pronuncia confirmando resolución del juzgado de instancia que determinó que había de realizarse tratamiento psicológico para los

menores hijos del matrimonio al que se refieren las actuaciones y que éste debía ser efectuado por la Psicóloga que había propuesto la madre que desempeñaba la custodia, por considerar que la decisión era procedente, la conveniencia para los menores resultaba confirmada por otras instancias, y no existía motivo para rechazar al profesional propuesto por la madre, pese a las tachas de parcialidad alegadas al efecto por el padre no custodio.

Registro del título de Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica y Psicólogo/a General Sanitario/a

Los/as colegiados/as que hayan obtenido el Título de Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica o, en su defecto, el título de Psicólogo/a General Sanitario/a (o documento equivalente acreditativo) deberán de presentar los títulos en el Colegio para proceder a su registro, y ello en aplicación de lo dispuesto en la Ley 44/2003, y demás normativa aplicable, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, cuyo artículo 5, establece que los Colegios Profesionales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta Ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones Sanitarias, además del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los colegiados y colegiadas podrán presentar sus documentos por correo electrónico, siempre que éstos incluyan el código QR (BIDI). En ausencia de tal requisito, deberán presentar el documento original en cualquier oficina del COPAO, o fotocopia compulsada con sello de compulsada original.

Los indicados registros, respetando los principios de confidencialidad de los datos personales contenidos en la normativa de aplicación, deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad y lugar de ejercicio.

Mesa de trabajo sobre pobreza infantil en España: desde el escepticismo a la concienciación y la intervención

Jorge Jiménez Rodríguez. Colegiado nº AO02086
Vocal delegado de la Sección Profesional de Psicología Educativa.
Representante del COPAO en la Gira de España por la Infancia.

En la Facultad de Trabajo se celebró una mesa de trabajo sobre los problemas de empobrecimiento en la infancia en nuestro país, dentro de la *Gira Española sobre la Infancia* en la que participaron miembros de asociaciones de infancia de Granada, Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Granada, un miembro investigador del Observatorio de la Infancia con sede en la Escuela Andaluza de Salud Pública, el director de un centro educativo concertado de la capital granadina y el vocal de psicología educativa del COPAO.

La mesa de investigación y trabajo fue convocada por el Consejo Independiente de Protección de la Infancia (CIPI) y la *Asociación Infancia, Cultura y Educación* (AICE), que están recorriendo todas las capitales de provincias españolas en estos meses, con la finalidad de diseñar un Plan Estratégico *España por la Infancia*.

Los datos existentes que sitúan a España como el segundo país de la Unión Europea con mayor empobrecimiento infantil no pueden dejarnos impasibles.

El Consejo Independiente de Protección de la Infancia (CIPI) se creó en 2014, coincidiendo con el XXV Aniversario de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, en el *Congreso Internacional Infancia en Contextos de Riesgo*, organizado por la *Asociación Infancia, Cultura y Educación* y la Universidad de Huelva, los días 20, 21 y 22 de noviembre de 2014.

El Plan Estratégico *España por la Infancia* es el conjunto de objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación que tienen por finalidad reducir el elevado índice de pobreza infantil en España y mejorar los niveles emocionales.

La *Asociación Infancia, Cultura y Educación* (AICE) es una entidad sin ánimo de lucro que nace con la intención de desarrollar acciones de calidad, conjugando teoría y práctica, experiencia y trabajo, sueños y realidades. AICE quiere ofrecer un espacio abierto

a todas aquellas personas que crean y apuesten por los niños y adolescentes de cualquier lugar del mundo, que valoren la riqueza que genera la interacción entre culturas y que tengan una perspectiva de la educación en la que las emociones y la creatividad constituyan partes esenciales. La *Asociación Infancia Cultura y Educación* está formada por un grupo de profesionales pertenecientes a ámbitos académicos y de la intervención socioeducativa, desde una perspectiva interdisciplinar.

Con esta iniciativa se ha generado un foro de discusión público sobre diversos aspectos de relevancia en los ámbitos de la infancia, la cultura y la educación y se dará a conocer para sensibilizar a la sociedad del efecto negativo que produce la situación económica sobre la infancia más desfavorecida.

Y no debe quedar ahí, es necesario diseñar y desarrollar programas de intervención socioeducativa con población infantil, con los especialistas expertos en infancia.

Esta mesa de trabajo tuvo buenos frutos: tomar conciencia de los problemas de la infancia según algunos de los expertos que trabajan día a día en diversos campos de la infancia: formativo, acogimiento, servicios sociales, investigación o educativo tanto formal como no formal.

Aprovechamos esta ocasión para seguir demandando la necesidad de reorganizar los servicios de orientación educativa para que alcancen un mayor peso y calidad en el sistema educativo, de tal manera que se considere al orientador como un docente más y como una figura imprescindible en todos los centros.

En definitiva, demostrar con nuestro trabajo diario, como lo venimos haciendo, el valor que juega la orientación educativa, como un servicio de apoyo al profesorado, para mejorar el rendimiento escolar, así como para alcanzar una educación de calidad y dentro de un modelo de educación inclusiva.

¿Duermes con tu peluche o con tu mascota?

Alba González Espinosa. Colegiada nº AO06184

Miembro Acreditado de la Sección Profesional de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias del COPAO en Málaga.

Aída Herrera Pérez. Colegiada nº AO-04413

Vocal de la Sección Profesional de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias del COPAO.

Muchas personas generan tal lazo de unión con sus mascotas que pueden llegar a compartir todo con ellas, incluso la cama. Un estudio sobre la convivencia de las mascotas y las personas, muestra que el 40% de quienes tienen perro o gato, duermen con él en la cama, pero no lo confiesan.

Desde nuestra propia experiencia y como amantes de los animales, nos surgió la idea de escribir este artículo centrado en los beneficios e inconvenientes que nos puede aportar nuestra mascota en el antes, durante y después de la hora del sueño.

El sueño es un fenómeno más cultural de lo que parece, es decir, la forma de entenderlo puede variar según la región y la época (Blunden et al, 2011). Al igual que hace relativamente poco tiempo que, en las sociedades occidentales, tuvo lugar la separación de hábitáculos de descanso por edad (niños y adultos), también hace relativamente poco tiempo que se separaron de forma total los espacios entre humanos y animales. De hecho, hoy día, sigue habiendo culturas donde esta convivencia se sigue manteniendo de manera natural.

Las personas que tienen en casa un perro, un gato u otro tipo de mascota, pueden llegar a ser conscientes del importante papel que el animal desempeña dentro de la familia. Lo que quizá no saben es que esta relación especial "humano-animal" ha llegado a tener un papel

determinante en la evolución de la especie en los últimos 2,6 millones de años. De hecho, nuestra capacidad de ponernos en el lugar del otro (empatía) y nuestro lenguaje, no serían los mismos sin el vínculo de nuestros antepasados con ellos (Pat Shipman, 2011). Intentando hablar con rigor histórico, podemos afirmar lo que al parecer la ciencia arqueológica ha descubierto; y es que hace ya 31.700 años que el perro vive domesticado en estrecha colaboración con el hombre, en un trabajo de complicidad donde ambas especies aportan beneficios a la otra; gracias, entre otras cosas, a la unión de la inteligencia humana con el fino olfato y oído del can (datos corroborados en la Cueva Goyet de Bélgica). Por lo tanto, al parecer, el perro es el animal más humano de cuantos nos rodean; ya que, al menos a través de treinta milenios, su desarrollo ha ido en paralelo al nuestro, lo que ha provocado un vínculo especial, relacionado en ambos casos, con la supervivencia.

Ya desde que somos bebés, y relacionándolo precisamente con este instinto de supervivencia, buscamos a ese fiel compañero que nos acompañe, nos proteja, nos consuele... Éste, en la mayoría de los casos, suele ser el conocido por todos/as como "osito de peluche". Teniendo en cuenta esto, podríamos afirmar que ya desde los primeros días de nuestra vida, tiene lugar el desarrollo de ese vínculo especial, que hablábamos anteriormente, y que en este caso concreto "bebé-pelucho", se irá modificando paulatinamente debido al desarrollo del/la

niño/a y a su paso por las diferentes etapas del período evolutivo, pero que sin embargo, nos atrevemos a afirmar, seguramente nunca desaparecerá, porque: ¿Quién no recuerda a ese amigo especial que le acompañó durante los primeros años de su vida? ¿Quién no conservó durante mucho tiempo o aún conserva a este personaje?

El osito de peluche aunque pueda estar presente en otros momentos del día, realmente se convierte en el *guardián de los sueños* de los/as niños/as y suele ser el sustituto cuando, durante la noche, mamá/papá no está.

Por otra parte, tener una mascota adopta en los niños valores en su desarrollo, donde se les inculca respeto por la vida, también se desarrollarán los sentidos, y se facilita el aprendizaje manual. Donde se estimula una mejora en los comportamientos sociales, incrementando la alegría e independencia disminuyendo los sentimientos de soledad (Turner y Oster, 2002). Muchas personas que viven solas aseguran que tener un animal satisface las necesidades emocionales.

Llegados a este nivel, y retomando nuestro punto de partida, varias serían las causas e influencias del comportamiento y relación que actualmente se da entre "dueño-mascota". Lo que sí parece estar claro, es que muchos son los beneficios que ambos se aportan.

¿Cómo afecta al sueño dormir con nuestra mascota?

Son varias las investigaciones que se han realizado respecto a esta cuestión, y al parecer los datos siempre son favorables en relación a: *Las personas que duermen con perros descansan mejor porque se sienten más seguras y tranquilas que los que no lo hacen*. Es decir, la mayor parte de las personas entrevistadas coinciden en que dormir con su mascota (perro/gato) les aporta sensación de seguridad, compañía y tranquilidad.

Creemos que en el momento de realizar este tipo de análisis sería fundamental tener en cuenta una serie de factores tanto externos, relacionados con: tamaño del animal, tamaño de la cama, disposición del habitáculo, dormir solo o acompañado... como internos: edad, género, factores de vulnerabilidad personal, etc. Diferentes estudios así lo corroboran y los datos obtenidos muestran que el tamaño del can sí que importa, ya que hay un mayor porcentaje de perros de razas pequeñas (Yorkshire Terriers o Chihuahuas) que duermen con sus dueños frente a un menor porcentaje de razas grandes (San Bernardo o Labrador). Además, también se destacan factores como el género, al parecer es una conducta que se da con mayor frecuencia en mujeres, y el hecho de tener o no hijos; ya que aparece con mayor probabilidad en aquellas familias donde no hay hijos (Eckstein, 2014).

Otros autores como Smith (2012), en el desarrollo de sus estudios, han trabajado con variables concretas en relación al sueño: calidad, tiempo necesario para conciliarlo y sensación de descanso al despertar. Una vez más, los resultados siguen la línea de que son mayores los beneficios que los inconvenientes, en relación con: apoyo social, interacción social y seguridad personal.

Son muchas las investigaciones que han demostrado que las mascotas ayudan a reducir la presión arterial, incrementan la actividad física, reducen el estrés y mejoran el estado de ánimo. Por lo tanto, podríamos afirmar que: *las personas que tienen un perro son más felices*. La interacción y el amor recíproco ayudarían a mantener a la persona en un estado general más positivo y por lo tanto, usar estrategias de afrontamiento mucho más adaptativas. De ahí, el atrevimiento por parte de diferentes autores a la hora de afirmar que aquellas personas que tienen un perro en casa serían menos propensas a padecer algún tipo de episodio depresivo, e incluso ir más allá, asegurando que: *tener una mascota puede ayudarles a salir de un episodio*

depresivo mayor, siguiendo por supuesto, un tratamiento adecuado guiado por profesionales específicos y cualificados.

Friedmann (2003) dice *La observación implícita o el estar en presencia de animales tiene un impacto directo tanto en la respuesta fisiológica como en la salud psicológica: menos ansiedad y menos depresión.*

Por otra parte facilita la expresión de sentimientos, ayuda a la concentración, autoestima y se utilizan como compañero de juego ya que permiten relacionarse sin desconfianza alguna, ya que se provocan reacciones e interacciones. Se ha comprobado que el vínculo entre los animales y niños contribuye a un aprendizaje saludable (Signes, 2011).

Simple actos como mirar o acariciar a nuestra mascota producen efectos a nivel cerebral, aumentando los niveles de oxitocina (hormona que reduce el estrés) y restringiendo la producción de cortisol (hormona que se libera como respuesta al estrés). Además, a nivel físico, reduciría la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Por lo que actuaría como un potente factor de prevención en cuanto al desarrollo de enfermedades.

Pero, ¿Son todos beneficios? ¿Hay algún inconveniente?

Es algo sabido por todos, que cuando se tiene una mascota en casa, es fundamental el hecho de su cuidado y revisiones veterinarias, ya que podríamos contraer alguna enfermedad si no mantenemos a nuestro animal sano. Bien, pues aun así, los beneficios de compartir la noche con ella, siguen superando a los inconvenientes y/o riesgos, ya que los problemas estarían relacionados con cuestiones previas, es decir, fundamentalmente con una buena educación, con un mantenimiento e higiene continua, y con conductas de acercamiento/contacto adecuadas. Más allá de esto, y siguiendo a los

diferentes autores, el resto de los efectos serían positivos.

Está claro que el hecho de dormir o no con nuestra mascota es un acto totalmente voluntario y por lo tanto, somos nosotros mismos los que decidimos si hacerlo o no y por qué.

Concluyendo, diferentes estudios realizados en Reino Unido y Brasil, coinciden en que los perros son capaces de reconocer e interpretar el estado de ánimo de la persona a través de su voz y las expresiones faciales (revista británica *Biology Letters* de la Royal Society). Esto estaría relacionado con una capacidad interna del animal más allá de un proceso de aprendizaje de reacción a un estímulo concreto, es decir, al parecer sería fruto de una capacidad para asociar señales emocionales. Este hecho podría ser una posible explicación de porqué se acercan cuando nos ven tristes o nos oyen llorar y además, también podría explicar que esa sensación de bienestar que siente la persona al estar cerca de su mascota sea interpretada por ellos como algo positivo y por lo tanto, se convierta en una necesidad recíproca. En cualquier caso, y teniendo en cuenta los datos históricos a los que hacemos referencia en párrafos anteriores, plantearíamos como una posible hipótesis, que esta capacidad de asociar señales emocionales podría deberse en parte, a la particular y espacial relación, desde hace siglos, entre humano y can.

Referencias webs. Consultadas el 1 de marzo de 2016

http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2011-10-04/el-amor-por-los-animales-el-arma-mas-poderosa-del-ser-humano_420486/

<http://www.jrvarela.net/historiaperrohtm.htm>

<http://www.muyinteresante.es/salud/articulo/dormir-con-perros-mejora-la-calidad-del-sueno-321450355797>

[https://t.co/T92IUwyNaS\(https://twitter.com/muyinteresante/status/687401756129529856?s=03\)](https://t.co/T92IUwyNaS(https://twitter.com/muyinteresante/status/687401756129529856?s=03))

<http://magnet.xataka.com/preguntas-no-tan-frecuentes/lo-que-la-ciencia-nos-dice-sobre-dormir-o-no-dormir-con-nuestro-perro-o-nuestro-gato>

<http://lallamadaanimal.blogspot.com.es/2014/08/la-conexion-animal.html#.Vs9JKPLhCUk>

<http://alo.co/salud-y-bienestar/amor-inexplicable-los-animales-una-conexion-fuerte>

<http://www.reporteindigo.com/piensa/articulo/la-conexion-animal>

<http://www.amazings.com/ciencia/noticias/200810d.html>

<http://neanderthalis.blogspot.com.es/2008/10/descubren-domesticacin-del-perro-hace.html>

https://www.wmich.edu/hhs/newsletters_journals/jssw_institutional/individual_subscribers/40.4.Netting.pdf

<http://www.depauw.edu/humanimalia/issue%2011/thompson-smith.html>

<http://consumer.healthday.com/public-health-information-30/centers-for-disease-control-news-120/las-mascotas-podr-iacute-antagiar-enfermedades-a-sus-due-ntilde-os-649131.html>

<http://www.recursosdeautoayuda.com/beneficios-de-tener-un-perro/>

<http://muhimu.es/familia/7principios-esenciales/>

http://noticias.lainformacion.com/ciencia-y-tecnologia/zoologia/los-perros-son-capaces-de-percibir-alegria-o-enojo-de-los-humanos_jhFEirPTgy0hGOAG0yH2I3/

<http://www.muyinteresante.es/ciencia/articulo/los-perros-reconocen-las-emociones-humanas-551452673656>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408111/>

<http://argos.portalveterinaria.com/noticia/4212/articulos-archivo/terapia-asistida-con-animales-en-ninos-con-trastornos-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad.html>

Referencias bibliográficas

Signes, M. (2011). Terapia asistida con animales en niños con trastornos de déficit de atención e hiperactividad. *Argos*. 1-3.

Turner, A., Foster, M. y Johnson, S. (2002). Occupational therapy and physical dysfunction. Australia. Churchill Livingstone. 5 editions.

Smith, B. (2012). The pet effect: health related aspects of companion animal ownership. *Australian Family Physician* 41.6: 439-442.

Eckstein, S. (2010). Pets in Your Bed. *WebMD Online*. 14 Jul. 14, 2014.



La actuación de los profesionales de la psicología en emergencias en el caso del accidente del Germanwings. Entrevista a Begoña Odriozola

Aída Herrera Pérez. Colegiada nº AO-04413

Vocal de la Sección Profesional de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias del COPAO.

Todos recordamos el avión que había despegado del aeropuerto de Barcelona-El Prat y que desapareció cuando se encontraba a una altitud de 2000 metros sobre los Alpes de Alta Provenza, en la región de Provenza-Alpes-Costa Azul. La principal hipótesis de la causa de la caída de la aeronave fue que el copiloto, Andreas Lubitz, provocó que se estrellara deliberadamente, la desgrabación de una de las cajas negras del Airbus destruido permitió comprobar que el copiloto activó el cierre de la puerta de la cabina de mando e inició el descenso de la misma en forma deliberada sobre las montañas. Su respiración en el momento del descenso era normal y desoyó las indicaciones del capitán de que abriera la puerta, incluso este último intentó derribarla con un hacha para recuperar el mando de la aeronave

El accidente del avión A320 de Germanwings que cubría la ruta de Barcelona a Düsseldorf se llevó la vida de los 150 ocupantes del aparato; entre ellos 50 españoles.

Hoy entrevistamos a **D^a Begoña Odriozola Farre**. Ella es especialista en psicología clínica y experta en psicotrauma. Desde 2005 está integrada en el Sistema de Emergencias Médicas (112) de Cataluña, inicialmente en convenio con el Colegio de la Psicología de Cataluña y desde julio 2012

contratada por el Serveis Integrals de Psicologia (SIPS) que es la empresa adjudicataria de este servicio.

Como parte de la respuesta sanitaria integral del Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña, esta empresa fue activada para la intervención psicológica en crisis con los familiares de las personas que viajaban en el avión siniestrado de Germanwings. D^a Begoña Odriozola fue una de los profesionales intervinientes en el Centro de Recepción e Información a familiares y Afectados (CRIFA) situado en el aeropuerto de Barcelona y la psicóloga que acompañó a los familiares en un primer vuelo a Francia para recibir información de las autoridades francesas y visitar el lugar del suceso.

D^a Begoña, muchas gracias por querer colaborar con nosotros y aceptarnos esta entrevista, importante para los psicólogos especialistas en la intervención psicológica en emergencias, catástrofes y crisis, y en general para todos los psicólogos/as.

Pregunta: ¿Podría explicarnos, en líneas generales, cómo fue la activación de la intervención?

Respuesta: Nuestro equipo está integrado en el Sistema de Emergencias Médicas (112) de Cataluña. Una hora después del incidente,

nuestro coordinador recibió una pre-alerta que se confirmó veinte minutos más tarde con la instrucción de acudir a la central del 112, desde donde se organizaba el operativo sanitario. En nuestro caso, la figura del psicólogo siempre actúa como un miembro más del equipo sanitario junto a profesionales de la medicina, enfermería y técnicos en emergencias sanitarias.

P.: ¿Dónde se encontraba exactamente en el momento de la activación? ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones?

R.: Me encontraba en la consulta, en terapia. La verdad es que, en los primeros momentos, sólo piensas en cómo vas a anular todas las visitas que tienes por delante y rogar para que los pacientes no se enfaden demasiado, no se sientan abandonados.... Por suerte, las personas son muy comprensivas y adaptan también sus agendas a esta situación; en cierta manera se hacen co-participes de la relación de ayuda a los afectados.

