

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA



Entrevista a D^ª Pilar Bardera Mora. Comandante de la Unidad Militar de Emergencias.

...La UME... ha realizado más de 300 intervenciones. Actualmente es una de las unidades de las Fuerzas Armadas más valoradas y conocidas, incluso más allá de nuestras fronteras, siendo más de 44 países los que se han interesado en ella para crear unidades similares...

Pág. 12

Algunos de los conocimientos imprescindibles en la práctica clínica sobre violencias basadas en el género.

...La violencia contra la mujer se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, con una importantísima repercusión social y los/as profesionales sanitarios/as pueden ser las únicas personas fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda...

Pág. 47

ENCUENTROS EN PSICOLOGÍA

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental
Temporada II. Número 41. Diciembre 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 Buela Casal. Universidad de Granada

Rosario Carcas Castilla. Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón

José A. Carrobbles 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 <https://goo.gl/JQN0TG>

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: Ascensión López Galán

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

4	Editorial.
6	Comisión de Psicoanálisis del COPAO.
7	Del rigor de un pensamiento a la lógica de una existencia. El masoquismo.
12	Entrevista a D ^a Pilar Bardera Mora. Comandante de la Unidad Militar de Emergencias.
15	La resiliencia.
20	Terremoto en Melilla.
23	Libertad.
27	Reflexiones deontológicas.
29	Día internacional de las personas mayores 2016. Jornada interinstitucional de información y sensibilización.
33	La prevención de catástrofes y la evaluación de la aptitud psicofísica en las fuerzas armadas.
35	Homenaje a las víctimas de Biescas 20 años después.
37	La psicología al servicio de la paz.
40	El análisis de los roles de género en la mediación familiar.
45	Algunos de los conocimientos imprescindibles en la práctica clínica sobre violencias basadas en el género.
62	Ahorro y prevision: planes de pensiones.

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 D ^a Lucía Lamenca González

Finaliza el año 2016 y con el cerramos 365 días de intenso trabajo. Un trabajo que, como siempre, desarrollamos desde el COPAO buscando el beneficio y mejora de las condiciones de nuestra profesión.

Una de nuestras primeras preocupaciones con la llegada del nuevo curso fue el estado de las becas del Ministerio de Educación y Ciencia respecto al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

La primera de las noticias surge cuando en el COPAO se reciben reiteradas comunicaciones de colegiados que vienen dedicándose profesionalmente a la psicología en el ámbito educativo, informando de que la última convocatoria de estas becas ha excluido a los psicólogos de la prestación de este tipo de servicios, pese a que, en muchos de los casos, su intervención profesional era la más específica y precisa para atender a las necesidades de los alumnos.

Ante esta situación, el Consejo General de la Psicología tomó las riendas y actuó como interlocutor ante el Ministerio de Educación, para que aclarase formalmente, si, pese al texto de lo que en la convocatoria de becas establece, podían seguir solicitándose éstas, como las familias necesitan, para financiar la atención psicológica que los alumnos demandan, o, en caso contrario, se reivindicara el derecho de los alumnos, y con ellos de los profesionales que los atienden, a continuar recibiendo estas atenciones y optar a las ayudas precisas para su necesaria financiación.

Después de muchas gestiones durante el mes de agosto, se consiguió una respuesta desde la Secretaría General Técnica de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía el 29 de agosto en la que se indicaba que los psicólogos pueden hacer una declaración responsable de que cumplen los requisitos, de que tienen la experiencia requerida y, por tanto, pueden firmar la declaración siempre que hayan trabajado en casos similares.

Posteriormente, surgió una nueva problemática, en cuanto a la posibilidad de que los psicólogos

podieran participar en la solicitud de becas para la reeducación del lenguaje. Hasta el curso 2015-16, el EOE tenía en cuenta y evaluaba los méritos de "desarrollo de la educación del lenguaje escrito" dentro de la valoración de la Reeducación Pedagógica. El mismo ítem también se contempla en el perfil de reeducación del lenguaje.



El Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental ha continuado, y continúa, con un minucioso seguimiento de la aplicación por parte de las delegaciones andaluzas de la correcta aplicación de la normativa.

A este respecto, es de destacar la importante labor de información que realizan los colegiados y las colegiadas hacia el COPAO respecto de las situaciones reales y diarias que vivís y que nos ayudan a seguir avanzando en conseguir reivindicaciones justas para nuestra profesión.

En esta misma línea, hemos trabajado en la consecución de acreditaciones profesionales en diferentes áreas, algo que confiere a un psicólogo la garantía de que ha seguido una práctica profesional adecuada como para acumular un número suficiente de estrategias psicológicas que garantizan el desarrollo de un tratamiento sin equívocos en cualquiera de las áreas de especialización y que garantiza al usuario que el profesional que está tratando su problema es competente en su especialidad y va a mejorar su salud y su calidad de vida. De hecho, en los últimos días de noviembre se celebró en Antequera el *I Encuentro Científico para el Desarrollo Profesional de la Psicología*, en el que tuve la oportunidad de participar como representante del Comité Nacional de Acreditaciones Profesionales y en el que tuve, además, el honor de ser nombrado socio honorario de la Sociedad Andaluza de Neuropsicología.

También hemos participado en la redacción de la nueva Ley de Servicios Sociales de Andalucía, con reuniones con los diferentes grupos políticos, una comparecencia en el Parlamento Andaluz y la

participación en unas jornadas sobre esta nueva norma organizadas por la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada.

Y si hablamos de jornadas, hay que destacar la celebración de las primeras de ámbito nacional dedicadas a la Psicología, Seguridad y Defensa Nacional, con el objetivo de informar de la importancia de la psicología de emergencias en la seguridad y defensa nacional. Las jornadas estuvieron dirigidas al personal interviniente en emergencias, catástrofes y crisis; cuerpos de seguridad del Estado, sanitarios en general, así como estudiantes de psicología de segundo ciclo. Dado el éxito, tanto en participación como en resultados obtenidos en las mismas, auguramos un largo futuro a estos encuentros.

Otras jornadas interesantes en las que hemos estado presentes han sido las de *Imagen y Salud*. En el encuentro celebrado en Sevilla, en el que los Colegios Oficiales de Psicología de Andalucía Occidental y Oriental tuvieron un importante papel, se analizó la importancia de generar alianzas, sensibilizar a la población más joven y trabajar activamente contra los estereotipos sociales como factor de riesgo de la salud física y psicológica.

La XIX Convención y II Feria de la Psicología Andaluza, en Málaga, en la que sacamos nuestra profesión a la calle y dimos a conocer a la sociedad las soluciones que las diferentes secciones que conforman el COPAO aportan a la problemática diaria de la ciudadanía, han sido otra de nuestras principales apuestas, junto con la celebración de una nueva edición del *Máster de Psicología Jurídica* o la puesta en marcha del proyecto de psicoemprendedores, como un medio para apoyar las iniciativas de los colegiados en la puesta en marcha de servicios de psicología en los diferentes ámbitos de la profesión.

Por otro lado, el COPAO está presente en diferentes asociaciones, tales como la Unión Profesional de Granada, de la que me honro ser su presidente y que mereció, el pasado mes de septiembre, el reconocimiento por parte del Colegio Oficial de Gestores Administrativos de Granada, Jaén y Almería,

o el Consejo Social de Granada, en el que ostento la responsabilidad de coordinar la comisión de trabajo 'Bienestar Social, Educación y Mejora de la Participación Ciudadana', marco en el que se vienen celebrando reuniones para analizar la problemática hospitalaria granadina, encuentros para los que, además, la sede del COPAO en Granada abre sus puertas.

Este ha sido un año con buenas noticias, como los premios, además del reconocimiento a UPG, recibidos por colegas de profesión, tales son los casos de José Luis Cabezas por parte del Teléfono de la Esperanza, o el importantísimo Premio Princesa de Asturias de la Concordia a Aldeas Infantiles y de la que nuestro colegiado José Manuel Morell es el director de su Escuela Nacional de Formación. Pero también ha sido el año en el que hemos despedido a Francisco Campos Alemany, pionero de la psicología educativa y municipal.

Una vez más, hemos animado a los más pequeños a que formen parte de nuestras actividades, con la organización de un nuevo concurso de postales navideñas, en el que la imaginación y la inocencia han dado sus frutos con unos trabajos dignos del mejor museo.

De igual modo, hemos comenzado una etapa en nuestra labor de comunicación con los colegiados y las colegiadas. Así, se van incorporando nuevas secciones en nuestra web oficial, de reconocimientos y premios y de entrevistas a destacados colegas.

En definitiva, tal y como comenzaba estas líneas, un año de trabajo el que se cierra que no hace más que impulsarnos a seguir en la brecha en el nuevo año que estamos a punto de comenzar.

Recibid el mayor y más sincero deseo de felicidad en las próximas fiestas navideñas para vosotros y vuestras familias y un gran año nuevo para todos.

Manuel Mariano Vera Martínez
Decano

Comisión de Psicoanálisis del COPAO

Francisco Cruz Quintana. Colegiado nº AO00751
Vocal de la Comisión de Psicoanálisis del COPAO

Descripción

El psicoanálisis se define actualmente como el estudio de la mente inconsciente y el tratamiento de la subjetividad.

Son escasas las posibilidades de formación y clínica psicoanalítica en nuestro entorno. Actualmente existe una demanda cada vez más creciente en el ámbito tanto universitario como profesional, de una formación en una de las corrientes más significativas por sus aportaciones teóricas y clínicas al conocimiento del comportamiento humano individual y social y sus aplicaciones para trabajar en ámbitos relacionados con el campo de la salud particular y grupal, así como el desarrollo de líneas de investigación sobre el campo de la subjetividad, vínculo social y modos en los que se presenta el malestar del sujeto contemporáneo.

Esta demanda viene sustentada en las nuevas corrientes de investigación que se están desarrollando a nivel internacional, donde el psicoanálisis no sólo es una importante orientación en las intervenciones terapéuticas actuales, sino que también sus fundamentos están siendo trasladados a otras líneas terapéuticas y de investigación. En este sentido su teoría es actualmente uno de los referentes de generación de hipótesis para campos tan significativos dentro de las neurociencias como la neurología y la neuropsicología.

Objetivos del trabajo de la comisión

1. Difundir el trabajo aplicado que realizan los profesionales que trabajan en esta

orientación en los diversos contextos en los que se manifiestan los síntomas del malestar individual y social. Las aportaciones psicoanalíticas a la construcción de la subjetividad proporcionan una lógica que permite entender aspectos complejos de las emociones que inciden en el pensamiento y el comportamiento tanto normal como sintomático.

2. Propiciar un diálogo abierto entre profesionales de orientaciones psicológicas diferentes.
3. Conocer y difundir las aportaciones psicoanalíticas a la evaluación e intervención en las alteraciones, trastornos y vínculos sociales.
4. Conocer, debatir, comprender y difundir la particularidad del psicoanálisis y su metodología de investigación en el campo de la subjetividad y la práctica clínica. Es necesario la capacitación para aplicar las bases de la relación terapéutica como variable fundamental del tratamiento clínico con una perspectiva de alivio psicológico y conocimiento de la especificidad de la transferencia en el tratamiento psicoanalítico.
5. Conocer, debatir, comprender y difundir el trabajo que se realiza respecto al lugar que ocupa el sujeto en relación al síntoma, diferenciar las principales estructuras clínicas y conocer las peculiaridades del trabajo clínico con grupos.



Del rigor de un pensamiento a la lógica de una existencia. El masoquismo

Ana Cristina Carlós Fregenal. Colegiada nº AO05363

Miembro Acreditado de la Sección Profesional de Psicología Clínica y de la Salud del COPAO en Málaga

La complejidad del tema de la mujer y el sufrimiento nos invita a abordar estos casos desde una perspectiva interdisciplinaria y desde diferentes perspectivas.

Es por ello que quisiera transmitir algunas reflexiones con motivo del encuentro realizado el 16 de abril de 2015 en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental bajo el título *Encuentros entre Psicoanálisis y Género*, organizado y propiciado por **D^{ra} Beatriz Cobo Blanco**, coordinadora en Málaga de la Comisión de Psicología e Igualdad y Género y apoyado por la Sección de Psicología Clínica y de la Salud cuyo coordinador en Málaga es **D. Manuel González Luque**. Quisiera entonces, poder transmitir en estas notas algunos de los conceptos trabajados ese día.

Cabe destacar que la temática abordada ha permitido una interesante convocatoria con la participación activa de los colegiados.

El psicoanálisis ha puesto en tela de juicio las apariencias, para profundizar en los lazos amorosos entre los seres humanos, siempre en el límite del conflicto como así lo plantea la propia condición humana y el desarrollo del amor a lo largo de la cultura. El amor en el deseo se ofrece bajo sus diferentes matices y modalidades, deslizándose desde amor sensual a las pasiones y en sus desbordes, a las locuras amorosas donde el sujeto queda a expensas de un otro gozador que dispone de su cuerpo y mente a voluntad.

Es la investigación en su vertiente clínica la que nos guía a los nuevos descubrimientos en relación al masoquismo.

El amor se constituye en el lazo esencial entre los seres humanos y nos muestra en sus tropiezos que más allá de sus vestiduras y sus ropajes nos revela que en las relaciones humanas algo va más allá del bien y del amor humano, para penetrar en los sórdidos vericuetos y oscuridades donde algo en el mal encuentra un bien bajo el nombre de amor y sacrificio o amor y muerte. Acontece cuando la relación con otro se transforma en una pasión desmedida que pide aún más.

El sujeto que lo padece queda tomado en una propuesta donde la prueba de amor es una exigencia de entrega sin límites, ensombreciendo una existencia y revelando su costado oculto que linda con la destrucción. Exigencia de sufrimiento y sacrificio de un ser a expensas de otro.

Si profundizamos en la historia de estos sujetos encontramos a menudo historias infantiles marcadas por el abuso, el abandono, la depresión o la melancolía.

Es a esa parte desconocida en nosotros mismos que irreverente y pulsional empuja al sujeto al sufrimiento del cual no es fácil poder desprenderse participando en una experiencia que la atrapa y esclaviza. No es ella, es la experiencia que la encierra.

Una entrega a un supuesto dios oscuro del cual no se puede medir ni sus límites y ni sus exigencias. Traicionando su propio deseo de vida. Jacques Lacan se refiere al masoquismo, planteando una nueva dimensión que no se agota en el acto agresivo o en el dolor físico sino que va más allá de éste y que incluye toda la subjetividad femenina.

Hemos conocido, y muy de cerca, lo que se ha entendido por masoquismo en lo popular que pone en evidencia una concepción reducida y simplificada que es la que me interesaría poner en cuestión.

La definición de Jaques Lacan, psicoanalista francés, elimina la vulgaridad de pensar que a una mujer le gusta que la maltraten o que la humillen y eso es ser masoquista.

Es el masoquismo un concepto escasamente trabajado fuera del psicoanálisis pero que nos puede permitir encontrar razones sobre el padecer femenino, y no exclusivamente, porque se trata de la diversidad sexual.

Es necesario un desarrollo mucho más amplio de este concepto para poder abordar con eficacia la posición masoquista, y es por ello que acudimos al aporte de la escuela francesa, para poder asir su significado en profundidad y otorgarle el verdadero estatuto que toca la experiencia del ser y su existencia. Remarcando estos dos últimos términos que es lo que me interesa profundizar porque así surge de la experiencia clínica.

Para rebatir los prejuicios reinantes, comenzaremos por decir que el masoquismo:

- No se centra exclusivamente en el dolor y el maltrato físico, sino que comienza con el sometimiento psíquico. Una voz que ordena y dictamina y otra que se somete. Existe un dolor moral.

- No se agota exclusivamente en la puesta en juego de una agresión física, puede disfrazarse de ternura. Pone en juego la subjetividad.
- Tiene que ver con una posición frente al otro, y una forma determinada de dominación y de degradación de lazo con el semejante. Reduciéndolo a convertirse en un objeto de manipulación al capricho de otro.
- Se cristaliza en el fantasma amo–esclavo, un dominador y un dominado. Uno que ordena y otro que obedece.
- Puede ser hombre o mujer. Puede emerger desde cualquier posición sexual.
- Interroga el lugar del sacrificio no como un don, sino como un modo de reconocimiento y de lazo amoroso, aunque destructivo y que promueve la abolición del juicio y la razón, anulando al sujeto que desea.

Podemos observar tomando en cuenta estos ítems y numerosos casos clínicos, las consecuencias sufrientes y angustiantes del rigor de un pensamiento que une amor y padecimiento pasan a constituirse en la lógica de una vida donde se entretajan los imperativos y mandatos que conducen al sujeto por fuera de los límites soportables para un cuerpo.

Pactos, tratos-maltrato

¿Qué tipo de trato supone el masoquismo para terminar en un maltrato, o en sus extremos en violencia criminal?

Las relaciones entre los sexos siguen perfilándose bajo esas pequeñas diferencias irreconciliables, acuerdo como desacuerdos, contrato, trato con maltrato. Pactos que traicionan la dignidad humana.

Muchas veces existen formas de establecer un lazo amoroso como contrato comercial tomando a una persona como un bien o como un objeto de manipulación. Así se constituye el horizonte del masoquismo como Jacques Lacan (1963) lo formula al manifestar que esa relación masoquista se inscribe en un cumplimiento reglado.

Se expresa con un pacto inconsciente. El sujeto lo ejerce sin saber que en el fondo de esa relación masoquista existe un modo reglado de tratar a una persona. El Marqués de Sade tiene que ver con esto. El sujeto que lo padece ignora muchas veces las condiciones de este trato o pacto que puede ser llevado durante años o durante toda la vida.

En el mejor de los casos el lazo entre dos seres humanos debería ser otra cosa que un frío contrato sino un acuerdo que dignifique al sujeto para recrear la promesa de amor en el encuentro de dos seres, en un pacto de palabra, una alianza, un trato de respeto que anuncie una posible convivencia. Donde el amor y el deseo se entrecrucen.

En el caso del masoquismo existe un contrato donde una parte formula condiciones y exige cumplimiento. ¿Es con sangre que el contrato se sella? Es indeleble, tácito. No se quiere pero se obedece.

En el libro *la Venus de las Pielas* de Leopold Von Sacher-Masoch (1993), escritor austriaco, nos muestra la esencia del masoquismo en el erotismo al mostrar un contrato de sometimiento de un hombre Severino a una mujer Wanda. Aquí se trata de algo claramente firmado para el goce sexual. No es este el caso al que nos referimos en esta oportunidad.

Pero cuando se trata del masoquismo sufriente existe la anulación de la persona y en la mayoría de los casos no existe contrato escrito, pero si una relación fija, estereotipada, que no permite la salida de ese contrato y que exige su

cumplimiento al pie de la letra, mostrando la fragilidad del sujeto que obedece.

Como hemos mencionado anteriormente el masoquismo en su acepción vulgar ha sufrido una banalización del término hasta el extremo de proferir esa famosa frase que si "a una mujer la maltratan es porque le gusta", teniendo sólo como finalidad la manifestación de un despotismo machista reducido a una ideología.

Falsa trampa para ver sólo en el maltrato físico, una visión superficial que intenta justificar una estructura de poder machista, hoy en día profundamente cuestionada.

Este acto de entrega a un ser tomado como omnipotente reduce al otro al silencio y la obediencia. Y es solidario de una historia infantil de malos tratos y abusos.

Es incomprensible que alguien no se atreva a salir de ese lugar, pero a veces es un "único lugar" un sitio de dependencia y existencia. Aunque el sitio sea el rechazo, el menosprecio o como un ser arrojado como un perro debajo de la mesa.

Es desde estos conceptos que el psicoanálisis puede aportar una revisión. En tanto el masoquista renuncia a su ser en nombre de un supuesto amor y entrega, transformándose en un objeto al que un Otro omnipotente puede manipular a través de una voluntad imperativa ejercida desde una voz que ordena obediencia. El sujeto muestra así su fragilidad quedando sin defensas a expensas de otro que le marca el destino de su vida.

"El amor puede convertirse en odio, la compasión en crueldad" E. Munch.

¿Existe una vida fuera de esto?

