

Recull de premsa

05/04/2018 Salut i Força

“Las personas con capacidades diferentes a las de un adulto sano tienen mayor probabilidad de una desestabilización ante una emergencia”

La psicóloga Lourdes María Fernández Márquez ofrece un curso especializado sobre 'Primeros auxilios psicológicos con colectivos vulnerables: infancia, personas mayores y discapacidad' los 6 y 7 de abril en el COPIB

REDACCIÓN

“Los profesionales de la psicología de emergencias tenemos que estar preparados para atender las necesidades de todas las personas que puedan sufrir un incidente crítico grave que produzca una desestabilización emocional, especialmente las de los colectivos más vulnerables. Estos grupos (ancianos, niños, personas con discapacidad...) parten de una situación desventajosa a la hora de enfrentarse tanto a las situaciones cotidianas como a las excepcionales de la vida y sus desiguales características hacen que la aplicación de los primeros auxilios psicológicos requiera que conozcamos y dominemos los procedimientos específicos”. Con motivo del curso ‘Primeros auxilios psicológicos con colectivos vulnerables: infancia, personas mayores y discapacidad’, que impartirá los próximos días 6 y 7 de



La psicóloga Lourdes María Fernández Márquez.

abril en el marco del Plan de Formación Anual del COPIB, la psicóloga Lourdes María Fernández Márquez explica la

importancia de recibir una formación específica para ofrecer una correcta atención a “las personas con capacidades diferentes al adulto sano, que serán las más vulnerables ante un suceso de gran impacto y, por tanto, las que necesitarán mayor apoyo psicológico, pues tienen una mayor probabilidad de sufrir una desestabilización importante ante una situación de emergencia”, asegura.

Fernández afirma que si experimentar un suceso crítico puede ser alarmante y angustiante para cualquier persona, mucho mayor será para aquellas cuya percepción de capacidad de afrontamiento de la situación sea menor. “El nivel de riesgo percibido va a depender de la evaluación que la persona haga de la capacidad que tiene para enfrentar el peligro surgido y por consiguiente las reacciones emocionales serán más intensas cuanto mayor sea la conciencia que se tenga de no tener la capacidad suficiente para afrontar o superar la crisis”, afirma. “Si se tiene una discapacidad, la percepción de gravedad de la situación es mucho mayor y por tanto, las reacciones emocionales van a ser mucho más intensas, la incertidumbre y el miedo mucho más reales”, indica.

auditiva o de otro tipo) y estar preparado para afrontar todo tipo de reacciones. “Pueden ocurrir reacciones disociales o desafiantes que abarcan un rango de comportamientos anormales de una intensidad, frecuencia y duración tales que conlleven una alta probabilidad de poner en peligro la integridad física del sujeto o la de los individuos de su entorno, (por ejemplo, autoagresividad o heteroagresividad) o bien, sin constituir un riesgo para el individuo o el entorno y sin tener un carácter antisocial, implican un grave peligro como la pasividad, la inacción, la parálisis o esconderse, lo que puede motivar inatención por parte de los intervinientes”, señala.

Reacción

Otras variables que el psicólogo interviniente tiene que dominar y tener en consideración son los tiempos de reacción, la movilidad, las vías de evacuación, el número de efectivos a intervenir. También tiene que estar preparado para los posibles obstáculos que pueden surgir durante la intervención y que dificultarán su trabajo: mayor intensidad emocional, problemas cognitivos, de comunicación, de conducta desajustada o movilidad, entre otros y tendremos que estar preparados para afrontarlos todos. “En la atención pueden surgir multitud de dificultades que podrán poner en riesgo incluso la vida del afectado o del interviniente. Desde no poder explicarnos lo que les está ocurriendo hasta no entender o recordar las instrucciones que les damos, pasando por pedirles que hagan cosas que pareciendo sencillas no le son posibles de realizar. Además, el estrés empeorará las condiciones médicas que puedan estar padeciendo, por lo que no debemos olvidar que han de recibir una revisión médica aunque no haya lesiones físicas aparentes (hipertensión, alteración del azúcar, por ejemplo). La continuidad en la medicación que estén tomando será otra de las cosas importantes que no podemos descuidar”, señala.

Interactuación

En opinión de la experta, para ofrecer una atención adecuada a estos colectivos en una situación de emergencias, “el profesional de la psicología interviniente siempre tendrá presente la posibilidad de estar interactuando con una persona con capacidades diferentes cuando encuentre dificultades de comunicación o movilidad (por ejemplo, dificultad idiomática, auditiva, movilidad, etcétera). Esto será sencillo cuando el incidente se produzca en lugares característicos como residencias, colegios o centros de atención especializada. La dificultad radicará en lugares mixtos (viviendas, locales públicos, etcétera)”, destaca. Por supuesto, tendrá que ser capaz de trabajar, con todo tipo de discapacidades (cognitiva, motora, vi-

CURS		PRIMERS AUXILIS PSICOLÒGICS AMB COL·LECTIUS VULNERABLES: INFÀNCIA, PERSONES MAJORS I DISCAPACITAT	
Dates	6 i 7 d'abril de 2018	Lloc	Palma (Mallorca)
Horari	Divendres, de 16:00 h. a 20:00 h.	Duració	8 hores
	Dissabte, de 10:00 h. a 14:00 h.	Núm. de places	30
Destinatari/àries	Psicòlegs/ogues col·legiats/des, estudiants de Psicologia i altres professionals.		
Objectius	Desenvolupar habilitats i destreses que garanteixin, en situacions d'urgències i emergències, una resposta adequada a col·lectius vulnerables o persones amb discapacitat, així com poder assessorar als gestors de les emergències de les necessitats específiques d'aquests col·lectius.		
Metodologia	El curs es realitzarà amb una metodologia teòric-pràctica amb presentació de casos.		
Programa	<ul style="list-style-type: none"> Introducció (Objectius dels Primers Auxilis Psicològics. Esquema bàsic de la intervenció). Complexitat de la intervenció amb col·lectius vulnerables. Dificultats (Cognitives, Comunicatives, Motrius, Comportamentals). Necessitats específiques en situacions d'emergència. Reaccions habituals dels nins en les emergències, Tècniques per intervenir amb nins a emergències. La intervenció amb nins segons rang d'edat i escenari: Comunicació de defunció i dol infantil/adolescent. Nins en accidents de trànsit, incendis o confinament. Els nins, testimonis de situacions violentes o de risc col·lectiu. Suport a l'assistència sanitària. Indicacions als pares per a prevenció de conseqüències Ancians i discapacitat: Fonaments d'actuació en emergències amb gent gran i discapacitat. Situacions crítiques habituals en la seva vida. Pautes d'intervenció segons tipus de discapacitat. Què fer i que no fer davant les persones amb discapacitat: Llenguatge verbal i no verbal. Maneig de respostes agressives. Primers auxilis psicològics a ancians i discapacitat. Foment de la resiliència i l'autocura. 		