Si me pregunta por mis pensamientos o sentimientos, no sé qué decir. Lo que recuerdo son pensamientos relacionados con la responsabilidad, con la motivación de ser útil y con la necesidad de seguir demostrando que el papel del psicólogo es fundamental en cualquier accidente de múltiples víctimas. Siempre siento que no estoy sola trabajando, que soy parte del colectivo de psicólogos y que la sociedad entera nos observa; que esto también es una oportunidad y un reto para el colectivo. ¿Emociones? Bueno, ¿qué tienen en común el miedo y la excitación ante un reto? ¡La adrenalina! Parte de nuestro trabajo consiste en canalizarla bien.

P.: ¿Cómo fueron los primeros momentos, su presentación a los familiares?

R.: Cuando llegas a un espacio habilitado para familiares o afectados, las primeras actuaciones tienen que ver con la recogida de

información, la coordinación con los cuerpos de seguridad, rescate o sanitarios que ya se encuentran en el lugar, la previsión de necesidades y la organización de la intervención psicológica general. Sólo después empezamos a hacer el triage psicológico y a atender a las familias en función de la prioridad asignada.

P.: ¿Con quién intervino usted?

R.: Bueno, no sólo yo. Nuestro equipo estuvo destinado a la Sala de familiares del aeropuerto de El Prat de Barcelona, en el Centro de Recepción de familiares dispuesto en un Hotel de Castelldefels y también cubrió el primer viaje en avión al lugar del suceso. Paralelamente, respondimos a 17 activaciones para realizar intervenciones domiciliarias en todo el territorio catalán.

Durante el tiempo que duró el dispositivo, los psicólogos sanitarios realizamos tareas diversas. Entre ellas: presencia preventiva durante las reuniones informativas a las familias; enlace con técnicos sanitarios para la asistencia médica y administración de fármacos; reagrupamiento familiar y refuerzo de conductas de ayuda mutua; organización de la notificación de malas noticias en las familias que lo requirieron; entrevista preparatoria para la recogida de datos "ante-mortem" con familiares consanguíneos directos; contención de respuestas de estrés agudo y reversión de estados demasiado hipoactivos; intervención con personas con desbordamiento emocional y elevada ansiedad; asesoramiento a las familias con respecto a la gestión de crisis con los menores; atención a familiares que presentaban respuestas evitativas para ir a las reuniones informativas; conexión de los afectados que lo necesitaban con la red asistencial para que pudiesen tener un seguimiento; soporte al personal de la compañía aérea encargados de las comunicaciones... Y también se destinó un psicólogo al primer vuelo de Lufthansa a Francia.

P.: Usted fue la psicóloga designada para este viaje ¿Qué sentimientos y emociones le invadían durante el vuelo? ¿Cómo fueron las intervenciones y con quien intervino?

R.: Los familiares iban acompañados de los suyos. La verdad es que no se requirió más intervención que la presencia preventiva. Fue sin duda un vuelo muy especial. Todo lo que digo ya ha salido en la prensa, pero es verdad que todos hicimos el viaje en silencio; un silencio profundo y esencial. Me impresionó mucho la sensibilidad, empatía y trato súper respetuoso que mostró todo el personal de Lufthansa. Para ellos el vuelo era también muy difícil y supieron estar a la altura profesional y humana que se les requería. Sólo sentarme vi que dejaban la puerta de cabina abierta y me pareció que el piloto era una mujer. ¡Pensé que era un detalle absolutamente sensible para los familiares! Durante todo el viaje pudimos ver el cielo a lo lejos. El personal se volcó con todos los pasajeros. Nos dieron de beber y de comer, respondieron a todas las demandas que se les realizaron, con calma y con una profesionalidad que recordaré durante muchos años. El comandante proporcionó información de forma previa a cada maniobra que realizaba...

P.: ¿Cómo fue esa estancia especial en Francia?

R.: Me impresionó todo el dispositivo organizado por los franceses. Se nota que tienen mucha experiencia en esto. Los psicólogos sabemos que la primera necesidad psicológica de los afectados por un incidente de múltiples víctimas es la información. Sólo llegar nos trasladaron a todos a una sala que habían habilitado para las familias, españolas y alemanas. El fiscal francés encargado de liderar las investigaciones proporcionó la información de modo técnicamente perfecto. Fue sensible, directo, claro e iba dando la información de manera paulatina y dejando los espacios de

tiempo suficientes como para que cada uno pudiese ir asimilándola poco a poco. Todo el mundo que quiso preguntar, tuvo la oportunidad de hacerlo y obtuvo su respuesta. Allí fue donde los familiares supieron que todas las hipótesis apuntaban a un acto voluntario por parte del piloto. Ese fue un momento duro.

Los franceses habían activado a todas sus "células médico-psicológicas". En cuanto llegué al recinto me presenté a la médico que las coordinaba, informé del estado de los familiares e informé de cómo había ido el vuelo. Inmediatamente fueron ellos los que se pusieron a mi disposición y entendían que los familiares españoles debían ser atendidos en su lengua materna si eso era posible. El trabajo con los franceses fue súper fácil y, de manera natural, integramos también al personal de Lufthansa designados a la atención de familiares. Desde el punto de vista psicológico, además de la presencia preventiva, intervenimos en la reversión de una reacción de hipoactivación y en varios conatos de reacción de estrés agudo, además de ocuparnos de que la gente bebiese y comiese alguna cosa para mantener el óptimo nivel de glucosa en su organismo.

Dirás que me fijo mucho en las cosas organizativas pero es que es un aspecto muy importante de la intervención en crisis. El traslado a Vernet, al lugar más cercano al accidente fue impresionante. Siete autobuses escoltados por gendarmes en vehículo y en moto. Detrás de ellos, dos vehículos nuestros del SEM y dos más de Cruz Roja, española y francesa. En más de cuatro horas de viaje hasta los Alpes, no nos detuvimos en ningún cruce de carretera; en todos ellos, la policía había parado el tráfico antes. Ahora sí, lo más impresionante era también el silencio reverencial con que nos observaba la gente al vernos pasar. Al paso de la comitiva, todo el mundo dejaba de hacer cuanto estuviera haciendo y se quedaban de pie, estáticos. Parecía que hasta las montañas nos observaban con recogimiento.

Todo lo demás ya ha salido en la prensa. Los rituales ayudan a los seres humanos a iniciar el largo camino de elaboración de la pérdida. Y todo en Francia estuvo pensado con este objetivo. También creo que fue un acierto reservar un lugar para la prensa que pudiese, a la vez cubrir sus necesidades de información y las de intimidad de los afectados.

P.: Cuéntenos algo más sobre el regreso...

R.: Bueno, una de las cosas que resultan muy inspiradoras cuando estás como profesional al lado de las personas que han sufrido una experiencia traumática es ver la capacidad de afrontamiento de los seres humanos, las muestras de solidaridad, la capacidad que tenemos de ayudarnos unos a otros, el gran poder de

adaptación y gran cantidad de recursos que descubrimos tener cuando la vida aprieta... Durante el trayecto de regreso hacia el aeropuerto de Marsella, fui asignada a uno de los autobuses. Esto es algo que no ha salido en la prensa y que podrá sorprender. En un momento dado, alguien hizo un comentario, otro familiar le contestó y, sin saber muy bien cómo esto desencadenó un momento de risa al que yo me sumé rápido, lo que acabó contagiando a dos terceras partes del autobús, que pasamos unos minutos riendo a mandíbula batiente (¡!). Y después seguimos en silencio, de regreso a casa.

Sin aliento, me deja, D^a Begoña, pocas palabras para añadir a tan emotiva entrevista, pero sí un grande GRACIAS por querer compartir estas experiencias con todos nosotros...



Terremotos 2016 ¿Es posible la resiliencia?

Lidia Guerrero Espinosa. Colegiada nº AO07533

María Jesús Rodríguez Gil. Colegiada nº AO07531

Miembros de la Sección Profesional de Intervención Psicológica en Crisis, Catástrofes y Emergencias del COPAO en Málaga

Durante los meses de enero y febrero, la mayoría de los habitantes de Andalucía Oriental (Málaga, Granada, Almería y Jaén) y de la Ciudad de Melilla, han sentido los últimos seísmos registrados el presente año, siendo tres de ellos de especial relevancia y consideración por los daños materiales causados. El 25 de enero a las 05:22:00 horas, con una magnitud de 6,3 en la escala Richter y localizado en Alborán Sur (es el que más daños causó, en especial en la Ciudad de Melilla). El 31 de enero a las 16:25:27 horas, con una magnitud de 4,5 grados en la escala Richter y localizado en Alborán Norte. El 22 de febrero a las 03:52:14 horas, con una magnitud de 4,6 en la escala de Richter y localizado en Alborán Sur. [Http://ign.es](http://ign.es) (Instituto Nacional Geográfico).

En numerosos artículos y notas de prensa recientes, refieren un aumento de las visitas y consultas a los servicios de atención primaria, por cuadros de estrés, en las poblaciones donde más se han dejado sentir los temblores.

Un seísmo, al igual que cualquier otro suceso natural, de carácter imprevisto y que ocasione o pueda ocasionar alteraciones en nuestro ritmo cotidiano de vida, es un estímulo potencial generador de estrés. Igual de importante es el daño psicofisiológico constatado como la percepción de riesgo hacia la posibilidad de ocurrencia de éste. Como animales que somos, ante un suceso de estas características y en el que exista un mínimo riesgo para nuestra

supervivencia, reaccionamos de la manera más primitiva: lucha/huida. Esta reacción será de mayor intensidad cuanto más imprevisible y de mayor magnitud sea el temblor. Nuestra respuesta es un mecanismo de defensa que nos impulsa a tomar las medidas necesarias para garantizar la supervivencia. Sin embargo, deja de ser adaptativa y comienzan a aparecer las consecuencias del desgaste del organismo si permanecemos durante un período prolongado en este estado de alerta.

Vamos a desglosar un poco en qué consiste exactamente esta reacción:

El estrés se interpreta como un conjunto de estímulos, en nuestro caso sería el seísmo y sus consecuencias, y las respuestas asociadas a éste. Es una reacción más o menos universal, por lo que conociéndola, sabremos cómo afrontarla con éxito, y usarla, porque no, en nuestro beneficio. Se produce un incremento del metabolismo general, traducido en *un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión muscular; mayor gasto de energía, liberación de glucosa y ácidos grasos;* así como una reducción de otras funciones básicas, en detrimento de un mayor uso de las anteriores, como puede ser la digestiva, entre otras. Estos cambios son orquestados por el sistema neuroendocrino, en concreto el sistema simpático medulosuprarrenal (encargado de la síntesis y liberación de adrenalina y noradrenalina) y del sistema hipotalámico-

hipófiso-corticosuprarrenal (encargado de la síntesis y liberación de glucocorticoides).

Este incremento del organismo es el que permite nuestra respuesta de supervivencia, proporcionándonos grandes dosis de atención y energía. Sin embargo, como se ha escrito antes, el mantenimiento de este estado de activación durante un tiempo prolongado, hace que nuestro organismo se agote, y en consecuencia se produzca una desregulación de su normal funcionamiento, así como una marcada afectación al sistema inmune, inhibiéndolo.

Seyle (1936), denomina al estado de prolongación de activación *síndrome general de adaptación*, que consta de las siguientes fases:

- a. **Alarma:** Suma de todos los cambios producidos por el organismo, causados por la exposición repentina al estresor (seísmo). Se subdivide además en dos fases: 1. **choque**, caracterizada por sensaciones de hipotermia, hipotensión, depresión del sistema nervioso, disminución del tono muscular (mareos, debilidad...), desintegración tisular, hipercalcemia, acidosis, erosiones intestinales (náuseas, dolor de estómago, diarrea...). 2. **Contrachoque**, pondría en marcha los procesos de "defensa" contra el choque, con un agrandamiento de la corteza suprarrenal (hiperactividad), involución del timo linfático, aumento de la presión sanguínea, hiperglucemia... En definitiva, *nos prepara para la acción*.
- b. **Resistencia:** Suma de todas las reacciones y cambios producidos por la exposición prolongada al estresor (en nuestro caso serían las sucesivas réplicas y nuevos seísmos registrados de manera continuada). Nuestro organismo, a priori, se ha adaptado al estresor, aumentando su resistencia hacia éste, pero a costa de una menor resistencia a otros estímulos externos, generando vulnerabilidad.

- c. **Agotamiento:** Al no poder mantener una adaptación indefinida, y tras la exposición continuada, nuestro organismo se termina agotando, dando lugar a ciertas lesiones características del anterior estado de alarma como problemas de sueño, falta de concentración, poco apetito, problemas cardíacos...

Una vez superadas estas tres fases, nos volvemos vulnerables a una serie de posibles trastornos, entre los que destacan el **trastorno adaptativo**, que no es más que una respuesta sobredimensionada y desadaptativa a uno o varios factores estresantes del medio. En algunos casos el trastorno de adaptación se manifiesta de inmediato, como es en caso de un terremoto, ya que es una respuesta a una situación puntual que ha provocado un estrés agudo. De hecho, si las condiciones estresantes persisten, el trastorno adaptativo adopta una forma persistente. Aunque se debe aclarar que para diagnosticar este trastorno, los problemas emocionales deben aparecer en un rango de tiempo no superior a los tres meses desde que se inició la situación estresante.

Síntomas del trastorno adaptativo

En sentido general, el trastorno de adaptación provoca un malestar intenso en la persona, que es desproporcionado respecto a la gravedad o intensidad de la situación estresante. Ésta siente que es incapaz de afrontar los problemas o planificar su futuro, por lo que suele experimentar cambios en su estado de ánimo que provocan irritabilidad, frustración, ansiedad o depresión.

No obstante, los síntomas varían dependiendo del tipo de trastorno adaptativo:

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Marcado por la tristeza, el llanto y la desesperanza.

- **Trastorno adaptativo con ansiedad:** La persona desarrolla un estado de ánimo en

el que prevalecen las preocupaciones, el nerviosismo y la inquietud por el futuro.

- **Trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo:** En este caso la persona presenta tanto características de la depresión como de la ansiedad.
- **Con trastorno de comportamiento:** En este caso los síntomas están dirigidos hacia el exterior, la persona reacciona a la situación estresante violando las normas y reglas, así como los derechos de los demás. Es común que se involucre en peleas, se vuelva irresponsable y tenga problemas con la autoridad.
- **Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento:** La persona puede experimentar síntomas característicos de la depresión y la ansiedad, pero también presenta trastornos del comportamiento.

En ocasiones el trastorno adaptativo se presenta a través de quejas somáticas, aislamiento social e inhibición.

Sin embargo, no hay dudas de que el trastorno adaptativo no se habría presentado en ausencia del agente estresante.

Efectos cognitivos

Los efectos cognitivos son la confusión, traducida en dificultad o incapacidad para pensar, jerarquizar y concentrarse. Esto es debido a que la corteza cerebral, que dirige estos procesos de orden superior, recibe menos irrigación sanguínea, estando más irrigadas estructuras subcorticales que tienen relación con procesos emocionales que están sucediendo en segundo plano y que, por un lado tienen la función de protegernos y por otro están intentando integrar un evento tan anormal como el vivido. Por lo tanto en momentos como estos es difícil estudiar y realizar tareas cognitivas, pues las personas se encuentran

como en otra dimensión. Algunos efectos pueden ser: Dificultad para dimensionar lo ocurrido, dificultad para pensar, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones (se recomienda no tomar decisiones importantes en estos momentos), dificultad para incorporar nueva información y re-experimentación del evento crítico (flashbacks). Se puede vivir con angustia no poder desempeñarse como se hacía de manera habitual, por eso se habla que durante una crisis vivimos una *Incompetencia entre paréntesis*, pues las capacidades no se han perdido, sino que están disminuidas transitoriamente.

Efectos emocionales

Los efectos emocionales son shock, emociones intensas de angustia, tristeza, rabia, miedo, impotencia, culpa, entre otras. Desborde emocional (ataques de llanto, mucha irritabilidad, aumento de peleas), labilidad emocional (entrar y salir rápidamente y "como sin motivo" de emociones intensas), aplanamiento afectivo (sentirse como "congelado" emocionalmente y lejano a la realidad), negación o minimización de lo ocurrido y re-experimentación. Estas emociones son normales y es importante poder aceptarlas con compasión, sabiendo que son esperables e irán pasando a medida que la crisis se vaya superando.

Efectos Conductuales

- Sobreactivación y conductas erráticas (ponerse a ordenar compulsivamente, trabajar, salir a caminar sin rumbo, levantarse de la cama sin razón, etc.).
- Impulsividad.
- Inhibición de la conducta (quedar paralizado).
- Conductas de evitación (no querer volver a hogares, evitar el lugar donde ocurrió el evento, evitar usar el metro, cines, lugares cerrados).

- Aumento del consumo de alcohol y otras sustancias.

Efectos fisiológicos

- Dolores corporales generalizados y difusos.
- Jaquecas, mareos, desmayos.
- Taquicardia.
- Presión en el pecho.
- Problemas gastrointestinales.
- Cansancio, agotamiento.
- Trastornos del sueño (pesadillas, insomnio, etc.).
- Trastornos de alimentación (aumento o disminución del apetito, olvidarse de comer, etc.).

Efectos relacionales

Nuestras relaciones con otras personas también se ven afectadas como consecuencia de un evento como este.

- Descoordinación de acciones
- Dificultad para ponerse de acuerdo
- Activación de conflictos previos
- Culpabilización mutua
- Responsabilidades se superponen y/o diluyen
- Descalificación de las reacciones de otros

Para qué nos sirve conocer todos estos efectos

Es importante reconocer que todos podemos sentirnos así después de un evento traumático. Por momentos podemos sentir que estamos perdiendo el control o incluso que nos estamos volviendo locos. Es importante recalcar que son los efectos normales producidos por situaciones anormales como las que hemos vivido. Es como si la memoria se encasquillase y no pudiera dar una salida normal a las experiencias vividas (Echeburúa y Corral, 1995).

Es frecuente la comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias, e incluso en casos extremos, intentos de suicidio.

Otro trastorno, más grave, que también puede darse es el **Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT)**. El TEPT se puede entender como una falla de la recuperación. Aparece meses después de que la persona haya sufrido un evento significativo e impactante. El diagnóstico sólo puede efectuarse a partir de un mes después de ocurrido. Antes podría tratarse de síntomas normativos, reacción aguda al estrés o reacción adaptativa. Hay que señalar, con el objetivo de su detección precoz, que los criterios diagnósticos señalados para adultos no siempre están presentes en los niños. Los niños pequeños no reportan las vivencias de re-experimentación del trauma; en vez de eso lo actúan en aspectos relacionados en juegos repetitivos o relatan sueños terroríficos sin contenido específico del trauma.

Se sufre un intenso malestar fisiológico y psicológico al estar frente a recordatorios continuos del hecho (personas, lugares, situaciones, estímulos), sin que normalmente se quiera hablar de ello. Se observan síntomas de hiperactividad, como dificultad para quedarse dormido, irritabilidad o crisis de rabia, dificultad de concentración o reacción de sobresalto aumentada. Igualmente pueden presentarse síntomas asociados de agresividad, oposicionismo, regresión en su desarrollo en el caso de niños (control esfínteres, lenguaje) y miedos no relacionados con el trauma. También es frecuente una disminución del rendimiento académico/laboral, de la atención y memoria.

Por otro lado, es interesante tener en cuenta el distinto poder que ejercen los estímulos de estrés en nuestra reacción, según las condiciones en las que ocurran:

1. **Incertidumbre e imprevisibilidad:** Ambas son características especialmente potentes en la generación y mantenimiento de reacciones de estrés más virulentas. No es

lo mismo que cuando sabemos con certeza que algo va a ocurrir, pues nos daría cierto margen para prepararnos.

2. **Seísmo producido de día o de noche:** Son multitud las circunstancias que inciden en un caso así, y sería imposible nombrarlas y controlarlas todas, pero a grandes rasgos, una posible diferencia entre ellas sería la siguiente:

Durante el día, habría una mayor probabilidad de posibles daños materiales y personales, sobre todo en las ciudades, pues habría mayor actividad humana en el núcleo del suceso (caída de tejas, cornisas, etc., en caso de ir por la calle; caídas de objetos varios, materiales pesados... por estar en el interior de edificios...). El aspecto social merece especial atención, pues una gran parte de la población, se encuentra separada de sus seres queridos, por trabajo, compras y actividades varias; psicológicamente, en caso de un temblor de considerables características, generaría reacciones emocionales y conductuales más intensas y desorganizadas (falta de información acerca del estado de familiares y amigos, impedimentos físicos de acercamiento por corte de calles o carreteras, niños atrapados en colegios...). Como ventaja, podríamos considerar la más rápida intervención de los servicios de emergencia, así como mejor optimización de recursos y materiales. No es lo mismo una ciudad despierta que una ciudad dormida.