El estereotipo coloca como masoquista a una mujer sumisa más otra vez podemos

equivocarnos porque se necesita una intensa actividad para sumirse en la pasividad. Lacan plantea que el masoquismo es un fantasma masculino.

Pero como no se trata de género vamos a extender el alcance de esta posición masoquista a la diversidad sexual, o bien a las relaciones familiares, tanto en la relación de pareja, o quizá, pueda darse esta forma de lazo en la relación entre una madre y un hijo, entre dos hermanos, etc. Este tipo de posición existe cuando el trato se transforma en un mal-trato que sume al sujeto en una existencia padecida y en un sentimiento de culpa permanente por no cumplir los ideales del otro desde un cuestionamiento moral. La culpa victimiza y no da lugar al sujeto que desea.

Y es importante en el abordaje del masoquismo, no victimizar, porque esto sí es un callejón sin salida, en tanto victimizar es solidaria del agrandamiento del personaje supuestamente omnipotente y hace obstáculo a su desprendimiento y separación.

Se requiere un trabajo intenso con la persona que padece o que sufre este tipo de relación para mostrarle la complacencia desconocida e irracional en la identificación con el que ejerce el dominio. Sabemos desde las fuentes freudianas que el amor perdido se transforma en identificación inconsciente. Y ésta es otra clave que debemos encontrar en el sujeto masoquista. El franquear las identificaciones es la única posibilidad de cierto desprendimiento de esa posición de entrega incondicional al monstruoso amo.

En la reunión sobre este tema muchos colegas, mostraban las idas y vueltas de mujeres que acudían en busca de ayuda pero que no lograban desprenderse del amo que ejercía la violencia. Algunos profesionales que asistieron a la reunión se interrogaban: ¿Cuáles son los límites de nuestra acción? ¿Por qué a pesar de

todas las ayudas sociales y todas las intervenciones el sujeto violentado volvía una y otra vez a la relación de sufrimiento y de sumisión?

Esta experiencia que se verifica en los servicios sociales, son repetidas en todo el mundo. Por eso se requiere además de la intervención social, un trabajo psicoterapéutico profundo que no se sostenga solamente en directivas de lo que se debe hacer sino que le permita al paciente un trabajo de separación de esos ideales amo-esclavo pero sin victimizar.

Las mujeres analistas han trabajado mucho estos temas, entre otras **Helene Deutsch** (1938), psicoanalista austriaca pionera en el estudio de la mujer nos plantea que la tendencia al sacrificio es un nudo central en tanto ciertas mujeres "arrojadas a sacrificarse por otro encuentran el más sublime amor" y que además "el masoquismo se afirma en una renunciación a los valores positivos de la vida".

En el intento de abordaje del masoquismo se trata de romper con el lugar de víctima porque este sitio sólo permite ubicar a la mujer en una posición exclusivamente pasiva y esto no es verdadero para ninguna mujer, siempre se busca algo más allá de lo padecido. Es preciso crear un nuevo espacio para alojar ese sufrimiento y reducirlo terapéuticamente y que el sujeto que padece se convierta en un ser activo que aspire al encuentro y a la creación de un nuevo campo vital que le permita ser solidario consigo mismo e implementar un cambio estructural, que lo aleje de la repetición.

Y para finalizar debo mencionar el trabajo de entrevista preliminar, **Olga de Santesteban**, psicoanalista, con un extenso trabajo sobre las mujeres propone que encarar un tratamiento incluye una decisión firme en nueva apuesta, una renovación vital que promueva una nueva ilusión, un nuevo deseo, un sueño que incluya el abordaje de una nueva vida.

Una nueva forma de relación consigo misma desde el respeto, la dignidad y el regocijarse de que haya una vida y poder disfrutarla cada día.

Referencias bibliográficas

- Lacan, J. (1984). Seminario III: Las Psicosis. Buenos Aires (Argentina): Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1959-1960). Seminario VII. La Ética del psicoanálisis. Buenos Aires (Argentina): Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). Seminario X. La Angustia. Buenos Aires (Argentina): Editorial Paidós.

Lacan, J. Seminario 17. Entrevistas preliminares. Seminario inédito.

Santesteban, O. M. de (1998). El enigma de la Femenidad. Buenos Aires (Argentina): Editorial Semblant.

Von Sacher-Masoch, L. (1993). La Venus de las Pielas. Barcelona: Tusquets Editores.

Deutsch, H. (1938). La psicología de la mujer. T.I- Capítulo 7. Masoquismo femenino Pag.281. RBA coleccionable, 2006.



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, Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos, Psicología de la Intervención Social y Psicología del Deporte.

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

Entrevista a D^ª Pilar Bardera Mora. Comandante de la Unidad Militar de Emergencias

Aída Herrera Pérez Colegiada nº AO04413

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

Buenos días, tenemos con nosotros a la Comandante **D^ª Pilar Bardera Mora**, de la Unidad Militar de Emergencias (UME).

Pregunta: Una primera pregunta muy amplia, ¿cuál es el marco de actuación de la UME?

Respuesta: Buenos días. La Unidad Militar de Emergencias (UME) es una Unidad de las Fuerzas Armadas Españolas, que tiene como función la intervención de forma rápida en cualquier lugar del territorio nacional, en situaciones de catástrofes, grave riesgo u otras necesidades públicas. En ocasiones despliega también fuera del territorio nacional, fundamentalmente en el marco de la ONU. Cabe mencionar que la UME dispone de equipos de rescate urbano certificados por Naciones Unidas (INSARAG).

La UME cuenta, entre sus capacidades, con la de intervención en la lucha contra incendios, inundaciones, grandes nevadas, seísmos, riesgos tecnológicos y medioambientales, apoyo a damnificados, búsqueda y rescate urbano, rescate subacuático, espeleo-socorro, y ambientes confinados, fundamentalmente.

P: ¿Cómo aparece la UME?

R.: La UME se creó por acuerdo de ministros de 7 de octubre de 2005, desarrollándose operativa y legislativamente en 2006. Desde

entonces ha realizado más de 300 intervenciones. Actualmente es una de las unidades de las Fuerzas Armadas más valoradas y conocidas, incluso más allá de nuestras fronteras, siendo más de 44 países los que se han interesado en ella para crear unidades similares. Actualmente tiene aproximadamente en plantilla 3600 efectivos del Ejército de Tierra, de la Armada, del Ejército del Aire y de los Cuerpos Comunes (donde se incluyen los psicólogos, junto al resto de la Sanidad Militar).

P: ¿Cuáles son las funciones de la UME?

R.: Como comentaba anteriormente, la UME tiene como misión general, la intervención en situaciones de catástrofes, grave riesgo u otras necesidades públicas. De forma más concreta, esta Unidad puede ser activada en situaciones de emergencia que tenga como origen riesgos naturales (inundaciones, seísmos, nevadas, etc.), en incendios forestales, en las que se deriven de riesgos tecnológicos (químico, nuclear, radiológico y biológico), en situaciones de contaminación ambiental y en cualquier otra que decida el Presidente de Gobierno.

P: ¿Cuál es realmente la estructura de la UME?

R.: La Unidad Militar de Emergencias es mandada por un Teniente General del Ejército de Tierra, puesto que, actualmente, ocupa el Gral. **D. Miguel Alcañiz Comas**, con un

Segundo Jefe que es un General de División del Ejército del Aire, puesto que actualmente ocupa el Gral. **D. Francisco Molina Miñana**. Su Cuartel General está ubicado en la Base Aérea de Torrejón de Ardoz, donde también se encuadran otras Unidades.

Además del Cuartel General, la UME cuenta con un Regimiento de Apoyo e Intervención en Emergencias (ubicado en la base aérea de Torrejón), cinco batallones de intervención (Primer batallón ubicado en la base aérea de Torrejón-Madrid, segundo batallón en la base de Morón-Sevilla, en Gando-Las Palmas y en Los Rodeos-Tenerife, tercer batallón en la base de Bétera-Valencia, cuarto batallón en la base aérea de Zaragoza y quinto batallón en la base Conde de Gazola-León), un batallón de Transmisiones (ubicado en la base aérea de Torrejón), y una Unidad de Apoyo al Cuartel General (ubicado en la base aérea de Torrejón).

En nuestro caso concreto, los Psicólogos estamos encuadrados en el Cuartel General de Torrejón, aunque atendemos a todas las unidades. Desde allí realizamos funciones de asesoramiento, selección, formación y entrenamiento, estudios de clima y calidad de vida y promoción de la salud, entre otras, además de las relacionadas con la propia intervención en emergencias.

P.: Entendemos que ustedes, los psicólogos de la UME, dan formación a los propios intervinientes, ¿cuál es este tipo de formación que les parece básico para tener unos mínimos conocimientos de primeros auxilios psicológicos hasta que llegue el profesional?

R.: El personal de la UME recibe un entrenamiento psicológico específico, se trata del programa SPOK, de fortalecimiento, apertura psicológica y conocimiento, que busca potenciar la fortaleza emocional y dotar de destrezas en el manejo de emociones. Se estructura en tres niveles y aborda aspectos relacionados tanto

con los primeros auxilios psicológicos (PAPs) a población civil afectada y a compañeros, como los que tienen que ver con la gestión de estrés para diferentes escenarios y grupos de intervención. Las variables incluidas en el programa son aquellas que la investigación ha demostrado que protegen y fortalecen, es decir, han sido contrastadas empíricamente, y son todas las relacionadas con percepciones, pensamientos y emociones positivas, siendo la resiliencia y el liderazgo aspectos centrales. El paradigma de referencia es la psicología positiva y se desarrolla en diferentes formatos.

P.: En cuanto a otros ámbitos de actuación, como liderazgo, información a la población, apoyo a heridos y familiares de fallecidos, ¿cómo lo manejan?

R.: En primer lugar, respecto a la formación y entrenamiento, el programa SPOK incluye todas estas áreas, que, por otra parte, a menudo son puestas en práctica en situaciones reales, y no sólo en simulacros.

En cuanto al abordaje en intervenciones, cuando la UME asume la Dirección Operativa de la Emergencia se constituye un puesto de mando con diferentes capacidades, entre las que figura la gestión de la información, el apoyo psicológico, el apoyo social, la atención a damnificados y el apoyo a personas con diversidad funcional. Los coordinadores de estas áreas gestionan y organizan los apoyos con los recursos disponibles. En el caso concreto del apoyo psicológico, los Psicólogos Militares de la UME evalúan necesidades (mediante fichas de triage psicológico y otras herramientas) y recursos de profesionales (tanto civiles como militares) para planificar la atención según procedimientos específicos establecidos y entrenados en ejercicios regulares.

P.: Parece que la psicología de emergencia va en auge, está de moda, vemos diariamente en prensa cómo ahora los psicólogos

de emergencias están presentes en todos los desastres o catástrofes que surgen, lo que hace unos años era impensable, ¿cómo ve usted el futuro de la psicología de emergencias?

R.: Efectivamente, yo creo que la psicología de emergencias empieza a consolidarse como un área de intervención y especialización, cada vez más demandado y reconocido socialmente. Pero en mi opinión, este tipo de apoyos e intervenciones no siempre alcanzan la calidad adecuada, pues muchas veces son improvisados, desorganizados y proporcionados por profesionales que no tienen formación en el campo de las emergencias. Por ello, hemos de caminar hacia el futuro mejorando nuestra capacitación como psicólogos de catástrofes y emergencias, y esforzarnos en desarrollar, mejorar y validar los procedimientos y técnicas que empleamos.

En este sentido, la UME creó en 2015 la Cátedra Comandante Sánchez-Gey junto con la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, que realiza actividades formativas para la capacitación de estos profesionales, les animo a consultar su página web.

P.: Muchas gracias, Comandante, por concedernos esta entrevista, nos aclara muchos conceptos, y sobre todo a conocer el ámbito en el que se mueve la UME.

R.: Gracias a ustedes por interesarse por nuestra Unidad y por apoyar la intervención psicológica en situaciones de emergencia.



Dª Pilar Bardera Mora

Fuente: <http://www.diariomedico.com/>

La resiliencia

Aída Herrera Pérez. Colegiada nº AO04413

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

Entrevista a **D^a Rosa Mateu Pérez**, profesora del departamento de educación didáctica y organización escolar de la Universitat Jaume I de Castellón.

D^a Rosa, usted es profesora del departamento de Educación de la Universitat Jaume I y pertenece al equipo de investigación de la UJI en el que han dirigido diversos trabajos de investigación relacionados con la resiliencia aplicada en distintos contextos.

Pregunta: ¿Podría explicarnos un poco sobre estos contextos en los que están trabajando?

Respuesta: Desde el año 2009, y vinculado al Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE) de la Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (OCDS) de la Universitat Jaume I nuestro equipo de investigación profundiza en la promoción de la resiliencia. Esto es debido a los resultados extraídos de las investigaciones realizadas en mi tesis doctoral (Promoción de la resiliencia en contextos escolares. Diseño, Implementación y Evaluación de un programa de intervención), realizada en varios centros educativos de Castellón y a un total de 290 docentes y de nuestra otra línea de investigación iniciada desde que se creó el OPSIDE (2004) centrada en la prevención y la intervención psicosocial en desastres y emergencias y vinculada a la tesis doctoral de mi compañera la Dra. Mónica García-Renedo, coordinadora del OPSIDE-UJI, (el 11M un estudio del impacto psicosocial en alumnos de educación primaria y secundaria). Por ello nuestro trabajo incide tanto en la promoción de la resiliencia y el duelo en contextos educativos como

en emergencias y desastres, realizando diferentes trabajos de investigación al respecto (tesis doctorales, trabajos finales de máster y trabajos finales de posgrado, proyectos, ...). Uno de ellos es el que hemos puesto en marcha gracias a las subvenciones de la Generalitat Valenciana y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) del Ministerio de Asuntos Exteriores creando OPSIDES en Nicaragua y en Colombia. Por ejemplo en la actualidad, estamos llevando a cabo un proyecto vinculado a la resiliencia en el OPSIDE de Colombia. A *grosso modo*, el objetivo es la promoción de la resiliencia en niños y familias para evitar el reclutamiento forzado de niños. Del mismo modo, todas estas investigaciones nos han llevado a la puesta en marcha de la 3^a edición del curso de postgrado de la resiliencia en contextos educativos y la 10^a edición del curso de intervención psicosocial en desastres y emergencias (www.opside.uji.es).

P: ¿Cómo entiende usted el concepto de resiliencia y a qué hace referencia?

R.: La resiliencia nos muestra los procesos que están atravesando las personas ante situaciones adversas y/o traumáticas siendo fundamental la luz que nos aporta, en el resultado de estas vivencias, debido a la mirada positiva al respecto. Ya que incide en el aprendizaje adquirido y el fortalecimiento de las personas, familias y comunidades ante estas experiencias, aunque sin olvidar señalar la cicatriz emocional que se genera a raíz de éstas.

P: ¿Cuándo se empieza a hablar de este concepto?

R.: Las primeras investigaciones centradas en la resiliencia son el estudio longitudinal durante cuarenta años llevado a cabo por las psicólogas sociales americanas Emmy Werner y Ruth Smith con 505 niños de Kauai y el psiquiatra inglés Michael Rutter con niños de madres que padecían enfermedades mentales en Gran Bretaña. Aunque el objetivo inicial de estos trabajos no fue la búsqueda de las fortalezas, sino determinar los riesgos que tenían las personas sometidas a diferentes adversidades (pobreza, enfermedades mentales y/o adictivas de los padres...), los resultados obtenidos en estos estudios rompieron con la hipótesis de que un trauma siempre conlleva un grave daño para la persona que lo sufre. En la investigación realizada por Werner y Smith (1982) se identificaron factores que diferenciaban aquellas personas que se adaptaron positivamente y las que asumieron conductas de riesgo. Y en la realizada por Rutter (1979 y 1985) se empezó a desarrollar un marco teórico (modelo de resiliencia) teniendo en cuenta la combinación de factores que permiten al ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.

P.: ¿Cómo diferencia la resiliencia a nivel individual, grupal o comunitario? ¿Tiene sentido esta distinción?

R.: Después de los estudios iniciados por Werner, Smith y Rutter la literatura científica en esta temática ha ido avanzando con autores como Cyrulnik (1999), Vanistendael (2003), Kotrialenco (2004), Barudy (2006)... que han aportado grandes avances en el concepto de la resiliencia como son el mostrar la necesidad de enmarcarla desde una perspectiva holística teniendo en cuenta la interacción que se produce entre los factores de riesgo y protección tanto individuales como los ambientales y el hecho de analizar no sólo individualmente a las personas que desarrollan procesos de resiliencia sino también aquellas familias y comunidades que ante estas vivencias se fortalecen. Uno de los aportes de conocer qué características tie-

nen aquellas familias y comunidades resilientes, es que nos ayuda a los profesionales del ámbito de lo social, a la hora de guiarnos para realizar programas e intervenciones que promuevan tanto la resiliencia individual, familiar y comunitaria. Es importante resaltar que estas intervenciones incidan tanto en la prevención ante las adversidades como en la intervención. Dentro del contexto comunitario encontraríamos las investigaciones centradas en las escuelas resilientes Bernard (1999); Henderson y Milstein (2003) y Mateu, Flores, García-Renedo y Gil (2013). Y como referencia a la resiliencia comunitaria los estudios de Suárez Ojeda y Melillo (2001) en América Latina.

P.: ¿La resiliencia centrada en un enfoque de riesgo, sigue siendo válido?

R.: Siguiendo la línea expuesta anteriormente, queda patente que la resiliencia no puede estar nunca centrada en el enfoque de riesgo, sino el foco de atención en el enfoque de fortalezas y protección. Aunque sin olvidar que riesgo y protección, tanto de los individuos como de su contexto ambiental, están en continua interacción y es justamente esto, lo que genera los mecanismos que se producen en las personas para desarrollar los procesos resilientes. Debemos entenderlo por tanto, como enfoques complementarios.

P.: Como indicábamos anteriormente, usted trabaja en la Universitat Jaume I en el equipo del OPSIDE junto a Raquel Flores, Mónica García-Renedo, José Manuel Gil, Mar Valero, Sandra Alvarán y Antonio Caballer, dentro de un equipo de investigación que trabaja la resiliencia en un contexto educativo, pero también en el área de catástrofes y emergencias. ¿Cómo encaja aquí el concepto de resiliencia?

R.: Como indicas nuestro trabajo incide tanto en la promoción de la resiliencia en el contexto educativo como en el de desastres y emergen-

cias atendiendo a tres áreas: el área de formación y asesoramiento, el área de recursos y comunicación y el área de investigación. La promoción de la resiliencia en las catástrofes y emergencias es fundamental, ya que conocer los procesos que vivencian las personas ante las adversidades y realizar intervenciones desde las fortalezas y no desde las debilidades ayudará a generar más procesos de resiliencia tanto a los afectados por las catástrofes y emergencias como a los intervinientes. Destacar también que el OPSIDE de Castellón en Nicaragua y Antioquia (Colombia) ofrece a los afectados e intervinientes apoyo y guía en las tres áreas indicadas anteriormente. Hemos diseñado una guía para la promoción de la resiliencia en los niños, familias y maestros a través de un modelo que nuestro equipo ha puesto en marcha en Colombia que se basa en los pilares de resiliencia de Wolin y Wolin (1993) y en el modelo de la casita de Vanistandael (2005), todo ello a través de juegos. Del mismo modo, hemos diseñado una guía para cooperantes que se desplacen a trabajar con la población nicaragüense en caso de desastre para que conozcan los rituales y el duelo que lleva a cabo esta población, el objetivo es no generar más daño psicosocial y promover la resiliencia.

P.: ¿Cuáles son las investigaciones que están y han llevado a cabo sobre este tema en su grupo de investigación?

R.: Entre nuestras investigaciones, podemos destacar, las siguientes:

- Las reacciones de los escolares ante el 11M.
- Las reacciones de los adolescentes al 11M.
- Formación de profesionales de salud mental en Colombia.
- La creación de un sistema de formación, prevención, intervención e investigación en Nicaragua en intervención psicosocial en desastres y resiliencia.

- La creación de un sistema de formación, prevención, intervención e investigación en Colombia en intervención psicosocial en desastres y resiliencia.
- La resiliencia y duelo en el contexto educativo: formación a docentes, dotación de recursos para promocionar la resiliencia en el contexto educativo, cooperación con otras Universidades para el intercambio de información y realización de un trabajo en red, ...
- El desplazamiento forzado en Colombia.
- Proyectos de intervención en Colombia y Nicaragua.

