

Boletín de la SEAS

www.ucm.es/info/seas

Número 35. Octubre 2011

Del presidente de la
SEAS:

La revista *Ansiedad y
Estrés* obtiene la
certificación de
excelencia científica por
el FECYT

Artículo:
Fármacos antiestrés

Actividad de las
Comisiones

Boletín de Inscripción
de la SEAS



SUMARIO /

3. Del presidente de la SEAS

7. Artículo:

Fármacos antiestrés

25. Actividad de las Comisiones

35. Reuniones científicas de interés

36. Datos para la derivación de pacientes

37. Boletín de Inscripción a la SEAS

DEL PRESIDENTE DE LA SEAS



Durante los días 6 al 8 de octubre la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) celebró su XVIII Reunión Anual en Madrid y las III Jornadas de Emociones y Bienestar, a la que asistieron más de setecientas personas, entre miembros y colegas interesados en los temas de nuestra especialidad. Los días 6 y 7 se celebraron las III Jornadas sobre “Emociones y Bienestar” en colaboración con la Fundación Mutua Madrileña, en el auditorio que la Fundación tiene en el Paseo de la Castellana, 33. En estas Jornadas pudimos disfrutar de un atractivo programa, con más de cuarenta conferencias, organizado en diferentes mesas de tres o cuatro presentaciones sobre temas tales como “Emociones y psicopatología”, “Emociones y salud”, “Ansiedad, estrés y depresión en Atención Primaria”, “Casos clínicos”, “Psicopatología de las emociones en la infancia y la adolescencia”, “Inteligencia emocional y salud”, “Personalidad, estrés y emociones”, “Maltrato: evaluación e intervención”, “Factores psicosociales y estrés laboral”, “Emociones positivas y salud” o “Emociones positivas e inteligencia emocional”. Además, las cinco sesiones interactivas de trabajos presentados en formato póster que habíamos previsto tuvieron que ampliarse a nueve, para dar cabida a los más de ciento treinta trabajos que fueron aceptados y defendidos por sus autores. Parece pues que las Jornadas sobre Emociones y Bienestar, que se celebran en el marco de la Reunión Anual de la SEAS en Madrid los años impares, se ha convertido

en un importante congreso, si observamos el programa científico y el número de asistentes.

El día 8 las ponencias de las diferentes Comisiones de Trabajo de la SEAS mostraron un buen grado de vitalidad y una excelente madurez. Estas comisiones reúnen a profesionales y científicos interesados en compartir, desarrollar y difundir conocimientos sobre diversas áreas especializadas: "Emociones y Salud", "Ansiedad y Estrés en el Ámbito Educativo", "Estrés Laboral", "Técnicas de Reducción de Ansiedad", "Ansiedad y Estrés en las Adicciones", "Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología", "Estrés Postraumático y Malos Tratos", "Procesos Cognitivos y Emoción" e "Inteligencia Emocional". Además, celebramos nuestra Asamblea anual que apoyó las actividades realizadas a lo largo del año, gestionadas por la Junta Directiva, compuesta por: Antonio Cano Vindel, Presidente; M^a Iciar Iruarrizaga Díez, Vicepresidenta; María Benigna Díaz Ovejero, Secretaria; Silvia Sánchez Zaldívar, Tesorera; Jesús Martín García, Vocal; Francisco Ferre Navarrete, Vocal; Juan Ramos Cejudo, Vocal; y José Martín Salguero Noguera, Vocal.

Tanto las Jornadas como la Reunión Anual tuvieron un carácter abierto a todos los interesados y no se cobró cuota de inscripción, gracias al patrocinio de la Fundación Mutua Madrileña. Estamos de nuevo muy agradecidos por su apoyo, la organización, y la difusión de estos actos, y queremos expresar nuestro agradecimiento al doctor Rafael Enríquez de Salamanca, que nos ha concedido de nuevo esta oportunidad y con quien seguimos colaborando, así como a Lorenzo Cooklin, Director de la Fundación.