La noche, sin embargo, generalmente dedicada al recogimiento y descanso, con una menor actividad; tendría lógicamente una respuesta a nivel de servicios de emergencia y manipulación de recursos menor, más lenta (menos personas trabajando, comercios de abastecimiento cerrados...). A nivel humano, este período al estar dedicado al descanso, el sobresalto sería mayor, produciendo una reacción inicial más intensa y cargada de desasosiego, desorganización comportamental y una respuesta más lenta en la elaboración de un plan de acción (estar en pijama

y acostados y ser testigos de una situación así, hace que salgas corriendo buscando refugio y no prestes atención a llevar ropa adecuada en caso de frío o lluvia, provisionarse agua, comida, linternas, botiquín...). En cambio, como factor protector, los núcleos familiares suelen permanecer unidos, aunque no en todos los casos.

3. **Accidentes naturales o provocados:** El terremoto al tratarse de un suceso natural y que por consiguiente escapa a nuestro control, nuestra sensación de indefensión es mayor; dando lugar a respuestas de estrés más intensas, duraderas y necesitando un nivel más de reorganización. La falta de control de las situaciones a las que nos enfrentamos siempre juega en nuestra contra a nivel de optimización de recursos y herramientas.

Por todo esto, y al tratarse de fenómenos imprevisibles y para los que la sociedad prácticamente carece de control, lo más sensato y la mejor manera de prevenir es mediante la información y la formación, ya que es lo único que podemos controlar.

La **información** sobre lo que ocurre es vital, ya que en caso de su ausencia lo que se genera es más miedo, incertidumbre hacia lo que está ocurriendo, respuestas más desorganizadas, creación de rumores, reacciones de pánico colectivas... Debe ser proporcionada por fuentes fiables y de confianza para la población, como Policía Nacional y Local, Guardia Civil, Bomberos, Protección Civil,... ya que así maximizaremos su toma en consideración y respeto de las recomendaciones dadas. Cuidar los rumores y eliminar los pensamientos catastrofistas, no necesitamos más impedimentos, sino planes de acción eficaces. El objetivo es siempre evitar el drama y pánico social, pues no haría más que empeorar la situación; sin embargo, es necesario conocer qué está pasando y sus dimensiones, para así poder actuar en consecuencia.

Respecto a la **formación**, debemos reconocer que todo conocimiento es fuente de poder. Poder de actuación, en cuanto a qué hacer, cuándo y cómo; y poder en cuanto a seguridad y tranquilidad personal; poder preventivo y poder de resiliencia.

Si sabemos qué es lo que está pasando en un momento determinado y sabemos cómo debemos de actuar, procesaremos y afrontaremos la situación estresante de una manera mucho más adaptativa y sana. Todos los días estamos expuestos a multitud de peligros, pero ¿sabemos lo que debemos hacer?

Sería interesante crear en casa una especie de decálogo sobre diferentes situaciones de emergencia que por probabilidad nos podamos encontrar; junto con una serie de pasos sencillos que indiquen cómo actuar en cada momento, así como las reacciones “normales” que solemos tener ante esas vivencias (es normal sentir miedo, tristeza, ganas de llorar, ponerse nervioso, no saber qué hacer al principio, sentir náuseas... etc.). El objetivo es ir creando distintos escenarios y los pasos a seguir. Para los mensajes debe de usarse frases cortas, con poca carga informativa en cada uno y un lenguaje claro e inteligible por todos. También se pueden realizar ejercicios de role-playing (simulacros), enfocados como un juego en familia o entre amigos. De esta manera tenemos la posibilidad de poner en práctica lo aprendido y, en caso de que suceda de verdad, no será una situación totalmente nueva, y dispondremos de ciertos recursos a poner en práctica.

Desde el *grupo de intervención en catástrofes, crisis y emergencias del COPAO*, llevamos mucho tiempo trabajando en la formación y difusión de información; con varios proyectos en activo actualmente; realizando ejercicios de formación y simulación en colegios, realización de artículos para divulgación, formación para profesionales de las emergencias y para toda la población interesada.

Y ya que dentro de nuestras funciones está formar, creo que queda bien al caso aportar un poco de información sobre qué es un terremoto, si es normal o no esta cadena de seísmos que estamos viviendo y algunas recomendaciones sobre qué debemos hacer en caso de uno.

¿Qué es un seísmo?

Los terremotos, seísmos, sismos o movimientos telúricos son temblores de la corteza terrestre, originados por la súbita liberación de energía mecánica acumulada en la litosfera.

El hipocentro es el punto de la litosfera donde se produce el seísmo; la fuente sísmica. El epicentro es el punto de la superficie terrestre situado justo verticalmente al hipocentro.

Una falla, es una rotura de la corteza terrestre, produciéndose un desplazamiento de la masa rocosa de un lado de la fractura respecto del otro lado.

Un terremoto no aparece solo, de manera aislada, sino dentro de un conjunto o serie; existiendo precursoros, que son los pequeños temblores que preceden al principal; y las réplicas o terremotos menores originados después del principal.

Los terremotos, al contrario de los que en un primer momento se podría deducir, no se pueden predecir. (Texto procedente y adaptado del Manual de Protección Civil. Curso de formación básica. Escuela de Seguridad Pública de Andalucía (ESPA), 2º ed. Enero 2001).

¿Cómo se mide un terremoto?

Mediante su magnitud, que indica la energía liberada y el tamaño del terremoto. Se usa para ello la escala de Richter.

Y mediante la intensidad, siendo ésta el efecto de las sacudidas en los lugares impacta-

dos, usándose para ellos la escala MSK (Medvedev, Sponheuer y Karkik). (Texto procedente y adaptado del Manual de Protección Civil. Curso de formación básica. Escuela de Seguridad Pública de Andalucía (ESPA), 2ª ed. Enero 2001).

¿Qué debemos hacer en caso de un terremoto?

Las medidas de autoprotección se clasifican según la temporalidad:

Antes del terremoto:

- Preparar objetos imprescindibles, como botiquín, linternas, radio a pilas, pilas de reserva. Depositados en un lugar conocido por todos.
- Conocer técnicas de socorrismo y primeros auxilios.
- Conocer las reacciones psicofisiológicas normales.
- Conocer dónde están y cómo desconectar interruptores, enchufes, llaves del gas y agua...
- Asegurar objetos pesados y armarios a la pared. Abstenerse de colocar objetos pesados en lugares altos.
- Prever un plan de actuación y lugar de reagrupación o punto de encuentro.
- Disponer del número de teléfono de los servicios de emergencias.
- Revisar, mantener y garantizar la buena estructura de nuestra vivienda.

Durante el terremoto:

- Intentar mantener la calma. El temblor escapa de nuestro control, sin embargo sus consecuencias sí que podemos minimizarlas.
- Si se está dentro de un edificio, permanecer dentro; si se está fuera, permanecer en el exterior. Entrar y salir de edificios sólo puede causar más riesgos.

- Dentro de un edificio, buscar estructuras fuertes, como debajo de una mesa o la cama, bajo el dintel de una puerta, un rincón...
- Nunca usar los ascensores, en todo caso, siempre las escaleras. Pero no huir hacia la salida.
- Fuera de un edificio es importante mantenerse alejado de cables, cornisas, cristales...Dirigirse hacia lugares abiertos, sin correr y con especial precaución al tráfico. Si se está en el interior de un vehículo, parar donde permita el tráfico y permanecer en su interior.
- Apagar todo fuego y no utilizar ningún tipo de llama durante o inmediatamente después del temblor.

Después de un terremoto:

- Comprobar que se está ileso y socorrer a posibles heridos.
- Mantener la calma y tranquilizar a los demás; impedir cualquier situación de pánico.
- Comprobar el estado de las conducciones de gas, agua y electricidad.
- Salir ordenada y paulatinamente del edificio.
- Abstenerse de telefonar excepto en situaciones de extrema urgencia; pues podemos caer en el riesgo de colapsar las líneas de comunicación.
- Si el epicentro es marino, alejarse de costas o playas.
- Seguir las normas o plan de actuación propuesto por los sistemas de emergencia.
- Escuchar la radio y estar pendientes de las instrucciones dadas por Protección Civil.
- Informar de destrozos graves en edificaciones.
- Atender llamadas de ayuda que hagan las autoridades.
- Economizar recursos (agua, comida, combustible...).

(Texto procedente y adaptado del Manual de Protección Civil. Curso de formación básica.

Escuela de Seguridad Pública de Andalucía (ESPA), 2º ed. Enero 2001).

¿Es algo nuevo o normal la actual serie de terremotos?

No es nada nuevo en absoluto, y sí, es algo normal en nuestra zona geográfica, por sus especiales características.

Andalucía puede calificarse como una zona de riesgo sísmico medio; y a lo largo de su historia ha sufrido varios terremotos de carácter destructor (durante el siglo XX hubo nueve, la mayoría de grado VIII en la escala de Richter. Por lo que nos deja claro que los temblores nos volverán a visitar. *(Por ejemplo, el 24 de abril de 1431, con una intensidad de XI en Pinos del Puente (Granada), el 9 de octubre de 1680, con una intensidad XI en Málaga; el 1 de noviembre de 1755, con una intensidad de XI-X, localizado en el Atlántico; el 9 de junio de 1964 con una intensidad de VIII en Granada, entre otros).*

Aunque se repiten según intervalos más o menos fijos, del orden de uno a dos siglos, tales lapsos tan dilatados no permiten una predicción mínimamente operativa para alertar a la población.

Dentro del contexto de España, Andalucía es la zona con más incidencia de este tipo de fenómenos geofísicos; toda vez que su situación en los límites de un continente y próximo a otro, así como la juventud de sus suelos la propician.

Las áreas de mayor riesgo sísmico son:

- Zona sur de Andalucía Oriental (intensidad VIII de la escala MSK).
- Área de Granada (intensidad IX de la escala MSK).
- Provincia de Huelva (en su mayoría) y área suroeste de la de Sevilla.

La singular sismicidad de Granada se constata por los siguientes temblores: Arenas del Rey (el día de Navidad de 1884, intensidad X, con mil muertos), Albolote-Atarfe (en 1956, intensidad VIII, con daños en construcciones) y Granada (junio 1964, magnitud VIII, con daños en construcciones y deslizamiento de laderas). (Texto procedente y adaptado del Manual de Protección Civil. Curso de formación básica. Escuela de Seguridad Pública de Andalucía (ESPA), 2º ed. Enero 2001).

Reflexión

El poder de la formación y la información es el poder de los recursos necesarios para sobrevivir. Es vital la colaboración de todos para lograr una población resiliente.

Las investigaciones demuestran que es posible modificar los efectos deletéreos psicológicos y biológicos del estrés temprano mediante programas de enriquecimiento ambiental e intervenciones psicosociales. Tras la ocurrencia de "traumas comunitarios", es útil hacer tamizaje en escuelas y otros ambientes donde se reúnen niños y adultos. También es necesario valorar factores de riesgo para evitar secuelas posteriores. Sería muy valioso que se trabaje en programas promotores de la **resiliencia**, indicados para inmunizar a niños y adultos frente a los efectos adversos de posibles hechos traumáticos.

Referencias bibliográficas

- Acinas, M. y Acinas, P. (2007). Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. *Psychosocial Intervention/Intervención Psicosocial*, 16(3).
- Clasificación Internacional de Enfermedades. (1997). Revisión X (CIE-10). Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Cohen, R. (1999). Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores. OPS, México: Editorial Moderno.

Cohen, R. (1999). Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para Trabajadores. OPS, México: Editorial Moderno.

Cohen, R. E. y Ahearn, Fr. L. Jr. (1980). Manual de la Atención de Salud Mental para víctimas de desastres. Copyright HARLA S.A. de C.V. Printed in México.

Cortés Trujillo, E. G. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre.

Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide.

Rodríguez-Gil, M. J. y Cruzado-Bravo J. F. (2015). El caso del avión del vuelo MH370 de Malaysian Airlines. Encuentros en Psicología del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental. Temporada II. Número 38, pp. 20-25.

Hembree, E. A. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés traumático. En Baca E. y Cabanas M. L. (Eds.). Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos. Madrid: Triacastela.

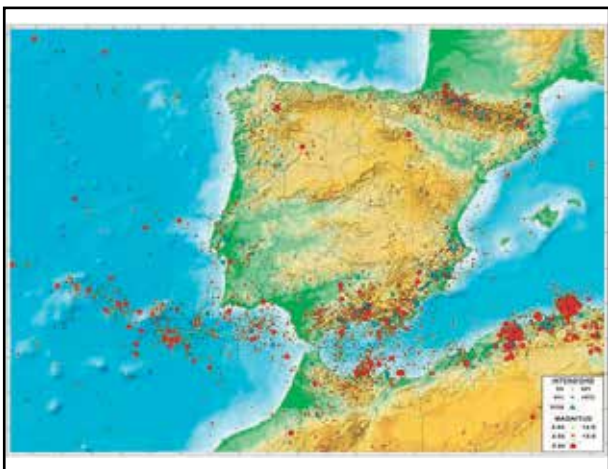
Herbert, C. y Wetmore, A. (1999). Overcoming traumatic stress. A self- help guide using cognitive-behavioral techniques. London: Robinson.

Manual de Protección Civil, Curso de Formación Básica. Escuela de Seguridad

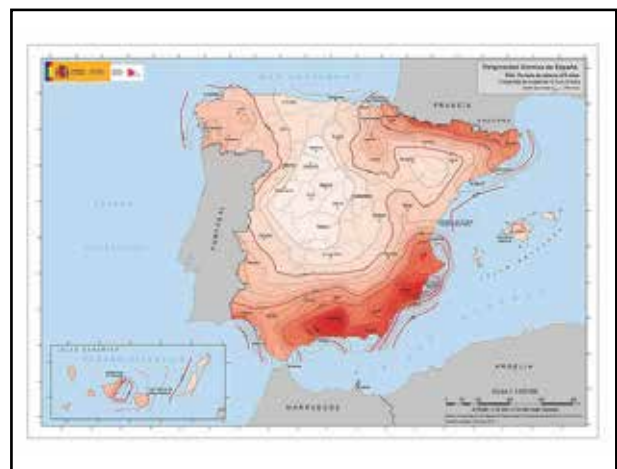
Vera, Isabel (2001). El perfil del psicólogo en la intervención inmediata. Revista de Protección Civil, 8.

Referencias web

<http://www.ign.es> (Instituto Nacional Geográfico).
<http://www.Psiquiatria.com>



Mapa de sismicidad general en la Península Ibérica.



Mapa de aceleración de la peligrosidad sísmica en la Península Ibérica.

Gestión de las emergencias en el 112 de Andalucía

Rocío Cobo Gutiérrez. Colegiada nº AO01643
Vicedecana del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental en Jaén

El martes 5 de abril, tuvo lugar en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental en Jaén la charla *Gestión de las Emergencias en el 112 de Andalucía* impartida por **D. Juan Olivares Tello**, Jefe Provincial de Protección Civil y de Emergencias del 112 de Andalucía, y **D. Manuel Garrido Moreno**, Coordinador Provincial del Servicio Sanitario.

El objetivo era dejar clara la función de los profesionales en una situación de Emergencia, la organización de ésta, tipo de situaciones y

el encaje que tienen los psicólogos dentro de los dispositivos a la hora de intervenir en aquellos casos en los que se produce una catástrofe o emergencia. Lo importante es la atención psicológica a los familiares durante el duelo y debe realizarse durante las 24-48 horas.

Seguidamente se dio paso a un interesante coloquio en el que se aclararon dudas de los colegiados asistentes y se intercambiaron opiniones muy valiosas por parte de los ponentes y asistentes a la charla.



Evolución en España entre 2003 y 2013 de la situación de las personas dependientes y el cuidado informal

Isabel María Pérez Ruiz. Colegiada nº AO09896

*Diploma de Estudios Avanzados en el Programa de Doctorado Estudios de las mujeres y de género.
Miembro de la Comisión de Igualdad de Género del COPAO en Almería.*

Evolución en España de la situación de las personas dependientes y el cuidado informal de 2003 a 2013

Este artículo trata de exponer los resultados de importantes investigaciones realizadas durante la década 2003 y 2013, período en el que se han dado los mayores avances legislativos para intentar mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y también de las personas cuidadoras familiares. De esta forma se puede comparar lo que las investigaciones señalaban necesario abordar por el Estado y tras una respuesta legislativa, el impacto real que ha tenido sobre las vidas de las personas dependientes y de las cuidadoras familiares.

Cómo estaba la situación de las personas dependientes y el cuidado familiar en 2003

“El carácter” no remunerado y doméstico le hace invisible para el espacio público, asumiéndose en nuestra sociedad como parte de las llamadas “tareas domésticas” y, como tal se asocia a un determinado rol de género: es “cosa de mujeres”, las mujeres están predestinadas a trabajar como enfermeras o cuidadoras, porque tienen aptitudes solícitas y maternas.

El hecho de que la atención informal sea, mayoritariamente, atención femenina, evidencia que existen cargas diferenciales entre hombres y mujeres, a pesar de que los hombres se van incorporando lenta pero minoritariamente

en el cuidado familiar, especialmente entre los más jóvenes y con un mayor nivel educativo.

La creciente incorporación de las mujeres al trabajo de mercado, no tiene como resultado el abandono del trabajo familiar. Y si quieren trabajar es su responsabilidad individual resolver previamente la organización familiar. No significa que no quieran participar en el trabajo remunerado, sino que ajustarán su participación a las necesidades de cuidados, con el fin de superar la contradicción básica entre la lógica del cuidado y la lógica del beneficio a no ser que se establezca una nueva organización social y una clara participación masculina que permita a las mujeres asumir ambos trabajos en condiciones análogas a los hombres.

El ámbito doméstico como una responsabilidad femenina y sus efectos han de ser asumidos por las propias mujeres, al tiempo que la devaluación genérica de las tareas realizadas por mujeres tiende a perpetuar su segregación ocupacional.

Las actuales reformas políticas en España están basadas en las teorías de los economistas neoclásicos que parten del principio de que las diferencias en roles, derechos, recursos y responsabilidades de los sexos no son debidas a la discriminación o a los estereotipos de los roles de género sino a razones naturales y a la libre elección.

Se necesitan “nuevas estrategias tendentes a un cambio de paradigma que signifique mirar, entender e interpretar el mundo desde la perspectiva de la reproducción y la sostenibilidad de la vida, situando el interés en el cuidado de las personas desplazando el centro de atención desde lo público mercantil hacia la vida humana.”

No existe evidencia aunque una lógica de intervención así lo aconseje, sobre que la conexión entre el sistema formal e informal de apoyo aumente la calidad de los cuidados. Por otra parte es incuestionable el arraigo del modelo biomédico en contraposición a un modelo holístico, antropológico o psicosocial en el sistema formal.

Es un difícil equilibrio entre la atención formal e informal, más teniendo en cuenta los recortes del gasto social en España que lo sitúan entre los más bajos de Europa con una diferencia de 6,1 puntos (en 2003) (en el año 1992 era de 3,9 puntos).

Sin embargo, la cantidad y la calidad del cuidado se incrementa constantemente a medida que aumenta el estándar de vida. Ante la ausencia de respuesta pública porque precisa de compromiso y gasto público cada vez más mujeres con rentas suficientes (cuestión que difícilmente podrán hacer las mujeres de rentas más bajas) traspasan parte de su trabajo familiar doméstico a mujeres (y hombres) inmigrantes, con lo cual el problema se estaría “globalizando”.

El hecho de que el cuidado y la atención a la familia no se consideren como “mercados”, imposibilita la creación de puestos de trabajo regulados o de “nuevos yacimientos” de empleo.

El coste total de los cuidados informales recibidos por las personas que padecen una discapacidad, cualquiera que sea su origen,

supone un coste anual estimado 9.087,4 y los 14.100,3 millones de euros en el año 2002. (Martínez Riera, 2003).

Los hombres dependientes se encuentran en mejor situación económica y convivencial, y en similares condiciones de salud que las mujeres, aunque usan o necesitan más el sistema de apoyo formal sociosanitario.