P.: Si su investigación se centra en un enfoque de las fortalezas humanas, ¿cuáles son los procesos o los pasos que siguen las personas para adaptarse a la nueva situación después de una situación traumática?

Como decía ante las situaciones adversas las personas, familias y comunidades ponen en marcha tanto sus cualidades de protección (por ejemplo sentido del humor, autoestima, creatividad...) como las de riesgo (baja autoestima, poco apoyo social, ...) ante estas situaciones. Cuántos mayores factores protectores, tanto individuales como ambientales poseamos mejor será la capacidad de adaptación y tener en cuenta que para el crecimiento posterior es necesario durante el proceso de resiliencia encontrar un sentido a lo que ha ocurrido que nos ayude a comprender y aprender de la experiencia y para ello es importante el acompañamiento y apoyo social del contexto.

P.: Volviendo al tema de las catástrofes, ¿qué aconseja o sugiere que deben tener los grupos de intervención en cuanto a formación, habilidades o estrategias de resiliencia?

R.: Los grupos de intervención para realizar una labor como profesionales resilientes

(entendemos este concepto como aquellos profesionales que con sus prácticas promocionan la resiliencia) deberían conocer por un lado cómo se produce la resiliencia para tener un enfoque en sus actuaciones en las que partan de las fortalezas de las personas, familias y comunidades y tener muy presente la importancia de que para que se genere es necesario el apoyo social. Por ello, deben conocer y tener herramientas de cómo acompañar a las personas que estén vivenciando experiencias adversas y/o traumáticas, no victimizar, utilizar herramientas de comunicación como la escucha activa, fortalecer las redes sociales y ayudar a su reestructuración en el caso que se hayan destruido, acompañarles a crear una narrativa que les dé un sentido a lo que les ha ocurrido, realizar un trabajo en red con los diferentes profesionales...

P: ¿A qué te refieres cuando hablas de búsqueda de sentido?

R.: Cuando vivimos una experiencia traumática la interpretación de esta experiencia está basada en el dolor que tal acontecimiento produce y en el relato de lo ocurrido. Éste es elaborado tanto por uno mismo como por la mirada del otro, es decir, por cómo los demás interpretan lo sucedido. Es lo que denomina el psiquiatra y etólogo francés Boris Cyrulnik (2001) *la Teoría del Doble Golpe*. Este autor muestra que un golpe se convierte en trauma cuando se elabora su representación. Destaca que tanto en los discursos sociales como en los relatos internos de la persona traumatizada es donde se forja el efecto devastador del trauma. El primer golpe sería aquel que deja a la persona aturdida después de que se produzca la adversidad. Se encaja en la vida real y provoca el dolor de la herida o de la pérdida. El segundo golpe se produce con la mirada del otro. Es en este momento cuando la persona se puede ver incluso estigmatizada, humillada, abandonada o no comprendida por las personas que la envuelven. En este segundo golpe

la narración de lo sucedido es elaborada por uno mismo y por los otros que intentan explicar aquello que ha ocurrido. Por ejemplo a la hora de una catástrofe, el impacto emocional es diferente si es una causa natural o un accidente en el que pueda haber habido un error humano voluntario o si es involuntario. Referido a este doble golpe, es incluso peor que el repudiar o aborrecer es el menosprecio de lo ocurrido, la negación de este trauma de la persona, decirle que no es para tanto, que uno mismo se lo ha estado buscando, que no hay esperanzas. Experiencias como la de Tim Guenard muestran como el dolor que le producían las palabras de la sociedad ante el maltrato que había vivido era incluso mayor que el daño que había recibido de su progenitor. Expresaba que se convirtió en un niño descarriado y que sentía vergüenza ya que en su entorno se decía que entre el 70% y 80% de los niños maltratados reproducían los mismos hechos. E incluso llegó a escuchar "¿qué haremos con él, con los padres que tiene?" Concluye en su relato que estas palabras eran mucho más violentas que todos los golpes. Como podemos observar, este aspecto es muy importante, ya que impide la reparación y la cicatrización del trauma. Luego es muy importante *la Teoría del Doble Golpe* a la hora de la intervención porque nos muestra la necesidad de trabajar en dos planos. Para el trabajo del primer golpe hace falta un proceso de cicatrización de la persona y para el segundo golpe es importante la construcción de una narración de los hechos para poder transformar el dolor en crecimiento.

P: ¿Hay un aprendizaje para la protección?

R.: Sí, existe la posibilidad de realizar un aprendizaje para la protección y éste es importante que se haga desde la niñez. ¿Cómo? Desarrollando nuestras capacidades y fortalezas individuales ya que si nos conocemos, si nos trabajamos nuestras cualidades, si tenemos una buena autoestima, si vemos los retos como desafíos, tendremos mayor capacidad de

afrontar las situaciones adversas. Y fortaleciendo nuestro ambiente, contando con una red de apoyo social. Ya que para generar la resiliencia es necesario el apoyo, el cuidado y el “amor” de los demás.

P.: ¿Se pueden crear y mantener grupos resilientes entre los profesionales de la intervención?

R.: Por supuesto, si hablamos que es posible la resiliencia familiar y comunitaria, entonces observamos cómo sí es posible crear grupos resilientes y que sean profesionales resilientes, pero para mantenerlos es necesario el cuidado de éstos a través de la cohesión grupal, búsqueda de espacios y momentos para compartir experiencias, inquietudes, ... y el propio autocuidado de cada uno de los miembros del gru-

po. Del mismo modo que es fundamental que éstos cuenten con una red de apoyo con otros profesionales.

P.: Escuchando todo esto que nos cuenta, ¿podríamos hablar de una construcción social de la resiliencia?

R.: Efectivamente, la resiliencia es un constructo social ya que sin el contexto no se desarrolla. Por tanto, todas las intervenciones todos los programas que quieran fortalecer la resiliencia deben partir de esta premisa y no olvidar que sin el apoyo social no se puede generar. Hay que analizar nuestras prácticas, y los recursos ambientales desde la mirada de la resiliencia y contribuir así a la mejora psíquica y social de las personas, familias y comunidades y a generar y potenciar sociedades resilientes.



Dª Rosa Mateu Pérez
Fuente <http://www.viu.es/>

Terremoto en Melilla

Aída Herrera Pérez. Colegiada nº AO04413

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

Entrevista a **D. Juan Manuel Fernández Millán**, coordinador de la Sección de Intervención Psicológica en Catástrofes, Crisis y Emergencias del Colegio Oficial de Psicología de Melilla.

Un seísmo con 6,3 grados en la escala abierta de Richter se registró en la madrugada del 25 de enero de 2016 en el mar de Alborán y se notó en toda la costa andaluza de Málaga y Granada, así como en Sevilla y Jaén, aunque el lugar que más lo sintió fue Melilla.

Tenemos con nosotros a D. Juan Manuel Fernández Millán que coordina en el Colegio de Psicología de Melilla el Grupo de Intervención en Emergencias, y queremos preguntarle cómo la fuerza del temblor despertó a los habitantes de Melilla que se levantaron de la cama sobresaltados.

Pregunta: ¿Cómo se vivieron esos primeros momentos, D. Juan Manuel?

Respuesta: La mayoría de los melillenses ya hemos pasado por anteriores terremotos (el último en febrero de 2004) por lo que todos sabíamos qué era lo que estaba ocurriendo conforme el temblor nos iba despertando. La angustia y la reacción que cada uno experimentó dependió de muchos factores, entre ellos, de qué familiares dependían de él. Quiero decir que muchos padres corrieron hacia las habitaciones de sus hijos mientras duraba el movimiento (17-20 segundos) y que todos “echamos mano” del móvil conforme terminaba el terremoto para contactar con nuestros familiares y darnos instrucciones. En cuestión de minutos las calles se llenaron de personas, algunas

cogieron el coche y se reunieron con otros familiares, otros (inadecuadamente) permanecieron junto al edificio donde vivían. Muchos se fueron al paseo marítimo, lo que hubiese sido un desastre si se hubiese producido un tsunami.

Según informó una portavoz de la Delegación de Gobierno, unas treinta personas recibieron asistencia hospitalaria por diferentes percances como crisis de ansiedad, cortes o golpes.

P.: ¿Puede aportarnos algún dato más?

R.: Yo creo que más que los problemas agudos que se produjeron justo después del terremoto (afortunadamente no hubo graves consecuencias físicas), han sido las reacciones que se han ido experimentando y aumentando en los siguientes días/semanas conforme se iban produciendo réplicas. Anecdóticamente sé que ha habido personas que han llegado a “cogerse” vacaciones para “huir” de la ciudad y que otras (muchas) han dormido en chándal en el sofá de sus casas. Si tuviese que destacar un síntoma común (aparte del miedo a las réplicas), sería el estado de hiperalerta que ha experimentado la mayoría de la población.

P.: En cuanto a los edificios, creo que había bastantes con grietas, desprendimiento de cornisas...

R.: Sí. Además, las sucesivas réplicas han dificultado la rehabilitación y empeorado el estado de algunos ya deteriorados por el primer seísmo.

P.: Se suspendieron las clases en los colegios, ¿es así?

R.: En algunos cuyas instalaciones se habían visto afectadas.

P.: ¿Cuáles fueron las recomendaciones del comité de evaluación del terremoto y del 112 y otros organismos similares? Creo que el 112 había dicho que no se utilizan coches particulares con el fin de que dejaran paso a los servicios de emergencias...

R.: Bueno, creo que el problema fue la latencia en la respuesta a través de los medios de comunicación de Melilla. Los responsables tardaron, a mi entender, mucho en hacer las primeras declaraciones. Creo que tienen la creencia de que no deben dar información hasta que no cuentan con todo los detalles y los han consensualizado ("aprobado"), pero deben entender que la falta de información (aunque sea mínima), da lugar al rumor y la incertidumbre. Si se hubiese producido una réplica importante en los minutos posteriores al seísmo principal y se hubiesen desprendidos fragmentos de fachada, podíamos habernos encontrado con víctimas porque nadie les había indicado que se debían apartar de esos lugares.

P.: Hubo familias que fueron desalojadas de sus casas, ¿cómo se vivieron estas situaciones, tanto las propias familias como sus allegados y el resto de la población en general?

R.: No puedo responder de primera mano, pues no intervine en estas situaciones, pero creo que en ese sentido no hubo problemas pues se facilitó el realojo.

P.: En estas situaciones el 112 puede que incluso se colapse de llamadas porque las personas no entiendan qué está ocurriendo exactamente y también para preguntar sobre proceder a seguir...

R.: Por eso insisto en que es tan importante dar indicaciones y noticias a través de los medios locales (sobre todo la radio) des-

de el primer momento, de forma continua y constante.

P.: La gente saldría a la calle con lo puesto, con el pijama...

R.: Sí. No era extraño encontrar corros de vecinos en pijama en la calle (afortunadamente hizo muy buena noche), dialogando (lo que considero un apoyo psicológico mutuo muy eficaz).

P.: Y en Marruecos, ¿tiene conocimiento de cómo han transcurrido estos mismos hechos? ¿Ha habido grandes daños? Creo recordar que hubo un niño que falleció por infarto, ¿realmente tenía algo que ver el terremoto? ¿Cuál es su opinión?

R.: En principio (y de forma sorprendente y contraria a lo que ocurrió en el terremoto de 2004) los efectos no han sido importantes en la zona de Alhoucema (frente a la que se produjo el seísmo). Yo estuve en esa zona en el 2004 y las pérdidas materiales y humanas fueron muy numerosas.

P.: ¿La población vive, ahora, con miedo? ¿Cuál es el sentir de los melillenses, en general, con la posibilidad de que estos seísmos vuelvan a ocurrir?

R.: Salvo algunas personas que no terminan de recuperarse, el número altísimo de réplicas se ha convertido en una "terapia por implosión". Al principio cuando se producía un temblor la gente gritaba, corría a la calle, lloraba... poco a poco, los temblores se convirtieron en algo que servía como pretexto para "Whasapear" y "calcular" la intensidad del mismo.

P.: ¿Y cuáles son los consejos que usted, como experto en intervención psicológica en emergencia, podría darnos?

R.: El primer consejo es que se tenga un plan de autoprotección familiar para cualquier

contingencia y que se tenga YA. Si esperamos a que se produzca el terremoto (o un incendio, inundación...) ya es tarde. Este plan recogerá recomendaciones generales: "Si se está en el interior de un edificio es importante buscar protección debajo de los dinteles de las puertas o de algún mueble sólido, como mesas o escritorios, o junto a un pilar o pared maestra o buscar un "triángulo de vida" en cada habitación (búsquelo ya, en su trabajo, en su casa...).

Hay que alejarse de ventanas o cristalerías, y de objetos que pueden caerse y llegar a golpear y no utilizar el ascensor.

Asimismo, hay que contar linternas (si puede tener una en un lugar conocido en cada habitación) y evitar el uso de velas o cerillas.

Si el temblor le pilla fuera de casa, buscar un área abierta, alejándose de los edificios dañados...

Un consejo que no suele aparecer, pero que a nivel psicológico influye positivamente, es acordar con el resto de familiares un lugar de reencuentro (tenga en cuenta que el terremoto puede pillar a los miembros en distintos lugares y que las comunicaciones por teléfono pueden estar colapsadas).

P.: D. Juan Manuel, una pregunta importante, en el caso de que usted y su grupo hubieran sido activados para atender a la población afectada, ¿qué tipo de intervenciones cree que podrían haberse encontrado, y también como continuación a esta pregunta, usted cree que estos síntomas o similares pueden perdurar en el tiempo si no son atendidos *in situ*, es decir, en las primeras horas, diría que se podría patologizar el síntoma?

R.: Creo que, al no haber pérdidas humanas, nuestra intervención hubiese sido intervenir en síntomas de estrés agudo y en informar

sobre cómo actuar ante nuevas réplicas (lo que se llama tener un plan de autoprotección) para mejorar la percepción de autoeficacia y, por tanto, dotar de recursos psicológicos. Respecto a la segunda parte de la pregunta, creo que afortunadamente el ser humano tiene más capacidad de recuperación ante estas situaciones de lo que piensa (soy partidario de la psicología positiva), pero es verdad que hemos consultado con compañeros con consulta clínica y confirmaban un aumento en los casos relacionados con el terremoto. Si bien la gran mayoría "sale" solo de esta situación, siempre habrá un número residual de afectados que necesiten de una intervención especializada.

P.: Muy interesante lo que nos comenta. ¿Usted piensa que las autoridades, en general, las instituciones son conscientes y conocen el papel del psicólogo especialista en emergencias?

R.: Desgraciadamente (y de forma generalizada en casi todo el territorio español), las acciones preventivas (léase simulacros, formación de la población, revisión de planes de emergencias, etc.) no son una prioridad en el mundo político. De igual forma ocurre con la intervención psicológica. Si bien es cierto que se va teniendo más conciencia y se acepta la necesidad de contar con profesionales de la psicología en estos casos (y la población cada vez más nos requiere), no es menos cierto que "cuando pasa la tormenta" volvemos a pasar a la cola de las prioridades. La prueba está en la falta generalizada de programas de intervención, de acuerdos entre los gobiernos autonómicos y los Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias y Crisis (GIPEC) de las distintas autonomías (salvo excepciones).

Muchas gracias, D. Juan Manuel, por sus palabras, sus consejos y por habernos concedido esta entrevista.

Libertad

Andrés Espinosa Martín. Colegiado nº AO08467

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

Para hablar de libertad que mejor que comenzar por limitaciones que afectan a la gran mayoría. Hay muchos tipos de rejas ¿o no es una limitación la firma de una hipoteca? Más los gastos de una familia, letra de coche, luz, agua, IBI, basura, comunidad, comida y otros varios. Y todo ello, pagándolo con un mísero sueldo después de trabajar setenta horas semanales, como en el caso de los taxistas u otros trabajos de hostelería o autónomos; siendo en muchos casos, trabajos que no gustan. Además, llegado el día de descanso, nos debemos a la familia, que no siempre ni en todos los casos es la “deseada”, debido a una elección de pareja por dependencia afectiva o enganche emocional, que no desde una realización suficiente y madura.

Esto en el mejor de los casos. ¿Cuántas personas se hallan de alquiler o después de separarse viviendo en casa de los padres? Con la obligación de pasar la manutención y el pago de la vivienda, no quedándole suficiente para independizarse. También encontramos personas que no pueden ir a reagruparse con sus seres queridos por temas burocráticos. ¿Y las limitaciones de una persona en silla de ruedas? Esa persona que vive en una vivienda sin ascensor y lleva años sin pisar la calle, o esa mujer presa de su marido maltratador, que tiene miedo incluso a opinar, debido a la reacción que pueda tener el susodicho.

○ las que se hayan alojadas en un cuerpo con sexo “erróneo”, ¿no es acaso una prisión aún mayor? ¿Y personas tetrapléjicas, o las que

viven sin los recursos mínimos para subsistir y/o con falta de medicamentos?

Dejando los grandes dramas y volviendo a lo mundano, podemos decir que antaño los esclavos se ataban con grilletes; en la actualidad, en una sociedad “libre” y democrática como la nuestra, los grilletes son dorados, y a veces con brillantes. Como pueden ser lujos al límite de nuestras posibilidades, aunque para ello renunciemos a compartir tiempo con la familia.

Desde los descubrimientos del psicólogo estadounidense John Broadus Watson, fundador de la escuela de psicología conductista, conocido por los experimentos al pequeño Albert, nos inducen al sistema de consumo, impidiéndonos la capacidad de raciocinio como individuos independientes. De ahí su famosa frase, anulando al individuo: “Dame una centena de niños sanos, bien formados, para que los eduque, y me comprometo a elegir uno de ellos al azar y adiestrarlo para que se convierta en un especialista de cualquier tipo: médico, abogado, artista, hombre de negocios e incluso mendigo o ladrón, prescindiendo de su talento, inclinaciones, tendencias, aptitudes, vocaciones y raza de sus antepasados”. John B. Watson.

Este señor se percató de que si relacionamos un objeto con un estímulo aversivo, se produce un condicionamiento que tiende a generalizarse, sucediendo de igual forma a la inversa, al relacionar un objeto con un estímulo apetitivo, como hizo cuando se incorporó a la empresa,

vinculándose a la agencia de publicidad Walter Thompson, desarrollando programas masivos con estos principios de reacciones emocionales condicionadas, para multinacionales como General Motors y Johnson Baby.

Usó a mujeres atractivas para ponerlas junto a los grandes coches de la marca, en carteles publicitarios, multiplicándose sus ventas, percatándose a su vez, del poder del sexo y de cómo el instinto de procreación anula cualquier capacidad de raciocinio consciente. Con ello pudieron comprobar cómo con este tipo de psicología se podía manipular a la masa y de cómo en la actualidad sigue funcionando. ¿O por qué se hace hincapié en seguir la línea científicamente demostrable de la psicología cognitivo conductual? Es una inversión que se rentabiliza. En el fondo es una maniobra de la mente dual. En cambio, las terapias humanistas son rechazadas por las instituciones académicas y científicas, porque buscan la libertad del individuo, el empoderamiento de su propia vida, la autenticidad que hay en cada uno de nosotros; y esto al poder le da miedo, lo que interesa es que seamos maleables y controlables.

Vamos con un ejemplo práctico como pueden ser las cárceles, podemos decir que los reclusos, que no todos, son consecuencia de este sistema manipulativo. ¿O quizás han elegido nacer en un barrio marginal y en una familia sin medios? El sistema necesita víctimas, necesita el estímulo aversivo para poder mostrar al resto lo que ocurre cuando no se cumplen las normas. Al igual que utilizan la recompensa para condicionar el consumo, utilizan el castigo para imponer el control sobre los que no aceptan las normas. ¿O piensan que de verdad quieren rehabilitarlos? Además de ser víctimas de su entorno, siendo en algunos casos los más nobles del grupo. Estando ahí por cumplir unas reglas dentro de los subgrupos; como por ejemplo, no delatar a los responsables.