Falta formación para prevenir la conducta suicida, según los psicólogos

s.c. | PALMA

El Colegio Oficial de Psicología de Balears (Copib) ha constatado la necesidad de formar a los profesionales en prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables de Mallorca.

Así se desprende de la memoria de actividad del programa de sensibilización en la prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerable de Mallorca, impulsado por el Copib con el apoyo de la Obra Social la Caixa.

La iniciativa que se desarrolló durante el último trimestre de 2017 también ha servido para constatar que el suicidio continúa siendo tabú entre la sociedad balear.

El suicidio sigue generando grandes tabús en la sociedad actual

■ El Colegio Oficial de Psicología de Balears ha constatado la necesidad de formar a los profesionales que trabajan con colectivos en los que el suicidio tiene su mayor prevalencia (profesores, sanitarios, trabajadores y educadores sociales) para identificar las conductas asociadas a esta problemática y permitir activar mecanismos de prevención. Sin duda, el programa de sensibilización en la prevención de la conducta suicida de la organización colegial es una buena iniciativa que ha servido, entre otras cosas, para dejar claro que el suicidio sigue generando grandes tabús en la sociedad actual.

Periodistas y expertos en salud mental abogan por romper el tabú del suicidio

► Un debate, organizado por la APIB, apuesta por informar sin **morbosidad**

S. Carbonell | PALMA

El suicidio sigue siendo un tabú. En Balears se quitan la vida dos personas cada semana y cada día hay entre 15 y 20 personas que expresan su intención de suicidarse, según los datos que baraja la Conselleria de Salut, que este año ha creado el Observatorio del Suicidio, un nuevo sistema de vigilancia epidemiológica pionero en España.

¿Hay que informar sobre el suicidio en los medios de comunicación? ¿Informar del suicidio provoca efecto llamada? ¿Pueden ayudar los medios a frenar los suicidios? Fueron algunas de las preguntas que ayer intentaron responder los ponentes que participan en el debate sobre *El tratamiento del suicidio en los medios de comunicación*, organizado por la Asociación de Periodistas de las Islas (APIB) en la sede del Colegio de Psicología de Balears (COPIB).

En el debate, moderado por Ángeles Durán, presidenta de APIB, participaron la responsable del Observatorio del Suicidio y psicóloga clínica, Nicole Haber; la psicóloga Marióna Fuster, la psiquiatra voluntaria del Teléfono de la Esperanza Alicia González y el periodista Lorenzo Marina.

Los periodistas y los expertos en salud mental estuvieron de acuerdo en que los medios de comunicación sí que tienen que in-



Debate. Nicole Haber (psicóloga clínica), Lorenzo Marina (periodista), Ángeles Durán (presidenta de APIB), Alicia González (psiquiatra) y Marióna Fuster (psicóloga) debatieron ayer sobre el suicidio en los medios de comunicación. Foto: JOAN TORRES

formar sobre el suicidio, pero cuidando el lenguaje que se utiliza, no recreándose en detalles irrelevantes y evitando el morbo a la hora de dar la noticia.

«No hay que mentir pero tampoco hay que simplificar», afirmó Nicole Haber, tras recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se hable de esta cuestión para que deje de ser un tabú y un estigma.

«A nosotros nos enseñaron que hablar de suicidio provocaba un efecto llamada», explicó el periodista especializado en sucesos Lorenzo Marina.

Para la psicóloga Marióna Fuster, «el problema no es que se hable de suicidio, sino el cómo se trata la no-



«Hay que romper el silencio, evitando que se estigmatice a la persona»

Alicia González
PSIQUIATRA

«Es importante contar con el punto de vista de un profesional de la salud mental»

Nicole Haber
PSICÓLOGA CLÍNICA

ticia» porque «el efecto contagio sí existe cuando no hay una buena cobertura informativa».

«Hay que romper el silencio», afirmó la psiquia-

tra Alicia González, pero siempre evitando que «se estigmatice a la persona y a su entorno familiar».

Información

Las tres expertas en salud mental estuvieron de acuerdo en que la mejor manera de profundizar sobre esta cuestión es que, «siempre que se informe de un suicidio se cuente con el punto de vista de un profesional de la salud mental», tal y como afirmó Haber.

En el debate también se habló de *bulling*, como inductor al suicidio, concepto que según las expertas «médicamente no existe», y de la importancia de evitar «la alarma social» a la hora de informar.

El suicidio en los medios. Expertas en Psicología y periodistas abogan por dar noticias sobre esta lacra a modo de prevención y evitando el sensacionalismo

“Hay que informar dando luz ante el suicidio”

► “Es importante que la persona que lee sobre esta lacra vea que hay recursos, otros medios”

M.SANTANA PALMA

■ Hay que informar sobre el suicidio en los medios, pero abordando la noticia a modo de prevención. Destacando solo los datos relevantes, evitando coberturas simplistas o sensacionalistas y “dando luz” sobre las alternativas a esta drástica salida. Estas son algunas de las principales conclusiones de la mesa redonda *El tratamiento del suicidio en los medios de comunicación*, celebrada el pasado miércoles en el Colegio Oficial de Psicología de Balears (CO-

PIB), en la que participaron la psicóloga clínica y responsable del Observatorio del Suicidio, Nicole Harbor, la psiquiatra voluntaria del Teléfono de la Esperanza, Alicia González, la psicóloga y vocal de Psicología Clínica y de la Salud del COPIB, Mariona Fuster, el periodista de Sucesos de este diario, Lorenzo Marina y la presidenta de la Asociación de Periodistas de Balears, Ángeles Durán.