Las mujeres cuidadoras principales se encuentran en comparación con los hombres cuidadores principales en peor situación económica, atienden más actividades domésticas y necesidades de las personas dependientes, durante más horas y con menos ayuda de otra persona, y además usan o necesitan el sistema sociosanitario algo más que los hombres cuidadores (Pérez-Ruiz, 2003).

Cómo se encontraba la situación seis años después, en 2009

El número de personas mayores no institucionalizadas que necesitan ayuda para desarrollar su vida diaria en España se sitúa en torno a 1.397.111, lo que constituye el 22% de las personas de 65 y más años. Entre estos mayores, el 55% tienen grandes dificultades, el 68% son mujeres, el 60% viven solos o con otra persona y más de la mitad no tienen estudios. El 8% de los mayores españoles que necesita ayuda no la recibe. Los mayores que reciben cuidado, el 89% recibe cuidado informal y para el 78% se trata de su única fuente de apoyo, lo que significa que aproximadamente 1.115.108 mayores reciben cuidado informal y que para algo más de un millón es su único apoyo. El 15% del total de mayores con ayuda recibe servicios privados de cuidado y el 8% servicios públicos.

El cuidado informal va dirigido más frecuentemente a actividades que implican estar más tiempo junto a la persona dependiente y mayor responsabilidad. La acción de los cuidadores remunerados suele cristalizar en ayu-

das fácilmente delegables, como la limpieza y la preparación de alimentos, y también en cuidados físicos directos.

El 9% de los mayores que reciben cuidado informal dispone también de servicios de cuidado privados, y el 4% de servicios sociales. El cuidado formal se complementa frecuentemente con cuidado informal. Las hijas están presentes en el 45% de los casos de cuidado informal y las/los cónyuges en el 38%. El 18% de los mayores con cuidado informal tiene apoyo de familiares que no son cónyuges, hijos o nueras. La importante presencia de las hijas en el cuidado confirma, por un lado, las grandes desigualdades entre hombres y mujeres en este tipo de responsabilidades y, por otro, que las relaciones intergeneracionales son fundamentales en la atención a mayores en nuestro país, incluso por delante del cuidado de los cónyuges o parejas.

En España es mayoritario el modelo de cuidado complementario: el cuidado formal sirve de complemento al informal, que es el tipo de cuidado mayoritario y prioritario. El cuidado formal sustituye al cuidado informal (modelo de cuidado suplementario) fundamentalmente entre quienes viven solos. Los mayores que viven en hogares de mayor tamaño reciben cuidado informal con mucha más frecuencia que quienes viven en hogares más reducidos. Los hombres tienen más probabilidades de recibir cuidado informal como única fuente de apoyo y las mujeres de recibir servicios privados de cuidado, debido a su mayor longevidad y a los significados sociales asociados al género. Las personas de edades más avanzadas reciben cuidado de empleados de hogar y de servicios sociales con mayor frecuencia que el resto.

Las personas con dificultades más severas sí reciben cuidado formal e informal combinado con mayor frecuencia que el resto. Las personas con mayores niveles de estudio y más

recursos económicos tienen más probabilidades de utilizar servicios privados de cuidado. En estos contextos, el cuidado informal tiene un coste de oportunidad más elevado para las personas de la red social, lo que promueve su sustitución por cuidadores pagados. Los mayores que viven en poblaciones rurales reciben más cuidado informal que los de las grandes ciudades. Quienes están casados reciben apoyo desde las administraciones públicas con mayor frecuencia que los no casados.

La alternativa entre recibir cuidado de un familiar, de un cuidador contratado o de parte de las administraciones públicas no parece tal, ya que no depende tanto de la elección personal de quien tiene necesidad de asistencia como de sus recursos económicos, sociales y culturales. El 54% de la población española se muestra favorable a que, en caso de que una persona esté en situación de dependencia, sea cuidado por un familiar y el 46% considera preferible que sea cuidado por un profesional. Las medidas de apoyo a las familias que más acogida tienen entre la población española son los servicios de atención domiciliaria, el apoyo económico a familiares cuidadores y las residencias. El 90% de la población española se muestra de acuerdo con que el cuidado sea reconocido como un empleo con derecho a retribución y Seguridad Social. El 60% de la población española está a favor del copago de los gastos de atención a la dependencia.

Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ser cuidadas en el hogar de sus hijos, en el que frecuentemente conviven con sus nietos.

Los hogares cuidadores tienen bajos ingresos en comparación con los hogares de la población general: según la EET el 52% tiene unos ingresos mensuales per cápita de entre 300 y 600€, el 29% dispone de menos de 300€ per cápita y sólo el 19% supera los 600€.

El perfil del cuidador reflejado en anteriores investigaciones: mujer de 55-60 años y no ocupada. El perfil de los exentos (quienes viven en hogares con personas dependientes y no cuidan) es el siguiente: dos de cada tres son varones, tienen entre 35 y 45 años. Las mujeres cónyuges tienen muchas más probabilidades de ser cuidadoras que los cónyuges varones. Las hijas tienen más probabilidades de cuidar que sus hermanos.

Los hombres reciben más apoyos informales externos que las mujeres, independientemente de su situación en el mercado de trabajo. Las mujeres cuidadoras tienen significativamente menos probabilidades de recibir ayuda remunerada que los hombres que cuidan.

El promedio de tiempo dedicado a cuidados físicos por los cuidadores de personas mayores de 64 años es de 1,59 horas, con escasas diferencias entre sexos. Los hombres que cuidan dedican más tiempo que las mujeres. Estas diferencias reflejan que ambos sexos definen el cuidado de manera diferente: los hombres son más proclives a incluir en su valoración las actividades domésticas (no sólo cuidados físicos) que realizan para la persona dependiente, puesto que se trata de tareas que antes no realizaban.

El tiempo de cuidado aumenta progresivamente con la edad del cuidador, desde las 1,1 horas de los menores de 29 años hasta las 1,9 horas en el grupo entre 65 y 74 años. Los cuidadores que viven en hogares con mayores ingresos dedican menos tiempo al cuidado informal. Las cuidadoras dedican más del doble de tiempo a actividades domésticas que los cuidadores (5,4 y 2,5 horas, respectivamente) y éstos disponen de casi 5 horas diarias de tiempo libre, 2 horas más que las cuidadoras.

Las cuidadoras cónyuges que cuidan de maridos con dependencia severa son el grupo que más tiempo pasa en sus hogares. Muchas

de ellas viven en hogares poco accesibles, tienen problemas de salud y sus redes sociales son reducidas. Las cuidadoras manifiestan una mayor percepción de agobio y de tiempo escaso que los hombres que cuidan, probablemente porque se ocupan de personas con más necesidades y han de atender a un mayor número de actividades.

Los cuidadores concentran aproximadamente el 71% del trabajo no remunerado de todo el hogar. Los varones tienen más probabilidades de recibir ayuda (pagada e informal) que las mujeres. Existe una nítida división de responsabilidades entre los miembros del hogar. Se encarga del cuidado quien se ocupa del resto del trabajo del hogar.

Las mujeres tienen más probabilidades de cuidar por decisión familiar y los hombres lo hacen más por iniciativa propia. Las mujeres señalan más que los hombres que no reciben apoyo porque el resto tiene mucho trabajo. Cuando el resto de familiares aducen razones laborales para no cuidar, es más probable que el cuidado se asuma por decisión familiar y no por iniciativa propia. Dos de cada diez cuidadores experimentan el cuidado como una carga excesiva y ocho de cada diez indican que el cuidado le aporta una gran satisfacción. Compartir el cuidado con otros familiares, si bien reduce la carga objetiva, puede generar sentimientos de culpa y competencia entre los diferentes cuidadores familiares.

La ayuda formal (pública o privada) se relaciona con mayor sensación de carga. Es posible que el estrés del cuidador se incremente debido a que el hogar se abre cotidianamente a personas ajenas al mismo, generando una sensación de pérdida de control del proceso de cuidado y una mayor inseguridad. La percepción de carga aumenta cuando la decisión de cuidar no es iniciativa del cuidador y quienes cuidan por iniciativa propia son más proclives a experimentar satisfacción con el cuidado.

En España el 83% de los mayores con necesidades de apoyo recibe cuidado informal, el 13% dispone de servicios privados de cuidado y el 7% tiene apoyo de los servicios públicos. Los resultados reflejan que el modelo de cuidado con mayor implantación es el complementario: el cuidado informal tiene una extensa presencia y se acude a profesionales en casos de dependencias severas, cuando las tareas de cuidado exceden las capacidades o posibilidades de los cuidadores informales y existe distribución muy desigual de las responsabilidades del cuidado y de sus consecuencias negativas. (Rogero-García, 2009).

Cómo ha impactado la Ley de la dependencia 4 años después, en 2013

Según los datos aparecidos en el BOE de 14 de diciembre de 2014 sobre la evolución de la Ley de dependencia entre 2007 y 2013, han aumentado el número de solicitudes casi 10 veces más (gráfico 1). En 2013 de las solicitudes presentadas, casi el 85%, con similar porcentaje en los tres grados de dependencia tenían reconocido el derecho a la prestación (gráfico 2). Las resoluciones de valoración de los grados de dependencia y las personas beneficiarias han aumentado (gráfico 3 y 4, respectivamente). En la evolución de 2012 a 2013 de las personas beneficiarias según grados, hay un descenso de grado 2 y 3 y un aumento del grado 1 (gráfico 5).

Los beneficiarios previstos para 2010 se han cumplido en 2013 (gráfico 6). En la comparación de beneficiarios incorporados y de baja, son similares en cantidad (gráfico 7). Sigue siendo el recurso residencial el más utilizado por la prestación económica (gráfico 8). La prestación económica para cuidado familiar sigue siendo el recurso más utilizado (gráfico 9), es decir, que el apoyo y cuidado en el domicilio es el recurso más utilizado por las personas dependientes (gráfico 10). Sin

embargo, la prestación económica para el cuidado familiar ha descendido (gráfico 11).

Las personas mayores de 80 años suponen la mitad de beneficiarios respecto al total de todos los grupos de edad (gráfico 12). Y el empleo en personal de servicios sociales descendió bruscamente en 2011 y empieza a recuperarse en 2013, aunque todavía a la mitad de la cifra de 2010 (gráfico 13). Pero incluso en 2010 la cifra de personas empleadas en servicios sociales está a la mitad de la estimada como necesaria por el libro blanco, y en años anteriores también estaba por debajo aunque en menor proporción (gráfico 14).

Aunque el presupuesto real para 2013 superó el inicial más el suplemento (gráfico 15), puede ser debido a que los beneficiarios con prestación recibida han aumentado y han bajado los pendientes de recibir prestación (gráfico 16); y se han puesto al día en el pago de la seguridad social de las personas cuidadoras familiares (gráfico 17). En comparación con otros países europeos España tiene más beneficiarios de grado 3 y Austria y Alemania más beneficiarios de grados 1 y 2 (gráfico 18) quizá porque España tiene mayor esperanza de vida que dichos países.

Siendo Canarias la que más grado 3 tiene como beneficiarios en comparación con las otras comunidades autónomas (gráfico 19); aunque Canarias es la comunidad con mayor porcentaje de personas pendientes de recibir la prestación (gráfico 20). Andalucía es la comunidad con mayor porcentaje de solicitudes valoradas (gráfico 21).

En algo más de un tercio de comunidades el mayor porcentaje de prestación es para el cuidado familiar (gráfico 22). En la mayoría de comunidades autónomas la realidad de personas dependientes ha superado las estimaciones de 2007 (gráfico 23).

Con estos datos se podría decir, entre otras cosas, que el presupuesto para aplicar esta Ley ha sido insuficiente y que los recursos económicos de la misma se han empleado mayoritariamente para residencias y para personas cuidadoras familiares, aunque estas cuidadoras cada vez están en peores condiciones económicas por descender su percepción económica, lo cual no ha mejorado mucho su situación desde que existe esta ley.

Por tanto, se podría decir que parece que esta Ley principalmente ha servido para evidenciar y sacar a la luz la realidad de las personas dependientes y de sus cuidadores familiares, pero todavía está lejos de llegar a cubrir las necesidades económicas de estos colectivos y por ende, las necesidades sociosanitarias no sólo de las personas dependientes sino también de las personas cuidadoras familiares.

Referencias bibliograficas

Martínez Riera, J.R. Cuidados informales en España. Problemas de desigualdad. *Rev. Adm Sanit* 2003; 1 (2): 275-88.

Pérez-Ruiz, I.M.I. Los cuidados informales: un estudio de género. D.E.A. del Programa

de doctorado Estudios de las Mujeres y de Género. Universidad de Almería.

Rogero-García, J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 años y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, Vol 83, Núm. 3, mayo-junio, 2009, 393-405.

BOE 14 de agosto de 2014. Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III, y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.



Servicio de Atención en Línea

Desde el 17 de marzo de 2014 el COPAO ofrece a todos sus colegiados un servicio de atención en línea desde su Web (www.copao.com).

De esta forma usted podrá plantearnos sus dudas.

Todas las cuestiones serán atendidas por nuestro personal de manera rigurosa, personalizada y con garantía de respuesta inmediata.

Bullying: un drama en las aulas

Miriam Rodríguez Barnes. Colegiada nº AO07729

Miembro de la Sección Profesional de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias y de la Sección Profesional de Psicología Clínica del COPAO en Málaga.

Últimamente no dejamos de sorprendernos con el hecho de que las escuelas estén apareciendo más a menudo en los medios de comunicación por noticias relacionadas con la violencia, situación que está preocupando seriamente a todos los miembros de la comunidad educativa. En efecto, los episodios de violencia en los centros escolares parecen tener una gran capacidad para atraer a la atención pública, causando "alarma social".

El caso más reciente, el de Diego, un niño de tan sólo 11 años que se ha quitado la vida, dejando una estremecedora carta de despedida a sus seres queridos en la que explica que ya no puede más, y dice literalmente "no aguanto ir al colegio". Tampoco podemos olvidar el trágico suceso protagonizado por Jokin, un alumno de Secundaria de 14 años que se arrojó desde la muralla de un pueblo de Guipúzcoa tras verse acosado, concretamente por otro grupo de estudiantes que se reían de él y le hacían literalmente "la vida imposible", Jokin acabó con su vida sin que nadie pudiera evitarlo.

Todos estos casos y otros que no han aparecido en los medios de comunicación, han sacado a la palestra la necesidad de prevenir y evitar la violencia en la escuela.

Estos suicidios, han hecho que de alguna forma, todos realicemos un examen de conciencia doloroso ante un fenómeno que por desgracia no es nuevo, y que llevan padeciendo muchos de nuestros alumnos desde hace muchos años, esto merece una reflexión colectiva y un urgente programa educativo *anti-bullying*.

Los profesores tienen un papel fundamental en esta situación, pero no son los únicos, todos debemos sensibilizarnos y conocer más a fondo el problema, no olvidemos el niño de hoy es el padre de mañana y con la adecuada formación todos podremos conseguir una sociedad en la que el acoso escolar pase a ser una excepción.

El bullying y la violencia escolar

El *bullying* se puede definir como la intimidación, el abuso, el maltrato físico y psicológico de un niño o grupo de niños sobre otro u otros. Incluye una serie de acciones negativas de distinta índole, como bromas, burlas, golpes, exclusión, conductas de abuso con connotaciones sexuales y, desde luego, agresiones físicas. El término deriva de una palabra inglesa, aceptada a nivel mundial para referirse al acoso entre compañeros, y definido como una forma ilegítima de confrontación de intereses o necesidades en la que uno de los protagonistas -persona, grupo, institución- adopta un rol dominante y obliga por la fuerza a que otro se ubique en uno de sumisión, causándole con ello un daño que puede ser físico, psicológico, social o moral (Ortega, Ramírez y Castelán, 2005:788). Por tanto se concibe al *bullying* no sólo como un problema de carácter psicológico, sino que se trata de un fenómeno también de carácter socioeducativo.

Las investigaciones han abordado el problema desde diferentes perspectivas y enfoques, algunas de las principales orientaciones son:

El descubrimiento y conceptualización del fenómeno (Olweus, 1978; Ronald, 2010). El psicólogo Dan Olweus es el primer estudioso del tema, y como tal comienza a preocuparse por la violencia escolar en su país, Noruega, en 1973 y se centra desde 1982 en el estudio del tema a raíz del suicidio de tres jóvenes en ese año. En Europa se estaba trabajando ya en los países nórdicos, también en Inglaterra donde desde hace mucho existen los *bully courts* o tribunales escolares creados en el Reino Unido. Allí existe desde 1989 una línea directa a la que acuden aquellos que quieran consejos sobre situaciones de *bullying*. En España no hay estudios oficiales hasta un estudio del defensor del menor en 1999.

Otros enfoques son la constatación y frecuencia con que se da en las instituciones (Ortega, 2010), la identificación de los rasgos del agresor y de la víctima (Debarbieux *et al.*, 1999), los distintos tipos de interacciones que se registran (Abramovay y Rua, 2003), las consecuencias y repercusiones psicológicas que causa (Miller, 2010), las propuestas, programas y experiencias para erradicarlo (Ortega, 1997), así como recomendaciones generales para mejorar la convivencia en la escuela (Elliot, 2008; Ortega, 2010). Cada vez los estudios se están especializando más y poniendo especial atención en aspectos y variables específicas que han promovido nuevas interpretaciones, entre otros: sexo, edad, género, antecedentes familiares, culturales y educativos (Ortega, 2010).

Convivencia versus violencia escolar

En las escuelas la convivencia entre iguales es muy variada; situaciones que van desde la amistad, el amor y la protección hasta el acoso y la violencia en sus diferentes modalidades. Los alumnos tienen que modificar y modular su comportamiento según el escenario donde estén interactuando: el aula, el patio, los maestros, los compañeros y demás imprevistos que surgen de esos contactos y contextos; por tanto

es necesario conocer más de estas interacciones para contar con una visión de lo que en realidad sucede en la convivencia escolar.

Al entrar a la escuela, los alumnos de repente comienzan a aprender cosas nuevas relacionadas con la interacción entre las personas en un contexto ajeno al familiar, y una de las cosas que aprenden en este sentido, es la relación con el poder a través de la violencia, tanto con el profesor como con los compañeros. El poder es un elemento que se encuentra presente en casi todas las relaciones sociales, siempre en las situaciones que aparezca la presencia de un sujeto activo que instrumenta o rige la voluntad de otro sujeto pasivo, en virtud del cual el primero manda y el segundo obedece. En el poder es necesario que ambos sujetos sean racionales y, por tanto, capaces de definir una voluntad, ya sea forzada por la obediencia o consentida por ella misma (Escobar, 1988).

Entre alumnos se reconocen rápidamente las diferencias, ya sea de tamaño, fuerza o edad, y los niños de los primeros cursos escolares saben que tienen que alejarse de los niños más mayores de cursos posteriores para no salir lastimados, incluso es una recomendación que hacen los/as maestros/as a los más pequeños; de hecho en algunos centros escolares hay horarios escalonados para evitar este tipo de interacciones en el patio, o incluso existen patios separados.

El maltrato entre compañeros parte de una relación asimétrica de poder. Sin embargo, un aspecto importante es que la forma de interactuar de los niños y jóvenes tiende a derivar en la violencia física, puesto que la negociación, e incluso la verbalización del conflicto, no es algo muy utilizado por los alumnos para resolver sus problemas, todo esto es debido a la falta de control de impulsos y el desconocimiento de las habilidades sociales y las estrategias de regulación emocional.

¿Por qué maltratar?: el papel del agresor

Para los acosadores, las actitudes agresivas e intimidatorias que les han sido útiles se convierten en un recurso y también en una motivación de lucha, por no querer ser superado por otro, así que tienen que estar demostrando continuamente su fortaleza.

La forma de actuar de estos alumnos además del hecho de ejercer actos violentos sobre otros chicos, está marcada por la transgresión de reglas. Todo esto forma parte de una estrategia para salir del anonimato de la escuela y encontrar un reconocimiento a partir de la forma violenta de imponerse. Los agresores buscan ser identificados y reconocidos, sin embargo, para lograrlo lo hacen a costa de una víctima que les sirve de diana, sobre la cual gira en gran parte la imagen que intentan mostrar.

El *bullying* no es algo normal en el proceso de socialización de los alumnos en la escuela como por muchos años se intentó justificar o normalizar. Se trata de un proceso perverso en el que al acosador le es difícil renunciar porque si deja su actitud violenta muestra de alguna manera que está perdiendo poder, fuerza, y sufriendo un perjuicio en su imagen de líder.