La libertad real es un acto de empoderamiento interno, es una decisión personal e individual que no depende del contexto donde nos hallemos; tan sólo lo condiciona, pero no lo impide. Como hemos visto, nos separan grados en los límites de libertad, sean éstos económicos, físicos o mentales. Siempre habrá límites mientras estemos en este plano. La verdadera libertad se adquiere y comienza con la rendición, aunque suene raro. La rendición no implica resignación. Esto es rendirse a lo que es y no puede ser cambiado, el mayor acto de libertad que puede tener un ser humano, es la aceptación, dando paso con ello al presente, vivir el aquí y ahora, no desear estar en ningún otro sitio, ni en ninguna otra situación, que ésta. Parafraseando a Confucio: *“Dios dame paciencia para aceptar lo que es y no puede ser cambiado, el valor y la fuerza para cambiar lo que podemos y debe ser cambiado, y la sabiduría necesaria para discernir entre ambas”*.

Tenemos que analizar cuáles son las circunstancias de nuestra vida inamovibles, al menos en ese momento. Si estamos en la cárcel, como es el ejemplo que hemos elegido, no podremos elegir cualquier lugar. Lo que sí podemos elegir es la forma en la que ser y estar; incluso ahí, hay cierta capacidad de movimiento. Podemos elegir entre: *“estar en la biblioteca invirtiendo el tiempo, leyendo, y liberando la mente”* *“o lamentarme de lo que no puedo hacer”*. Vamos a celebrar y a realizar lo que sí podemos hacer, como hacer deporte, aprender una profesión, estudiar una carrera o un módulo, etc. Con ello ampliaremos nuestro horizonte dentro; y una vez fuera, tendremos más posibilidad de realización; y sobre todo, para no volver a ser presa del sistema, *“tenemos que estar en él, sin pertenecerle”*. No podemos negar pertenecer a un grupo, aunque este sea bastante disruptivo, pero si podemos elegir estar en él sin pertenecerle, ser una flor del loto. Como dice Fito en su canción: *“lo que realmente le interesa son las flores que crecen en el barro”*.

Es como el dolor, si nos resistimos, nos lleva al sufrimiento, si lo aceptamos y transmutamos, soportable o no, "sólo es dolor". Es cierto, que si sobrepasa nuestro umbral, nuestro límite de presencia, pasará al modo mental, entraremos en el sufrimiento, de alguna forma y/o medida nos hemos resistido a lo que es.

La libertad y la realidad se hallan al otro lado del miedo, cuando se trasciende la mente para habitar el presente. Estar en la mente a través del futuro o el pasado, no es real, no existe. El pasado nos genera por lo general depresión y añoranza; y el futuro ansiedad, por los miedos que nos generan posibles situaciones futuras. Los miedos y deseos nos anclan a la mente, a la irrealidad, nos hacen salir de la presencia. La mente genera estados temidos o añorados para así no perder su poder. Lo podemos simplificar todo a miedo. Ésta es la emoción suprema en el mundo dual, debajo de todo deseo existe una carencia y ésta proviene del miedo a no tener.

También nos genera estados eufóricos o depresivos, nos lleva de un estado a otro, mareándonos, para tenernos atrapados, ni ella misma sabe a dónde ir. Es como el perro cachorro, que ni come ni deja comer. Le da miedo perder el poder, no llevar razón, miedo a no ser, "detrás de todo ello, se esconde el miedo a la muerte". No a la muerte física, sino a la muerte del ego, "que es lo que muere llegado el momento", la muerte de lo ficticio, de lo que creemos ser, ese constructo mental, artificioso e ilusorio.

Ése es el acto: el no acto, para ser y estar en uno mismo, sin enjuiciar. En el momento que dejamos de valorar las situaciones como positivas o negativas, dejamos de ceder el poder a la mente. Culpabilizar a otros, mirar hacia fuera para huir de lo que somos en esencia. Una vez ahí, todo encaja, lo que ocurre tiene un sentido que desde la mente dual no alcanzamos a discernir. La vida son sincronicidades que nos lle-

van al despertar, aunque sea a través del sufrimiento, a través de llevarnos a nuestros límites para que demos el salto, el gran salto hacia la libertad, hacia ser lo que somos y nunca dejamos de ser.

Cuando la vida nos pone al límite, son oportunidades de realización. En el mismo corredor de la muerte, en esos momentos que el ser humano no tiene escapatoria. O si nos diagnostican una enfermedad irreversible o tenemos una experiencia cercana a la muerte. Estas situaciones extremas nos resultarán más difíciles que las cotidianas, pero la posibilidad de rendición y aceptación es mayor y más clara. No depende de nosotros, se escapa a nuestro control, no tenemos otra opción que elegir entre la aceptación o el sufrimiento.

Es como cuando nos hundimos en una piscina o en el mar. Si no llegamos a tocar fondo, difícilmente podremos coger el impulso que necesitamos para subir, además de no saber dónde estamos ni donde está la superficie. Con lo cual, a mayor grado de dificultad, mayor será la recompensa y el crecimiento. Necesitamos tocar fondo para coger impulso y saber qué dirección tomar.

La dualidad se mueve por el miedo, es el motor del "mundo actual". En cambio, la conciencia se mueve desde y para el AMOR. Si quieres seguir ahí, adelante, toma tus decisiones desde el miedo. Sólo tienes que encubrirla con palabras como: prudencia, seguridad, estabilidad, sensatez y otras palabrejas similares que te mantendrán en la creencia de que estás haciendo lo más adecuado. Más aún, si le pides consejos a tus seres queridos; estos te procurarán lo menos arriesgado para ellos estar a salvo de sus miedos, la mayoría suelen proyectarlos sobre los otros. No es agradable ver nuestras cobardías, así que mejor meter miedo para que tú no hagas lo que ellos no se atrevieron a hacer, "seguir sus sueños".

“Cuando quieras emprender algo, habrá mucha gente que te dirá que no lo hagas; cuando vean que no pueden detenerte, te dirán cómo tienes que hacerlo y cuando finalmente vean que lo has logrado, dirán que siempre creyeron en ti”. Anónimo.

Si quieres NACER, si de verdad quieres VIVIR, toma las decisiones desde el corazón, desde el AMOR. Las caídas son menos dolorosas y más dignas si las “sufrimos” con la seguridad de saber que estamos donde debemos y queremos estar, desde esa paz y serenidad de SER. Esa certeza que te da hacer lo que te dicta el corazón.

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 cualquiera de las sedes 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.



Reflexiones deontológicas

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

En esta ocasión me gustaría reflexionar sobre algunos de los artículos de nuestro Código Deontológico y la práctica que realizamos, en particular, sobre los que generan más dudas y consultas:

Artículo 2 CD. *La actividad del Psicólogo se rige, ante todo, por los principios de convivencia y de legalidad democráticamente establecidos en el Estado Español.*

Está en vigor la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Nos interesa el artículo 8 que deja establecido:

Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quién pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.

En la práctica de la Psicología existen áreas de intervención que entran directamente en este apartado y, difícilmente, no se entra en contacto con menores en casi ninguna de las facetas de la profesión.

Por tanto, es conveniente, aunque no fuera necesario, disponer de esta acreditación para evitar molestias y quejas. Y, aunque desde la Junta de Gobierno estemos estudiando el procedimiento más efectivo y cómodo para los colegiados, es conveniente adjuntarlo al expediente colegial.

Artículo 17 CD. *La autoridad profesional del Psicólogo/a se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El/la Psicólogo/a ha de estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.*

Este artículo es conveniente revisarlo a raíz de ciertos movimientos en sectores de la profesión que han creado la figura del intrusismo intraprofesional; figura que, cuánto menos, es discutible si se tiene en cuenta las sentencias sobre el tema entre especialidades médicas.

La situación actual en España es que la práctica de la Psicología es una, existiendo sólo reserva de ley para ocupar plazas en un sistema nacional de salud o en centros concertados para el desarrollo de la cartera de servicios de la sanidad pública, así como para la inscripción de un centro o consulta psicológica como sanitaria. Si bien es cierto que el artículo prescribe muy concretamente la necesidad de derivar si

la problemática trabajada excede el nivel de competencia o posibilidad de actuación.

Artículo 21 CD. *El ejercicio de la psicología no deberá ser mezclado, ni en la práctica, ni en su presentación pública, con otros procedimientos y prácticas ajenos al fundamento científico de la psicología, cuando tal prohibición esté prevista legalmente.*

Hace décadas que se instauró la era del psico, en algunos casos respetables como los talleres de psicopintura para trastornos mentales graves en cuanto a rehabilitación de trastornos mentales graves, pero en muchos casos, parapsicología y nunca mejor empleada la palabra.

El esfuerzo y necesidad que tenemos todos en formarnos y en encontrar nuevas o más eficaces técnicas de trabajo puede ser campo de aprovechamiento de tendencias cuánto menos cuestionables, la mejor actitud es consultar con la organización colegial antes de incluirse en cualquier movimiento o escuela que no se tenga muy claro su profesionalidad.

Artículo 51 CD. *Sin perjuicio de la responsabilidad penal que pueda suponer, constituye una grave violación de la deontología profesional atribuirse en cualquier medio -anuncios, placas, tarjetas de visita, programas, etc.- una titulación que no se posee, así como también utilizar denominaciones y títulos ambiguos, que, aún sin faltar de modo literal a la verdad, pueden fácilmente inducir a error o a confusión, e igualmente favorecer la credulidad del público a propósito de técnicas o procedimientos de dudosa eficacia.*

Es un tema en el que habrá que ser especialmente cautos dada la proliferación de títulos privados, propios de universidad y oficiales.

La mejor acción es, cuando se obtenga un título no oficial, transcribir textualmente des-

pués del título oficial, el título obtenido y la entidad que lo avala, algo así como "Grado en Psicología, Máster en Clínica de la Sexualidad por (centro correspondiente)."

Artículo 33 CD. *Todo/a Psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.*

Creo que nos ocurre a todos, gastamos la mayor cantidad de recursos en mantener actualizada nuestra formación e intervenir con nuestros clientes de la mejor forma posible, producimos bienestar pero no lo comunicamos, y sin embargo poseemos una cantidad de conocimiento enorme que se desaprovecha.

Si bien es cierto que los profesionales reales de la investigación están en el campo de la Universidad, también es cierto que el conocimiento aplicado no lo está. Quizás sea momento de plantearnos desde esta vocalía en particular el dotaros de herramientas que os permitan plantear el que vuestro trabajo diario pueda ser explotado y exportado de la mejor forma.

Aprovecho para recordaros que el próximo verano se celebra el III Congreso de la Psicología, cuyo principal promotor es la organización colegial, y sería un orgullo que pudieran asistir, y no sólo como participantes, sino como ponentes la mayor cantidad de colegiados de este colegio.



Día internacional de las personas mayores 2016.

Jornada interinstitucional de información y sensibilización

Asunción Tárrago Ruiz. Colegiada nº AO00152
Vocal de la Sección Profesional de Psicología del Tráfico y la Seguridad del COPAO

Es un hecho de todos conocido que la composición de la población mundial ha cambiado. La pirámide de edad se ha invertido, siendo 700 millones de personas en la actualidad mayores de sesenta años, con la previsión de que en el 2050 serán 2.000 millones, es decir más del 20% de la población mundial será mayor de sesenta años.

Ante esta realidad, el 1 de octubre se conmemora el día *Internacional de las Personas Mayores* desde 1990, a instancias de las Naciones Unidas y con el lema: "Hacia una sociedad para todas las edades".

El lema para 2016 ha sido:

"Celebremos el día Internacional de las Personas de Edad rechazando enérgicamente todas las formas de edadismo y trabajando para permitir que las personas de edad alcancen su pleno potencial, al tiempo que cumplimos nuestra promesa de construir una vida de dignidad y derechos humanos para todos".

El objetivo es que todos seamos conscientes de las actitudes negativas y la discriminación por razones de edad, así como de los prejuicios que ello causa a las personas mayores.

El máximo responsable de Naciones Unidas hizo un llamado a "superar los prejuicios" para

conseguir que la población "sea activa social y económicamente, esté protegida y envejezca de forma sana".

"El aumento constante de la prolongación humana constituye uno de los mayores cambios y desafíos de nuestro tiempo", según Ban ki-moon quien aseguró que si el mundo no se adapta a las nuevas tendencias demográficas será difícil lograr un futuro sostenible y seguro.

Con motivo del día *Internacional de las Personas Mayores*, el colegio oficial de psicología de Andalucía oriental, el ayuntamiento de Granada (área movilidad) y Cruz Roja Granada, han realizado de forma conjunta una actividad de difusión en la calle. Las diferentes instituciones, de nuevo, aúnan esfuerzos para concienciar a la población sobre el colectivo de personas mayores, en aspectos relacionados con la prevención, la participación, la promoción de la autonomía y la necesidad de dar una respuesta de calidad adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familiares.

En una de las plazas más céntricas de Granada (Fuente de las Batallas), y con una gran afluencia de público, las instituciones que participaron expusieron en diferentes stands las acciones y actividades, que desde su ámbito, realizan en su atención a los mayores.

La comisión de envejecimiento, presentó un mural con el título “cómo envejecer bien” para que las personas mayores pudieran expresar mediante frases que ellos mismos redactaban, y pegaban, qué debemos hacer para tener un envejecimiento exitoso. En la mayoría de los *post-it* podemos observar la importancia que los mayores dan a mantenerse activo y participativo como medio para un envejecimiento de calidad.

También se realizó difusión sobre las funciones del profesional de la psicología en el campo del envejecimiento y los diferentes contextos de intervención en los que actúa (residencias, centros de día, unidad de estancia diurna, estimulación cognitiva, centros de servicios sociales, unidades de paliativos, apoyando y formando a las cuidadoras, etc.) recalcando la importancia de abordar los aspectos psicológicos que ocurren con el paso de los años, para así poder dar una respuesta precisa y adaptada a las necesidades de los mayores.

La sección de tráfico y seguridad del colegio oficial de psicología conjuntamente con el área de movilidad del ayuntamiento, trabajaron para sensibilizar a los mayores, y a la población en general, sobre las conductas y hábitos que comportan riesgos de sufrir accidentes, así como las medidas a tomar para evitarlos, sin que se vean reducidos los desplazamientos de las personas que quieren mantener un envejecimiento activo y participativo en la sociedad.

Cruz Roja

Expuso en varios stands los proyectos que tiene en marcha para la promoción del envejecimiento activo, y aquellos enfocados a la atención a personas en situación de dependencia y sus familiares:

- Presentación de productos de apoyo; utensilios y aparatos destinados a facilitar las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, desplazarse, etc.)

- Aparatos de telefonía; Teleasistencia fija, teleasistencia móvil, localizador de personas (LOPE), teléfono con localizados GPS para personas con deterioro cognitivo.
- Proyecto de ayuda a domicilio. Para personas con problemas de autonomía que tengan dificultades para realizar actividades de la vida diaria. Personas voluntarias realizaran visitas para acompañar a la persona mayor a realizar gestiones, acudir a citas medicas, paseos, etc.
- Proyecto Enrédate. Para personas con escasa red social y problemas de soledad, interesados en participar en actividades formativas y de ocio.
- Atención a familias con personas mayores a su cargo. En este proyecto Cruz Roja ofrece un espacio para apoyar a los cuidadores mediante grupos de autoayuda y voluntariado que acompañe a la persona dependiente, para que el cuidador disponga de tiempo para realizar otras actividades.
- Atención a personas que quieran mantener y/o mejorar sus funciones cognitivas.
- Unidad de estancia diurna.
- Servicio de transporte adaptado.
- Salud constante. Potenciar hábitos saludables.

Cruz Roja realizó una actividad llamada “*Ponte en mi lugar*” que resultó muy interesante para comprender cómo se siente una persona mayor. Se les ponían gafas que distorsionaban la visión, cascos para disminuir la capacidad auditiva, una mochila con peso en la espalda, y una pelota que debían sujetar entre las rodillas mientras caminaban y seguían un circuito. La mayoría de las personas jóvenes que viven esta experiencia

relatan estar cansados al finalizar el circuito, por lo que se consigue comprender de una manera práctica cómo se siente una persona mayor.

Para concluir, se invitó a los participantes a un refresco, y se les entregó una chapa con el lema:

“Las personas mayores son la sabiduría acumulada a lo largo de toda una vida, su experiencia, nuestro legado”.

Ayuntamiento de Granada. Educación en seguridad vial.

Es un objetivo prioritario del Ayuntamiento el hacer de Granada una ciudad donde los desplazamientos sean: seguros, sostenibles y saludables para toda la población, cualquiera sea su edad y modo de desplazamiento. Concretamente Granada, cuenta con casi un 26% de población mayor de sesenta años.

Si estudiamos el modo de desplazamiento de las personas de sesenta años o más, implicadas en accidentes de tráfico urbanos, para el caso de los peatones, asistimos a un continuado incremento de los mayores en la accidentalidad.

Las infracciones de los peatones implicados en algún accidente con víctimas son principalmente dos: no utilizar los pasos de peatones e irrumpir o cruzar la vía antirreglamentariamente. Esto hace que los peatones, sean personas susceptibles de reciclar y modificar actitudes que hagan sus desplazamientos más seguros si aceptan su progresivo deterioro y aprenden a compensarlo. Este es el papel en el que debe implicarse la psicología en estas edades.

Dadas las políticas municipales que apoyan el *Envejecimiento Activo*, la autonomía y total integración y participación social de

los mayores, son varias las actuaciones y proyectos que se llevan a cabo con ellos:

- Hacer una ciudad con espacios para todos: peatones, bicis, transporte público, etc. y favorecer su coexistencia, con más espacios peatonales, reduciendo la velocidad para los vehículos, ...
- Apostar por conseguir un transporte público adaptado, asequible y conectado con toda la ciudad.
- Impartir actividades educativas a través del centro de seguridad vial junto a Cruz Roja y el ilustre colegio de psicología de Andalucía oriental, donde reciclamos e informamos de los riesgos de los mayores al circular en la actualidad por las ciudades, en cuya sociedad por otro lado su papel es tan necesario: son los canguros de sus nietos en numerosas ocasiones y además lo hacen estupendamente, prestan mucha más atención cuando van con sus menores que solos. No se conocen accidentes en Granada de mayores acompañando a los niños.
- Diseño de material informativo que repartimos entre los Centros de Día a los que igualmente impartimos actividades formativas. Ej.: Carpetas, libretas, trípticos, dominó con motivos de señales de tráfico, etc.
- El pasado curso escolar, el alcalde les dió unos diplomas de agradecimiento a los mayores de Cruz Roja por su interés y participación en la mejora de la seguridad vial en Granada.

El día *Internacional de las Personas Mayores* es una oportunidad para poner de relieve la importante contribución de las personas mayores a la sociedad y para concienciar sobre los problemas y los retos

que plantea el envejecimiento en el mundo actual.

Las diferentes instituciones están cada vez mas concienciadas, sobre la necesidad

de poner en marcha acciones conjuntas que faciliten una sociedad segura e inclusiva para las personas mayores, implicándose cada vez más en acciones para lograr este objetivo.



La prevención de catástrofes y la evaluación de la aptitud psicofísica en las fuerzas armadas

Pilar Conde Colino. Colegiada nº AO06584

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

La tragedia del Airbus A320 de Germanwings el 24 de marzo de 2015 y anteriormente el descarrilamiento del tren Alvia en las inmediaciones de Santiago de Compostela el 24 de julio de 2013, nos hace reflexionar sobre la existencia y pertinencia de protocolos de evaluación psicológica de los trabajadores donde la seguridad pública esté afectada, pudiendo ser utilizados como detectores y evitar las catástrofes asociadas a profesionales que trabajan en momentos en los que su salud está comprometida.

D^a Adela González Marín, presidenta de la asociación española de psicología de la aviación (AEPA), en una entrevista que concedió a *Infocop* nº 69 de 2015, reconoce que la evaluación de la aptitud en el ámbito de la aviación sólo se contempla en la normativa europea para los reconocimientos iniciales, no contempla las evaluaciones psicológicas en las revisiones periódicas, salvo ante evidencia o sospecha por parte del médico de un trastorno psicológico.