Así mismo, queremos señalar que la revista “Ansiedad y Estrés”, órgano de expresión científica de la SEAS, tiene ya índice de impacto en Scopus, con un nivel similar al que obtuvo el año anterior en IN-RECS. Enhorabuena a los autores que publican sus artículos en la revista de la SEAS, por mantener este índice de impacto y les animamos a seguir trabajando por mejorar e incluir esta revista en el Journal Citations Reports del ISI. Además, “Ansiedad y Estrés” ha obtenido la certificación de excelencia científica de acuerdo con el proceso de

evaluación de la FECYT (Fundación Española de Ciencia y Tecnología, <http://recyt.fecyt.es>). Nuestra revista ha superado todas las fases y los criterios rigurosos (incluyendo la puntualidad de su publicación) para ser seleccionada como “excelente”, una distinción que sólo han recibido 40 publicaciones científicas, entre más de 440 revistas españolas que se presentaron a este proceso evaluativo. Esta concesión acarrea el derecho a usar la plataforma de edición automatizada de revistas de la RECYT, lo que puede ser de gran ayuda en la gestión, edición y difusión de los artículos publicados en nuestra revista.

El servidor de información en Internet de la SEAS (www.ucm.es/info/seas) anda por las cuatrocientas ochenta mil entradas y sigue distribuyendo información, disipando dudas de personas que sufren problemas de ansiedad y estrés, o consiguiendo hacer más fácil la información a profesionales, estudiantes, investigadores, etc. Además, el servicio de información y asesoramiento de la SEAS atiende de manera individualizada a personas que sufren problemas de ansiedad y estrés, a través del correo electrónico (seas.cons@psi.ucm.es).

Del 6 al 8 de septiembre del 2012 celebraremos nuestro IX Congreso Internacional de la SEAS, en Valencia, con el patrocinio de la Universidad de Valencia. Estamos muy agradecidos a su Vicerrectora María Vicenta Mestre por concedernos este privilegio que nos permitirá celebrar el congreso del año próximo en las magníficas instalaciones de la Universidad en la calle La Nau, en el centro de Valencia. Esperamos que puedas estar con todos nosotros disfrutando del fin del verano, en un congreso que sabe mezclar trabajo y relax, así como interés científico y profesional con el interés por las relaciones personales entre colegas. Como en los anteriores congresos y reuniones, todos los miembros de la SEAS nos esforzaremos por integrar a los recién llegados, para presentarles a las personas con las que pueden compartir más intereses, o para hacer que se sientan mejor acogidos. En esta ocasión hemos elegido el hotel Astoria como

referencia para todos los congresistas, por su proximidad a la sede y la calidad de sus servicios.

Debemos recordar a todos que hay que enviar los resúmenes de nuestras comunicaciones antes de la fecha límite, para facilitar el trabajo de los compañeros de la organización. Hay de plazo hasta el día 30 de abril, pero no debemos agotar este plazo, para no sobrecargar a la Secretaría del Congreso. Es mejor para todos hacerlo antes, pues no colapsamos la organización, nos garantizamos mejor trato, se subsanan más fácil y rápidamente los errores o faltas, etc. Además, tendremos otro premio: los precios son más baratos, pues siempre hay un precio especial por hacer la inscripción temprana.

Todas las gestiones se podrán hacer a través de la página Web de la SEAS. En ella estará toda la información, así como el Boletín de Inscripción al congreso. Recordad la dirección (www.ucm.es/info/seas) así como la cuenta de correo electrónico para el congreso, cuya dirección es seas.cong@psi.ucm.es.

Recuerda también llevarte bañador, que hay playa a diez minutos, o reservar tiempo para visitar la Ciudad de las Artes y las Ciencias. Esperamos que lo disfrutes y que te resulte del máximo interés.

Un abrazo,

Antonio Cano Vindel
Presidente de la SEAS



ARTÍCULO

FÁRMACOS ANTIESTRÉS

Antonio Cano-Vindel*¹, Esperanza Dongil-Collado** y Cristina M. Wood*

¹Presidente de la SEAS

*Universidad Complutense de Madrid

** Universidad Católica de Valencia

El estrés es un proceso adaptativo que genera una respuesta más rápida, enérgica o ágil a las demandas del ambiente, aumentando la activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, pero frecuentemente puede provocar ansiedad u otras reacciones emocionales negativas, con el consiguiente malestar psicológico (Cano-Vindel, 2011). El 84% de los españoles se ha sentido verdaderamente estresado en algún momento de su vida, mientras que el 28% de los hombres y el 39% de las mujeres se ha sentido estresado muchas veces (O.C.U., 2005). Las causas del estrés más frecuentes en los últimos doce meses fueron: en un 66%, los problemas laborales; seguidos de los problemas familiares, con un 50%; los problemas de salud, con un 31%; importantes acontecimientos vitales, con un 29 %; problemas financieros, con un 27%; presión por el rendimiento escolar, 19%; y el tráfico, con un 12%.