El papel de la víctima

Los alumnos se convierten en víctimas mediante un proceso cotidiano y en ascenso. Las características más fácilmente identificables de este tipo de acoso son las que tienen que ver con las burlas, apodosos y formas de ofender a quien sufre estas acciones. Un argumento recurrente por parte de las víctimas, es la difícil situación de reconocer que no pueden evitar por sí mismos las agresiones (víctimas pasivas); por otra parte, viven un sentimiento de soledad muy grande, pues por lo general son aislados y no cuentan con el apoyo y ayuda de los compañeros ni, en ocasiones, de los propios/as maestros/as.

En la mayoría de la literatura relacionada con el *bullying*, se habla ampliamente del papel de los acosadores, pero se habla bastante menos de los “cómplices silenciosos” y de su papel dentro del grupo de compañeros o amigos de la víctima; la causa de esa complicidad es, en la mayoría de los casos, evitar ser otra víctima más, lo que muestra un escaso sentido de solidaridad y de confianza en sí mismos y en la institución educativa. Las situaciones de agresión en las que existe una confrontación cara a cara, en numerosas ocasiones, se convierten en un espectáculo que se acompaña de risas, burlas y demás agresiones por parte del grupo escolar, sin que nadie lo evite.

En este panorama existe una figura que requiere de una atención especial, no sólo la víctima necesita ayuda, también el agresor o agresora, porque son alumnos que no conocen otra forma de relacionarse; no prestar atención a este problema se traduce en que este tipo de conductas se practiquen cada vez con mayor frecuencia e intensidad y se repitan como estrategia de acción no sólo en las instituciones donde ingresen posteriormente sino que probablemente se extiendan incluso a su vida cotidiana.

Son muchos los datos y evidencias que existen sobre el daño que provoca el *bullying*, y buena parte de la literatura se ha ocupado de sacar a la luz, los maltratos, traumas e incluso suicidios que se han registrado, pero esto sólo muestra la punta del *iceberg*; es decir, “la mayor parte del fenómeno a que nos estamos refiriendo no es visible y tiene dimensiones mucho mayores de las que se ven” (Gracia, 2002:44). Desafortunadamente, nos enteramos del *bullying* cuando el daño ya es muy grave.

El papel de la familia y la escuela

Los maestros y padres de familia a menudo optan por no hacer nada pensando que el acoso entre pares se extinguirá naturalmente y forma parte del proceso normal de socialización

de los niños. Sin embargo, la evidencia apunta a que no ocurre así. Estudios longitudinales muestran que el acoso permanece por muchos años y los efectos sobre la salud mental tanto de víctimas como de agresores muchos años más. La presencia de acoso escolar también es un indicador de disfunción familiar. En múltiples estudios se refleja que un tanto por ciento muy elevado de los casos de niños acosadores fueron víctimas de maltrato familiar y sus madres sufrieron violencia de sus parejas hacia ellas en al menos la mitad de los casos. Además, otros estudios identifican el acoso como un factor de riesgo para el suicidio y el uso y abuso de sustancias tóxicas a corto y largo plazo.

La definición de la personalidad y distinción entre personas violentas o tímidas tiene su origen en estas primeras acciones y experiencias en el contexto extrafamiliar, en concreto en el contexto escolar, de ahí que es conveniente que padres y maestros cuenten con herramientas y estrategias para enfrentar este tipo de conductas. La información y capacitación en este sentido es urgente para mejorar el clima en las instituciones educativas, tal y como lo señalan el grueso de las propuestas de intervención institucional (Zurita, 2010).

Por todo esto es importante que en las escuelas se realicen campañas permanentes para prevenir y combatir el acoso y que busquen el apoyo de todos los implicados en el fenómeno: alumnos, padres de familia y maestros. La participación de padres y alumnos es de gran importancia, pues son figuras importantes para los alumnos y pueden intervenir en el mantenimiento o la erradicación del fenómeno.

A modo de conclusión, me queda decir que hasta el momento se ha tratado de hacer frente al *bullying* a través de aspectos meramente informativos, pero la tarea pendiente está en la formación vivencial que se dé en las aulas, y en el contexto familiar; en cuanto a la institución educativa el papel del docente como pro-

motor de nuevas formas de convivencia y de interacción cotidiana es primordial para erradicar el *bullying* y la violencia escolar.

En la actualidad se defiende que los programas *anti-bullying* deben partir de una política escolar global integrada en el Proyecto Educativo de Centro en la que la intervención tenga lugar a nivel de la escuela, del aula e individual, incidiendo en la prevención primaria. García (1997) propone como objetivos de estos programas tres niveles, a nivel global: generar un clima escolar de cooperación, generar actitudes negativas hacia la agresión, hacer conscientes a alumnos y profesores de la importancia y los efectos negativos de las agresiones; y a nivel individual, favorecer la toma de la perspectiva cognitiva del otro y la percepción objetiva de estímulos. Desde la perspectiva cognitivo-conductual se plantean diversas técnicas: técnicas de resolución de problemas, dinámicas de grupo y relajación, dirigidas a agresores y a víctimas. También es necesario una educación en valores, en estrategias de afrontamiento de los conflictos y en educación emocional, para prevenir que puedan surgir este tipo de comportamientos.

No podemos olvidar que el acoso escolar atenta contra el derecho de los niños a crecer y a asistir a la escuela en un ambiente saludable, libre de violencia y con igualdad de oportunidades.

Referencias bibliográficas

- Abramovay, M. y Das Gracias Rua, M. (2003). La violencia en la escuela. USAID/UNAIDS/ CONSED/UNDIME/Banque Moondiale/ Foundation Ford/Institut Aryton Senna, París: UNESCO.
- Debarbieux, E., Garnier, A., Montoya, Y. y Tichit, L. (1999). *La violence en milieuscolaire*, vol 2: Le désordre des choses, col. Actions Sociales/Confrontations, París: ESF.

Escobar, M. (1988). Contribución al estudio del poder. Ciudad de México: ENEP-Acatlán-UNAM.

García, J. (1997). Un modelo cognitivo de las interacciones matón-víctima. *Anales de Psicología*, 13 (1), 51-56.

Gracia, E. (2002). Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica. Barcelona: Paidós.

Kernberg, O. F. (1999). Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones. Barcelona: Paidós.

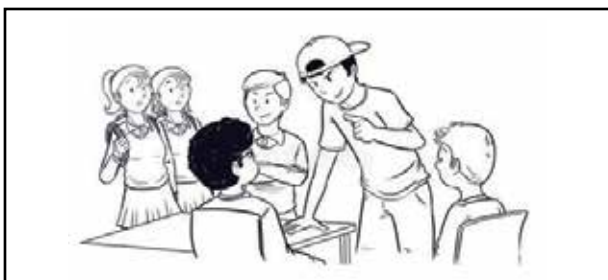
Miller, A. (2010). El drama del niño dotado. Barcelona: Tusquets.

Olweus, D. (1978). *Agression in the schools: bullies and whipping*. Washington, DC: Hemisphere.

Ortega, R. (coord.) (2000). *Educación para prevenir la violencia*. Madrid: A. Machado libros.

Ortega, R. (coord.) (2010). *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar*. Madrid: Alianza Editorial.

Ortega, S., Ramírez, M. A. y Castelán, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México, *Revista Iberoamericana de Educación* (Organización de Estados Americanos), núm. 38.



Rodríguez, J. (2000). Violencia y conflicto en los ámbitos educativos, en *Conflictos y violencia en los ámbitos educativos. Poder, autoridad y participación en la escuela. La construcción de sistemas de convivencia*, col. *Ensayos y experiencias*, t. 35. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Ronald, E. (2010). Orígenes y primeros estudios del *bullying* escolar, en Ortega, R. (coord.), *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar*. Madrid: Alianza Editorial.

Stubbs, M. y Delamont, S. (1978). *Las relaciones profesor-alumno*. Barcelona: Oikos-Tau.

Torres, R. M. (2006). Derecho a la educación es mucho más que acceso de niños y niñas a la escuela, trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Educación Comparada *El derecho a la educación en un mundo globalizado*. San Sebastián, España.

Woods, P. (1988). *La escuela por dentro. La etnografía de la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.

Zurita Rivera, U. (2010). Propuestas de intervención sobre violencia escolar. Experiencias de los Equipos Técnicos Estatales del Programa Escuela Segura en México, en Furlan, A., Pasillas M. A., Spitzer T. y Gómez A. (comps.). *Violencia en los centros educativos. Conceptos, diagnósticos e intervenciones*. Buenos Aires: Novedades Educativas.



El COPAO participa en el congreso euro-latinoamericano de intervención en justicia juvenil

Susana Barragán Sánchez. Colegiada nº AO04893

Vocal de la Sección Profesional de Psicología Jurídica y de la Comisión de Mediación del COPAO.

El pasado mes de octubre tuvo lugar en la ciudad de Almería el congreso *euro-latinoamericano de intervención en justicia juvenil*. Este congreso nace con la idea de constituir la red euro-latinoamericana de investigación en justicia juvenil, que integre a investigadores que desde el campo de la psicología, la educación, el derecho, la criminología, el trabajo social, entre otros, aborden el fenómeno de la intervención en justicia juvenil desde una perspectiva empírica y aplicada, teniendo un conocimiento y propuestas de cambios basados en la evidencia.

La estructura del congreso fue guiada por las conferencias, simposios y mesas profesionales invitadas, así como por sesiones-taller de interés en este ámbito.

El Congreso fue inaugurado por **D. Carmelo Rodríguez Torreblanca**, Rector Magnífico de la Universidad de Almería; **Dª Sonia Ferrer Tesoro**, Delegada del Gobierno de la Junta de Andalucía en Almería; **D. Antonio Jesús Rodríguez Segura**, Diputado Delegado de Cultura de Diputación Provincial de Almería; **D. Manuel Mariano Vera**, Decano del Ilustre Colegio Oficial de la Psicología de Andalucía Oriental; **Dª Flor Zaldívar Basurto**, Presidenta del Comité Científico y **D. Juan García García**, Presidente del Comité Organizador.

El Ilustre Colegio de Psicología de Andalucía Oriental participó con una mesa de expertos psicólogos, titulada: *Análisis de la intervención con los menores desde la Psicología: evaluación, intervención y resultados*. Dicha mesa fue

coordinada por **Dª Susana Barragán Sánchez**, vocal de la sección profesional de psicología jurídica y comisión de mediación del COPAO. En dicha mesa participaron psicólogos con amplia experiencia en la intervención con menores:

Dª Inmaculada Moreno Castro, psicóloga responsable de la Unidad Terapéutica de Centro de Internamiento con su ponencia *Menor infractor-adolescente en desarrollo*.

D. Rafael Valdivia Vasco, psicólogo sanitario del equipo técnico del Servicio Integral de Medio Abierto con su exposición *Intervención psicológica en las medidas de tratamiento ambulatorio psicológico y de deshabitación de sustancias*.

Dª Lucía Lamencá González, coordinadora de la sección profesional de psicología jurídica del COPAO en Granada y psicóloga de medio abierto.

Tras las intervenciones se abrió un interesante debate donde se analizaron las intervenciones que se están llevando a cabo en la actualidad y propuestas de mejora.



Ritos, rituales y demás sacramentales...

Aída Herrera Pérez. Colegiada nº AO-04413

Vocal de la Sección Profesional de la Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias del COPAO.

Mi hermana cuando busca incansable un aparcamiento en medio de la ciudad y no lo encuentra siempre dice: "Máma (a mi madre muerta), por favor, ayúdame a encontrar un hueco". Y ella -mi hermana, que no mi madre, puesto que ésta debe estar entretenida con algo seguro más importante que con buscar un hueco para el coche- dice que siempre le aparece el parking en cuanto acaba de pronunciar esas palabras.

Yo me pregunto, a veces, por qué mi madre ayuda a encontrar un hueco a mi hermana y no a mí, cuando yo se lo pido también. En mi caso, sólo alguna vez he encontrado un sitio, pero claro, yo sí llevo la estadística de las veces que se lo pido y las veces que lo encuentro, mi hermana no. Ella lo pide siempre y a veces encuentra sitio, pero sólo contabiliza cuando lo encuentran, achacándolo al favor de mi madre, y no contabiliza cuando no lo encuentra.

Este preámbulo era para cuestionarnos qué hace que determinados rituales funcionen. ¿Cómo actúa este placebo? Y si es un placebo. Tenemos en el mercado un sinfín de "soluciones" que con los rituales adecuados dan respuesta a todos los males.

La santería, por ejemplo, se utiliza como forma de resolver problemas, como enfermedades, infidelidades, economía, etc. La persona que va al santero está convencida que ésta tiene contactos especiales con el más allá (como mi hermana...), en algunos casos ya había "contactado" con Jesús y su iglesia, pero no les había funcionado. Mucha gente dice que antes de entrar en la santería ya había probado con

todos los santos católicos. La santería es una secta, proveniente del paganismo y con ritos espiritistas y hasta satánicos, pero con fachada católica, que en algunas zonas de sudamérica ha crecido un 20% desde el año 2000. Pretende fingir un culto católico de devoción a los santos, pero en realidad es una forma oculta de idolatría, incluye ó paganos como sacrificios animales, sesiones adivinatorias, trances por posesión de espíritus malignos, etc. Variantes de esta -no sé como llamarla- ¿secta? son el Voodoo, que sobre todo se da en Haití; el Macumba, en Brasil principalmente; el Shangó en Trinidad, y alguna más, todas primas hermanas.

La palabra "santería" se deriva de "santos", pues el santero invoca a una deidad africana ("orichas"), pero finge estar invocando a la Virgen o a un Santo católico. Surge la Santería al ser trasplantados a América los esclavos negros provenientes de la cultura "yoruba", que traen consigo sus cultos a deidades de la magia africana. Al no querer someterse al cristianismo, camuflaron sus ídolos buscando en las imágenes y estatuas cristianas algunas que se pudieran adecuar a su culto pagano.

Los fines de estos rituales paganos, en los que se dan ofrendas a los espíritus -que van desde comida hasta sacrificios de animales- danzas, tamboreras, sesiones adivinatorias y hasta trances por posesión de espíritus malignos, van encaminados a solucionar los problemas maritales, económicos, infidelidades, relaciones con los hijos, enfermedades, etc., y deben funcionar (¿en algún caso?) a la vista de los seguidores de estos rituales.

¿Y el tarotismo? Ultimamente he visto anuncios de tarotismo psicológico, impartido, por cierto, por una cocinera, mis amigos decían que el bacalao le salía espectacular... Estas videntes certifican que con una tirada el tarot da respuesta de sí o no a una pregunta concreta y precisa, y esto te saca de todas las dudas y te da el empujón para poder actuar. Esta tirada nos sirve para que las cartas respondan a una pregunta concreta afirmativamente o negativamente. "Concéntrate, piensa en una pregunta que se pueda contestar con un SI o un NO y elige una carta de TAROT".

¿Para qué perdemos el tiempo los profesionales de la psicología con el brain storming o la técnica de solución de problemas si una carta y en un minuto tenemos la solución para el problema?

¿Y sobre la radiestesia, antiguamente conocida como rabadomancia? Pues es una disciplina que estudia la habilidad de los llamados zahoríes, para producir movimientos **no explicables** mediante las leyes conocidas en una varita o en un péndulo, y a su vez interpretar esos movimientos en la localización de agua, minerales u objetos perdidos; también realizar **diagnósticos médicos** o conocer las características físicas o **psicológicas** de las personas.

El principio por el cual se logra mover la varita o el péndulo permanece aún en discusión y existen diversas hipótesis. Entre los científicos ortodoxos prima la idea de que se trata de movimientos voluntarios o involuntarios del radiestesista, lo que relegaría todo a un simple caso de fraude. Entre algunos físicos e ingenieros agrónomos menos proclives a seguir las tendencias de la ciencia clásica, se conocen esfuerzos por probar que se trata de alguna fuerza magnética o similar, que influiría sobre la varita, el péndulo o los músculos del radiestesista.

Por último, los parapsicólogos prefieren interpretar que se trata de una de las variadas

formas en que se manifiestan los fenómenos de clarividencia, telepatía o precognición.

Ahora bien, cuando usted tenga necesidad de saber quien es, por qué es cómo es, qué motiva su forma de ser, de actuar, de sentir, cómo conocerse más, cómo dejar de cometer los mismos errores, por qué le cuesta trabajo entenderse a si mismo y a los demás, por qué tropezamos siempre en el mismo bache, cómo logra cambiar, alcanzar el equilibrio y estar en paz, lo más barato, fácil y cómodo es hacerse un eneagrama. De verdad, compañeros y compañeras psicólogos/as, con el eneagrama, parece ser, que queda todo resuelto y se evitan meses o años de terapia, y lo curioso del tema es que estas enseñanzas se imparten en importantes colegios y universidades...

¿Y de la numerología qué podemos decir? Ya lo dicen otros: "La suma total de las consonantes del nombre y apellido completo, tal como figura en el documento de identidad, da como resultado un número de dos cifras, las cuales hay que sumar hasta llegar a un número de una cifra; y el número resultante mostrará el potencial de la personalidad que cada uno trae a este mundo para desarrollar en esta vida". El de mi hermana es el 4.

La numerología es una respuesta rápida a todos los interrogantes de la vida cotidiana. Mediante las diferentes técnicas podremos saber: aspectos positivos y negativos de nuestra personalidad.; acontecimientos importantes de vida y los ciclos de ésta; desaveniencias y aciertos en el amor, el matrimonio y las relaciones en general; nuestra economía; los viajes que realizaremos; enfermedades o posibles patologías; la profesión y la vocación; las energías de la vivienda y de una empresa y la compatibilidad en una pareja.

Pero tanto numerología como astronomía se hallan íntimamente ligadas por su conexión a través de los estudios basados en los números:

es por eso que se hallan correspondencias entre planetas y vibraciones numéricas. La cosmología, astrología, la carta astral y los horóscopos creo que tiene que ver con eso. Mi hermana es Tauro y yo Aries, ella siempre me llama los lunes para hablarme de la relación que vamos a tener durante la semana y casi siempre se cumple, no lo entiendo, claro que ella no lleva control de las estadísticas, ya lo dije antes, además cuando, por ejemplo, el horóscopo dice que nos vamos a ver en el fin de semana, y llega el jueves y no hay previsión de ello me lo recuerda y entonces apunta que vendrá el sábado por la mañana a traerme algo porque lo decía su horóscopo y no vaya a pasar algo si no sale... Así que, otra vez, siempre se cumple!!

Pero cuando quiera saber más sobre las misiones que tiene en su vida, saber reconocer los mensajes de su alma, y activar sus capacidades psíquicas lo que tiene que hacer es un curso sobre canalizaciones. Los cursos van desde 20 euros a 100 euros, sólo tiene que entrar en internet y le explican los momentos adecuados para la canalización, las herramientas, cuando hay más luz en el alma...

Ah, bueno, otra técnica muy interesante es la iluminación chamánica, es una forma de sanación energética, una técnica de auto sanación, ya que es el propio paciente el que "pone en marcha" sus mecanismos internos para sanarse. Esto lo va a conseguir mediante ejercicios de respiración y visualización, y sobre todo, por la intención y voluntad de la persona a sanarse. Donde se para la mano del sanador es donde indica que hay un problema en el cuerpo del **paciente**. El proceso de iluminación metaboliza las energías pesadas que congestionan un chacra, quema los residuos tóxicos y limpia las huellas de la enfermedad en el campo de energía luminosa.

La iluminación chamánica consigue la sanación de 3 formas:

- Quema los residuos que se adhieren a las paredes del chacra, es decir, favorece la longevidad y la respuesta inmunológica
- Hace entrar en combustión la energía tóxica que envuelve las huellas físicas y emocionales negativas.
- Borra las huellas del campo de energía luminosa. Cada huella del campo de energía luminosa está vinculada a un chacra a través del cual libera sus datos tóxicos en el sistema nervioso central. Es decir, la huella es la fuente, el chacra es el conducto y el sistema nervioso, la red de distribución.

El proceso de iluminación sana a un nivel esencial, energético, transformando las energías pesadas en luz, transformando las heridas emocionales en fuentes de poder y conocimiento.

Dentro de esta línea y como otras formas de curación están la extracción chamánica; la recuperación del animal de poder; el psicopompo, donde un chamán hace un "viaje" a un plano no ordinario de conciencia para ver si un alma al morir se ha quedado apegada a este mundo. Si es el caso, actuará como psicopompo llevando al alma a un lugar donde se sentirá más plena. Muchas veces es de gran alivio para los familiares saber que su ser querido ha llegado donde tenía que ir y que está feliz. A veces el alma envía un mensaje conciliador de vuelta para ellos, que es transmitido por el chamán.