Los familiares españoles piden mayores controles médicos sobre los pilotos para evitar que algo así vuelva a pasar. Entre las peticiones habría: exámenes rutinarios para detectar problemas psicológicos y psiquiátricos, que se pueda romper el secreto médico y que los facultativos puedan informar sobre la salud de un paciente si es un peligro para la seguridad pública.

De forma semejante ocurre con otros profesionales del transporte como los maquinistas de trenes, la identificación y detección de posibles patologías se realiza en los procesos de selección, recientemente se ha pedido colaboración al colegio de psicólogos de Madrid para tal fin. Pero una vez que se ingresan, dejan en manos de los profesionales que de forma voluntaria pidan ayuda al psicólogo de empresa ante algún incidente vital que pueda afectar a la seguridad personal y por ende vial.

Sin embargo, en las Fuerzas Armadas la evaluación de la aptitud psicofísica no sólo se realiza en los procesos de selección para el ingreso, sino también a lo largo de todo el desempeño profesional.

Las evaluaciones están marcadas por ley y además existe una vigilancia constante de la salud de los profesionales por parte de la sanidad militar. Bien podríamos considerar un modelo de referencia para realizar con todas las profesiones de riesgo o donde esté en juego la salud pública. En las Fuerzas Armadas se valora la aptitud psicofísica, consta de reconocimiento médico, evaluación psicológica y pruebas físicas; la evaluación psicológica se realiza en las pruebas de selección o reconocimiento inicial, en las pruebas periódicas o reconocimiento periódico y en las no periódicas o reconocimiento extraordinario y especial, por ejemplo, el realizado al personal con

responsabilidad de vuelo o el realizado al personal de la Unidad Militar de Emergencias.

La aptitud psicofísica para ingresar en un centro de formación de las Fuerzas Armadas respecto a la evaluación psicológica está recogida en el apartado C del cuadro médico de exclusiones de la ORDEN PRE/2622/2007. Se aplican pruebas de personalidad y de aptitudes para todos los niveles o escalas; y se determina la aptitud o no aptitud en función del cuadro médico de exclusiones.

El objetivo es la selección de personalidades normales sanas, libres de trastornos mentales o de conducta, y de conductas adictivas. Además con inteligencia suficiente y con las aptitudes necesarias para desempeñar las diferentes tareas en las Fuerzas Armadas.

La evaluación periódica y no periódica está ordenada por el REAL DECRETO 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas. Las pruebas psicológicas periódicas deberán permitir la detección de trastornos psicológicos de la personalidad y de la conducta. Los militares de carrera y los militares profesionales de tropa y marinería con una relación de servicios de carácter permanente realizarán al menos una prueba psicológica cada cinco años.

El primer reconocimiento se realizó en 2002 a todo el personal, desde el soldado hasta el general, la prueba era un cuestionario de adaptación con la valoración de seis escalas: sinceridad, neuroticismo, depresión, psicoticismo, psicopatía y extraversión.

Reconocimientos y pruebas no periódicas, dice el Real Decreto que, con independencia de los reconocimientos médicos y de las pruebas psicológicas de carácter periódico, también podrán realizarse en cualquier momento a iniciativa del propio interesado, fundamentada

en informes médicos o psicológicos, o a propuesta motivada del jefe de la unidad, centro u organismo de destino o autoridad de quien dependa el interesado. Pero también se ordena una evaluación no periódica o evaluación extraordinaria para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas, a efectos de la limitación para ocupar determinados destinos, del cambio de especialidad, del pase a retiro o de la resolución del compromiso, cuando un militar profesional muestre una insuficiencia definitiva que haya ocasionado una baja médica y en este caso para el servicio de 2/1 años* para los militares de carrera 1 año/6 meses* para los temporales. *Modificados los tiempos por el art. 121 de la Ley 39/2007.

Las pruebas que se aplican son tests, pruebas de aptitudes y personalidad, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Son técnicas objetivas que permiten justificar las decisiones adoptadas -apto o no apto, temporal o permanente-, así como la replicación de resultados por parte de otros profesionales, pero no permiten predecir el comportamiento y menos a largo plazo.

Los diagnósticos clínicos y preventivos basados en años de experiencia no se descartan en la evaluación de profesionales de las armas, por poner un ejemplo declarar la no aptitud por otros trastornos no incluidos en los cuadros de exclusiones.

Los estudios empíricos basados en la evidencia de trastornos sobrevenidos, son necesarios para perfeccionar la evaluación psicológica y la detección temprana de dificultades en los profesionales, poder relevarles de sus puestos y prevenir las catástrofes.

Homenaje a las víctimas de Biescas 20 años después

Lidia Sánchez Mora .Colegiada nº AO0075

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

La tarde calurosa del 7 de agosto de 1996 en Biescas (Huesca) comenzó a ensombrecerse con la aparición de unas nubes negras que cubrían el valle de Arán, anunciando una gran tormenta de verano y una horrible tragedia. La lluvia comenzó a acumularse en la cabeza del barranco haciendo que, en escasos minutos, se formara un arroyo que siguió un cauce distinto al canal que se le había preparado, arrastrando troncos, rocas y materiales de presas colindantes que bajaban con fuerza hacia el cono de deyección donde se situaba el Camping de las Nieves.

La fuerza y el volumen de la riada arrasaron el camping con 630 personas alojadas, llevándose a su paso caravanas, coches, árboles, piedras y arrastrando a los campistas varios kilómetros. Bomberos, Guardia Civil, sanitarios y cientos de voluntarios se personaron en el lugar. Desgraciadamente, la planificación de emergencias hasta ese año era escasa siendo, los propios habitantes de Biescas, quienes ayudaron en la coordinación de la búsqueda de supervivientes, alojaron en sus propias casas a familiares y afectados e informaron de la muerte de los fallecidos. Así lo explica **D. José María Castellón**, asesor técnico de planificación de Protección Civil del Gobierno de Aragón "Allí aprendimos todos (...) Biescas supuso el desarrollo de la Protección Civil en España. Hasta entonces, casi no se tenía en cuenta la asistencia psicológica a víctimas y familiares. Se crearon planes de actuación en todas las comu-

nidades autónomas y se incrementó la atención y las dotaciones de Protección Civil". El balance final fueron 87 personas fallecidas, 27 de ellos niños y 120 heridos.

Tras la pérdida de familiares, los problemas continuaron para los afectados con innumerables visitas a médicos y un largo proceso judicial que tuvieron que soportar. Hasta diciembre de 2005 no salió la sentencia del Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, condenando al Ministerio de Medio Ambiente (Confederación Hidrográfica del Ebro) y a la Diputación General de Aragón con una indemnización de 11.265.987 euros a los familiares de 62 de las 87 víctimas mortales, basándose en el informe negativo de **D. Emilio Pérez de Bujarrabal** (funcionario del Servicio de Conservación del Medio Natural del Gobierno de Aragón) que, 10 años antes de la tragedia, advertía de la probabilidad de inundación de la zona al encontrarse en la parte más activa del cono de deyección de un barranco de fuerte torrencialidad.

Pasadas dos décadas, el agotamiento por un proceso judicial excesivamente dilatado en el tiempo, la resignación por no haber cobrado la totalidad de las indemnizaciones y el dolor por no haber recibido un homenaje aún, muestra que todavía existen heridas por cerrar.

Precisamente, no es hasta el 2016, cuando **D. Oriol Espinosa**, superviviente que perdió a

su madre **D^a Carmen Llorens**, realizando el camino de Santiago visita la zona cero, encontrándosela en tal desolador estado de abandono que decide escribir una carta al alcalde, **D. Luis Estaún**, proponiéndole realizar un acto conmemorativo y la concesión de un lugar de referencia donde poder honrar a las víctimas. Finalmente y con motivo del 20 aniversario, se inauguró el Parque Memorial Camping Las Nieves presidido por 3 esculturas verticales que representan a los fallecidos, los supervivientes y los voluntarios, adornadas con 87 rosas en relieve, una por víctima.

Al recaer la responsabilidad civil y económica en la administración, ha originado que los afectados se encuentren desamparados y desolados por no recibir un reconocimiento hasta el día de hoy. La sentencia da la tranquilidad penal pero no la personal, siendo necesario realizar un homenaje que permita compartir emociones, experiencias e inquietudes, mostrar el respeto a familiares y víctimas, así como agradecer a vecinos e intervinientes sus esfuerzos, permitiendo cerrar una puerta a pesar de que el dolor y el recuerdo perduren en el tiempo.

Referencias webs. Consultadas el 14 de noviembre de 2016

Cobo Plana, J. A. (2 de noviembre de 2006). Algunas reflexiones sobre la catástrofe de Biescas

de 1996, diez años después. Revista Psicosocial & Emergencias: haciendo memoria. Recuperado de <http://www.psicosocialyemergencias.com/algunas-reflexiones-sobre-la-catastrofe-de-biescas-de-1996-diez-anos-despues/>

García Mongay, F. (6 de agosto de 2016). Memorial de Biescas. El País Semanal. Recuperado de http://elpais.com/diario/2006/08/06/eps/1154845612_850215.html

Ortega, J. (7 de agosto de 2016). Sergio perdió a su familia en la tragedia de Biescas: "una mano me sacó a la orilla y me salvó la vida". Zaragoza. El Mundo Sociedad. Recuperado de <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/08/07/57a704da22601d491c8b4658.html>

Villanueva, M. J. (7 de agosto de 2016). La tragedia de Biescas cumple 20 años con heridas todavía por cerrar. Huesca. Heraldo. Recuperado de <http://www.heraldo.es/noticias/aragon/huesca-provincia/2016/08/07/la-tragedia-biescas-cumple-anos-con-heridas-todavia-por-cerrar-1001715-1101026.html>

Wikipedia, la enciclopedia libre. Riada del camping de Biescas. (8 de agosto de 2016). https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Riada_del_camping_de_Biescas&oldid=92830001.



La psicología al servicio de la paz

Aída Herrera Pérez Colegiada nº AO04413

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

El pasado 22 de octubre se celebraron en Málaga, con un rotundo éxito, las *I Jornadas Nacionales sobre Psicología, Seguridad y Defensa Nacional*. Era difícil aunar estos conceptos, pero la sección de la intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias del ilustre colegio oficial de psicología de Andalucía oriental unió a diferentes ponentes que concluyeron sobre la importancia del papel de la Psicología de emergencias en el mantenimiento de la paz.

La defensa es el elemento esencial del Estado para garantizar la seguridad y el bienestar de España. Con estas jornadas se pretendió demostrar como la Psicología queda al servicio de la seguridad y el mantenimiento de la paz, ayudando a entender, en algunos casos, todo lo relacionado con los derechos humanos, que pueden ser civiles, políticos, económicos, sociales y/o culturales, por ejemplo en el área de la justicia social, del bienestar, ambientes seguros, etc.

¿Ayuda la psicología en la resolución de conflictos? ¿Qué estrategias utiliza la psicología en la resolución de conflictos? ¿Ayuda la Psicología en las negociaciones? ¿De qué manera la Psicología interviene en los medios de comunicación o ayuda para que las malas noticias sean menos destructivas?

Los profesionales de la psicología, y en especial los expertos en Emergencias, tenemos como uno de los objetivos el ayudar a "curar" las heridas psicológicas de la guerra, a construir una confianza en uno mismo y en los demás,

a desarrollar una memoria colectiva en común, a reconocer los errores del pasado y a lograr una reconciliación y el perdón de los demás y de uno mismo.

Uno de los excelentes ponentes de estas jornadas ha sido el Coronel del Ejército de Tierra **D. Fernando Fuster Van-Begedem** que hizo una disertación sobre las tensiones geopolíticas y el contexto internacional en España, haciendo un repaso de los conflictos políticos y bélicos en las distintas zonas del mundo: conflictos religiosos que generan guerras y muertes; conflictos de territorio, áreas de terrorismo, zonas conflictivas por el petróleo...

La comandante **D^a Pilar Bardera** de la Unidad Militar de Emergencias disertó sobre el papel de la psicología en las Fuerzas Armadas, el pasado, presente y futuro, así como sus protocolos, áreas de intervención, etc. dando respuesta a varias preguntas sobre el papel de la mujer en la Armada.

D. Javier Gallego Gómez, miembro del grupo de intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias del COPAO, siendo también politólogo, planteó la relación entre psicología y DAESH, haciendo relación a los lavados de cerebro de estos últimos y cómo se produce la adopción de miembros para sus actividades terroristas. Antiguamente se empleaban métodos generalizados para captar simpatizantes para la causa, pero hoy en día con el uso de las nuevas tecnologías, la situación es bien distinta. En la actualidad, los terroristas encargados de reclutar gente centran sus esfuerzos en conocer a las

víctimas de manera personalizada, para que se enganchen más fácilmente. A partir de aquí ¿qué puede hacer la psicología para ayudar a la reinserción? ¿Puede alguien cambiar? Aquí tenemos que pensar que el ser humano cambia continuamente a lo largo de su vida, así que con unas terapias personalizadas y adecuadas podrían cambiarse los pensamientos, las emociones, las conductas e incluso, cambiar el mismo cerebro del sujeto en la dirección que mejore su salud mental.

D. Juan Francisco Cruzado Bravo, miembro también del grupo de intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias, guardia civil y miembro de la red nacional de atención a víctimas de terrorismo, siguió argumentando sobre la relación y el papel que la psicología puede hacer con las víctimas de actos terroristas. Deja en el aire la cuestión de si esta red de psicólogos es un derecho, es una necesidad o es una deuda.

La Teniente psicóloga reservista de especial disponibilidad, **D^a Pilar Conde Colino**, planteó la necesidad de la prevención de catástrofes y sobre todo la necesidad de la aptitud psicofísica en las Fuerzas Armadas, poniendo ejemplos claros y reales sobre la necesidad de las pruebas psicológicas.

La psicología civil de emergencias como eslabón necesario en el engranaje de la recuperación psicológica de la población ante una catástrofe fue el tema central que abordó **D^a Natacha López Carrascosa**, miembro también del grupo de intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias del COPAO.

D. Miguel Laplana Barceló, coordinador de sala del 112 en Málaga, vino en lugar de **D. Rafael Gálvez Chica**, director provincial, jefe de servicio del 112 en Málaga, y habló sobre la importancia de la psicología en la gestión y coordinación de los grupos intervinientes en una catástrofe o emergencia.

También se habló sobre los reservistas voluntarios de las Fuerzas Armadas, pudiendo acceder a estas plazas cualquier ciudadano español que quiera participar en diferentes misiones dentro de los compromisos asumidos por España. **D^a María Dolores Moreno Andrade**, alférez reservista voluntario y miembro del grupo de intervención psicológica en catástrofes y emergencias del COPAO explicó que el reservista voluntario permanece durante su compromiso en situación de “disponibilidad”, desarrollando su vida y profesión “civil”, y pasando anualmente por periodos de “activación” que sirven para mantener y mejorar su cualificación y adiestramiento militar (coloquialmente dicho, pertenece a la reserva militar, en la que permanece salvo necesidad de aumento de efectivos, catástrofe, emergencia nacional o “mantenimiento anual de capacidades”).

Entendemos que el grupo de intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias (GIPCE) del COPAO como no podía ser menos, contribuye de una forma directa a poner nuestros conocimientos al servicio de la defensa nacional y el mantenimiento de la paz. Esta presentación corrió a cargo del coordinador provincial de Jaén, **D. Pedro Jaenes Rosa**.

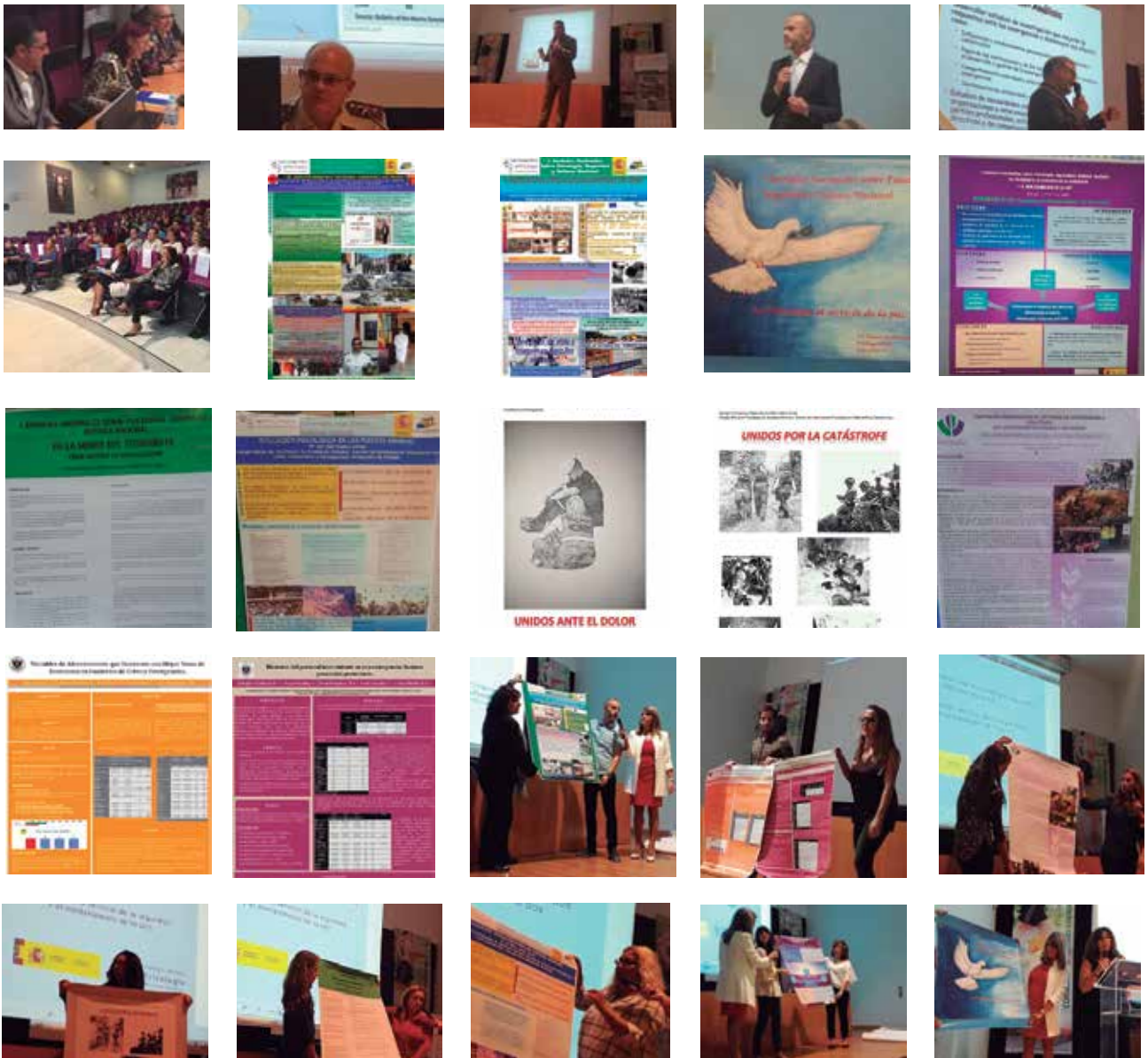
El teniente coronel, **D. Miguel Peco Yeste**, planteó los riesgos y las amenazas actuales a la seguridad en España. Habló del terrorismo; de la amenaza cada vez más peligrosa que representan los ciberataques contra servicios esenciales de la sociedad; al movimiento inmigratorio que empezamos a sufrir. Un aumento de las redes de reclutamiento yihadista podría suponer una nueva amenaza para la seguridad nacional ya que estas personas una vez formadas adecuadamente podrían regresar y representar un riesgo para España. El robo de información sensible y/o clasificada y el uso de la red para lanzar ataques contra los servicios esenciales para la sociedad y las propias infraestructuras sociales considera que es otra amenaza importante al territorio español. Y sobre el flujo de

inmigrantes, resaltó que en este momento ha descendido un poco, sin embargo entiende que la situación más dura se producirá en Ceuta y Melilla.

A las jornadas acudieron numerosos militares, personal de protección civil, profesionales de enfermería, abogados, médicos, bomberos, guardias civiles y policías, además de numerosos psicólogos. Invitados de excepción como

D. Juan Sepúlveda y **D. Vicente Leal**, ambos inspectores jefes de policía científica.

El acto fue inaugurado por la vicedecana de Málaga, **D. Francisca Ruiz Moreno** y clausurado por la vocal responsable de la sección profesional de la intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias, **D^a Aída Herrera Pérez**.