“Es importante que la persona que lee sobre el suicidio vea que hay recursos, que hay otros me-



Un momento del debate sobre el suicidio en los medios. MIQUEL RAMIS

diós”, destacó Harbor, quien llamó a huir de los detalles y del sensacionalismo. “Cuanto menos datos se den mejor. Tampoco se recomienda especificar si es una manera novedosa de quitarse la vida”, señaló la psicóloga clínica, que abogó por los formatos reportaje y entrevista “que incluyan opiniones de expertos”.

Los ponentes coincidieron en la necesidad de acabar con el estigma que rodea a esta lacra, si bien hubo discrepancias sobre el enfoque de estas noticias. “Es una información muy dura, pero consideramos que la gente debe saberlo. Es relevante, es un hecho social”,

argumentó Marina, quien defendió la necesidad de un “punto de encuentro” entre comunicador sin ofender a las familias pero dando información al lector.

“Que los suicidios aparezcan en Sucesos tiene una connotación muy dura en el público”, incidió González, quien junto al resto de sus colegas abogó por sacar los suicidios de estas páginas y darlos en Sociedad. “Que vayan en Sucesos es un tratamiento devastador”, abundó Fuster, quien recomendó que estas informaciones muestren que ante una situación sin salida hay vías de ayuda. “Hay que dar luz en la peor noticia”, señaló.

Acompañamiento psicológico, un nuevo aliado para hacer frente a la endometriosis

“El acompañamiento psicológico es una herramienta de gran valor para nuestros pacientes durante el diagnóstico de la infertilidad, su tratamiento y resultado. En las pacientes afectadas de endometriosis, el dolor crónico y la necesidad de un tratamiento de Reproducción Asistida, hacen de la psicología una herramienta fundamental para reforzarles y acompañarles en el proceso”, comenta Susana Martín, responsable de la Unidad de Acompañamiento Psicológico de IVI Mallorca.

Según el Colegio Oficial de Psicología de les Illes Balears (COPIB), la endometriosis es una de las enfermedades que generan un deterioro en la calidad de vida de las mujeres que la sufren. “Si bien los síntomas físicos son la parte más visible de la enfermedad, la parte emocional es igual de importante y es justamente la que pasa más desapercibida”, asegura Lluçia Caldés, psicóloga coordinadora del Grupo de Trabajo



Según el Colegio Oficial de Psicología de les Illes Balears (COPIB), el acompañamiento psicológico es un factor clave para el tratamiento de la enfermedad

de Psicología y Sexología del COPIB. “Si no se habla de ella, si no damos respuesta a esta dimensión psicológica y la silenciemos, repercutirá directamente en la mujer y en la enfermedad”.

Por todo ello, el COPIB se suma al manifiesto de IVI y reitera la importancia de dar visibilidad a esta enfermedad crónica que interfiere en la calidad de vida del pacien-

En las Islas Baleares se estima que tienen endometriosis entre 25.000 y 30.000 mujeres.

te, produciéndole malestar físico y emocional, y repercutiendo en la autoestima y dignidad de la mujer. En este sentido, además de reclamar más inversión para avanzar en la investigación que ayude a mejorar esta enfermedad crónica, apostamos por “dotar de herramientas de autocuidado que no van a eliminar la endometriosis pero que van a mejorar su calidad de vida”, indica Caldés. “Los profesionales que trabajan con mujeres que sufren endometriosis tienen que saber validar, reconocer y dar un trato humano y cercano a la mujer que vive en primera persona la enfermedad, pero también a sus parejas y familiares”, concluye. ■

Zoofilia en Alcúdia. El comportamiento del hombre que presuntamente practicó sexo con una yegua y una potra en un establo, a las que también causó lesiones en la vagina con un palo, tienen el doble componente de bestialismo y sadismo. Dos parafilias muy complejas de tratar. Según el psicólogo Jaime Reynés, el sujeto presenta "un fuerte impulso hacia esta conducta desviada sobre la que carece de autocontrol".

Una desviación sexual irrefrenable

► El zoófilo sabe que su conducta es socialmente repudiada y un delito desde el año 2015, por este motivo mantiene una doble vida

LORENZO MARINA PALMA

■ Las repetidas incursiones nocturnas de un hombre en una cuadra de Alcúdia para mantener sexo con una yegua y una potra han sacado a la palestra la práctica de la zoofilia, tipificada desde 2015 en el Código Penal español como agresión sexual y maltrato animal, castigado con hasta un año de prisión. Un hombre de 54 años, de nacionalidad colombiana, fue detenido por su presunta implicación en estos hechos. Los animales, por su parte, sufrieron lesiones y heridas en la vagina causadas con un palo. ¿Qué es lo que mueve a alguien a tener sexo con animales?

"Es un caso de zoofilia en el que también se aprecian tendencias sádicas", apunta el psicólogo Jaime Reynés, especializado en el tratamiento de este tipo de parafilias. El especialista resalta la dificultad que presenta tratar este "trastorno psiquiátrico".

Esta parafilia se convierte en una obsesión permanente del sujeto que la padece. "Es un impulso muy fuerte hacia una conducta sexual desviada sobre la que no tiene autocontrol", precisa Reynés.

De hecho, el zoófilo se ve impedido a repetir esta conducta desviada. "Si no tiene sexo con un animal tiene mucho dolor, es como un síndrome de abstinencia. En el mejor de los casos, es la única forma que tiene de sentir placer", abunda.

La zoofilia o bestialismo está incluida dentro de las parafilias sexuales. El adicto a esta práctica sexual desviada suele ser consciente de que su conducta es socialmente repudiada. Más aún desde que hace tres años fue incluida como delito. Así, el artículo 337 del Código Penal, en su reforma de 2015, califica esta desviación como un delito de agresión sexual y maltrato animal.