Otra pseudociencia tiene que ver con el par biomagnético, se refiere a la creencia de que dos imanes pueden "depurar" el cuerpo, haciendo que los campos magnéticos "nivelen" el PH del cuerpo y eliminan virus y bacterias. Suele acompañarse con otra creencia: que toda enfermedad, sea artritis reumatoide, cáncer o diabetes, está producida por microorganismos patógenos, de modo que la acción de los imanes sobre el intercambio iónico celular modi-

fica el pH, acaba con el patógeno y sana el organismo. La verdad es que no existen estudios publicados en revistas científicas de prestigio que avalen esta técnica, las únicas publicaciones son lugares del estilo de la revista Discovery Salud, con poca o ninguna credibilidad científica. Cuando cualquier terapia médica dispone de millares de publicaciones, es difícil creer que ésta sea fiable encontrándola únicamente en webs que proclaman los beneficios de la homeopatía, la curación por el pensamiento o los tratamientos del cáncer con fitoterapia.

Bueno, ¿y el reiki? Una sesión puede durar unos 45 minutos y el **paciente** está tumbado en una camilla, descalzo y vestido. Durante la sesión se utiliza música suave y aromas como incienso o esencias; se colocan las manos sobre una serie de ubicaciones en el cuerpo llamados chakras y la energía reiki se supone que empieza a fluir. Durante un tratamiento, se siente una relajación profunda y una gran sensación de paz, de hecho algunas personas se quedan dormidas (ojo, que eso también le pasa a mis pacientes cuando hago relajación..., igual estoy haciendo reiki y no me entero...). También algunas personas dicen que sienten calor, otras ven colores, experimentan sensación de "flotar" o sienten emociones que salen a la superficie (vamos, lo mismo que me dicen mis pacientes...). El reiki dice que estos tratamientos aumentan la energía y los ánimos, dando un punto de vista más positivo sobre la vida y que situaciones anteriores de estrés parecen no preocuparle como antes.

La técnica metamórfica es una herramienta muy útil para solucionar traumas inconscientes tanto recientes como antiguos, desde la concepción hasta el momento actual. Así se vende. Se trata de acariciar los pies, las manos y la cabeza con mucha suavidad, "con eso se despierta la conciencia de la persona a la cual se está tratando y libera la expresión de su identidad profunda". ¿Para quién está indicada? estados de depresión, estrés, insomnio, pérdida

de un ser querido; falta de autoestima, inseguridad, obsesiones; fibromialgia, cáncer, sida, enfermedades en general; accidentes y traumas, parálisis; las adicciones de alcohol, tabaco, droga, comida, etc.; ancianos y cuidadores; niños con problemas escolares, adolescentes y sus familiares; familiares y educadores de niños con problemas; embarazadas; ayuda a gozar del embarazo y dar a luz sin dificultades; bebés con problemas de nacimiento u otros; cualquier enfermedad ya sea física o psíquica; todas las personas que deseen comprender su evolución, elevar su vibración y vivir en armonía; padres y educadores de niños con disminuciones psíquicas; síndrome de Down, autismo, etc.; enfermedades físicas y sensoriales; dificultad en el habla, en la audición, retraso en la educación y problemas familiares; personas en fase terminal; menores o jóvenes con conflictos, drogas, alcohol, malos tratos, abusos sexuales o violencia; mujeres que han sufrido o sufren malos tratos físicos y psicológicos; para los momentos en la vida en los que necesitamos tomar decisiones y no nos atrevemos o necesitamos hacer cambios y cuando parece que todo está estancado. Esta terapia es de gran ayuda para los tratamientos alopatícos, ya que va a la raíz del problema.

Entre los beneficios de esta técnica señalan: sensación de paz interior; serena relajación acompañada de bienestar; capacidad de reaccionar de forma diferente ante las circunstancias; descubrimos un potencial oculto en nuestro interior que nos ayuda a transformar la enfermedad en salud y a comprender que no necesitamos seguir creando enfermedades; aprendemos a escuchar a nuestro cuerpo y a darle los alimentos y el descanso que necesita; empezamos a ser responsables de nuestros pensamientos, de nuestras palabras y de nuestras acciones, sabiendo que creamos todas las circunstancias que vivimos; de una forma agradable y sencilla llegamos a ser conscientes de la energía vital que fluye en nuestro interior, y de la inteligencia innata que hay en ella. Recordamos que en nuestro

interior está todo lo que necesitamos; nuestras células contienen la Esencia de la Vida y con ella la capacidad constante de regeneración. La Técnica Metamórfica, nos ayuda a recordarlo; activación de tu Energía Vital, de la alegría y del entusiasmo; con el masaje se libera y alivia la tensión mental y emocional, lo que induce a la relajación física; el individuo recupera su energía; los bloqueos suelen ser eliminados y se produce la auto-curación. Mi hermana se está perdiendo esto...

Astrología, Alquimia, Piramidología, Homeopatía, Demonología, Memética, Grafología, Sintérgica...

Las flores de bach terapia on line, 20 euros, en internet.

Curar con las manos: Es un método probado y comprobado para que en tan sólo 21 días o menos puedas sanar. En internet. Mari Paz, la mejor vidente de Málaga, 30 euros la sesión, en internet.

Curso de Piramidoterapia y Piramidología, en internet

Echadora de cartas on line, en internet.
Pregunta a la bola de cristal, en internet

En fin, compañeras, compañeros, qué negocio detrás de la "espiritualidad", de las pseudoterapias científicas, de lo alternativo... Prometen lo mismo que ofrecemos nosotros que, más humildemente, no somos capaces de prometer, pero está claro que lo que está de moda es lo natural, aunque no tengamos claro del todo qué es lo natural.

¿Hay un vacío legal? ¿Deberían estas pseudociencias ser impartidas por las universidades de una forma sistemática y con sentido para que haya verdaderos profesionales de estas nuevas técnicas? ¿Tendríamos que tener opción a elegir libremente entre la Facultad de

Ciencias y la Facultad de Pseudociencias y que un diploma certificado autorizara a ejercer de una forma profesional, segura, coherente y asumiendo los riesgos?

La verdad es que yo me pregunto continuamente si estas pseudoterapias "curan", y de verdad tengo que decir que muchas veces sí, lo mismo que "curamos" nosotros/as, todo es cuestión de porcentajes...

Referencias webs

- <http://www.losarcanos.com/tarot-si-o-no.php>
- http://www.parapsicologiadeinvestigacion.com/menuprincipal/index_radiestesias.html
- <http://www.eleneagrama.com/>
- <https://lamenteesmaravillosa.com/cual-es-tu-personalidad-segun-el-eneagrama/>
- <http://psicologia-malenaled.blogspot.com.es/2013/11/la-personalidad-segun-la-numerologia.html>
- http://entremujeres.clarin.com/astrologia/numerologia-personalidad-historia_0_1351065433.html
- <http://www.cosmograma.com/que-es-cosmograma.php>
- http://www.vidaenluz.com/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=75
- <http://elrincondelalma.com/el-rincon-del-alma/los-distintos-tipos-de-curacion-chamanica>
- <https://lacienciaysusdemonios.com/2010/05/13/10-razones-para-no-creer-en-el-%C2%AB-par-biomagnetico%C2%BB/>
- <http://terapiareiki.es/es/5/terapia-sesion-reiki>
- <http://cursomaestreikis.org/aprende-como-curar-con-las-manos-y-obtener-la-sanacion.html>
- http://elpais.com/elpais/2014/09/26/ciencia/1411758492_579724.html
- <https://plan333.wordpress.com/cursos/curso-de-piramidoterapia-y-piramidologia/>
- <http://videncia.guru/pregunta-a-la-bola-de-cristal/>



Jóvenes

Inmaculada Moreno Castro. Colegiada nº AO04268
 Máster Internacional en Psicología Clínica.

En primer lugar lanzo una pregunta a los psicólogos: ¿Profesión o vocación? ¿Vocación o profesión?

He tenido la suerte de estar rodeada siempre de personas de todo tipo y de todas las edades. Creo que nuestra profesión es una profesión de belleza. Lo mío fue una vocación, y la vocación principal para mí es la PERSONA, porque para mí dentro de lo que hay, de todo lo creado, lo más bello son las personas. Antes de ser psicóloga ya me encantaban las personas, mirarlas, conocerlas, compartir la vida, aficiones, viajes, etc. Después he tenido la oportunidad de trabajar las distintas etapas de la vida, desde niños a ancianos. Y de todas las etapas me quedo con la adolescencia y juventud, me quedo con los JÓVENES.

Cada joven para mí es un sueño, un sueño que no está acabado, que no sabemos lo hay en él, que no sabemos lo que puede llegar a ser. Algo que observo con los jóvenes, es que los adultos, sin querer, a veces, los limitamos mucho.

La clave para mí es: ¿Cómo encender los ojos de los jóvenes para que irradian vida? A diario me encuentro con jóvenes, los miro a los ojos y en sus ojos veo que no hay vida. "Para educar no hay que llenar un recipiente vacío sino hay que encender" (William Buttler). Llenar de conocimientos lo puede hacer la red, encender vidas ¿quién lo hará?

A lo largo de estos años he trabajado con jóvenes tanto en consulta privada como en centro de internamiento de menores infractores

(CIMI). A continuación voy a mencionar las diferencias que he encontrado entre un ámbito y otro.

CONSULTA	CIMI
Voluntaria	Involuntaria
Libertad	Internamiento
No hay equipo de seguridad	Seguridad primordial
Espacio adecuado	Espacio limitado
Tratamiento problemática psicológica	Abordaje delito como prioridad
Equipo reducido o profesional único	Equipo Multidisciplinar
Número jóvenes no impuesto	Número jóvenes impuesto
Pocos informes sobre intervención	Número elevado de informes a Juzgado
Pocas reuniones o ninguna	Reuniones y funciones varias
Confidencialidad	Confidencialidad parcial

Para el abordaje psicológico con jóvenes considero oportuno tener los siguientes puntos en cuenta:

1. Ver a los jóvenes con ojos nuevos, la importancia de ver el potencial del joven, descubrir sus capacidades, sus fortalezas, más que centrarnos en lo que no tiene. Más caricias verbales con los jóvenes y menos etiquetas, ellos son un sueño por desarrollar y esto es fundamental. Ahí nosotros tenemos

un papel fundamental para transmitir una imagen positiva de ellos mismos y que ellos desarrollen su autoconcepto de una forma sana para que les ayude a ser persona encendidas de vida.

2. En la evaluación inicial y a lo largo de la intervención es de relevancia respetar la historia personal, lo que llamo *descalzarnos*, puesto que vamos a entrar en la vida de una persona que se encuentra en pleno proceso de desarrollo, no voy arrollando su vida ni destripo al menor. Recabar información no es lo primordial, desde mi humilde punto de vista, para mí no dañar más y generar empatía, son la prioridad y la información personal la irá expresando el joven en la medida que se vaya deseando abrir a la intervención y si no respetar que es su vida y su intimidad y nosotros no forzamos en nombre de la psicología, antes respetamos a la persona.
3. La confidencialidad es de suma importancia tanto en consulta privada como en el CIMI, puesto que nuestro código deontológico así lo recoge. En el caso de los centros de internamiento, aunque el juez trimestralmente ha de estar informado, la información que se recoge en un informe ha de ser general, tratando de no dañar la intimidad ni la vida del menor. De ahí la importancia de ser prudentes con lo que queda recogido por escrito en un informe. Avalar con pruebas objetivas, siempre que sea posible, evitando emitir juicios de valores superficiales que tengan repercusiones negativas en la vida de los jóvenes es de relevancia, según mi experiencia.
4. El discernimiento del psicólogo no es sustituible por las redes, saber elegir dentro de lo bueno lo mejor y dentro de dos opciones malas, la menos mala, es un trabajo complejo dependiendo de las circunstancias.
5. El lenguaje psicológico no ayuda al joven a seguir un proceso de intervención psicológica favorable. Simplificar el lenguaje, adaptarlo a cada chico/a es un trabajo de cada sesión. Tener mucho cuidado con la información psicológica que se le da al menor también. Los psicólogos trabajamos con términos que no son aconsejables transmitir, ellos no entienden de nombres de trastornos ni jerga psicológica, hablarles de forma sencilla, preguntarles con objeto de hacerles pensar, orientarlos a lo que han de aprender, desarrollar, despertar, por ahí, creo que, va el proceso de ayuda a los jóvenes.
6. La necesidad de crear y adaptar material práctico para cada joven suele resultar una necesidad, porque, especialmente en el caso de los menores de CIMI, internados en Módulo Terapéutico de Salud Mental, es muy difícil encontrar material específico, por lo que el trabajo de búsqueda y creación en según las características específicas del caso y del momento del proceso psicológico. Incluso las pruebas psicológicas son difíciles de encontrar para este rango de edad y características peculiares, muchos de los ítems no los entienden por su bajo nivel académico o porque su lengua nativa no es el español, entre otras particularidades.
7. Magna que tengo presenta para el trabajo psicológico con jóvenes: "Edificar lo que se pueda pero, ante todo, NO DESTRUIR".
8. La adquisición de valores morales para adquirir el cambio interior positivo y que se desarrollen como personas saludables. Lo que más utilizo para motivar al cambio es el corto El Circo de la Mariposa (Eduardo Verasteguy).
9. Animar a descubrir el sentido de la vida a cada joven, ayudarles porque ellos no saben.

En relación al trabajo de un psicólogo en un equipo multidisciplinar que trabaja con jóvenes considero bueno:

1. Poner en práctica la prudencia, medir las consecuencias e interpretación de nuestras palabras en relación a la repercusión hacia el menor.
2. Evitar comentarios morbosos y orientar a potenciar los puntos fuertes de la personalidad de los jóvenes.
3. Desterrar el egocentrismo profesional. No lo sabemos todo, escuchar y aprender de nuestros compañeros de otras profesiones nos ayudará a conocer al joven de una forma más integral.
4. Actuar con sencillez, puesto que el sabio es consciente de lo poco que sabe.
5. Confiar en la profesionalidad de otras áreas complementarias.
6. Hacer equipo desde el respeto y la empatía al trabajo de los demás.
7. Evitar el intrusismo profesional.
8. Fomentar espacios de unión para estar unidos en la vocación por el trabajo con los jóvenes.

Dentro de esta vocación a LA PERSONA, la etapa evolutiva en la que se produce un mayor potencial de desarrollo y cambio es la llamada adolescencia. Los estudios no acaban de ponerse de acuerdo en la edad pero sí podríamos decir que la adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su

finalización a los 19 o 20, algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años. Es por tanto, un precioso tiempo de transformación externa e interna y el psicólogo que trabaja con jóvenes sería bueno tuviera:

1. Vocación y pasión por los jóvenes.
2. Respeto absoluto a esta etapa del desarrollo vital.
3. Convicción clara en las posibilidades de crecimiento de los jóvenes.
4. Aceptación incondicional de sus vidas, libres de juicios y etiquetas.
5. Conocimiento de las emociones y cómo éstas afectan al aprendizaje, como dijo Mar Romera, se produce aprendizaje con emociones de amor, seguridad, curiosidad, admiración y no existe aprendizaje con miedo, rabia, tristeza, entre otras.
6. Fortaleza para el sufrimiento y el fracaso.
7. Esperanza ante malos pronósticos, investigar, crear y buscar alternativas para casos sin aparente solución.
8. Prevención de estados de agotamiento, para ello buscar apoyos emocionales, realizar actividades saludables, unirnos a otros que también tienen esta vocación a los jóvenes, entre otros.
9. Creatividad e imaginación son buenas aliadas para el trabajo con los jóvenes, puesto están en continuo cambio y se aburren con la monotonía.
10. Música y amor, sus mensajes se graban con mayor profundidad a nivel cerebral.

El psicólogo ha de convertirse en un motivador nato del cambio del joven, pero dándole el protagonismo a él, sin estorbar a su crecimiento ni a su libertad.



Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas

José Martín de Rosales Martínez. Colegiado nº AO08890

Yolanda Romero Rodríguez. Colegiada nº AO05769

Equipo de Atención Psicosocial integrado en la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Obra Social "la Caixa"

La atención psicológica y espiritual de los pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas y terminales es uno de los principales ámbitos en los que nuestro sistema de cuidados paliativos puede mejorar.

En este sentido, durante la última década, ha crecido mucho la conciencia sobre la importancia que tiene aliviar el dolor y reducir el sufrimiento en esta clase de enfermos y, a la vez, en sus familiares.

Ambos aspectos conforman el gran objetivo de los cuidados paliativos, cuya eficacia también depende de que las personas que están implicadas en llevarlo a cabo desarrollen habilidades de comunicación y emocionales suficientes, como para atender las demandas emocionales que suele darse en esta clase de situaciones.

Por su parte, la búsqueda del significado de la vida, la esperanza y la sensación de paz son elementos fundamentales que ayudan a un paciente a aceptar el proceso de la muerte.

Sobre tal base se diseñó el Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la *Obra Social "la Caixa"*.

Un modelo dirigido para mejorar los aspectos de **atención psicosocial**, así como las **necesidades espirituales** que se producen cuando estamos cerca de las personas

que padecen enfermedades avanzadas, de sus familias y de los propios profesionales dedicados al ámbito de la salud que cumplen su labor en los servicios de cuidados paliativos.

El proyecto se incluye en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud en España y recibe el aval del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Las claves de nuestra labor

- En España mueren anualmente 380.000 personas, de las cuales 120.000 han tenido necesidad de atención en cuidados paliativos.
- Mediante equipos profesionales multidisciplinares (formados por psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios) damos soporte social, espiritual y emocional a los pacientes con enfermedades avanzadas y a sus familias.
- También apoyamos y complementamos la labor de los profesionales que trabajan en el ámbito de los cuidados.

La Organización Mundial de la Salud se refiere a los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la

vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Siguiendo estas recomendaciones, desde 2008, la Obra Social "la Caixa", en colaboración con el Ministerio de Sanidad, de las comunidades autónomas y con el aval de la Organización Mundial de la Salud, desarrolla el Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y de sus familiares, mediante la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales, ofreciendo una atención integral.

Las grandes áreas de actuación del programa:

Atención psicosocial

Se proporcionan medidas de atención psicológica y social para ayudar al paciente y la familia a afrontar la enfermedad.

Espiritualidad

Se integran los aspectos espirituales que permiten al paciente y a sus familiares afrontar serenamente el proceso final, desde un respeto máximo a las creencias y convicciones de cada uno.

Duelo

Se ofrece atención a todas las personas afectadas por la pérdida de un ser querido que lo requieran o lo soliciten.

Soporte a profesionales

Se trata de dar apoyo específico a los profesionales sanitarios en temas como la

comunicación en situaciones difíciles y la gestión del estrés.

Voluntariado

El voluntario da respuesta a necesidades sociales de las personas enfermas y sus familiares, a través del acompañamiento. La participación de los voluntarios y su integración en los equipos se considera un principio básico del modelo de atención en cuidados paliativos.

El programa cuenta con 42 equipos de atención psicosocial (EAPS), pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro especializadas en este ámbito, con presencia en las 17 comunidades autónomas (6 pertenecen a Andalucía) y que desempeñan su labor tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario. Más de 200 profesionales multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales y agentes pastorales).

Desde 2008, el Programa ha atendido un total de: 83.561 pacientes y 121.526 familiares.

El perfil de paciente al que atendemos es hombre de 72 años con patología oncológica, que recibe la atención del Equipo de Atención Psicosocial en un centro hospitalario durante 25 días. Su situación sociofamiliar:

- El 33,07% de las personas atendidas tienen ingresos económicos inferiores a 1.400€/mes.
- En el 34,01% de los casos, la capacidad cuidadora de la familia es escasa, parcial o nula.
- Ante la enfermedad avanzada, el 68,59% de las familias corren el riesgo de claudicar por sobrecarga familiar.
- El 3,14% de los pacientes atendidos no tienen familia.

Las necesidades del paciente que se identifican en una primera visita:

- El 72,96% de los pacientes visitados tienen un estado de ánimo malo o regular.
- El 57,68% de los pacientes tienen sensación de sufrimiento.
- En el 73,06% de los casos, la adaptación a la enfermedad es problemática.
- 33,8% tiene un soporte familiar insuficiente.

El 80,9% son atendidos en centros hospitalarios y el 19,1% en domicilios. El 75% son pacientes oncológicos y el 25% son no oncológicos.