El análisis de los roles de género en la mediación familiar

Rocío Carmona Horta. Colegiada nº AO0653
Miembro de la Comisión de Igualdad y Género del COPAO en Málaga

Resumen

Realizar un análisis de los conflictos de pareja desde la perspectiva de género, no significa intervenir en terapia, pero permite analizar el modo en el que se enseña a amar de manera diferencial a mujeres y a hombres y los roles que se asumen dentro de la pareja, así como sus expectativas y modos de resolver conflictos. Con este enfoque se permite comprender los procesos de separación y divorcio poniéndose del lado de ambas partes para ayudarles a expresar sus miedos y necesidades y así poder fomentar separaciones menos conflictivas y más saludables.

Palabras clave: Separación, divorcio, conflicto, perspectiva de género, mediación.

Introducción

El número de conflictos que acaban en los tribunales es cada vez mayor. Este fenómeno tiene principalmente dos consecuencias: no sólo se han alargado los plazos de espera para su resolución, sino que los costes judiciales han aumentado hasta tal punto que a menudo no guardan proporción con el valor económico del conflicto. Además, el coste emocional que esto conlleva es considerable. Se hace indispensable buscar otros modos alternativos y menos dañinos de resolución de conflictos y consecución de acuerdos que favorezcan las relaciones interpersonales, la salud mental y el bienestar social.

En los conflictos de pareja son especialmente interesantes los procedimientos de mediación, sobre todo en casos donde hay menores por medio. Esta alternativa sirve como modelo de reproducción de resolución de conflictos de manera no violenta y pacífica. Y además, es generalizable a otros contextos.

En la mayoría de los casos, la mediación es más rápida y, por consiguiente, más barata que los pleitos judiciales ordinarios. Especialmente en España, donde la duración media del procedimiento judicial es de varios años. Por esta razón, este método de solución de conflictos suscita cada vez más interés como alternativa extrajudicial.

Sin embargo, es importante no reproducir las desigualdades de género que nuestra sociedad patriarcal y androcéntrica revive diariamente en todos los estratos de nuestra sociedad. Por ello, es imprescindible que como profesionales, hagamos un análisis de género, de cara a una intervención que trate de paliar la desigualdad de poder dentro de la pareja. También será conveniente tener en cuenta las características que mujeres y varones desarrollan en base a sus condicionantes de género, en función de sus valores, intereses y necesidades que se traducen en formas estereotipadas de comunicación, de cuidados y de resolución de conflictos.

Las personas tienen sus propios recursos para resolver sus conflictos, sólo tienen que saber cómo hacerlo. La mediación en los conflictos de pareja desde la perspectiva de género les ofrecerá las herramientas y les acompañará en el proceso para poder dotar a las personas de independencia y autonomía. Es decir, para invertir en madurez individual y democracia social.

Una mirada de género ante la mediación familiar:

En España, dos de cada tres matrimonios se separa y el porcentaje de resoluciones judiciales insatisfactorias para ambas partes es ciertamente elevado. Existe un alto número de demandas por incumplimiento de medidas del convenio regulador, los procedimientos contenciosos en materia de derecho de familia conllevan un elevado coste afectivo, aumenta la demanda asistencial en los equipos psicológicos de las diferentes áreas municipales por secuelas emocionales en miembros de la familia en vías de ruptura de convivencia de cónyuges...

Ante este panorama, se hace patente la necesidad de contribuir como profesionales al apoyo de las partes durante estos procesos. Para ello necesitamos tener una mirada integral de los factores que influyen en su situación. Hacerlo desde la perspectiva de género, permite analizar el modo en el que se enseña a amar de manera diferencial a mujeres y a hombres, los roles que se asumen dentro de la pareja, sus expectativas y necesidades, así como los modos de resolver conflictos.

La mediación familiar según la Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en su artículo 2.1 consiste en "el procedimiento extrajudicial de gestión de conflictos no violentos que puedan surgir entre miembros de una familia o grupo convivencial, mediante la intervención

de profesionales especializados/as que, sin capacidad de decisión sobre el conflicto, les asistan facilitando la comunicación, el diálogo y la negociación entre ellos y ellas, al objeto de promover la toma de decisiones consensuadas en torno a dicho conflicto". Y añade: "La mediación familiar tiene como finalidad que las partes en conflicto alcancen acuerdos equitativos, justos, estables y duraderos, contribuyendo a evitar la apertura de procedimientos judiciales, o, en su caso, contribuir a la resolución de los ya iniciados".

Uno de los requisitos de la mediación es que la persona mediadora debe ser neutral, pero esto no quiere decir que no se posicione. Más bien al contrario, se posiciona para comprender todos los puntos de vista. La persona mediadora debe ser multiparte. Es decir, debe ponerse en la piel de quienes participan de la mediación para intentar descifrar sus necesidades, implícitas muchas veces en los mensajes de reproche y angustia. Ello contribuirá a ayudar a las partes a que las traduzcan de tal manera que se puedan ver con claridad.

Con este enfoque se permite comprender los procesos de separación y divorcio sin culpar a los hombres o a las mujeres, si no poniéndose del lado de ambas partes para ayudarles a reconocerse en el pasado, y de cara al futuro, expresar sus miedos y necesidades y así contribuir a un enfoque relacional centrado en sus requisitos más profundos y por tanto fomentar relaciones menos conflictivas y más saludables.

Es por ello que se requieren alternativas extrajudiciales de solución de conflictos familiares.

Será positivo aumentar el número de profesionales que comprendan las dificultades dentro de la pareja y los conflictos en los procesos de divorcio o separación de manera integral. Que analicen el origen de muchas disyuntivas de pareja y cuestionen el modo de afrontarlos para contribuir en procesos de gestión de un modo creativo y alternativo.

La construcción de la identidad desde la perspectiva de género.

La construcción de la identidad de cada persona se conforma en función de múltiples factores. Uno de ellos es el cultural.

Dependiendo del origen cultural de cada persona, llevará inscrito en su código mental una forma de entender el mundo, las relaciones sociales y a sí mismo.

Entre estas variables culturales, encontramos el factor género, es decir, los valores, necesidades, expectativas que la sociedad atribuye a cada persona que en función del sexo asignado.

A las niñas se les atribuirá esa ley tácita, no escrita que Amelia Valcárcel denominó "la ley del agrado", y a los niños se les irán inculcando valores que cumplan con la ley tácita también denominada por Elena Simón "ley del dominio".

A las mujeres, desde que se les atribuye el color rosa como "imagen de marca", ya se les está programando con unos valores determinados, y si nos referimos a la familia son: el trabajo reproductivo, doméstico, cuidado de hijos e hijas, personas mayores, animales y plantas... evitación de conflictos dentro de la familia, la comprensión y los afectos...

Mientras que a los varones se les identifica con el color azul y lo que esto conlleva: el trabajo productivo, remunerado, la autoridad, la razón (el cabeza de familia), enfrentar y atajar de raíz, tener la última palabra o "llevar los pantalones", que es lo mismo.

Perspectiva de género para comprender las posiciones ante la separación y el divorcio:

Durante la relación de pareja esta especialización de las responsabilidades dentro del

contexto familiar no genera dudas, cada cual hace lo que "debe hacer". Lo que le han enseñado a reproducir en función de los valores inculcados socialmente. Y cuando la pareja se lleva bien, aunque haya quejas, no hay conciencia de la necesidad de cambio.

Sin embargo, ante una separación, el padre y la madre pierden el aporte que la pareja hacía hasta ese momento, y las partes toman conciencia de las consecuencias de sus carencias:

Las mujeres tienen que volver a salir al mercado laboral, si lo abandonaron para cuidar de su descendencia y para que el padre no se viera afectado desde el momento que nace el primer hijo o hija.

Y los varones toman conciencia de la distancia afectiva y desconocimiento que tienen de su descendencia.

Tras la separación, ellas se encuentran de bruces con la realidad que ofrece trabajos más precarios, peor remunerados y más inestables a las mujeres. (Según el informe del INE: Mujeres y Hombres en España 2010, la brecha salarial sigue siendo una realidad que no se puede soslayar. Las mujeres siguen cobrando menos que los hombres sea cual sea su ocupación, su formación, su jornada laboral. En los niveles de ingresos más bajos, las diferencias salariales son mayores).

Las mujeres empeoran considerablemente con respecto a los varones su estatus económico y se encuentran que deben mantenerse económicamente con (generalmente) un sueldo inferior y con contratos más inestables en el tiempo y mayoritariamente a tiempo parcial (recordemos que antes trabajaba de este modo para poderlo compatibilizar con los cuidados familiares). (Como se muestra en el informe de Save the children del 2015 *Las mujeres más pobres son las que se encuentran en familias monomarentales*).

Y los varones, que siguen manteniendo su estatus social y nómina, pero pierden lo que las madres favorecerían en el ámbito doméstico; el vínculo afectivo con sus hijos y la comodidad del hogar.

De modo que nos encontramos con hombres que se sienten cajeros automáticos y que se dan cuenta de la distancia del vínculo afectivo con su descendencia. Y lo que "es suyo", tienen que compartirlo. Y madres que "lo que es suyo", es decir, los cuidados, el día a día, la organización diaria que permite la estabilidad mental y organizativa, se ve arroyada por el cambio radical de rutinas. Sumado a la inestabilidad económica.

Conclusiones

No hace falta decir que cuando una pareja llega a mediación, ya tiene un conflicto, probablemente muy enquistado, y que ya han pasado el momento de resolver posibles desavenencias que les llevaron a la separación. Pero sí tienen la oportunidad de aprender otra forma de seguir relacionándose. Por eso, aprender como profesionales a analizar el origen de los conflictos de pareja en función de sus roles de género y cuestionar el modo de afrontarlos, contribuirá al proceso de gestión de un modo creativo y alternativo.

Realizar un análisis de los conflictos de pareja desde la perspectiva de género, no significa intervenir en terapia, pero permite analizar el modo en que se enseña a amar de manera diferencial a mujeres y a hombres y los roles que se asumen dentro de la pareja, así como sus expectativas y modos de resolver conflictos. Con este enfoque se permite comprender los procesos de separación y divorcio poniéndose del lado de ambas partes para ayudarles a expresar sus miedos y necesidades y así poder fomentar separaciones menos conflictivas y más saludables.

Como cierre de estas reflexiones me gustaría reconocer el trabajo que *Solucion@*, asociación

malagueña para la solución de los conflictos está realizando a través de su formación especializada en la mediación familiar y compartir el reconocimiento del alumnado a estos cursos que da sobre la importancia de aprender a mirar con "gafas Violetas" para incluir la perspectiva de género no sólo en los casos de mediación familiar, si no en su vida profesional y sobre todo personal.

Si el cambio lo comenzamos en primera persona, la transformación está asegurada.

Referencias bibliográficas

Agra Romero, M^a X. (2009). Ponencia La familia política: amor y justicia. VI congreso de Isonomía: miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres, ¡A vueltas con el amor! Recuperado el 14 de mayo de 2016 de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/iso6c.pdf>

Asociación madrileña de mediadores: código deontológico.

BOJA. Decreto 37/2012, de 21 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Bonino®, L. (2003). *Los micromachismos y sus efectos: Claves para su detección*. Recuperado el 22 de junio de 2016 de <http://www.luisbonino.com/pdf/Los%20Micromachismos%202004.pdf.html>

Coria, C. (2004). *Las negociaciones nuestras de cada día*. Ed Paidós.

Cortiñas, M. A. *Mediación y resiliencia: del conflicto a la oportunidad*.

Diferentes autorías (2007). *La lógica de la violencia sexista, una construcción de la*

violencia contra la mujer a través de ocho tópicos sexistas. XII premio San Viator.
Editado por el Ajuntament de Vila-Real.

La Psicoterapia de Equidad Feminista. Edita
Mujeres para la salud. 2013.

Lagarde de los Ríos, M. (2005). Para mis socias
de la vida, claves feministas, del texto *Las
Negociaciones para el Amor*. Editorial
horas y horas.

Los niños que viven con madres solas, los que
más sufren la pobreza. Recuperado el 2 de
julio de 2015 de <http://www.eldiario.es/>

norte/euskadi/ninos-viven-madres-su-
fren-pobreza_0_404910270

Mujeres para pensar. Recuperado el 25 de junio
de 2016 de [https://mujeresparapensar.
wordpress.com/tag/ley-del-agrado/](https://mujeresparapensar.wordpress.com/tag/ley-del-agrado/)

¿Qué es la mediación? Recuperado el 15
de mayo de 2016 de [http://www.
mediacionsolucionaria.com/index.php/
que-es-la-mediacion](http://www.mediacionsolucionaria.com/index.php/que-es-la-mediacion)

Sanz, F. (2003). Los vínculos amorosos.
Editorial Kairós.

Correo electrónico

En Junta de Gobierno de fecha 9 de marzo de 2007 se aprobó que el único medio de comunicación oficial desde el COPAO es el correo electrónico. Algunos servidores pueden considerar el correo del servidor del COPAO como spam o correo no deseado, para que esto no ocurra se puede incluir el correo copao@cop.es en contactos.



Algunos de los conocimientos imprescindibles en la práctica clínica sobre violencias basadas en el género

Yolanda Muñoz Martínez. Colegiada nº AO07089
Miembro de la Comisión de Igualdad y Género del COPAO en Jaén

Estamos ante una problemática de rabiosa actualidad a la vez que es tan antigua como la misma historia de la humanidad y/o las relaciones de poder y dominación entre personas.

En algunas ocasiones se le ha denominado la esclavitud de nuestra era, a las violencias basadas en el género (VBG), atendiendo al papel de sumisión y carencia de derechos prácticos de las mujeres a la vez que se le imponen gran cantidad de obligaciones y responsabilidades.

Este artículo intenta introducir pinceladas sobre las diferentes caras y matices que tiene el desarrollo de las violencias basadas en el género o el desarrollo que tiene la violencia hacia la mujer en las relaciones de pareja. Esta temática al ser tan extensa, compleja y ardua la trataré parcelariamente, centrándola en la violencia ejercida por el hombre respecto a la mujer en las relaciones heterosexuales de pareja o expareja. Dejando al margen otras violencias basadas en el género, el tratamiento del agresor o de los y las menores.

Repasaré algunas y no exhaustivas reseñas respecto a la legislación internacional y nacional pasando a citar aspectos más clínicos y psicológicos y finalizaré con reflexiones sobre las limitaciones en la atención a mujeres que son víctimas de VBG, resaltando especialmente la necesidad del análisis, formación e intervención bajo la óptica de la perspectiva de género.

La OMS (1996) describe las violencias basadas en el género como un problema de salud e insta al desarrollo de una respuesta global del sector sanitario: preventiva y asistencial. Todos los servicios sanitarios tienen que implicarse en la mejor atención a estas mujeres, reconociendo los vínculos existentes entre violencia y la salud física y mental.



Concienciar desde el dibujo

Tercer puesto. Aitor López García. Concurso de cómic y dibujos animados sobre la Igualdad de Género. Organiza: ONU Mujeres, junto con la Comisión Europea, la Cooperación Belga para el Desarrollo y RUNIC. Participantes jóvenes de 18 a 28 años de toda Europa. Fuente: <http://www.huffingtonpost.es/>

Las VBG es, pues, la manifestación extrema de la desigualdad, la evidencia de un déficit democrático y uno de los síntomas de la incompleta ciudadanía de las mujeres. Y es, además, en el ámbito de las relaciones de pareja (especialmente en el hogar) donde esta ciudadanía incompleta tiene su máxima plasmación. En este espacio, la magnitud del fenómeno violento cuestiona día a día los derechos fundamentales de ciudadanía de muchas mujeres -derecho a la vida, a su integridad física y psíquica, a su salud, a su dignidad y libertad-, que constituyen los valores inviolables de la persona sobre los que se fundamenta nuestro orden democrático y un desarrollo personal saludable.

En España, la creciente sensibilización social sobre las distintas formas de Violencias Basadas en el Género fue uno de los factores que más influyeron en la redacción y la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica, y posteriormente la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. El fin último de estas leyes es la prevención, detección y atención a las víctimas de las VBG.

Esta legislación parte de la existencia de un modelo de relación entre hombres y mujeres que, forjado desde un sistema patriarcal de interacción entre los sexos, debe ser cuestionado para dar paso a otro paradigma de identidad y de relación que se adecue de forma más precisa a nuestro sistema de convivencia democrática y venga a corresponderse con el orden de los derechos humanos.

Los paradigmas que han de cuestionarse para hacer visibles las dimensiones de la violencia contra las mujeres son aquellos que legitiman la situación de desigualdad, la subordinación o la inexistencia simbólica de las mujeres -violencia cultural-. Así, se ha

de producir un cambio en la mentalidad y en los supuestos patriarcales que sustentan el mantenimiento de esta violencia, lo que exige conquistar una nueva lógica que presida los modelos de relación y valoración de identidades que vengan a terminar con los estereotipos sobre que es "ser hombre" y lo que significa "ser mujer". Sólo así es posible entrar en una lógica común que respete las diferentes identidades sexuales que sustituya el actual predominio de una lógica androcéntrica.

Uno de los indicadores de la urgencia e importancia de estos cambios estructurales hacia la igualdad real, lo tenemos en las cifras anuales de mujeres víctimas de violencias basadas en el género (que aparecen en el Registro Central para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica y de Género -Titularidad del Ministerio de Justicia). En el año 2014 se registraron 27.087 mujeres víctimas de VBG correspondientes a los asuntos en los que se habían dictado medidas cautelares u órdenes de protección, en España. Este dato no deja de ser una punta del iceberg, ya que estamos ante una problemática que se oculta, niega y permanece dentro del ámbito de lo privado.

Para una correcta Intervención Psicológica y el adecuado abordaje de forma integral; de este complejo problema de Salud, es de vital importancia la formación y especialización de profesionales tal y como indica el actual *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

Desde aquí y desde diferentes foros, insistimos en la importancia de la formación y del reciclaje de profesionales en torno a la temática de violencias basadas en el género para realizar evaluaciones, diagnósticos y tratamientos con perspectiva de género y no ocasionar la revictimización o victimización secundaria de la paciente.

Violencias basadas en el género un problema de salud pública

La violencia contra la mujer se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, con una importantísima repercusión social y los/as profesionales sanitarios/as pueden ser las únicas personas fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos y estas profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir.

Las VBG, según diversas fuentes, en los últimos años continúan experimentando un desarrollo creciente, quizá porque ha aumentado de forma notable o por que actualmente emerge más al exterior; a consecuencia de los pequeños e insuficientes pasos (legislación, sensibilización, prevención) que se están dando hacia una sociedad más igualitaria.

Siguiendo a la Organización de las Naciones Unidas (1993), en su *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia de la Mujer*; afirma que la violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Se entiende que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, entre otros: La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

Estas declaraciones, se refuerzan en el año 1995 en la Conferencia de Beijing, cuando declaran que la violencia contra las mujeres

es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombre y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismos relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, en el lugar de trabajo, en la comunidad y en la sociedad.

Posteriormente, en 1996, la OMS reconoce la violencia contra la mujer como un problema de salud pública e insta a los Estados miembros a evaluar su dimensión y contribuir a su erradicación.

A raíz de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, se han desarrollado otras normativas para su desarrollo y/o puesta en marcha. Aquí destacamos el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. En este R.D. aparece el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada.

Las mujeres suelen ser tratadas de sus dolencias físicas y psicológicas (tratan los síntomas bajo el enfoque biologicista predominante), sin abordarse las verdaderas causas de las mismas, las violencias basadas en el género. Para poder abordar con garantías la raíz de sus problemas de salud es de vital importancia que el personal sanitario cuente con formación adecuada en torno a la perspectiva de género, de otro modo, el problema se esconde bajo la medicalización y depresiones exógenas cronicadas sin causas específicas.