El estrés laboral elevado primero produce una serie de síntomas iniciales (Paoli, 1997), como dolores de espalda, 30%; estrés, 28%; fatiga general, 20%; dolores musculares, 17%; dolores de cabeza, 13%;

irritabilidad, 11%; problemas de visión, 9%; insomnio, 7%; ansiedad, 7%; así como otros síntomas menos frecuentes. Pero a la larga, si perdura, multiplica por dos la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en jóvenes que no padecían previamente estos desórdenes (Melchior et al., 2007), y aumenta la probabilidad de consumir fármacos psicoactivos.



En Europa (Wittchen et al., 2011), los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar de la lista de trastornos mentales comunes (con un 14%), seguidos del insomnio (7%), la depresión mayor (6,9%), los trastornos psicósomáticos (6,3%), los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas (4%). Todos ellos guardan alguna relación con estrés y la gran mayoría de los pacientes con estos trastornos mentales son atendidos por un médico de Atención Primaria (64,2% en el estudio ESEMeD-Europa), por lo que el tipo de tratamiento recibido mayoritariamente es el tratamiento farmacológico (Kovess-Masfety et al., 2007). En España, entre los individuos que sufren algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido en los últimos doce meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35,3% como terapia única y un 29,4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica. Mientras que sólo el 4,5% de pacientes recibió tratamiento psicológico como terapia única (Codony et al., 2007b). Para los trastornos de ansiedad, en nuestro país reciben tratamiento psicológico, como único tratamiento en los últimos doce meses, el 0,9% de las personas que tienen algún trastorno de ansiedad y no reciben ningún tratamiento el 39% de los pacientes que sufren cualquier trastorno de ansiedad (Codony et al., 2007b).

La evidencia científica (NICE, 2011a, 2011b) señala que los tratamientos de elección para los trastornos de ansiedad son las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, mientras que hay evidencia que muestra que el tratamiento farmacológico con tranquilizantes no ha resultado eficaz en un gran número de casos que han seguido este tratamiento durante varios años (a veces varias décadas). El paciente con trastornos de ansiedad necesita para curarse, en primer lugar, una correcta

información sobre lo que le está sucediendo. Pero, el médico de atención primaria no tiene una buena formación sobre trastornos mentales, como lo demuestran los planes de estudio sobre medicina y las encuestas realizadas a los propios médicos, en los que son bajos los porcentajes de estos profesionales que declaran tener una buena formación en este campo. Tampoco tienen tiempo material para transmitir al paciente dicha información, pues ya hace algunos años que la duración media de una consulta era de siete minutos (Seguí Díaz, Linares Pou, Blanco Lopez, Ramos Aleixades, & Torrent Quetglas, 2004) y desde entonces ha empeorado, por el aumento de la presión asistencial, pese a que existe una plataforma de médicos de Atención Primaria que viene reclamando al menos diez minutos. En lugar de información, el paciente con trastornos de ansiedad sale de la consulta de Atención Primaria con la sensación de que no ha tenido mucho tiempo para ser escuchado y con una receta en la mano, donde le prescriben psicofármacos, que no sabe si tomar o no. Se sabe que uno de cada tres pacientes presenta baja adherencia al tratamiento y decide no llegar a la farmacia (Font-Canal et al., 2011).

Los tranquilizantes son eficaces para reducir la sintomatología ansiosa durante unas horas, pero no le enseñan al paciente a pensar de otra manera para dejar de producir estos síntomas. Además, al cabo de un tiempo el organismo se habitúa a estos medicamentos y se reduce considerablemente su efecto. Sin embargo, el problema de estos tranquilizantes no se para ahí, sino que también producen adicción y a algunas personas les resultará muy difícil volver a dejarlos. A esto hay que sumar los efectos secundarios no deseados, tales como, los problemas que se pueden generar al conducir o manejar máquinas peligrosas, mujeres que desean quedarse embarazadas, señoras mayores que se caen y se rompen la cadera (disminuye en siete años su esperanza de vida, sino tienen un buen apoyo social), etc.