Los resultados analizados por la Dirección Científica (Institut Català d'Oncologia) muestran una tendencia estadísticamente significativa de mejora de los aspectos emocionales tras la intervención de los Equipos de Atención Psicosocial (EAPS). En este sentido, los niveles de ansiedad, tristeza y malestar, entre otros, se reducen tras la intervención de los Equipos de Atención Psicosocial (EAPS), aspectos que favorecen el bienestar de los enfermos y sus familias.

También se ha realizado un estudio sobre satisfacción en pacientes, la calidad percibida:

- El 94,81% de los pacientes afirman haber tenido tanto contacto como necesitaban con los profesionales.
- Un 92,21% consideran entre excelente y muy buena la atención recibida.
- Más del 80% de los pacientes considera que la atención recibida le ha ayudado para:
 - Poder hablar de los temas difíciles.
 - Ayudar a resolver asuntos pendientes.

- Comunicarse mejor con la familia.

El equipo de atención psicosocial de Granada

En Granada el equipo de atención psicosocial (EAPS) se encuentra integrado en la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves desde los inicios de dicho programa.

El EAPS está formado por dos psicólogos (**D. José Martín de Rosales Martínez** y **D^a Yolanda Romero Rodríguez**) y una trabajadora social (**D^a M^a Ángeles Martín Sánchez**). Complementan al equipo interdisciplinar, cuyo objetivo común es promocionar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas y de sus familiares.

El EASP tiene un espacio de consultas externas ubicado en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), donde atiende a pacientes y familiares que acuden a consulta, además de atender a pacientes que ingresan en planta UCP, donde se cuenta con 10 camas individuales y complementa su atención con visitas domiciliarias.

El EAPS tiene como objetivo la promoción del bienestar del enfermo y su familia atendiendo a los siguientes niveles de complejidad.

1. Enfermo: De edad avanzada o temprana, trastornos psicopatológicos, discapacidad física o psíquica, dificultad funcional de comunicación, estrés emocional severo, estrategias de afrontamiento no adaptativas, duelos no resueltos, diversidad cultural, cambio inesperado en la evolución, baja adherencia al tratamiento, diagnóstico reciente, proceso de enfermedad largo, alta dependencia funcional, ideas autolíticas, síntomas refractarios que generan impacto, ausencia de soporte

sociofamiliar, exclusión social y sufrimiento espiritual grave.

2. **Familia:** Edad avanzada o temprana de cuidador, antecedentes psicopatológicos del cuidador, antecedentes de enfermedad grave en la unidad familiar, distrés emocional severo, pacto de silencio, dificultades de comunicación, estrategias de afrontamiento no adaptativas, duelos no resueltos, claudicación y/o sobrecarga familiar, cargas múltiples del cuidador, conflicto en la dinámica familiar, desestructuración familiar, dificultades económicas y/o laborales, barreras arquitectónicas en el domicilio y escasa red de apoyo.
3. **Equipo:** Dificultades en el proceso de información y/o comunicación, situaciones de sobreimplicación, problemas de coordinación y/o comunicación entre profesionales y recursos, conflictos éticos, situaciones de vulnerabilidad del profesional, formación

incompleta en la atención integral y dificultades en la derivación a los miembros del EAPS.

Desde el año 2008 hasta diciembre de 2015, el EAPS de Granada ha atendido a:

- Pacientes nuevos: 3.292
- Familiares nuevos: 3.533
- Intervención en duelo: 652

Según la localización de la visita, se han realizado un total de 1.036 intervenciones en domicilio. Y 15.196 intervenciones directas en el ámbito hospitalario.

Además de la larga trayectoria investigadora y docente que se han realizado en estos años, presencia en diferentes congresos a nivel internacional, nacional y provincial, publicaciones en revistas, vinculación con UGR tanto con rotación de alumnos en prácticas como en cursos formativos.

Asesorías Profesionales

Los colegiados tienen a su disposición un servicio de asesoría sobre asuntos relacionados con el ejercicio de la profesión. Se atenderán las consultas relacionadas con los siguientes aspectos: Iniciación a la Profesión, Psicología Clínica, Psicología Educativa, Psicología Jurídica, Psicología del Tráfico y de la Seguridad Vial, Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos, Psicología de la Intervención Social y Psicología de la Actividad Física y del Deporte.

Puede realizar su consulta por correo electrónico a: copao@cop.es

Intervención psicológica en las medidas de tratamiento ambulatorio psicológico y de deshabituación de sustancias con menores infractores

Ana Isabel Anduix Serrano. Colegiada nº AO07207

Rafael Valdivia Vasco. Colegiado nº AO03875

Psicólogos de Intervención en Medio Abierto Jaén (IMAJA). Servicio Integrado de Medio Abierto de Jaén.

La Ley de Responsabilidad Penal 5/2000, más conocida como Ley del Menor, recoge una serie de **medidas judiciales** que el Juez pertinente, a petición del Ministerio Fiscal, puede imponer a un menor de edad por la comisión de un delito o falta con un claro motivo sancionador, pero al mismo tiempo educativo. En todas ellas, (libertad vigilada, prestación en beneficio a la comunidad, etc.) se recoge la participación de un/a psicólogo/a, pero especialmente en dos de ellas: en la de **tratamiento ambulatorio psicológico** y en la de **deshabituación de sustancias**.

De este modo, en el Capítulo II de la Ley de responsabilidad penal del menor (LPRM) denominado De las medidas, se establece en su Artículo 7 Definición de las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores y reglas generales de determinación de las mismas, lo siguiente:

e) **Tratamiento ambulatorio.** Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en

este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de 0, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

En ambas medidas, el papel del/la psicólogo/a resulta de gran importancia. En relación a factores etiológicos, podemos considerar que en determinados casos, la comisión del delito está ligada o asociada a algún tipo de trastorno o desorden mental en el/la adolescente, sobre todo en delitos como abusos sexuales, maltrato familiar, etc., que ha de ser evaluado y tratado de forma especializada e individualizada. En otros casos, la mayoría, el comportamiento del menor responde a aprendizajes inadecuados adquiridos en su entorno más inmediato o carencias no satisfechas. En este último caso, el delito responde más a comportamientos aprendidos de agentes socializadores cercanos (en especial la propia familia o los iguales), que requieren ser intervenidos y modificados.

Especialmente relevante resulta esta medida judicial en los casos de violencia filoparental y que suelen derivar en delitos de maltrato en el ámbito doméstico. En estas intervenciones, el estudio de la biografía del menor (y de su familia) resulta indispensable a la hora de comprender la ira y la violencia, que en última instancia van a guiar el comportamiento del menor. En estos casos, determinadas categorías diagnósticas pueden ayudar a explicar

la conducta violenta, como trastorno explosivo intermitente, trastorno disocial, etc. Pero si importante resulta el diagnóstico, más aún es el enfoque terapéutico elegido. No todos los menores infractores responden por igual a un mismo tratamiento, es por eso que el terapeuta debe encontrar la vía más eficaz para minimizar o erradicar esos síntomas o comportamientos antisociales. Así por ejemplo, determinados menores son capaces de modificar su comportamiento a través de técnicas conductuales sencillas de modificación de conducta, como economía de fichas o simplemente un manejo adecuado de refuerzos y castigos, por parte de la familia convenientemente entrenada. Sin embargo, otros menores requieren de otras aproximaciones de mayor complejidad y profundidad, a través de técnicas cognitivas que permitan elaborar creencias nucleares o (limitantes) en el menor, que son las que alimentan la comisión del delito o el consumo de sustancias, o simplemente propician un estilo de vida desorganizado.

El uso de técnicas proyectivas, en determinados menores con dificultades de aprendizaje, o simplemente retraso pedagógico, pueden suponer una forma indirecta de extracción de información, puesto que muchos de ellos, proyectan en sus dibujos o respuestas, conflictos de los que ni tan siquiera tienen conciencia hasta ahora. Dos especialmente útiles con ellos, pueden ser el test de la casa, árbol, persona o la cajita de arena.

Otras técnicas como el psicodrama, ayudan al menor a adoptar otra perspectiva diferente a la suya, permiten involucrar a la familia en el tratamiento, mejoran su capacidad empática y favorecen la expresión de conflictos y herramientas para su solución.

Al mismo tiempo, resulta indispensable un trabajo o intervención paralelo con la familia del joven, entendiendo que en la mayoría de las ocasiones, la conducta violenta o delictiva en el menor, tiene de un modo u otro, un origen en el seno familiar. En este sentido, la terapia sistémica supone una herramienta eficaz a la hora de modificar las relaciones

entre sus miembros y por tanto lograr una mejora no sólo en el propio menor, sino en el resto de los miembros de la familia.

Por otro lado, en determinados menores, resulta relevante la elaboración de eventos de su biografía, que por graves o por ocultos, pueden permanecer latentes durante años, provocando un hondo malestar en el joven no resuelto hasta ahora. Resulta evidente que un clima o rapport de confianza entre terapeuta y menor, ofrece un marco adecuado para abordar determinados eventos, que por su delicadeza requieren de un tratamiento especial. La correcta elaboración de estos eventos, permite aliviar al joven de emociones como la culpa o el odio, habitualmente en la base de delitos de naturaleza violenta.

Por otro lado, la edad evolutiva del menor, siempre se ha considerado un obstáculo a la hora de alcanzar cambios duraderos en su comportamiento, debido en muchos casos a un cerebro aún inmaduro, en el que el córtex prefrontal no siempre es eficaz a la hora de modular y controlar los impulsos del cerebro más primitivo, es decir de zonas subcorticales como la amígdala. No obstante, este cerebro joven, resulta ser aún extremadamente moldeable a diferencia del cerebro adulto, de modo que esta capacidad de absorción y de asimilación puede y debe ser utilizada como una gran ventaja, en lugar de un inconveniente, a la hora de propiciar la mejora y normalización del menor.

Por otro lado, en la **medida de tratamiento ambulatorio de deshabitación de sustancias**, la Ley recoge que los menores que estén consumiendo sustancias tóxicas (cannabis, cocaína, MDMA, etc.), han de someterse a tratamiento especializado por este mismo equipo.

En este tratamiento, se busca lograr la motivación y un posicionamiento crítico en el joven hacia la sustancia, promover actitudes y hábitos incompatibles con el consumo, habitualmente de cannabis, y buscar la raíz, que en última

instancia supuso el inicio del consumo (factores familiares, emocionales, sociales, etc.).

La intervención, cuya duración siempre viene marcada por la sentencia dictada por el Juez, se efectúa desde un punto de vista cognitivo-conductual, sistémico o humanista, siguiendo el modelo transteórico para el cambio de Prochaska y DiClemente, resultando fundamental la implicación de toda la familia con el objetivo de lograr la reducción y el abandono del consumo.

En el tratamiento de deshabitación de sustancias con menores infractores, resultan interesantes las iniciativas destinadas a entrenar al joven en estrategias de afrontamiento adecuadas, el manejo de los conflictos y la posterior regulación emocional, alejando el consumo como forma de evitación de la ansiedad o el estrés asociados al contexto más cercano.

Este tratamiento, que resulta voluntario para el menor, supone un complemento efectivo para otras medidas que ya están incidiendo en el joven y su familia, como la libertad vigilada o el internamiento. Además, con el apoyo decidido de la familia, y del propio menor, estas medidas judiciales suelen ser efectivas, a la hora de propiciar un estilo de vida más normalizado en el menor y su familia, alejando al joven de la delincuencia y el consumo abusivo de sustancias.

Referencias bibliográficas

- Ayo Fernández, M. (2004). Las garantías del menor infractor (Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, sobre responsabilidad penal de los menores y sus modificaciones posteriores. RdPP monografía, núm. 12, Navarra: Thomson-Aranzadi.
- Calatayud, E. (2007). Reflexiones de un juez de menores. Granada: Ediciones Dauro.
- Cantarero Bandrés, R. (2002). Delincuencia juvenil. ¿Asistencia terapéutica versus justicia penal? Logroño: Universidad de la Rioja.
- Cea D'ancona, M. A. (1992). La justicia de menores en España. (Colección monografías, núm. 127). Madrid: CIS-Siglo XXI.
- Fernández Molina, E. (2008). Entre la educación y el castigo. Un análisis de la justicia de menor. Valencia: Tirant lo Blanch.
- García Valdés, C. (1991). Los presos jóvenes. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Garrido Genovés, V. (1987). Delincuencia juvenil: orígenes, prevención y tratamiento. Madrid: Alhambra.
- Garrido Genovés, V., López, E., Silva, T., López, M. J. y Molina, P. (2006). El modelo de la competencia social de la Ley de menores. Cómo predecir y evaluar para la intervención educativa. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Herrero Herrero, C. (2005). Delincuencia de menores. Tratamiento criminológico y jurídico. Estudios de Criminología y política criminal, 3. Madrid: Dykinson.
- Magro Servet, V. (Coord.) (2005). Guía práctica del menor y de la violencia de género y doméstica. Madrid: La Ley.
- Martín López, M. T. (Coord.) (2000). Justicia con menores. Menores infractores y menores víctimas. Colección Estudios, Nº 63. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Mirón Redondo, L. y Otero-López J. M. (2005). Jóvenes delincuentes. Barcelona: Ariel.
- Redondo Illescas, S. y Garrido Genovés, V. (2001). Violencia y delincuencia juvenil. Explicación y prevención. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Ríos Martín, J. C. (1993). El menor infractor ante la Ley penal. Granada: Comares.
- Ruiz-Gallardón, I. y García Pablos, A. (eds.) (2005). Los menores ante el Derecho (Responsabilidad, capacidad y autonomía de los menores de edad. Estudio de Derecho Comparado). Madrid: Universidad Complutense.
- Ruiz Rodríguez, L. R. y Navarro Guzmán, J. I. (Coords.) (2004). Menores. Responsabilidad penal y atención psicosocial. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Sola, E., Hernández, J. U., Flores, F. y García, P. (Eds.) (2007). Derecho penal y psicología del menor. Granada: Comares.
- Urbano Castrillo, E. y De la Rosa Cortina, J. M. (2001). Comentarios a la Ley Orgánica de responsabilidad penal del menor. Navarra: Aranzadi.
- Urrea Portillo, J. (2005). Adolescentes en conflicto. 52 casos reales. 4ª ed. Madrid: Pirámide.

Foro internacional de mediadores profesionales (FIMEP) 2016

M^{ra} Teresa García Castillejo. Colegiada nº AO00894
Miembro de la Comisión de Mediación del COPAO en Málaga.

Se hizo realidad el Foro Internacional de Mediadores Profesionales 2016 en Sevilla los días 9, 10, 11 de marzo de 2016, dicho evento se organizó por la Escuela Sevillana de Mediación siendo constituida la firma de los miembros fundadores del Foro Internacional de Mediadores en julio 2014 en Carmona, teniendo la suerte de haber participado en dicha firma junto a otros compañeros de Mediación.

La Universidad Loyola de Andalucía ha posibilitado el escenario, donde han participado 24 países del mundo, compartiendo distintas experiencias que giraban sobre el tema de *¿Qué es y cómo se hace una mediación?* realizando conferencias, talleres alternativos y comunicaciones.

Se inauguró el Foro por el Rector de la Universidad Loyola de Andalucía, el Alcalde de Sevilla y **D. Javier Ales** director del Foro FIMEP.

La conferencia inaugural fue dada por **D^{ra} Graciela Guruchelar** *Mediación y Resiliencia (Solucion@* ha tenido la oportunidad de organizar dos talleres de Resiliencia tanto en el año 2015 con la colaboración del Colegio de Abogados de Málaga y en el 2016 en el Colegio de Procuradores de Málaga); siendo un tema para seguir profundizando en los distintos talleres que se van a seguir organizando.

Otros temas tratados fueron *La mediación como ciencia, el metamodelo de la negociación* (Monterrey. México); *La mediación en Brasil*; *La mediación en Rusia*; *La mediación en la oficina Judicial de Tucuman* y *La mediación en Europa*.

En los talleres alternativos se ha trabajado en distintos temas: *Comediación familiar a distancia* (Argentina); *la formación del mediador se nace o se hace, experiencias educativas* (España); *Ser mediador y no morir en el intento*; *Mediador como artesano*; *Cómo descubrir mi estilo de mediar* (Argentina); *Mediación y los distintos apellidos del conflicto* (Argentina); *Valores de mediación y Deontología* (Nápoles, Italia).

Comunicaciones: *Mediación y seguros*; *Mediación en accidentes de tráfico*; *Dinámicas de mediación estatal comediación intrajudicial en Argentina*; *Mediación en Costa Rica*; *Mediación en el ámbito laboral*; *Mediación empresarial*; *Mediación en clérigos católicos*; *Nuevas fórmulas para fomentar la mediación*; *Mediación online una realidad del S. XXI*; *Mediación vecinal y mediación intercultural*; *Neutralidad e imparcialidad y la creatividad como método de gestión de conflictos*.

D. Alberto Elisavesky realizó la conferencia *Nuevas tecnologías aplicadas a la resolución de conflictos* (Argentina).

Por la noche se realizó un crucero nocturno por el río Guadalquivir de Sevilla. Fue una velada muy agradable para estrechar lazos con otros compañeros mediadores de España y de otros países.

El viernes, 11 de marzo, el foro se celebró en el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla, para constituir comisiones, analizar el tema de futuro y crear nuevos retos para FIMEP 2018.

¿Qué ha significado para mí este FIMEP?

-Que la realidad de la Mediación tiene muchas caras, que todas son importantes pero que puedo enfocarme en una sola imagen o en mil imágenes, que si somos humildes y generosos para compartir nuestros deseos, motivaciones, creatividades, realidades, experiencias se pueden multiplicar y hacer más rica la Mediación.

-FIMEP ha sido como múltiples espejos que reflejan realidades a las cuales nos podemos ver, motivados a seguir, reforzados en nuestros esfuerzos diarios, unión con otros compañeros aunque estén en la otra parte del mundo.

- Encontrarme con amigos, compañeros, reforzar amistades, tener experiencias conjuntas.
- Conocer distintos modelos de mediación que nos impulsan y nos motivan a seguir en la lucha de expandir la mediación.
- Crecer todos conjuntamente en el gran camino de la mediación.
- Presentar la comunicación el 10 de marzo: *Mediación Penal y Justicia Restaurativa en Málaga: primeros pasos* con mi compañera **D^a Patricia Estela Barcones** (Abogada y Mediadora Profesional) y yo **M^a Teresa García Castillejo** (Psicóloga y Mediadora Profesional -caso práctico-), como representantes de *Solucion@* entidad colaboradora del evento, consolidándose dicha Asociación como referente de la Mediación en Málaga.

D^a Patricia Estela Barcones explicó la parte teórica de la ponencia *La Mediación Penal y Justicia Restaurativa en Málaga: Primeros Pasos*, relatando cómo en el año 2011 la Asociación *Solucion@* creó su Servicio de Mediación-Reparación Penal (SMP) para realizar mediaciones derivadas de los Juzgados de Instrucción y

Penales de la Ciudad de Málaga. Este Servicio fue pensado como un programa piloto inspirado en los principios de la justicia restaurativa, poniendo su énfasis en el acompañamiento a las víctimas, facilitando que los infractores asuman su responsabilidad en un ambiente propicio para el diálogo y la pacificación.

El objetivo es trabajar para la reparación del daño sufrido. En algunas oportunidades, el perdón y la reconciliación tardan mucho tiempo en producirse, otras veces es más fácil de alcanzar, pero tal vez el éxito de esta forma de ver la justicia resida en ofrecer una posibilidad real para el diálogo, en el que tanto víctimas como ofensores puedan participar y tomar decisiones consensuadas.

En cuanto a la mediación penal, las reuniones o diálogos restaurativos, aunque con sustanciales diferencias entre ellas, son encuentros en los que los participantes asisten de forma voluntaria. Centramos nuestra atención en el reconocimiento y la reparación del daño sufrido, tanto sea físico como emocional, individual o social y a las necesidades conexas de todos los afectados en la medida de lo posible. De esta manera intentamos que las partes miren hacia el futuro, expresen sus sentimientos y puedan dar y recibir explicaciones y disculpas. Muchas veces nos enfrentamos a la expresión de sentimientos negativos como vergüenza, humillación, angustia, enojo, etc., pero sabemos que la expresión de las emociones y sentimientos ayuda en cierta medida a reducir su intensidad.

Desde el Servicio de Mediación-Reparación Penal venimos utilizando estas herramientas restaurativas en tipos de conflictos muy variados.