Siguiendo a Muruaga y Pascual (2013) la VBG es causa de enfermedad mental en las mujeres por el impacto patológico que ejerce sobre sus vidas la desigualdad estructural del sistema patriarcal. La experiencia terapéutica constata la importancia de los factores psicosociales de género y su interrelación con el bienestar y la calidad de vida de las personas. Por ello, proponen un enfoque bio-psico-social de género, que no olvide el peso que deben tener los factores de desigualdad de género tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Efectos de la violencia de género en la salud

El impacto emocional que generan las violencias basadas en el género es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes, especialmente de las hijas y los hijos menores.

Según diversos estudios y publicaciones, podemos afirmar que las mujeres maltratadas presentan mayor número de enfermedades y consumen más, ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos, así como alcohol y otras drogas. La enfermedad asociada con mayor frecuencia es el trastorno por estrés posttraumático seguido de depresión, ansiedad y problemas de tipo osteo-muscular.

Hacer tratamientos sintomáticos sin que la mujer descubra la relación entre sus síntomas y su situación de maltrato, favorece la iatrogenia y la sobremedicación, contribuyendo a la opacidad de la violencia y generando un gasto sanitario inútil.

Los efectos de las violencias basadas en el género y del maltrato en las mujeres pueden dividirse entre mortales y no mortales. Entre los efectos mortales que el maltrato puede ocasionar están el homicidio y el suicidio. Los efectos no mortales incluyen tanto alteraciones físicas y trastornos crónicos como alteraciones para la salud mental de las mujeres.

Ante la violencia física la reacción inmediata es de miedo, negación, confusión, desesperanza... entre otras emociones. Hay enfermedades consecuencia del maltrato cuya relación con el mismo es necesario desvelar. Se trata de alteraciones funcionales, no fácilmente diagnosticables, como por ejemplo son los síntomas físicos sin causa orgánica.

También es necesario no olvidar la relación que ciertos trastornos crónicos tienen o pueden tener (como síndrome del intestino irritable, fibromialgia, síndromes dolorosos crónicos o trastornos gastrointestinales) con la violencia padecida de forma prolongada.

Otras consecuencias tienen que ver con el estilo de vida: comportamientos perjudiciales para la salud como tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, abuso de psicofármacos, etc. También con problemas en la salud reproductiva como embarazos no deseados, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones en el embarazo, abortos y partos de bebés con bajo peso o enfermedad inflamatoria pélvica.

Las consecuencias del sufrimiento provocado por la violencia generan malestar general y mala salud percibida, por tanto un mayor consumo de recursos asistenciales.

Siguiendo a Echeburúa, de Corral y Amor (2001) concluimos que la experiencia de violencia en el hogar, que además tiende a cronificarse, es una variable de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. En todas las variables psicopatológicas el nivel de riesgo es tan alto en el maltrato físico como en el psicológico porque las víctimas tienden a percibir este último de forma tanto o más dolorosa que el físico.

La violencia VBG es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte

para la mujer y tiene efectos fundamentales para la familia, la colectividad y la economía.

Las consecuencias de las VBG para la salud de las víctimas revelan que mientras más severo es el maltrato mayor es el impacto sobre la salud mental de las víctimas, que las consecuencias pueden persistir cuando el maltrato ha desaparecido (especialmente las incapacitantes) y que el impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples tipos de violencia parecen ser acumulativos. Las graves consecuencias se dan tanto en la salud física, en la salud mental y salud sociolaboral de las víctimas.

Por ello, los programas de atención a las víctimas deben contar con una evaluación exhaustiva abordando la complejidad de las BVG para realizar un diagnóstico adecuado a la problemática particular y singular de la víctima. Una vez obtenido un adecuado diagnóstico los tratamientos serán adaptados y específicos partiendo de una base común (bien estructurada) y diferenciándose respecto a la diversidad y gravedad de los trastornos asociados.

Algunas definiciones

Habitualmente se suelen utilizar varios términos y conceptos (violencia, maltrato, violencia hacia la mujer, violencia en el hogar, violencia hacia la pareja, violencia de género, etc.) para hacer referencia a situaciones en ocasiones próximas, pero no iguales. Por ello, a continuación recogemos diferentes aclaraciones y definiciones que pretenden arrojar luz respecto al uso de la terminología.

Asimismo, también delimito las características de la paciente (la clienta) que es objeto de atención en este artículo, pues aunque la terminología recoge realidades parecidas (o superpuestas) y se suelen utilizar algunos términos como sinónimos, realmente no lo son; como por ejemplo utilizar género como sinónimo de mujer.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2013).

Maltrato: cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de las necesidades básicas e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos y sexuales hacia menores, personas mayores o personas dependientes.

Victimización secundaria: se refiere a todas las agresiones psíquicas (no deliberadas pero efectivas) que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales, o de la judicatura (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, identificaciones de acusados, lentitud y demora de los procesos, etc.), así como los efectos del tratamiento informativo del suceso por parte de los medios de comunicación. Estos efectos pueden llegar a constituirse en una segunda experiencia de victimización, posterior a la vivencia del delito.

Violencia. En la definición de la OMS, encontramos que la violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno/a mismo/a, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia doméstica – violencias basadas en el género. La violencia doméstica es un fenómeno que ha existido siempre, pero no fue hasta 1980 cuando se reconoció que la violencia y el maltrato en el ámbito doméstico es un problema social.

La **violencia doméstica** comprende cualquier acción u omisión vejatoria o similar de uno o varios miembros de la familia contra los otros. El maltrato doméstico incluye las agresiones físicas, psicológicas o sexuales llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que hacen vulnerable la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico. El concepto incluye los supuestos de violencia contra ancianos/as, hermanos/as u otras personas del círculo familiar.

Si la víctima es la esposa o mujer con la que el agresor tiene o ha tenido una vinculación afectiva, la violencia doméstica en realidad constituye una manifestación de la VBG, en cuanto que violencia cultural o de clase, que tiene su origen en las desigualdades históricas tradicionalmente padecidas por las mujeres y sus hijos e hijas. En este sentido, VBG en el ámbito doméstico, familiar o de la pareja, sirve para señalar todas aquellas situaciones de amenazas, malos tratos físicos o psíquicos y agresiones sexuales ocasionadas, dentro del ámbito familiar, de pareja o de cualquier otro tipo de convivencia y a hijos o hijas menores.

Cuando una mujer es víctima de la violencia por el mero hecho de ser mujer, hemos de hablar de violencias basadas en el género y no de violencia doméstica.

Las VBG va más allá del ámbito espacial y su objetivo tiene que ver con la sumisión y el control de la vida de las mujeres, que puede tener lugar en el ámbito público, privado o íntimo. El concepto de VBG es muy amplio y abarca todas las posibles formas de violencias ejercidas contra las personas con género diferente al masculino (entendiendo lo masculino bajo la óptica heteronormativa y androcéntrica).

En este documento, entenderemos por violencias basadas en el género: Cualquier tipo de violencia, ya sea verbal, psicológica, física o sexual que se ejerce contra una persona en

razón de su género y/o identidad sexual. Dentro de este concepto se contiene el de violencia contra la mujer el cual se define a su vez como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Las VBG adquieren muy diferentes naturalezas y matices, pudiéndose clasificar en violencia doméstica, violencia familiar, violencia sexual y violencia psicológica.

Violencia doméstica. Se refiere a todo acto de violencia física o psicológica ejercido tanto por un hombre como por una mujer, sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código Penal (descendientes, ascendientes, cónyuges, hermanos/as, etc.) a excepción de los casos específicos de VBG.

Violencia patrimonial (acción u omisión que implique un daño, pérdida, sustracción, destrucción o retención en los objetos, documentos personales, bienes o valores de una persona y/o la denegación de recursos económicos o materiales).

Violencia psíquica o emocional. La violencia psíquica es toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona a través de vejaciones y desprecios con la finalidad de reducir y erosionar la autoestima y la seguridad en sí misma de la mujer. Los malos tratos psíquicos causan sufrimiento y son tan dañinos o más que los malos tratos físicos en cuanto al deterioro de la salud física y mental de la víctima (Instituto Andaluz de la Mujer, 2008).

Indicadores de violencia psíquica: se produce cuando el agresor aísla, controla, prohíbe, rebaja la autoestima, culpabiliza, humilla, ridiculiza, insulta, amenaza, coacciona, anula; indiferencia y/o desprecio ante las necesidades, opiniones, trabajos o actividades realiza-

das por la mujer; control de actividades, relaciones, trabajo y medios de subsistencia, etc. También la indiferencia hacia sus necesidades y la falta total de atención son una forma de violencia psíquica; además de actitudes de hostilidad, los reproches y los insultos, que si bien suelen presentarse como agresiones verbales, están muy cercanas a la agresión física (Organización Mundial de la Salud, 1997).

En esta modalidad se incluyen también las frases o comentarios que denotan desvalorización de la mujer como persona, la desvalorización en la sociedad, la indirecta que se realiza a través de otras personas, y la desvalorización espiritual, que es la que ataca sus creencias más profundas (Instituto Andaluz de la Mujer, 2008).

La violencia de rol o control patriarcal es otra modalidad de violencia psíquica que se caracteriza por ser una conducta encaminada a controlar las actividades de la mujer en términos de su tiempo, sus relaciones, su trabajo y sus medios de subsistencia, con el objetivo de limitar al máximo la autonomía personal de la mujer y erosionar su autoestima e iniciativa propia, con el fin de reducirla a un ser pasivo y dócil (Castells, 1998).

Violencia familiar. Maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia entre hermanos/as, el maltrato infantil y el maltrato a ancianos/as.

Violencia de pareja. Todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable. Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación.

Género, identidad de género, identidad sexual

Conceptos que están conectados, no son conceptos sinónimos, su definición nos va ayudar a entender y aclarar situaciones y a adecuar mejor la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las víctimas y pacientes. Especialmente en las reevaluaciones cognitivas sobre creencias y errores cognitivos.

Género. Construcción cultural mediante la que se adscriben roles sociales, actitudes y aptitudes diferenciados para hombres y mujeres en función de su sexo biológico. Este concepto hace referencia a las diferencias sociales que, por oposición a las particularidades biológicas, han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan multitud de variantes. Se utiliza para demarcar estas diferencias socioculturales entre mujeres y hombres que son impuestas por los sistemas políticos, económicos, culturales y sociales a través de los agentes de socialización y que son modificables.

La identidad de género se refiere a esa parte de nuestros rasgos como personas que vienen determinados por lo que se espera de nosotros y nosotras como hombres o como mujeres, pero no por nuestra fisiología. Tanto la familia como el entorno social transmite desde el nacimiento estas expectativas y las personas tendemos a comportarnos como se espera, en todas las áreas de la vida, para satisfacer dichas expectativas. Las niñas y los niños serán lo que la sociedad espera de ellos y ellas. Algunas de esas expectativas sobre las mujeres han funcionado tradicionalmente como mandatos (mandatos de género) haciendo que éstas, para ser valoradas, se conviertan en "seres para otros", seres educados para agradar y cuidar, lo que genera dependencia y pone su autoestima en manos de los y las demás.

La identidad es una dimensión de las personas y de los grupos sociales. Cada persona

tiene una identidad y es el contenido de nuestro ser. Mi identidad es lo que yo soy. Por tanto:

- La condición de género forma parte de nuestra identidad.

- El concepto "identidad de género" alude al modo en que el ser hombre o ser mujer viene prescrito socialmente por la combinación de rol y estatus atribuidos a una persona en función de su sexo y que es internalizado por ella misma.

Identidad Sexual: Es el autoconcepto que tiene cada persona, construido en base a su sexo, género y orientación sexual, que le llevará a desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de su sexualidad.

Por tanto, este manual se centrará en la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer (pareja o expareja sentimental) tengan o no relación de convivencia, atendiendo a relaciones de tipo heteronormativas.

En este artículo me refiero a este perfil cuando hablemos de violencias basadas en el género.

Y	Víctimas/Paciente/Clienta: Mujer.
Y	Factor de Riesgo: Género diferente. Ser mujer.
Y	Agresor: Hombre.
Y	Intencionalidad del agresor: Control de la conducta, los pensamientos y sentimientos de la persona a la que se agrede.
Y	Relación heterosexual: Pareja o expareja sentimental.
Y	Convivencia: En un mismo espacio físico (hogar) o sin convivencia.
Y	Clase social y nivel formativo: Todos.

Se han acotado estas características ya que trabajar (realizar entrevistas, diagnósticos y tratamientos) con parejas homosexuales, o con mujeres víctimas de violencias basadas en el género fuera de la relación de pareja, menores, etc. requieren diferentes metodologías y/o investigaciones-estudios más numerosos que los existentes en la actualidad.

Alteraciones emocionales provocadas por las violencias basadas en el género.

Cuando una mujer vive una situación de maltrato se derivan numerosos síntomas y/o síndromes relacionados con la salud mental. Existen diferentes estudios y modelos al respecto que suelen ser coincidentes y/o complementarios.

Paso a recoger las alteraciones emocionales provocadas por las violencias basadas en el género siguiendo la *Psicoterapia de Equidad Feminista* que dice:

"En cuanto el aspecto psíquico se muestra tristeza, apatía, desmotivación, falta de concentración, irritabilidad, pesimismo, culpabilidad, ansiedad, etc. Además de estos síntomas, la socialización de género genera sus propios sufrimientos y malestares característicos, tales como:

- Malestar difuso e irritabilidad crónica.
- Incapacidad para pensar y actuar de forma lúcida y eficaz.
- Descontento permanente de la relación de pareja.
- Retroceso o paralización del desarrollo personal.
- Limitación de la libertad y autonomía.
- Desmoralización, inseguridad y falta de autocrédibilidad.
- Actitud defensiva o de queja constante e ineficaz (victimismo).
- Deterioro, a veces muy acusado, de la autoestima". (Muruaga y Pascual, 2013, p. 42).

Según el estudio realizado por Labrador et al. (2006), para el Instituto de la Mujer, señala que los problemas detectados más frecuentemente eran cogniciones postraumáticas, ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático (en adelante TEPT) y problemas de autoestima, siendo también éstos los problemas más tratados junto con la depresión.

Cuando una mujer sufre el impacto emocional de las violencias basadas en el género a manos de su pareja sentimental nos encontramos con:

- Pérdida de la autoestima.
- Ambivalencia hacia el maltratador por el que siente miedo, agresividad y amor (durante las remisiones o luna de miel).
- Ansiedad que conlleva la responsabilidad del fracaso familiar y, en la mayoría de los casos, hacerse cargo de los y las menores.
- Presiones del medio, que la culpabiliza por su posición de víctima y por el fracaso conyugal, por ejemplo, las amistades presionan para que le abandone, mientras que la madre para que le aguante.
- Tristeza.
- Vergüenza.
- Retraimiento, repliegue sobre sí misma.
- Tendencia a desvalorizarse y culpabilizarse.
- Actitud temerosa.
- Indecisión.
- Reacciones de huida.
- Aislamiento, deberán afrontar la soledad, pocas mujeres han sido preparadas para vivir ellas mismas, sólo se ven funcionando ligadas a un hombre.

Seguendo a L. Walker (1996), se resumen las consecuencias del maltrato en los siguientes apartados: Trastornos cognitivos y de la memoria, síntomas de evitación, síntomas de hiper-alerta y problemas crónicos de salud.

Retomando a Echeburúa et al. (2001) las consecuencias de la violencia familiar se expresan habitualmente en forma de los siguientes síntomas:

- Conductas de ansiedad extrema.
- Depresión y pérdida de la autoestima, así como sentimientos de culpabilidad.
- Aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante.

Todos estos síntomas descritos vividos en el marco de una violencia repetida, configuran una variante del TEPT. Los síntomas están relacionados con el trauma ya vivido o con el temor a sufrir nuevos episodios de violencia (se pueden separar, pero no es fácil evitar el contacto con el maltratador especialmente cuando hay menores implicados/as).

La victimización (el hecho de ser víctima de un delito) puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, como el TEPT. Si bien pueden aparecer otros cuadros asociados como la depresión y otras alteraciones de ansiedad (ataques de pánico), el abuso de alcohol y fármacos (estos últimos como estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a estos problemas planteados). Todo ello puede llevar a una inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relación con los/as hijos/as, etc.

Todos los síntomas psicopatológicos descritos que experimentan las víctimas de VBG son secuelas de las vejaciones continuas sufridas en la intimidad del hogar (en el lugar donde supuestamente existe mayor seguridad y se presupone el desarrollo de relaciones emocionales positivas). Muchas de las distorsiones cognitivas en relación con la atribución de culpabilidad por lo ocurrido tienden a diluirse una vez que

la víctima está separada -física y cronológicamente- de la relación de violencia y se sienten liberadas de las presiones sociales.

Los niños y las niñas no son víctimas sólo porque sean testigos de la violencia entre sus progenitores/as, sino porque "viven en la violencia". Son víctimas de la violencia psicológica, a veces también física, y crecen creyendo que la violencia es una pauta de relación normal entre personas adultas. (Adaptación de Save the Children, ONG).

Fuente: Rodríguez, 2015

Mitos sobre las violencias basadas en el género.

Desgraciadamente en la opinión pública, en la calle, aún prevalecen las concepciones sobre las violencias basadas en el género tendentes a minimizarla o circunscribirla a determinados entornos o personas. Concepciones que tienen un efecto negativo de cara a la resolución del problema, por cuanto lo invisibilizan o minimizan. Olvidándonos y/o negando el fuerte papel que mantiene, aún, la socialización de género desde la perspectiva heteronormativa patriarcal.

La socialización de género consiste en inculcar una serie de pensamientos, creencias, valores y actitudes muy diferenciadas (según el sexo al que vayan), y que constituyen **los mandatos o ideas irracionales de género sobre lo que se debe cumplir** para ser una buena mujer o un buen hombre. Consiste en adiestrar a todas las personas, desde sus primeros años de vida, en el aprendizaje de numerosos estereotipos y prejuicios de género. Estos mandatos generan emociones diferenciadas en ambos sexos: de tristeza, culpa y miedo en las mujeres; y de enfado, ira y agresividad en los varones. De este modo, también se construyen los roles y las conductas de dominación masculina y sumisión femenina. Es un proceso de aprendizaje temprano, cuando todavía no existe la posibilidad de pensamiento crítico, y se realiza a veces de forma expresa, aunque generalmente se produce de forma no verbal e inconsciente a través de los modelos de género familiares, especialmente del padre y la madre. Con los refuerzos afectivos en la infancia cada vez que se cumplen los mandatos de género, hace muy difícil el cuestionamiento futuro (en la adultez) y la erradicación de este complejo entramado.

Para mantener las cogniciones, las emociones y las conductas de género aprendidas se aplican refuerzos de género diferenciados en niños (el poder, el dinero, la acción, el control

de los demás, el amor propio, etc.) y en niñas (imaginación, amor romántico siempre y cuando cumpla con los mandatos de "buena mujer", amor puro, inocente y desinteresado hacia la descendencia, hacia el matrimonio, obediencia, función de conciliadora, orientación hacia las necesidades de los demás, etc.). En definitiva estos aprendizajes llevan a la mujer a la pérdida de su individualidad y autonomía y con ello; el área de la afectividad condiciona al resto de áreas de la personalidad (todo se mide por el estado afectivo, una mujer se completa con los otros, necesita vitalmente de los demás, etc.), el aprendizaje de la individualidad se va postergando y las mujeres aprenden a colocarse en segundo plano (Muruaga y Pascual, 2013).

Otro de los aprendizajes críticos de la violencia estructural es aceptar que vivimos en una sociedad que es hostil con las mujeres y permisiva con la violencia que los hombres ejercen sobre ellas, aprendizaje que se asume e integra en la identidad personal.

Concienciar desde el dibujo



Tercer puesto. Ágata Hop. Concurso de cómic y dibujos animados sobre la Igualdad de Género. Organiza: ONU Mujeres, junto con la Comisión Europea, la Cooperación Belga para el Desarrollo y RÚNIC. Participantes jóvenes de 18 a 28 años de toda Europa.