El consumo de fármacos antiestrés en España se ha disparado en los últimos años según los datos de la Dirección General de Farmacia, DGF (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010), pero el fenómeno no es nuevo y sigue un ritmo constante. El problema del abuso en el consumo de estos fármacos tiene distintas vertientes (eficacia terapéutica, gasto farmacológico, otros gastos, efectos

secundarios adversos, calidad de vida, etc.): (1) un importante gasto económico (el gasto farmacológico en psicofármacos se duplicó por ejemplo en el periodo 1997-2001); (2) efectos secundarios adversos para la memoria, los problemas de concentración, o el embarazo; (3) aumento del número de accidentes (automóvil, trabajo, caídas en personas mayores –rotura de caderas); (4) el problema de las adicciones (dependencia de tranquilizantes); (5) ineficacia terapéutica (en la literatura científica se puede leer que hay pacientes con trastorno de pánico que tras cuarenta y siete años de consumo de tranquilizantes no han resuelto su problema), que produce cronificación de unos trastornos que se podrían curar con técnicas eficaces, así como una gran pérdida de calidad de vida que se prolonga durante décadas; (6) hiperfrecuentación en las consultas de atención primaria; (7) exceso de pruebas diagnósticas, algunas invasivas e innecesarias; (8) una gran carga económica, en la que hay que sumar no sólo el gasto farmacéutico, sino que la mayor parte adopta la forma de bajas laborales, incapacidad laboral transitoria, discapacidades, jubilaciones anticipadas, etc. Conocemos desde hace años el considerable gasto económico en fármacos ansiolíticos y antidepresivos (el gasto económico en antidepresivos no tricíclicos en el año 2001 alcanzó unos 448 millones de euros; en el año 2002 fue de 526,6 millones de euros, lo que supuso un aumento del 17,5% en un año); el número de envases de tranquilizantes dispensados en el año 2001 fue de casi 35 millones (con un incremento del 259,4% en el periodo 1997-2001), y en el 2002 fue de 36,274 millones de envases (prácticamente un envase por cada español adulto, según cifras de ese año). En el año 2004, el consumo de ansiolíticos (benzodiazepinas) alcanzó la cifra de 38,60 millones de envases, con un gasto de 108,74 millones de euros. Al mismo tiempo, debemos tener en cuenta que todos estos datos se basan en la receta oficial, que supone “sólo” en el mejor de los casos el 80% del consumo.

Según García del Pozo et al. (2004), tras valorar el consumo de tranquilizantes en España, encontraron que el número de Dosis Diarias Definidas (DDD) por cada 1000 habitantes/día alcanzó en 2002 un valor de 62,02, cuando su valor máximo recomendado por el grupo de expertos es de 24 DDD. Es decir, el consumo de dicho año superó en más de un 158% el consumo máximo recomendado. Además, estos autores constataron que el

número de DDD se había incrementado en un 56,2% desde el año 1995, fecha en la que alcanzó un valor de 39,71 DDD, lo que supone un incremento medio anual superior al 7%.

En la población adulta española, la prevalencia de consumo de psicotrópicos es mayor en las mujeres que en los varones. La variable más fuertemente asociada a dicho consumo son los problemas de ansiedad o depresión y la dificultad para dormir (Carrasco, Astasio, & Ortega, 2001). En el área de Atención Primaria de Albacete con una población superior a los 350.000 hab., en el año 2006, se consumieron más de 192.000 envases de antidepresivos (2,76% del consumo total de medicamentos), 340.000 envases de ansiolíticos (4,87%), y 82.000 envases de hipnóticos y sedantes (1,7%). En definitiva, casi un 10% de todos los medicamentos que se consumen tienen que ver con la ansiedad y/o la depresión. Además, solamente los antidepresivos suponen el 5,28% del total del gasto en medicamentos.