D^a M^a Teresa García Castillejo habló del tema más práctico; cómo los mediadores nos autocontrolamos ante las emociones expuestas en esa mesa de mediación; cómo trabaja-

mos nuestras creencias y cómo nos sentimos y demostramos todos nuestros conocimientos adquiridos. Se reflexionó sobre los principios de imparcialidad-creencias-expectativas y auto-control, la idea de que “cuando somos mediadores tenemos que pararnos para ver cómo esa mediación está resonando en nosotros, cómo nos autocontrolamos, cómo ponemos en la realidad la teoría profesionalizada, cómo hacer que nos sintamos bien ayudando a otras personas que a la vez nos están ayudando a nosotros mismos (retroalimentándonos) y cómo trabajamos con Inteligencia Emocional.

Se expuso un caso de Mediación Penal donde estaban involucradas dos adolescentes con temas de redes sociales, que a su vez era intergeneracional porque estaban implicadas las madres, añadiendo que eran también vecinas con lo cual también era comunitario.

Por tanto, el encuentro ha sido muy constructivo, participativo y ha generado nuevos espacios, nuevas redes para expandir la mediación, siendo una realidad imparable en nuestra sociedad.



Psicología y cine: una mirada de mil yardas

Rafael Valdivia Vasco. Colegiado nº AO03875.
Miembro de la Sección Profesional de Psicología Jurídica del COPAO en Jaén

*“El significado es nuestro y está en nuestra mente”
Hugo Münsterberg. Psicólogo y cinéfilo.*

Fue en un directo, la temporada pasada, en la radio de la Universidad de Jaén, cuando surgió de forma improvisada, esta expresión desconocida hasta ese momento para mí, con la que se denominaba, hacía mucho tiempo, al Trastorno de estrés postraumático.

Justo en aquel mismo momento, apareció la necesidad de escribir acerca de la relación tan especial que existe entre el séptimo arte y la psicología. Concretamente fue durante el análisis psicológico de la película *Apocalypse Now*, de Coppola, la cual comentábamos en *La Conjura de Ludovico*, programa de radio semanal en *Uniradio Jaén* sobre psicología y cine y que curiosamente hacía referencia a la mirada vacía y perdida en el horizonte de algunos ex combatientes tras regresar de la guerra. Aquello me hizo pensar, si la propia psicología no había tenido esa misma mirada con respecto al cine, perdida y ausente, sin ser capaz de ver, aún, sus enormes posibilidades.

Por lo general, tendemos a pensar, que los caminos por los que discurren el arte y la ciencia, la etérea inspiración y el frío método, lo hacen por senderos diferentes, a veces incluso opuestos. Que disciplinas como el cine o la psicología, apenas hallan puntos de encuentro, transitando a menudo por rutas alejadas e independientes.

Nada más lejos de la realidad, ambas expresiones del ser humano, cuentan con más puntos en común de lo que pensamos, siendo muy a menudo, herramientas y procedimientos que nutren la una a la otra.

A finales del siglo XIX, y comienzos del XX, occidente era un hervidero de propuestas, ideas e innovaciones en diferentes campos de la ciencia. Surgen en Europa y Estados Unidos importantes logros en campos tan dispares como la medicina, la industria, o la ingeniería aeronáutica, anunciando un periodo en el que el ser humano ansía nuevos retos y horizontes. Tanto el cine como la incipiente psicología, no resultan ajenos a estos cambios, que aventuran un deslumbrante mundo no visto hasta entonces.

El año de 1895 resulta ser clave tanto para la psicología como para el cine. El 13 de febrero de ese año, los hermanos Lumiere logran crear un asombroso aparato que sirve al mismo tiempo como cámara y como proyector: el cinematógrafo, naciendo con ellos el cine moderno. Ese mismo año, un joven médico llamado Sigmund Freud, comienza a desarrollar novedosas técnicas como la “Asociación libre”, para el tratamiento de la histeria con pacientes como Anna O. En mayo de ese mismo año, tan sólo dos meses después de que los hermanos Lumiere expongan en París su primera película, Freud escribirá en una carta enviada a Wilhelm Fliess, amigo íntimo y otorrinolaringólogo berlinés, lo siguiente:

“...Esa psicología me ha hecho desde tiempos inmemoriales su lejano y cautivante llamado, pero ahora, desde que di con las neurosis, se ha tornado mucho más próxima. Dos ambiciones me atormentan: primero, averiguar qué forma cobrará la teoría del funcionamiento psíquico si se introduce en ella un enfoque cuantitativo, una especie de economía de la energía nerviosa, y segundo, extraer de la psicopatología aquello que pueda ser útil para la psicología normal.”

Nuevamente, en 1916, se produce un nuevo e importante encuentro de ambas disciplinas. Hugo Münsterberg, psicólogo polaco y aficionado al cine, publica *The Photoplay: A psychological study*, donde describe de forma interesante el funcionamiento psicológico y emocional del cine en un intento de elevarlo sobre el teatro. Sin lugar a dudas, un visionario que supo vislumbrar la estrecha relación que surgía entre ambas inquietudes del ser humano y las infinitas posibilidades de interacción entre ambas.

El transcurso del siglo XX, trae aparejadas importantes similitudes tanto en el cine como en la psicología, ya que ambas se nutren de los avances científicos y tecnológicos para desarrollar aún más sus propuestas, teorías y corrientes. Incluso decisivos acontecimientos como la Segunda Guerra Mundial, impulsan aún más las carreras de ambas.

Así por ejemplo, en 1939, el cine exhibe con orgullo en todo el mundo su última invención, el technicolor, una técnica tan revolucionaria como cara que permite transformar los fotogramas del blanco y negro al multicolor, y que se aplica por primera vez en la película *El mago de Oz*, (Víctor Fleming, 1939). En ese mismo momento, en una Europa convulsa, Kurt Lewin, profesor de la Universidad de Berlín y de Iowa, y fundador de la corriente Gestáltica, publica su famoso libro *Teoría del campo y experimentación en psicología social* sobre estilos de lide-

razgo que aún hoy permanecen vigentes, en un contexto de preguerra y amenaza nazi.

En la actualidad, el cine recurre cada vez más, a la psicología a la hora de construir sus historias y sobre todo sus personajes, dotándolos de mayor profundidad y complejidad emocional. De este modo no sólo directores, sino también guionistas y actores, se afanan en construir personalidades creíbles, pero al mismo tiempo complicadas en su arquitectura psicológica, basadas en trastornos mentales específicos recogidos en manuales como el DSM, en sintomatología claramente identificable o en eventos o traumas de la biografía y el pasado del personaje.

Rápidamente comienzan a incorporarse al cine, terminología estrictamente psicológica o psiquiátrica, con términos como psicopatía, psicosis, neurosis, etc., que de ahí se contagian al espectador y finalmente al resto de la población, integrándose en el vocabulario colectivo estos vocablos científicos.

Cada vez son más las oportunidades en las que el cine incluye el aspecto psicológico como elemento crucial en la construcción y diseño de una escena. Incluso a nivel técnico, planos como el aberrante u holandés (*El indomable Will Hunting*) o planos fuera de encuadre (*El discurso del Rey* de Tom Hooper, (2010), *Reservoir dogs* de Q. Tarantino, (1992), contribuyen a generar en el espectador una sensación de angustia, incomodidad o extrañeza, en un intento consciente del autor de crear en el espectador emociones que ayudan claramente a comprender mejor la psicología del personaje. En otras ocasiones, ángulos de cámara como el contrapicado, (*Uno de los nuestros* de M. Scorsese, (1991), o *Vértigo* de A. Hitchcock, (1958) generan lo contrario, sensación en el personaje de grandiosidad o importancia manifiesta.

El tratamiento de la luz, tan importante en el mundo cinematográfico, también contribuye a

retratar el interior del personaje. Así por ejemplo, jugando con las sombras y los claroscuros, F.F. Coppola, construye magistralmente la atmósfera ideal para presentarnos a Don Vito Corleone, en *El Padrino* (1972), o directores de fotografía que contribuyen a recrear escenas visualmente impactantes que potencian el trastorno mental del protagonista, el cual guiará, a su vez, sus comportamientos perturbados (*Apocalypse Now* de F.F. Coppola (1977) o *Take Shelter* de Jeff Nichols (2011)).

Incluso la propia impronta de los directores en sus obras puede analizarse en clave psicológica, ayudando a comprender mejor el mensaje de su cinematografía. Así, grandes cineastas como Stanley Kubrick o Alfred Hitchcock, plasman en sus películas rasgos de su personalidad de forma clara y evidente para el ojo clínico del psicólogo, de tal modo que el primero, busca de forma incansable en todas sus películas, los planos simétricos que acaban invariablemente en un mismo punto de fuga (*El resplandor*, 1980 o 2001; *Una odisea en el espacio*, 1968), manifestando una personalidad obsesiva y perfeccionista que le perseguirá durante el resto de su vida, o en el segundo caso, que tras una apariencia afable y bonachona del director, se esconde en su cine rasgos propios de su carácter como el miedo, la obsesión o la doble identidad, características ocultas en una personalidad críptica y oscura.

Este mismo director, genio y maestro del cine del suspense, expresaba abiertamente su interés por la psicología en fechas tan tempranas como 1929, al considerarla "una ayuda a la hora de predecir la reacción de los espectadores" que asistían a las proyecciones de sus películas. Así mismo, creía fundamental y de gran importancia la psicología de los personajes en sus relatos, relacionados muchos de ellos con desórdenes mentales como crisis nerviosas, fobias, voyeurismo o *Psicosis* (1960).

Como puede observarse, conocimientos esenciales de la psicología, son recogidos des-

de hace décadas, por cineastas y otros miembros del gremio, como guionistas o actores, con la clara intención de buscar mayor profundidad psicológica en sus propuestas artísticas, haciéndolas más creíbles y realistas, asesorados de forma aleatoria por profesionales de la salud mental.

Del mismo modo, en las últimas décadas, la psicología mira cada vez con mayor interés hacia la industria cinematográfica, bien como herramienta o instrumento terapéutico aplicado en consulta, (ya que permite facilitar para el paciente la comprensión de su propia psicopatología), o bien en contextos académicos, formativos o divulgativos, como herramienta pedagógica para el propio profesional de la salud mental.

De repente, y como en la famosa película *Ben-Hur*, (William Wyler, 1959), la psicología puede adoptar al fin el papel protagonista de Charlton Heston, conduciendo una poderosa cuádriga, esperando que aparezca su particular espacio en el cine, o *Kairós*, (vocablo de origen griego, que procede de las famosas carreras, y que hace referencia al espacio suficiente que se generaba entre ellas para poder adelantar). Dicho de otro modo, se nos presenta para los profesionales de la psicología, la oportunidad (y la necesidad) de participar en el cine, no sólo desde un punto de vista pasivo o analítico, sino también aportando y participando activamente en el proceso creativo de una película.

En la actualidad, comienzan a prosperar iniciativas de psicólogos, que participan de forma proactiva en la construcción psicológica de personajes, y en las relaciones que se establecen entre ellos en la gran pantalla. Cada vez con más frecuencia aparecen cursos o seminarios de psicología y cine para guionistas o actores, con la clara intención de dotar al cine de conocimientos científicos precisos, extremadamente útiles para la narración precisa de una historia.

El cine espera nuestra aportación desde una disciplina, la psicología, que comparte el mismo camino desde hace una centuria,

con el análisis riguroso y científico de películas, que como manifestación humana pueden ser diseccionadas por el bisturí experto del psicólogo.

A través del cine hemos comprendido mejor aspectos como la capacidad de liderazgo en películas como *El padrino* de Francis Ford Coppola (1972), o *Master and Commander* de Peter Weir (2003). A través de películas como *Memento* de C. Nolan (2000), comprendemos mejor trastornos, como la amnesia anterógrada, de difícil prevalencia en la consulta, o el tan utilizado y manido trastorno disociativo en el cine, (*Shutter Island* de Scorsese (2010), o *Identidad* de James Mangold (2003).

A veces, una breve secuencia de apenas unos minutos, es capaz de transmitir la esencia de determinados constructos psicológicos, que por su complejidad o por su dificultad de comprensión, se escapan a veces. Así ocurre con la película de Luc Besson, *Ángel-a* (2005), que en una breve pero maravillosa escena explica de un modo magistral el concepto de la autoestima, y las graves consecuencias que se derivan de un empobrecimiento de ella en su personaje principal.

Por otro lado, debemos revisar y permanecer atentos a la mirada que el cine realiza en ocasiones hacia la figura del psicólogo, más acertada en unas ocasiones que en otras. Así, por ejemplo, nos encontramos con producciones con un trato correcto y adecuado hacia el profesional de la psicología como en *El indomable Hill Hunting*, con el recordado Robin Williams, en *El lado bueno de las cosas* de David O. Russell (2010) o *Genete Corriente* de Robert Redford (1980), frente a

otras ocasiones, en las que el psicólogo realiza un papel alejado de la realidad o incluso negligente, que en nada ayuda a la profesión, como en *La caza* de Thomas Vinterberg (2012) o *Terminator* de James Cameron (1984).

Pocas manifestaciones artísticas del ser humano, son capaces de evocar estados emocionales, inspirar sentimientos o despertar sueños como el séptimo arte. Nadie discute la capacidad del cine de suscitar emociones en el espectador, como el miedo, la tristeza, la angustia o la esperanza, suponiendo un recurso para el psicólogo de incalculable valor.

En definitiva, el análisis y comprensión del séptimo arte, representa una oportunidad única para la psicología, no sólo como recurso o herramienta pedagógica para el propio profesional o paciente, sino como participante activo, como asesor experto de un proceso creativo, cuyo objeto de deseo es el ser humano, y que cada vez mira más hacia la psicología de los personajes y de sus historias.

Era Ingmar Bergman, el conocido director y guionista sueco, el que decía que "*ningún arte traspasa nuestra consciencia de la misma forma que lo hace el cine, tocando directamente nuestras emociones, profundizando en los oscuros habitáculos de nuestras almas*", ¿no os parece, estimados colegas de profesión, suficiente argumento para justificar y reclamar el papel protagonista de la psicología en el cine? Para mí, sí.

Continuará...

Máster en tratamiento psicológico infantil y juvenil

Rocío Suárez Fernández. Colegiada nº AO07161
Miembro de la Sección Profesional de Psicología Clínica del COPAO en Málaga

En el año académico 2014-2015, el Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental, junto con la Facultad de Psicología de Málaga, realizó el primer máster en *Tratamiento Psicológico Infantil y Juvenil*.

¿Por qué este máster y no otro?

Tras cinco años de experiencia como profesional en el ámbito privado, aparecen muchas dudas con respecto a la formación que quieres seguir completando en un futuro. Hasta el año 2015 no existía en Málaga ningún máster que proporcionara la formación necesaria para el tratamiento infantil y juvenil, siendo éste uno de los ámbitos más importantes en el campo de la psicología, ya que la intervención temprana con técnicas psicológicas puede evitar la aparición de problemas futuros en la salud mental, siendo demostrable que éstas son más eficaces que el tratamiento psicofarmacológico.

Desde el Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental me hablaron de la posibilidad de que ese año se impartiera en la Universidad de Málaga un máster con dicha formación y empecé a interesarme por la organización y de los ponentes que dirigirían las diferentes clases y sobre todo, de si tenía un carácter práctico o no. El máster cuenta como director a **D. Luis Valero Aguayo**, alguien que me hizo confiar en la buena organización que tendría el mismo, ya que D. Luis, tiene una excelente trayectoria profesional desde el año 1981, doctor en Psicología y director del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento de la Universidad de Málaga.

El máster está dividido en ocho módulos formativos, respaldados por grandes profesionales, con diferentes líneas multidireccionales tanto de diagnóstico como de intervención infantojuvenil, que tratan: habilidades terapéuticas, intervención en trastornos clínicos infantiles y juveniles, trastornos de conducta, de las funciones bási-

cas, de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con estresores y adaptación e intervención en otras áreas de la infancia y adolescencia.

Se trata de un máster semipresencial, eminentemente práctico, ya que se realizan tareas tanto dentro de las clases, como fuera, de manera online. Se trabaja con muchos casos clínicos reales donde se supervisan la evaluación, diagnóstico y tratamiento aprendidos.

Paralelamente a las clases presenciales y semipresenciales cada alumno realiza durante todo el curso un número amplio de horas prácticas en los centros ofertados por el máster. Cada centro cuenta con profesionales de reconocido prestigio en el mundo de la psicología.

En mi centro de prácticas tuve una gran experiencia, ya que pude aprender de grandes especialistas en psicología clínica, psicología general sanitaria y psicología infanto-juvenil. Dentro de la asistencia desarrollada por estos especialistas, realicé bajo su supervisión labores de diagnóstico, evaluación, intervención de trastornos mentales, emocionales y relacionados con la conducta, así como talleres de apoyo para la mejora de la salud mental y emocional en la infancia.

En mi opinión, esta formación me ha ampliado los conocimientos, no quedándose sólo en los conceptos teóricos sino acercando y exponiendo al alumnado al contexto natural de la psicoterapia, potenciando tanto los recursos personales propios del terapeuta como el manejo de las diferentes técnicas para atender a las necesidades de los pacientes. Es una toma de contacto con las familias apartándonos de las creencias erróneas que nos formamos cuando salimos de la facultad de psicología. Sentirnos miembros de un grupo profesional nos hace abrir diferentes líneas de trabajo, así como sentirnos respaldados en esos duros momentos iniciales.

MÁSTER EN PSICOLOGÍA JURÍDICA

XV PROMOCIÓN 2016-17/2017-18



COLABORA



Acreditado por
el Consejo General de la
Psicología de España

INFORMACIÓN GENERAL

DESTINATARIOS: Psicólogos/os y alumnas/os de Psicología

DURACIÓN: 600 horas en 2 cursos: 2016-17/ 2017-18.

HORARIOS: viernes de 16,30 a 21,30 h. y sábados de 9,30 a 14,30 h. en fines de semana alternos.

NÚMERO DE PLAZAS LIMITADAS: De 30 a 35, se reservarán por riguroso orden de inscripción.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: Sede del COPAO en Granada y Málaga.

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN:

Desde el 18 de abril hasta el 21 de octubre de 2016

FECHA DE INICIO: Noviembre de 2016

TASAS ACADÉMICAS: 4 pagos de 1.100€. Para colegiados del COPAO 4 pagos de 1.000€.

Posibilidad de financiación por Sabadell Profesional desde 109,09 € en 48 meses.

CUENTA BANCARIA: Banco de Sabadell:

ES36 0081 0659 4600 0131 7535

PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

(Juzgados, Centros de Reforma, Centros Penitenciarios, etc.)

PLAZAS LIMITADAS

PROFESORES INVITADOS

- Dr. Rafael Torrubia Beltrí.
- Dr. Ramón Arce Fernández
- D. Emilio Calatayud
- Dra. M^ª Dolores Justicia
- Dr. Javier Urra Portillo
- D. Francisco Santolaya Ochando
- Dra. Marta Ramírez González
- Dra. Elisa Alfaro
- D. Miguel Ángel Osma
- D. Adolfo Jarne Esparcia
- Dr. Jesús Barquín Sanz
- Dr. José Cantón Duarte
- D. Antonio Illana Conde
- D^ª Clotilde Berzosa
- D. Sergio Ruiz Arias
- Dra. Francisca Expósito
- Dr. Vicente Caballo
- Dr. Humberto Trujillo
- Dra. M^ª Carmen Cano
- D. Ignacio Jáuregui Lobera
- D. Torcuato Recover Balboa
- Dr. Juan Carlos Sierra
- D. Guillermo Orozco Pardo
- D^ª Rosa Marfa Martínez Casado
- Dra. Rosario Cortés Arboleda
- Dr. Juan F. Godoy Garda

CONTENIDOS

- Psicología y ley
- Psicología Forense
- Psicología Forense Experimental
- Psicología Jurídica del Menor
- Psicopatología Forense
- Victimología
- Psicología del delito y de la conducta criminal
- Psicología Penitenciaria
- Psicología Policial y Militar
- Mediación

DIRECCIÓN

D. Joaquín Rivas González

COORDINACIÓN

D^ª Carmen Mendiguchía Hernández

Financiado por Sabadell Profesional al 6,5% de interés.

SECRETARÍA TÉCNICA

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL
C/ San Isidro, 23. 18005 Granada
Teléfono: (34) 958 53 51 48
Teléfono móvil: 670 75 90 54
Fax: (34) 958 26 76 74
E-mail: copao@cop.es