Normalmente, el zoófilo lleva



Yegua que sufrió la presunta agresión sexual de un hombre en una cuadra de Alcúdia. DIARIO DE MALLORCA



El hombre que falleció en Ourense, aplastado por una piedra, cuando tenía sexo con una gallina. IÑAKI OSORIO

una doble vida. Una parte, la convencional, en la que guarda las apariencias y otra en la que da rienda suelta a sus más bajos instintos. En este sentido, el detenido por violar a una yegua y a una potra estaba casado, con dos hijos. "La persona sufre mucho internamente, monta una coartada. Su primera línea de exhibición es la normal", puntualiza Reynés.

"La potencia del impulso sexual era tal que iba a una propiedad privada y saltaba la verja por la noche para tener sexo con los animales. Era una obcecación, porque, al parecer, lo había repetido en varias ocasiones", subraya el especialista.

El complejo tratamiento de un zoófilo, por un tiempo mínimo de un año, no garantiza en absoluto su curación. "Hay que tratar de que controle el impulso, en muchos casos con medicación, para que no se provoque la conducta desviada", destaca. Reconducir su parafilia, en la mayoría de los casos, se antoja imposible.

Patologías al ser humano

Por su parte, ante un caso de supuesta zoofilia el prestigioso forense Javier Alarcón toma muestras al humano para certificar que practica esta parafilia. "En muchos casos se acredita por las patologías que se transmiten a la persona como brucelosis, amebiasis, leptospirosis o parasitosis que están en el aparato gastrointestinal del animal", puntualiza.

La violación de la yegua y la potra en Alcúdia no es el único caso de zoofilia del que se tiene constancia en Balears. En octubre de 1988 Antonio Heredia fue juzgado en Maó por la violación, asesinato y necrofilia de una joven francesa en Ciutadella. En la vista salió a relucir que copulaba con perros a los que luego mataba. En Ourense, en 1990, un hombre murió aplastado por una piedra cuando tenía sexo con una gallina.

Palma, sede de las IV Jornadas Nacionales de Intervención Psicológica en Emergencias, Crisis y Catástrofes organizadas por el COPIB

El evento, gratuito, reunirá los días 25 y 26 de mayo a expertos en la materia para debatir e intercambiar conocimientos sobre los nuevos retos y realidades que se plantean en el ámbito de las emergencias

REDACCIÓN

Palma será sede los próximos días 25 y 26 de mayo de las IV Jornadas Nacionales de Intervención Psicológica en Emergencias, Crisis y Catástrofes. El Colegio Oficial de Psicología de les Illes Balears (COPIB), bajo el auspicio del Consejo General de Psicología de España, organiza el evento de carácter gratuito, que reunirá a personalidades de referencia en la materia para analizar y reflexionar en torno a los 'Nuevos retos y realidades de las emergencias'. El objetivo es un construir un espacio de intercambio y aprendizaje sobre conocimientos, técnicas, investigaciones y experiencias en la atención de víctimas y el cuidado de los profesionales que intervienen en situaciones críticas, emergencias y desastres.

La Fundación Centro Cultural Sa Nostra Caixa de Balears acogerá el encuentro, dirigido a profesionales de la Psicología, profesionales de la Salud, Técnicos de Emergencias, Cuerpo de Bomberos, Cuerpos de Seguridad y otros equipos de primera respuesta, así como docentes, estudiantes y todos aquellos colectivos profesionales que participan o se interesan en actividades relacionadas con la psicología aplicada a la prevención, respuesta y recuperación en situaciones críticas, emergencias y desastres.

Programa

El programa de las IV Jornadas Nacionales de Intervención Psicológica en Emergencias se ha articulado en dos sesiones, en las que se realizarán talleres, conferencias, mesas redondas, ponencias y comunicaciones impartidas por profesionales de referencia, de ámbito estatal y autonómico. Entre otros, destaca la presencia de Elena Puertas, psicóloga de la Dirección General de Protección Civil de España; de María Paz García-Vera, psicóloga y profesora titular de la Universidad Complutense y de Eduardo Samper, jefe del Área de Psicología de la Escuela Militar de Sanidad (EMISAN) del Ministerio de Defensa. Las intervenciones de todos ellos junto a las del resto de ponentes servirán para tratar aspectos como las consecuencias del burnout en los profesionales de las emergencias; ahondar en la motiva-



Javier Torres, decano del COPIB.

ción personal de emergencias y reflexionar sobre los nuevos horizontes de trabajo de la Psicología de Emergencias, entre otras muchas cuestiones.

Javier Torres, decano del COPIB, indica que además de promover el intercambio de experiencias interdisciplinarias entre todos los actores que intervienen en situaciones críticas, las IV Jornadas persiguen contribuir a "fortalecer el desarrollo de la psicología de la emergencia aplicada a la prevención, intervención y recuperación de situaciones emergencias, catástrofes y desastres y fomentar la conformación de redes entre los diferentes actores que intervienen en este ámbito".

La presencia de profesionales de la psicología ha sido ampliamente demandada en las emergencias y catástrofes ocurridas en los últimos años en nuestro país y en el ámbito internacional. En la actualidad, su intervención en situaciones de crisis está orientada a mitigar o aliviar el sufrimiento psicológico de las personas afectadas y a prevenir el agravamiento de los síntomas, desarrollando acciones que evi-

ten su cronificación. El trabajo que realizan en este tipo de situaciones se ha convertido en una pieza clave en el engranaje de la intervención, por lo que es necesario profundizar desde la formación y especialización de estos profesionales para mejorar y optimizar la respuesta que dé cobertura a los distintos sectores afectados.

Desarrollo

El COPIB trabaja activamente desde hace dos décadas en la promoción y desarrollo de la Psicología de la Emergencia. En 1998 constituyó el Grupo de Intervención en crisis y emergencias, que desarrolló su ámbito de actuación gracias al primer convenio que se firmó con la Dirección General de Emergencias de la Conselleria de Interior del Govern de les Illes Balears. Fue el primer grupo de intervención inmediata en crisis y emergencias de ámbito nacional, que hoy se mantiene activo como GIPEC-IB 112.