Según los datos de la DGF del 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) en España, con receta médica oficial que representa el 68,56% del consumo total de medicamentos sin incluir las de uso hospitalario, se consumieron 42.526.740 envases de derivados de las benzodiazepinas (6,35% más que en el año anterior), 15.389.100 envases de antidepresivos tipo ISRS (6,54% más que el año anterior) y 6.075.070 de otros antidepresivos. Con datos más recientes, en el 2007 (69,03% receta oficial sobre el total) los ansiolíticos consumidos han sido 43.527.860 (2,35% más que el año anterior) y los antidepresivos tipo ISRS 15.767.920 (2,46% más que en el 2006) y 7.301.230 de otros antidepresivos (20,18% más que el año anterior). Es de resaltar los incrementos más fuertes en el subgrupo de otros antidepresivos, en torno al 20% por año en los últimos dos años, siendo el precio por envase de 36,57 euros el más caro de los tres tipos (2,61 euros por envase de benzodiazepinas y 23,94 euros de cada envase de los ISRS). El gasto en antidepresivos, sumando ambos tipos, ascendió a 644,53 millones de euros y junto con los ansiolíticos el gasto total ascendió a 758 millones de euros. Si sumamos los tres grupos y calculamos teniendo en cuenta que la receta médica solo cubre el 69,03% del consumo total obtenemos que en el 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), se consumieron realmente

96,5 millones de envases relacionados con el tratamiento de la ansiedad y depresión, sin tener en cuenta el consumo hospitalario. Teniendo en cuenta que la población española mayor de 18 años el 1 de enero 2008 es de 37.644.314 habitantes, se da un consumo de 2,56 envases por adulto entre ansiolíticos y antidepresivos (1,68 envases de ansiolíticos, 0,61 envases de ISRS y 0,28 de otros antidepresivos). El coste aproximado es de 1.100 millones de euros al año, lo que equivale a un gasto de 29,2 euros por adulto y año. Teniendo en cuenta que según el estudio EsEMED en España un 16% de los adultos consumen este tipo de sustancias, el gasto por paciente es de 182,3 euros en el año 2007. A su vez, este consumo representa el 16,16% de todos los envases consumidos con receta médica de cualquier tipo de fármaco. Por último, en 2.009 el consumo de envases de tranquilizantes (benzodiazepinas) y antidepresivos superó los 74 millones (74.122.080), con receta médica oficial (el 69,11% del consumo), un 29,4% más que en el año 2004 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

No hay muchos estudios sobre el impacto económico de las diferentes enfermedades atendidas en Atención Primaria. En un trabajo realizado sobre los datos de un Centro de Salud de Badalona (Sicras Mainar, 2002) se obtuvo un coste, referido al año 2000, de 304,3 euros por episodio de depresión y/o ansiedad (226,5 para depresión y 77,8 para ansiedad). En este coste se incluyen tanto los costes farmacéuticos (56% del gasto, ó 170,41 euros del año 2000, por episodio) como el resto (personal, mantenimiento instalaciones, pruebas diagnósticas, etc.). La depresión fue el cuarto tipo de enfermedad que más gasto generó en este centro Atención Primaria, con un 4,5% del gasto total. Pero el coste sanitario entra dentro de los costes directos, que sólo representan el 29% de los costes totales de esta enfermedad, pues el 71% se debe a costes indirectos (discapacidad, pérdida de productividad, etc.). Así, a pesar del alto coste farmacéutico en antidepresivos, sabemos que éste supone sólo el 9% del total del coste de la depresión en España hoy en día, que asciende a 5.005 millones de euros al año (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008), unos 3.042 € al año por paciente.

En un estudio hecho mediante el sistema de encuesta en Asturias, se muestra que el 37,9% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria consume psicofármacos. El consumo de estos medicamentos es significativamente superior en las mujeres, en las amas de casa, en los desempleados y en las personas de bajo nivel educativo. Los trastornos de ansiedad, del sueño y los síntomas depresivos son los motivos más frecuentes. El 28% de la muestra cumplía los criterios de dependencia a este tipo de sustancias (Secades et al., 2003).