Fuente: <http://www.huffingtonpost.es/>

Echeburúa et al. (2001) señalan que es frecuente encontrar las siguientes creencias distorsionadas entre las mujeres víctimas:

- Sentir vergüenza de hacer pública en el medio social una conducta tan degradante.
- Creer que los hijos y las hijas necesitan crecer y madurar emocionalmente con la presencia ineludible de un padre y de una madre.
- Tener la convicción de que la víctima no podría sacar adelante a sus hijos/as por sí sola.
- Considerar que la familia es un valor absoluto en sí mismo y que, por tanto, debe mantenerse a toda costa.
- Creer que la fuerza del amor lo puede todo y que, si ella persevera en su conducta, conseguirá que el maltrato finalice.
- Pensar que su pareja, que, en el fondo, es buena persona y está enamorado de ella, cambiará con el tiempo.
- Estar firmemente convencida de que ella es imprescindible para evitar que él caiga "en el abismo".

Algunos ejemplos de mitos o ideas erróneas sobre el amor (Gálligo, 2013).

- Para ser feliz hay que tener pareja.
- El amor lo puede todo.
- El amor es para siempre.
- Por amor debería hacer cualquier cosa.
- El amor es ciego.
- Mi chica es mía o mi chico es mío.
- Si no accede cuando quiero a mis deseos sexuales es porque no me quiere.
- Si amas debes aguantarlo todo.
- En el amor como en la guerra no hay reglas.
- Tiene celos porque me ama.
- Si nos queremos deberíamos contárnoslo todo.
- A mí nunca me maltratarán.
- El maltrato sólo ocurre en las parejas mayores.
- Sólo hay malos tratos cuando se pega.
- Al ser pareja debo tener relaciones sexuales cuando me lo exija.

- Somos iguales siempre.

Son ideas que hacen peligrar y muchas veces imposibilitan que puedan desarrollarse amores y relaciones sanas. Ideas equivocadas sobre el amor, que existen en personas de todas las edades, han sido asimiladas a través de su propio entorno familiar o social; y por lo que las han integrado en su vida cotidiana, normalizándolas y sin cuestionarse siquiera su utilidad o si son o no saludables. Cuando desde muy jóvenes se oyen una y otra vez estos mitos se acaban aceptando sin más. Paralelamente, estos mitos son reforzados continuamente por amistades, medios de comunicación, etc.

Para evitar este tipo de creencias, ideas y mitos hacia las relaciones de pareja, la mujer, el amor, los celos, etc. es necesario contar con una coeducación y educación afectivo-emocional realmente madura para facilitar relaciones saludables.

Limitaciones en la atención de pacientes víctimas de violencias basadas en el género.

La violencia ejercida contra las mujeres constituye en primera instancia un atentado contra su salud física y psicológica; de este modo, los actores y las actrices que se relacionan con este ámbito cobran un protagonismo muy relevante tanto en la prevención y detección del fenómeno como en la atención a las víctimas. Es decir, el personal sanitario en general (atención primaria y especializada).

En el abordaje de la violencia en la pareja y de las violencias basadas en el género es especialmente importante saber que se trata de un problema multidimensional y que nuestra actuación sólo será efectiva si trabajamos en coordinación con los muchos y las muchas profesionales e instituciones implicadas en el problema. Tampoco olvidar que requiere un desarrollo sociocultural que favorezca los cambios en actitudes, valores y comportamientos

respecto al estatus igualitario de mujeres y hombres en la sociedad, siendo conscientes de que esto supone un largo camino a recorrer.

Todo este entramado de variables y/o los propios mecanismos de defensa de la sociedad patriarcal heteronormativa hacen que la mujer no reconozca la situación de maltrato y/o que permanezca durante años al lado de su agresor o incluso regrese con él.

Factores que facilitan el no reconocimiento de la situación de maltrato por la mujer:

- La aceptación de la violencia como pauta normal de resolución de conflictos bajo la óptica del patriarcado.
- Inicio sutil y progresivo en ocasiones desde los inicios de la relación y una evolución a lo largo del tiempo, llegando a pensar la mujer que forma parte de las relaciones de pareja, todo ello envuelto por el reforzamiento social y la normalización.
- Normalización del maltrato hacia la mujer y/o personas de género diferente y en las relaciones de pareja.
- Negación, minimización de la VBG por miedo a un futuro incierto y a la soledad, mito respecto a la complementariedad con el hombre, la familia, etc.
- La dependencia emocional del agresor. Como resultado de la situación de VBG vivida durante años y la estrategia de afrontamiento ante el mismo unido a la formación de una identidad personal orientada hacia los demás y especialmente hacia el hombre.
- El sentimiento de culpa y vergüenza entre otros motivos por el fracaso en la ejecución predeterminada de los mandatos de género.
- La inseguridad y la baja autoestima fomentada de forma mantenida en el tiempo por el propio maltratador.

- El aislamiento social, que le hace no tener otros puntos de referencia, modelos sobre una relación de pareja sana y le permite continuar negando la situación.

Factores más relevantes que inciden en que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o incluso regrese con él.

- La no percepción del maltrato, les cuesta reconocer su situación y su deterioro emocional.
- La indefensión aprendida. Están acostumbradas a ocultarlo.
- La preocupación por los hijos y las hijas.
- Miedo a un futuro incierto y a la soledad, por falta de autonomía personal y autocontrol de su vida.
- Otros factores a tener en cuenta: alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Mandatos de género, mitos, valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también).
- La esperanza de que él cambie.
- La dependencia emocional y económica del agresor.
- El sentimiento de fracaso.
- El miedo a las represalias del agresor.
- La inseguridad y la baja autoestima.
- La vergüenza, humillación y el sentimiento de culpa.
- Los conflictos entre el deber ser y el querer ser.
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas.
- El aislamiento social por falta de apoyo social y familiar.

La otra cara de la moneda de las limitaciones en la atención de pacientes que sufren VBG la encontramos en la detección, evaluación y tratamiento por parte del personal sanitario (ya que pueden ser las únicas personas a las que

las víctimas se atrevan a pedir ayuda o puedan detectarlo rompiendo la tendencia a la negación y ocultación).

Limitaciones por parte del personal sanitario de atención primaria y especializada, en la atención a pacientes con VBG.

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad. Sistema patriarcal androcéntrico.
- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato).
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- Frecuentes actitudes paternalistas.

Otros factores limitantes del ámbito de la consulta y sanitario

- Falta de privacidad e intimidad.
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo idioma en el caso de mujeres inmigrantes...).
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos (servicios sociales, atención especializada, centros de la mujer).
- Ausencia de trabajo en equipo
- Deficiente formación sobre VBG.

Como ya hemos comentado reiteradamente, la formación adecuada sobre VBG es fundamental y una de las grandes limitaciones en la adecuada atención sanitaria de las víctimas. A este respecto recordamos siguiendo a Corsi (2003) y a Romero (2010): Que con independencia del marco teórico para explicar el fenómeno de la violencia familiar, los y las profesionales que aborden esta problemática no pueden disentir en los siguientes principios básicos a tener en cuenta:

- Ningún ser humano merece ser golpeado.
- La violencia no debe tener lugar dentro de una familia.
- Nadie debe vivir con miedo, lastimado, insultado o amenazado dentro de su propia familia.
- La violencia generalmente culmina con un delito.
- El que golpea es responsable de su comportamiento.
- Ningún argumento o razonamiento justifica el uso de la violencia.
- La conducta violenta puede controlarse y dominarse.
- El hombre y la mujer tienen derecho a enojarse pero no a recurrir a la violencia.
- Una mujer golpeada no está justificada si golpea a sus hijos e hijas.
- La violencia no se detiene espontáneamente y aumenta con el paso del tiempo.
- Las intervenciones deben ser realizadas por profesionales y personal especializado y entrenado.
- Las intervenciones no pueden darse desde una actitud de neutralidad hacia las conductas violentas.
- La seguridad de las víctimas debe anteponerse a todo otro concepto.
- Las mujeres golpeadas no son masoquistas ni obtienen placer en ser amenazadas y dañadas.
- Los hombres violentos no son individuos con alguna patología especial.
- Las mujeres golpeadas deben ser tratadas como persona, no como madre o esposa.

Dificultades más comunes que suelen surgir en la entrevista clínica en casos de violencias basadas en el género.

No podemos olvidar que cada caso de VBG es individual. Y por ello, único e irrepetible. Pero además, afecta no sólo a la mujer que la padece sino que constituye un problema de primer orden, tanto en la sociedad actual como por sus posibles efectos sobre en las generaciones venideras. Por tanto precisa la intervención de personal específicamente entrenado que preste la atención integral adecuada.

A lo largo de la entrevista clínica nos podemos encontrar con diversas dificultades propias de la relación entre el personal sanitario y la paciente, entre otras:

- No reconocer por la víctima la situación de maltrato. No todas las mujeres maltratadas son enteramente conscientes de ello, o lo que es lo mismo, hay un buen número de manifestaciones de violencia que no son interpretadas como violentas por las víctimas.
- Las pacientes se quedan con emociones negativas al terminar la entrevista.
- En ocasiones, a las pacientes les cuesta confiar en los y las profesionales y contarles todo lo que les pasa. Miedo o vergüenza a descubrir a otra persona la propia intimidad y a la reacción del personal sanitario.
- No tener claro si se trata de violencia de género o de una relación conflictiva de pareja.
- Dificultad de captar el estilo de contacto de la víctima. Siguiendo a Romero (2010) es importante recordar que las formas en que puede presentarse una mujer maltratada son múltiples, particulares y, en ocasiones, paradójicas. Para el buen contacto psicológico, es fundamental captar rápidamente ese tono: estar en shock, en una actitud de embotamiento o estupor, el estado emocional que observamos puede no ser congruen-

te con el relato de la mujer, puede estar inundada emocionalmente o manifestarse absolutamente fría, puede mostrar cierta hostilidad o estar a la defensiva, etc.

- Después de contar la historia traumática, puede que la víctima quede sumergida en un profundo dolor.
- La víctima puede provocar sentimientos ambivalentes: desde franco rechazo como mecanismo defensivo frente a las manifestaciones de la violencia, hasta un máximo de involucramiento personal que puede exceder las posibilidades concretas de enfrentar el problema.
- Cometer el error de involucrarse de forma prematura en el trabajo de exploración sin haber prestado suficiente atención a las tareas de establecer seguridad.
- Abordaje de aspectos emocionales con la mujer para los que no está preparada.

Como podemos concluir las dificultades y limitaciones respecto al abordaje sanitario de las Violencias Basadas en Género, en buena medida se pueden aliviar con la imprescindible formación del personal sanitario, conocer y comprender la especificidad de estos casos, la variabilidad de respuestas de la mujer ante la violencia padecida puede ser muy significativa (disociaciones, minimizaciones, mecanismos de defensa, etc.) y es importante conocerla para no hacer falsas atribuciones y también porque compromete la relación entre ella y el profesional.

Este artículo quiere redundar en la importancia de la urgente y necesaria formación del personal sanitario respecto a las VBG y la perspectiva de género, ya que son un elemento clave de la llave que puede abrir la sociedad hacia una igualdad real alejada de los mandatos de género y de las directrices patriarcales que tienen fuertes raíces socioculturales que obstaculiza la visibilización, reconocimiento, tratamiento y erradicación de esta lacra social, la esclavitud de la mujer aún en el siglo XXI.

Referencias bibliográficas

- Andrés, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Andrés, A. y Redondo, S. (2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 147-156.
- Andreu, J. M., Martín, J. y Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: valoración mediante dos autoinformes (CAMA y RPQ). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 6(1-3), 25-42.
- Arbach, K. y Andrés, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
- Asociación de Mujeres para la Salud (2012). La Salud Mental de las Mujeres. Recuperado 5 diciembre de 2014 de <http://www.mujeresparalasalud.org>
- Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual (2012). Violencia de Género. Máster Sanitario de Práctica Clínica, 7ª Edición. AEPCCC.
- Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia (2011). Guía Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Consejo General de la Psicología Española (2014). Infocop-online. Recuperado 5 diciembre de 2014 de <http://www.infocop.es>
- Del Río, E. y Megías, J. (2014). Violencia hacia las mujeres con discapacidad o diversidad funcional. FOCAD. Consejo General de la Psicología de España.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, J.P. (2001). Tratamiento de las agresiones sexuales. Madrid: Klinik.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, J.P. (2001). Violencia Familiar. Madrid: Klinik.
- Entreculturas-Intrered (2010). La Plataforma Muévete por la Igualdad. Recuperado el 7 de junio de 2015 de <http://muevete-porlaigualdad.org/>
- España Prisa Noticias SLU (2015). [huffingtonpost](http://www.huffingtonpost.es/). Recuperado el 19 de julio de 2015 de <http://www.huffingtonpost.es/>
- Fundación Mujeres (2014). Observatorio de la Violencia de Género. Recuperado 5 de diciembre de 2014 de <http://www.observatorioviolencia.org>
- Gállego, F. (2013). *Amando sin dolor, disfrutar amando*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, M., Manuel J., Vázquez B., Gómez R. y Mateos N. (2012). Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- González, J.L., Muñoz, J.M., Sotoca, A. y Manzanero, A.L. (2013). Propuesta de protocolo para la conducción de la prueba preconstituida en víctimas especialmente vulnerables. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 227-237.
- Hernando, A., Oliva, A. y Pertegal, M.A. (2013). Diferencias de Género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervención*, 22(1), 15-23.
- Instituto de la Mujer. (2006) La violencia contra la mujer. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.

- Jiménez, E.M. y Uceda, M.S. (2015). Evaluación forense de la violencia de género. Valoración del daño psíquico en la víctima. FOCAD. Consejo General de la Psicología de España.
- Junta de Andalucía (2014). El Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado 5 diciembre de 2014 de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Junta de Andalucía (2014). Violencia de Género. Recuperado 5 diciembre de 2014 de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Labrador, F.J., Fernández, R. y Rincón, P.P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-67.
- Labrador, F.J. y Alonso, E. (2006). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Lucas, R. (2014). Fundamentos de Igualdad de Género. AEGI. On-line Licencia Creative Commons.
- Lucas, R. (2014). La intervención social para la promoción de la igualdad y el empoderamiento de mujeres. AEGI. On-line Licencia Creative Commons.
- Lucas, R. (2014). Violencias basadas en género hacia las mujeres. AEGI. On-line Licencia Creative Commons.
- Luzón, J. M., Ramos, E., Recio, P. y Peña, E.M. (2011). Proyecto Detecta Andalucía-Andalucía Interviene. Impacto de la Exposición a la Violencia de Género en Menores. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Martín, A.M. y Carrasco, M.A. (2006). Maltrato psicológico: la importancia de su detección a partir de un caso clínico. *Acción Psicológica*, 4(2), 199-215
- Matud, M.P., Fortes, D. y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention* 23 (2014), 199-207.
- Mendiguchía, M.C. y Romero, M.C. (2014). Curso On-line *Intervención en crisis en violencia doméstica*. Grupo de intervención psicológica en catástrofes, crisis y emergencias. Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental.
- Ministerio de la Presidencia (2004). Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado de 15 de mayo de 2015 de <https://www.boe.es>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado 1 abril de 2015. <http://www.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Marco conceptual y ejes de intervención.

Moreno, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones entorno al tratamiento. *Intervención Psicosocial* 19(2),191-199.

Muruaga, S. y Pascual, P., (2013). La Salud Mental de las Mujeres. La Psicoterapia de Equidad Feminista. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015). Salud Mental. Recuperado 2 febrero de 2015 de <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud (2014). Violencia contra la mujer. Recuperado 28 diciembre de 2014 de <http://www.who.int>

OMS (2005). Resumen del Informe Estudio Multipaís de la OMS sobre Salud de la

Mujer y Violencia Doméstica contra la Mujer. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Paz, J.I. y Fernández, P. (2014). El novio de mi hija la maltrata ¿qué podemos hacer? Guía para madres y padres con hijas adolescentes que sufren violencia de género. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

Rodríguez, V. (2015). Dependencia emocional en la mujer víctima de violencia de género y permanencia en la relación de pareja. FOCAD. Consejo General de la Psicología de España.



Segundo puesto. David Ibáñez Bordallo. Concurso de cómic y dibujos animados sobre la igualdad de género. Organiza: ONU Mujeres, junto con la Comisión Europea, la Cooperación Belga para el Desarrollo y RUNIC. Fuente: <http://www.huffingtonpost.es/>

Ahorro y previsión: planes de pensiones

José Miguel Millán

Licenciado en Derecho y Director de oficina AXA en Granada

La situación de crisis que llevamos padeciendo desde hace algunos años, nos invita a reflexionar sobre un aspecto no arraigado en la sociedad española como es el ahorro y la previsión.

Siempre he creído en la importancia de implantar en las aulas alguna asignatura que eduque a los más pequeños a saber gestionar su economía, en lo más básico, paso previo para que niños y niñas puedan organizar su futuro.

La disminución en la recaudación de la seguridad social unido al aumento del número de pensionistas y la esperanza de vida, ha hecho que se reflexione sobre el futuro del sistema de pensiones y la posibilidad de que pueda llegar a ser insostenible o insuficiente.

Ante este panorama, se hace necesario hablar de ahorro y previsión. La idoneidad de contratar un plan de pensiones u otro producto enfocado a la jubilación se hace evidente para mantener un nivel de ingresos digno a la hora de abandonar el mundo laboral.

Un plan de pensiones, es un instrumento financiero de ahorro para la jubilación en el que los partícipes realizan aportaciones periódicas que se van acumulando e invierten en activos financieros. Estas aportaciones pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales, anuales, extraordinarias o incluso se pueden suspender si fuese necesario. Esto le permitirá disponer de un capital o una renta en el momento de la jubilación, en caso de incapacidad o de fallecimiento, para que puedan disponer del mismo.

Debemos planificar ese ahorro para el futuro desde que iniciamos nuestra vida laboral. Cuanto antes comencemos, más llano será el camino y, por tanto, menos trabajo nos costará cumplir un objetivo final suficiente para nuestra jubilación.

Los planes de pensiones son el único instrumento financiero que tiene reducción en la base imponible en el IRPF, hasta un límite de 8.000 euros o el 30% de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas, aplicándose la de menor cuantía de las dos. Por lo tanto, también nos permite pagar menos impuestos.

Los planes de pensiones son una garantía a futuro de la que sólo podemos disponer al darse alguna de las siguientes circunstancias: **jubilación, incapacidad, fallecimiento y gran dependencia**. También se podrá disponer de ellos cuando exista **una enfermedad grave** (cualquier dolencia física o psíquica que incapacite para la actividad habitual por un periodo mínimo de tres meses, o lesión con secuelas permanentes que limiten la actividad parcial o totalmente), **desempleo de larga duración** y si se está en **situación de desahucio de vivienda**, por encontrarse sin ingresos para hacer frente a los pagos.

Además, desde enero de 2015, se añade un cuarto supuesto de rescate de aportaciones del plan de pensiones si poseen al menos diez años de antigüedad. Estos últimos rescates se podrán hacer a partir de 1 de enero de 2025, fecha en que se cumplirán diez años de la entrada en vigor de la norma.

A la hora de rescatar el plan de pensiones, tenemos las siguientes posibilidades:

Forma de capital: en este caso se cobran todos los derechos consolidados (esto es, las aportaciones más los rendimientos) de una sola vez y mediante un pago único.

Forma de renta: es la más habitual y supone la percepción periódica, bien mensual, trimestral, semestral o anual, de una cantidad ya pactada a decisión del titular. La ventaja es que se podrá proceder a la liquidación total en cualquier momento.

Forma mixta: una parte se recupera en forma de capital y la otra en forma de renta.

Dependiendo del tipo de rescate escogido, se tributará de una forma o de otra.

La única forma de garantizarnos un futuro económico mejor para nuestra jubilación es con cultura de ahorro y previsión. Es cierto, que la empresa es difícil dado la pérdida de poder adquisitivo que sufren las familias, pero es fundamental para evitar problemas en el futuro. La idea de cargar todo el peso de nuestra jubilación al estado, se ha convertido en una quimera. Espero que les convenza la idea como a mí.



reinventando / los seguros

Informes Psicológicos

Se recuerda a los/las señores/as colegiados/as que en los informes psicológicos es imprescindible incluir nombre y apellidos, firma y número de colegiado/a.



Álvaro González Serrano - 6 años



Julia Martínez Ballesteros - 10 años



José Fernández Martínez - 8 años

El Decano y la Junta de Gobierno le desean una Feliz Navidad y un venturoso año 2017