La institución colegial favorece también desde ese fecha la formación per-

manente de profesionales de la Psicología, estudiantes de Grado de Psicología y primeros respondientes (bomberos, policías, entre otros) para un abordaje centrado en la prevención y en el cuidado de la salud de las víctimas y de los intervinientes.

La organización de estas IV Jornadas Nacionales de Intervención Psicológica en Emergencias, Crisis y Catástrofes es el resultado del trabajo integrado del COPIB, Consejo General de la Psicología de España, Dirección General de Emergencias del Govern de les Illes Balears, Consell Insular y otras instituciones que vienen compartiendo desde hace años, experiencias, conocimientos e investigaciones con el propósito de alentar el crecimiento y la difusión de esta rama emergente de la psicología, enfocada en el estudio y cuidado de las personas y grupos expuestos a situaciones altamente desestructurantes, tanto para la salud, como para las relaciones y los proyectos de vida de quienes experimentan o están en contacto permanente con la emergencia y el desastre.

El Programa de Sensibilización en la Prevención de la Conducta Suicida del COPIB constata la necesidad de formar más a los profesionales que trabajan con grupos de riesgo

Defiende que la prevención es una necesidad pendiente sobre un problema complejo y tabú

REDACCIÓN

Los profesionales que trabajan con colectivos en los que el suicidio tiene mayor prevalencia (profesores, sanitarios, trabajadores y educadores sociales, etcétera) necesitan mayor formación e información para identificar las conductas asociadas a esta problemática, que permitan activar mecanismos de prevención. Esta es una de las conclusiones que se desprende de la memoria de actividad del Programa de sensibilización en la prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables de Mallorca, impulsado por el Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) con el apoyo de la Obra Social "la Caixa". La iniciativa que se ha desarrollado durante el último trimestre de 2017 también ha servido para constatar que el suicidio continúa siendo y generando grandes tabús en la sociedad actual.

Formación

Coordinado por el Grupo de Trabajo de Investigación, Prevención y Asistencia de la conducta suicida (GTIPACS) del COPIB, el programa incluía 25 acciones de carácter formativo con el objetivo dar visibilidad a un problema de grave impacto social, así como ofrecer herramientas a los profesionales implicados en la detección de situaciones de riesgo por su vinculación con grupos de población más frágiles: estudiantes, personas mayores, colecti-



Las psicólogas Patricia González, Adelina Sastre, coordinadora del programa y responsable del GTIPACS, y Ángela Andújar.

vo LGTBI, mujeres y adolescentes en contacto con la prostitución y víctimas de la trata con fines de explotación sexual.

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, el programa se ha centrado en grupos diana de edades más jóvenes ya que las tasas entre los jóvenes han ido en aumento en todo el mundo de manera alarmante. Lo mismo ocurre entre los jóvenes del colectivo LGTBI, con cifras de suicidio que han aumentado un 60% en los últimos 45 años, según datos del Observatorio Español contra la LGTBFobia.

En concreto, las sesiones se han realizado en tres ámbitos -atención social (36,8%), Institutos (44,6%) y residencias (38%)-, formando al profesorado de los Institutos de Secundaria Antoni Maura, Son Ferrer y Santa Ponça, profesionales sanitarios, educadores sociales y trabajadores sociales de entidades como la ONCE, de las Residencias La Salle, Reina Sofía y Sarquavitae de Capdepera, Fundación Sant Joan de Déu, Médicos del Mundo y Asociación LGTBI, entre otros colectivos.

Las psicólogas Adelina Sastre, coordinadora del programa y responsable del GTIPACS, Ángela Andújar y Pa-

tricia González, integrantes del citado grupo, han sido las encargadas de dirigir las sesiones, que además de un programa teórico, apoyado en material audiovisual, incluían casos prácticos con el objetivo de profundizar más en los modelos y pautas de conducta sobre los que cabe prestar mayor atención.

Satisfacción

Los porcentajes de satisfacción extraídos de las 204 encuestas recogidas entre los asistentes revelan que para un 97% la información recibida en estas sesiones ha sido satisfactoria y los temas desarrolla-

dos interesantes, y un 96,5% opina que le será de utilidad en su actividad personal.

Si bien la valoración del programa es muy positiva, desde el GTIPACS inciden en la necesidad de dar continuidad a este trabajo de prevención e intervención de la conducta suicida de una manera transversal para llegar a todas las capas y colectivos de la sociedad. En este sentido, desde el grupo de trabajo del COPIB destacan que tras conocer la existencia de la iniciativa diversos grupos se han mostrado interesados en recibir formación.

Prevención

El COPIB defiende que la prevención del suicidio es una necesidad que hasta el momento no se ha abordado de forma adecuada debido principalmente a la falta de sensibilización sobre un problema complejo y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. Por ese motivo, las acciones previstas en el marco de este programa tienen una doble finalidad: informar, sensibilizar y educar sobre la prevención de la conducta suicida a las personas pertenecientes a colectivos vulnerables y a los profesionales de los diversos ámbitos sociales que están trabajando con ellos, y entrenar a estos colectivos profesionales en la detección, manejo inicial de personas con riesgo suicida, así como en la derivación a servicios especializados.



Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears

La col·legiació obligatòria per a l'exercici de la professió



a l'intrusime

“El que vive con ansiedad vive siempre con un nubarrón en la cabeza”

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son los más comunes a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de cada diez personas padece depresión o ansiedad. ¿Estamos ante realmente lo que se conoce como epidemia del siglo XXI? Esther García, Psicóloga de Clínica Juaneda nos explica cómo detectar y tratar la ansiedad.

REDACCIÓN

P.- ¿Qué es la ansiedad?

R.- La ansiedad es un estado físico, mental y motor que se vive con malestar en el que la persona prevé una situación de peligro sin que necesariamente lo sea. Existen distintos trastornos de ansiedad, unos son específicos, por ejemplo, la fobia social (hablar en público, asistir a una fiesta, etc.) o el miedo a volar. Otro trastorno, como el de ansiedad generalizada, es un estado de malestar persistente, en el que la persona está continuamente preocupada, hiperactivada e hipervigilante, entre otras cosas, lo cual genera también un descenso del rendimiento, falta de concentración y despistes frecuentes. También hay otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático tras la exposición a un acontecimiento altamente estresante, o el trastorno obsesivo-compulsivo, en el que la persona tiene que realizar ciertos rituales para hacer descender el pensamiento obsesivo. Los trastornos de ansiedad pueden acompañarse o no de crisis de ansiedad y/o de agorafobia.