Por último, en uno de los estudios más importantes realizado en nuestro país (ESEMED-España) con una muestra de 5.743 individuos se encontró que el 16% de la muestra consumió algún fármaco psicotrópico en el último año. Las benzodiazepinas (11,4 %) y los antidepresivos (4,7%) fueron los más consumidos y la combinación más frecuente (1,8 %). Las mujeres tenían un mayor consumo general (OR: 2,1; IC 95 %: 1,7-2,5) y de benzodiazepinas (OR: 2,3; IC 95%: 1,9-2,8), antidepresivos (OR 2,2; IC 95%: 1,6-3,1) y antipsicóticos (OR: 1,9; IC 95%: 1,2-3). La probabilidad de consumo aumentaba con la edad y con la presencia y número de trastornos mentales (Codony et al., 2007a).

¿A qué se debe el incremento continuo del consumo de tranquilizantes y antidepresivos?

Cabe pensar que probablemente obedece a varios factores que pueden interaccionar entre sí.

En primer lugar, está aumentando el estrés laboral percibido por los trabajadores (Almodóvar Molina et al., 2004), el número de personas separadas, o el número de cuidadores informales de personas ancianas con demencia, como indicadores del aumento del estrés general en la sociedad, lo que acarrea un mayor consumo de psicofármacos, tanto en el medio rural como urbano. Muchas personas piensan que quienes viven en un pueblo, en contacto con la naturaleza, deben tener mucho menos estrés que las que

viven en las grandes ciudades, y por lo tanto, deben consumir psicofármacos en mucha menor medida, pero esto no es así, sino que no hay grandes diferencias: el consumo en el medio rural es 14,4% y en las grandes ciudades 17,2% (OR=1,2, [1,0-1,5]).

En segundo lugar, recordemos también que el número de trabajadores que ha acudido al médico por motivos de salud relacionados con el trabajo ha ido aumentando en las distintas ENCT (Almodóvar Molina et al., 2004). Además, con la crisis económica ha aumentado el número de parados, que consumen más psicofármacos que las personas con empleo.

En tercer lugar, en el periodo 1996-2001 casi se duplicaron el número de Incapacidades Laborales Transitorias (ILT) ocasionadas por enfermedades psicopatológicas, pasando en esos cinco años de una tasa de 1,76 por mil habitantes a 3,3 (Araña Suárez, 2008).

En cuarto lugar, hay que analizar los factores económicos, en términos de cuánto gastamos en nuestro país, en qué y si el gasto tiene una relación eficiente con el resultado. España está a la cola de la Unión Europea de los 15 en gasto sanitario por habitante (con 2.099 \$ USA, unos 1.713,5 €), con un número muy reducido de profesionales sanitarios por mil habitantes, lo que implica: consultas masificadas, una duración de las consultas demasiado corta (Deveugele, Derese, van den BrinkMuinen, Bensing, & Maeseneer, 2002), con apenas siete minutos de media, frente a los quince de Bélgica o Suiza, problemas de formación a nivel de salud mental en el personal sanitario (Latorre, López-Torres, Montañés, & Parra, 2005; Latorre et al., 2007), infradiagnóstico y errores diagnósticos de los trastornos mentales en AP, tratamientos farmacológicos inadecuados (el 70,9% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor puro no toman antidepresivos y la mayoría - 51,1%- toman benzodiazepinas), etc. Sin embargo, nuestro país es el cuarto de la OCDE que más gasto farmacéutico tiene, con 517 \$ (422 €) en el año 2005, sólo superado por USA, Canadá y Francia (Casajuana Brunet & Romea Lecumberri, 2009). La valoración del resultado: se despilfarra mucho dinero en un tratamiento que no es eficaz. Por ejemplo, el 61,4% de los pacientes con trastorno depresivo mayor puro consume alguna sustancia psicoactiva, pero sólo el 29,1% toma antidepresivos; otro ejemplo, a nivel europeo, el 52,5% de los pacientes con pánico consume tranquilizantes durante años.

En quinto lugar, curiosamente los psicofármacos que más aumentan son los más caros, probablemente debido a que son los más novedosos (ISRNS), o a que los antidepresivos también se usan para trastornos de ansiedad (tardan más en hacer efecto, pero no generan adicción), o a que la recomendación que se viene haciendo en los últimos años es que se prolongue el tratamiento con antidepresivos durante un año o más, a fin de evitar las recaídas; sin embargo, también seguramente influya la existencia de incentivos comerciales.