P.- Cuéntanos un poco más sobre las crisis de ansiedad y la agorafobia...

R.- Las crisis de ansiedad no siempre se dan en los trastornos de ansiedad. Las crisis de pánico son la aparición de miedo o malestar intenso, que se da un período de tiempo limitado, que comienza súbitamente y alcanza su punto más alto en los diez minutos. La duración media es de 20 minutos, es decir puede durar 5 minutos o 50 minutos. Pero siempre después de



eso el nivel de ansiedad va a empezar a bajar. Los pacientes pueden sentir: palpitaciones, sudación, sensación de ahogo, opresión torácica, náuseas, mareos, miedo a morir, miedo a perder el control o a volverse loco, escalofríos, entre otros síntomas.

La agorafobia se refiere a la ansiedad que surge al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde se valora que no se podría disponer de ayuda si se sufriera una crisis. Generalmente involucra miedo a las multitudes o a estar solo en espacios exteriores. En muchas ocasiones se desarrolla después de haber sufrido una crisis de ansiedad y surge como el miedo a poder sufrirla de nuevo. Las personas pueden sentir, además de los síntomas propios de una crisis de ansiedad: dependencia de otros, sensación de separación o distanciamiento de los demás, desesperanza, sensación de que el cuerpo o el ambiente es irreal o agitación. Éste es un trastorno

que limita mucho a las personas, que tienden a permanecer en casa o sólo en “lugares seguros” durante períodos prolongados, llegando a provocar un aislamiento y un empeoramiento de la enfermedad.

P.- ¿Hay edad para la ansiedad? ¿Los niños y adolescentes pueden tener ansiedad?

Los miedos específicos, las fobias, surgen por lo general en la infancia o en la adolescencia. Los trastornos de ansiedad surgen, por lo general hacia los 20 años, aunque hay otro pico de incidencia hacia los 30. Lo cierto es los trastornos de ansiedad son el grupo de trastornos mentales más frecuentes en la población en general y una de las razones por las que más se consultan los centros de Atención Primaria y en los servicios de Urgencias. En España, los estudios epidemiológicos recientes señalan una prevalencia anual de más de un 6%. En total, más de un 15% de la población general llega a sufrir alguna vez, a lo largo de su vida, algún tras-

torno de ansiedad. La suerte es que es uno de los trastornos más ampliamente estudiados y para el que el tratamiento está mejor definido y mayor eficacia ha demostrado.

P.- ¿Por qué sufrimos ansiedad?

R.- El porqué es difícil de definir. Hay factores de vulnerabilidad o factores de riesgo genéticos y otros ambientales, pero en muchos casos nunca se llega a averiguar exactamente la causa. Se puede comenzar a sufrir ansiedad por consumo de drogas, en consumo de marihuana está ampliamente descrito; por estilos de vida estresante o por fuertes acontecimientos vitales. Lo cierto es que nacemos sin estrategias para enfrentarnos a la vida y a lo largo de las experiencias las vamos adquiriendo, por lo tanto, es de lo más normal que nos encontremos con algunos problemas a los que nos cueste enfrentarnos. Porque en mi maleta de recursos para enfrentarme a la vida y solucionar problemas puedo tener una llave inglesa, pero a lo mejor lo que necesito es un martillo. La llave inglesa me ha servido para solucionar una serie de problemas a lo largo de la vida, pero para otros problemas no me sirve.

P.- ¿Cuáles son los principales síntomas de la ansiedad generalizada?

R.- Es curioso como este trastorno confluye en nuestro día a día y está tan aceptado en la sociedad. En algunos casos, incluso parece que está bien visto, porque parece que uno, ante ciertas cosas, tiene que “pasar mucha pena”... a pesar del gran malestar que genera en el paciente. Este trastorno supone una ansiedad y preocupación excesivas sobre temáticas cotidianas como la economía familiar, la salud o la enfermedad propia o de los próximos, cuestiones laborales o escolares, la moralidad o la religión. Los síntomas que se asocian son la inquietud o impaciencia, la fatigabilidad fácil, la dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, la irritabilidad, la tensión muscular y las alteraciones del sueño. Muchos pacientes no son capaces de reconocerlos como

síntomas sino que los reconocen como parte de sí mismos. Como psicóloga siempre trato de hacer al paciente que distinga entre quién es él y cuál es la sintomatología que padece.

P.- ¿Cómo podemos identificar que tenemos ansiedad? ¿Cómo sabemos que tenemos que ir a un profesional?

R.- En el caso de que se haya sufrido alguna crisis, lo normal es que el paciente haya acudido a urgencias por el malestar tan intenso o la sensación de muerte inminente. Generalmente los servicios de urgencias derivan al psicólogo. Es bueno hacer la intervención lo antes posible, de cara a no intensificar y cronificar el trastorno. En algunas ocasiones la persona va al médico de cabecera y posteriormente viene a la primera visita con la medicación ya pautada. A mi modo de verlo, hay que ser tremendamente cauteloso a la hora de pautar medicación en un trastorno de ansiedad, ya que en los últimos años, se está comprobando que a largo plazo es más efectivo no usarla, porque ésta resta percepción control al paciente sobre el propio tratamiento. Por lo tanto, en futuros episodios de ansiedad, el paciente sentirá la necesidad de tomar medicación. Esta idea choca con el objetivo de los psicólogos de proporcionar autonomía e independencia a las personas para que sean capaces de enfrentarse a la sintomatología futura con las estrategias que han adquirido en terapia. Las investigaciones han demostrado que el tratamiento más eficaz para los trastornos de ansiedad es el tratamiento combinado: psicoterapia y farmacología, pero siempre hay que valorar cada caso.

P.- ¿Cuáles son los tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad?

R.- Podemos hablar de tres tipos de tratamientos psicológicos que se utilizan conjuntamente y que han demostrado eficacia: por un lado, la relajación, respiración o meditación para el manejo de la sintomatología; por otro la psicoeducación, para conocer qué es la ansiedad en general y cuál es mi trastorno en particular, es decir, cuáles son mis síntomas y cómo interfieren en mi vida; y por último, técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para identificar y corregir los patrones de pensamiento disfuncionales.

El COPIB y el Observatorio del Suicidio de Baleares definen estrategias comunes de colaboración

Infocop | 27/03/2018 4:34:00

Recomendar 25

Twitter



COP Islas Baleares

Representantes de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicología de les Illes Balears (COPIB) se han reunido con los responsables del Observatorio del Suicidio de Baleares, con el objetivo de identificar/definir estrategias comunes para sentar las bases de una futura colaboración en la lucha por revertir los altos índices de suicidio en la comunidad autónoma. Con esa finalidad, durante el encuentro se produjo un intercambio fructífero de información sobre los programas y líneas de actuación que ambas entidades impulsan y/o prevén desarrollar, centradas en el abordaje de la conducta suicida en ámbitos como la investigación, la intervención, la prevención y la formación.

A la reunión, celebrada el lunes 5 de marzo en la sede del COPIB, asistieron en representación del Observatorio del Suicidio, **Oriol Lafau**, coordinador del Plan Autonómico de Salud Mental, y **Nicole Haber**, psicóloga clínica responsable de coordinar el Observatorio. En representación de la Junta de Gobierno del Colegio, participaron el decano Javier Torres y la vocal de Psicología Clínica y de la Salud, **Mariona Fuster**.

Cabe recordar que la Conselleria de Salut puso en marcha en diciembre de 2017 el Observatorio del Suicidio en el marco del Plan Estratégico de Salud Mental de la comunidad autónoma, como un nuevo sistema de vigilancia epidemiológica pionero en España para ofrecer datos estructurados que ayuden a identificar a las personas en situación de riesgo así como a planificar estrategias de prevención, entre otras cuestiones.

Los representantes del COPIB expusieron a Oriol Lafau y Nicole Haber las acciones que el colegio impulsa a todos los niveles para dar visibilidad a un problema de grave impacto social y especialmente para prevenir la conducta suicida en Baleares. Además del trabajo que se desarrolla en el ámbito del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes de las Illes, el COPIB cuenta con un Grupo específico de Investigación, prevención y asistencia de la conducta suicida, y promueve desde el pasado mes de diciembre, con el apoyo de la Obra Social "la Caixa", el Programa de sensibilización para prevenir la conducta suicida en colectivos vulnerables de Mallorca como estudiantes, personas mayores, colectivo LGTBI, mujeres y adolescentes en contacto con la prostitución y víctimas de la trata con fines de explotación sexual, así como profesionales en estrecha relación con los citados grupos.



De izquierda a derecha: Oriol Lafau, Nicole haber, Javier Torres y Mariona Fuster

Al respecto, el decano **Javier Torres** remarcó que "es imperativo trabajar en la prevención porque hasta el momento no se ha abordado de forma adecuada debido a la falta de sensibilización sobre un problema complejo y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello". Los responsables del Observatorio se han mostrado de acuerdo con este argumento y se ha tratado la posibilidad de organizar unas Jornadas de Sensibilización para luchar contra el estigma que rodea al suicidio y la enfermedad mental, desmontando mitos y falsas creencias.

Así mismo, desde el COPIB se ha defendido la importancia de elaborar un documento que reúna todos los recursos de los que dispone la administración y centros conveniados de la comunidad para dar respuesta a los grupos de riesgo, supervivientes del suicidio, familias, etc... Este documento, además de una herramienta informativa de gran utilidad para la ciudadanía, serviría para identificar las fortalezas y debilidades del sistema, permitiendo centrar los esfuerzos allí donde sea más necesario.

Los responsables del Observatorio han expuesto de igual manera las principales líneas de actuación que pretende impulsar el nuevo servicio. Además de favorecer una mayor coordinación entre las instituciones implicadas, ya han comenzado a impartir formación específica dirigida a diferentes colectivos profesionales sobre la detección y manejo del riesgo de suicidio en la población general y grupos de riesgo. Otras medidas que prevé impulsar el órgano que coordina la psicóloga Nicole Haber para tratar de erradicar el suicidio son: la creación de un equipo de ayuda para centros escolares para dar apoyo profesional a iguales de niños y jóvenes que hayan consumado el suicidio y para dar pautas de detección dirigidas a familiares, alumnos y docentes; la limitación del acceso a medios letales evitando —a través de los mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos— la acumulación indebida de medicamentos por parte de pacientes con riesgo suicida; el fomento del adecuado tratamiento (conforme con las directrices de la OMS) de las noticias relacionadas con conductas suicidas y los suicidios por parte de los medios de comunicación.

Tras analizar las distintas acciones, ambas partes se han mostrado favorables a estudiar un posible acuerdo de colaboración para trabajar a nivel de investigación, intervención, prevención y formación del abordaje de la conducta suicida.

RANA Red de Ayuda a Niños Abusados

Así es la terapia para adultos que sufrieron abusos sexuales de niños

M. ANTONIA CANTALLOPS | Palma 18 MAR. 2018 | 13:38



/ PAULINO ORIBE / ARABA PRESS

- RANA presenta los resultados de la terapia psicológica que ofrece a personas adultas que han sufrido abusos en su infancia
- Ahonda también en los problemas de prescripción de estos delitos
- "Mi padrastro me violó, sólo si lo cuento podré seguir con mi vida"

Carmen no tiene dudas. La mejor llamada de su vida fue la que hizo hace siete años a **RANA**. No le resultó nada fácil. Pero después de casi dos décadas buscando ayuda sin éxito para superar los abusos sufridos en la infancia, se armó del valor necesario para marcar esos nueve números en su teléfono que a la larga serían clave para poder reelaborar el puzle de su vida y dejar de sentirse como una pieza que no encaja.

Con gran valentía y como hizo en su día con las **psicólogas de RANA**, esta mujer cuenta su historia y cómo ha sido su paso por la terapia para adultos que han padecido abusos en la infancia, que desde el año 2010 ofrece la Red de Ayuda a Niños Abusados (RANA), ahora con el apoyo de 'la Caixa'.

«Tenía 16 años y después de 11 sufriendo abusos decidí romper el silencio y hablar con mi madre. Me acusó de ser cómplice de los abusos y entonces empecé con un vaivén de visitas a psicólogos y psiquiatras. Yo pedía ayuda pero **nadie estaba dispuesto a atenderme**, a trabajar lo que a mí me había ocurrido», explica.

Envuelta en una espiral de autodestrucción, que la llevó a **caer en el alcohol y la ludopatía**, la mujer tocó fondo al acabar ingresada en el **Hospital Psiquiátrico**. Fue entonces cuando pensó que debía intentar buscar otro tipo de ayuda y decidió contactar con RANA.

«Había oído hablar de ellos y un viernes les escribí un email solicitando ayuda. El lunes a primera hora Beatriz ya me estaba contestando. Me pidió que la llamara y aunque me costó bastante hacerlo, a las pocas semanas la llamé».

Beatriz Benavente y Sonia Cortejarena son las dos psicólogas que están al frente del programa de atención psicológica para personas adultas que han sufrido abusos sexuales en la infancia. Una terapia que surge para dar respuesta a las necesidades de estas víctimas y para la que ambas terapeutas se han formado expresamente. Esa formación especializada les ha posibilitado ofrecer una escucha distinta y saber cuáles son las herramientas que hay que dar a sus pacientes y los caminos que éstos deben seguir durante esta travesía.

«Cuando nuestros usuarios vienen a pedir ayuda, lo hacen en un momento de desesperación. Y es muy importante escuchar aquello que han vivido, por muy horroroso que sea. Al final, lo que buscamos es que puedan salir reforzados. Sabemos que no podemos cambiar la historia, pero sí ayudar a las víctimas para que dejen de sufrir por lo que han vivido», arguye **Beatriz Benavente**, al tiempo que añade que como terapeuta, no hay nada más fantástico que observar que sus pacientes logran salir y ver esa luz que les permite volver a sonreír.

Carmen es una de esas personas que lo ha conseguido. Asegura que desde el primer momento que puso un pie en RANA se sintió acogida y escuchada, lo que supuso toda una liberación para ella. «**RANA significa Red de Ayuda a Niños Abusados** y esta red la vamos tejiendo poco a poco entre todos. Cuando llegué a ella, acababa de perder mi casa, mi negocio y mis hijos. Y ahora lo he recuperado todo», relata.

Terapia

El programa terapéutico que ofrece RANA consta de **diez sesiones individuales y otras seis grupales**. En las individuales, el objetivo principal es la reelaboración de la experiencia traumática. Para ello trabajan sobre el recuerdo y en algunos casos en la recuperación de aquello que ha sido olvidado.

«Se trata de un proceso en el que acompañamos a los pacientes a reconstruir y **resignificar su historia de vida**. Lo más importante es generar un cambio en la posición subjetiva, que les permita pasar de víctimas a colocarse en un lugar activo, emprendedor y con una visión más positiva de la vida. La base de la cura para nosotras es la escucha atenta del terapeuta y la palabra de ambos, terapeuta y paciente. En muchas ocasiones, **el simple hecho de poner en palabras el horror vivido, alivia profundamente**», recalca la psicóloga.

Una vez terminadas las diez sesiones individuales, los beneficiarios del programa siguen con su proceso a través de sesiones grupales, en las que de manera quincenal trabajan emociones como la rabia, la culpa y la vergüenza.

«Entendemos que los tiempos de cada persona son diferentes, así como lo son también las necesidades de afrontar y abordar parte de su historia. Por ello, al acabar la terapia grupal les ofrecemos la incorporación a otro grupo semiabierto, donde continuar el proceso de cura».

Desde mediados del año 2010 que RANA puso en marcha este programa, 286 personas adultas han podido beneficiarse de esta terapia. La mayoría de ellas -el 80%-son mujeres, pero también acuden hombres -un 20%-, si bien a ellos les cuesta más hablar sobre lo sucedido.

«La **mayoría de nuestros usuarios tienen entre 25 y 45 años**, la franja de edad en la que más éxito tiene nuestra terapia. Las personas que acuden en edades muy tempranas están muy cercanas a la vivencia y a veces no tienen la madurez suficiente para elaborar toda la situación. En el caso de personas más mayores, hay secuelas que han estado calando tantos años en su vida que son difíciles de superar», apunta Benavente.

Pescripción

Tan **sólo un 10% de los casos de abuso sexual acaba en denuncia**. El 90% restante queda en el olvido. Y es que, si bien es cierto que la sensibilización ha hecho que cada vez haya más víctimas que piden ayuda, el abuso sexual sigue siendo un tabú en nuestro país y muchas de las personas que lo han padecido, **no consiguen verbalizar lo que han vivido hasta edades adultas, cuando el delito ya ha prescrito**.

¿Por qué el índice de denuncias es tan bajo? Para responder a esta pregunta, Fundación RANA y la doctora Noemí Pereda, profesora titular de Victimología de la Universidad de Barcelona, han elaborado el estudio Abuso sexual infantil, barreras para la denuncia y problemas de prescripción. Las víctimas que han participado en él -todas ellas usuarias de RANA- señalan el miedo y la vergüenza como principales causas.

«Lo que demuestra el estudio es que las víctimas no quieren que estos delitos prescriban porque se encuentran con que las consecuencias del abuso no prescriben. Saber que tu malestar continuará durante toda la vida y que no puedes denunciar al abusador porque ha pasado el tiempo de prescripción, genera una victimización secundaria por parte del sistema», sostiene **Noemí Pereda**.

Pereda también apunta a la necesidad de que el sistema judicial se replantee todo el proceso de denuncia del abuso sexual, con el fin de dar respuesta a la realidad de las víctimas.

«La mayoría de las víctimas no pide endurecimiento de penas, ni venganza, ni odio hacia el agresor. Lo que piden es que el sistema responda, que sea justo e imparcial; que les dé apoyo en sus declaraciones y no ponga en duda todo lo que explican», concluye.