En sexto lugar, la demanda de asistencia sanitaria no para de crecer, siendo ya casi cuatro veces mayor en nuestro país (9,5 visitas por habitante) que en Suecia (2,8); sin embargo, Suecia destina un 34,7% más de recursos por habitante (2.828 \$USA) a la sanidad que España (2.099). En nuestro caso, más visitas se traducen en más prescripciones y más consumo farmacéutico, que es más de cuatro veces superior al de Bélgica en psicotrópicos (aunque la prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses es ligeramente superior en Bélgica 9.2% [7.8-10.6] y 12.0% [9.6-14.3]): en España un 16% de la población general consume fármacos psicoactivos, frente al 3,8% de Bélgica; sin embargo, Bélgica dedica a la sanidad un 47,5% más de recursos por habitante (3.095 \$USA) que España, lo que permite que las consultas de Atención Primaria tengan una duración que duplica a las de nuestro país (Deveugele et al., 2002).

En séptimo lugar, el tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad y depresivos en nuestro país es el menos adecuado de los seis países europeos del estudio ESEMeD. Apenas supera el 30% de casos con trastorno mental en los últimos 12 meses que han recibido en ese periodo de tiempo un tratamiento mínimamente adecuado (Fernández et al., 2006), tanto en atención especializada (salud mental, 31,8%) como en Atención Primaria (30,5%); en total un 32,5%, inferior al 55,4% de Holanda, e inferior a la media europea, que es de un 45,8% en los seis países de este estudio (Fernández et al., 2007), 57,4% en atención especializada y 23,3% en AP. Así, se observa que España tiene por ejemplo un gasto en fármacos antidepresivos muy superior al de otros países que tienen prevalencias similares, habiéndose multiplicado por 10 en los últimos 15 años (Casajuana Brunet & Romea Lecumberri, 2009), a pesar de que el consumo de

antidepresivos es bajo en pacientes con trastorno depresivo mayor puro, pero este incremento del consumo de antidepresivos no ha reducido el consumo de tranquilizantes, que también ha crecido.

En octavo lugar, aunque no hay datos de estudios prospectivos, los estudios de encuestas de población de la OMS llevados a cabo en distintos países han encontrado que en las cohortes que están siendo hoy analizadas aparecen muchos más trastornos mentales en los más jóvenes que en los mayores, tanto en el caso de trastornos de ansiedad (OR=3,8 en España), como depresivos (OR=9,6 en España) (Kessler et al., 2007), lo que podría ser indicador de posible aumento de estos trastornos mentales a lo largo del tiempo, lo cuál podría ser a su vez un factor acelerador del consumo de psicofármacos.

En noveno lugar, debemos tener en cuenta el proceso que se sigue en muchos casos (Cano-Vindel, 2003): se observa que cuando una persona comienza a tener reacciones intensas de ansiedad -que pueden dar lugar o no a un trastorno de ansiedad-, la falta de información sobre dichas reacciones puede agravar los síntomas al ser malinterpretados, y si se inicia el consumo de tranquilizantes para disminuirlos (en los últimos tiempos ha aumentado la intolerancia al malestar y la tendencia a combatirlo con psicofármacos, aunque se haya producido por causas naturales, como la muerte de un ser querido), puede llegar a desarrollarse algún trastorno por consumo de tranquilizantes (primero abuso, finalmente dependencia, y si se intenta abandonar el consumo surge el síndrome de abstinencia), siendo muy probable que no se resuelva su problema de ansiedad con este tratamiento -recordemos que (Rubio & López-Ibor, 2007) encontraron que sólo el 5% de los pacientes con trastorno de pánico se curaban con tranquilizantes, tras seguimientos de hasta 47 años-; y cuando el problema no se resuelve, al cabo de un tiempo se cronifica el consumo de tranquilizantes; además, se desarrollan sentimientos de tristeza y desesperanza que tienden a deprimir el estado de ánimo y aumentar también la sintomatología ansiosa.

En décimo lugar, hay que resaltar que las asociaciones de médicos de Atención Primaria señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes crónicos no cumplen las prescripciones del médico, se automedican y

acaparan fármacos (especialmente las personas mayores). Este comportamiento tan poco racional por parte de los pacientes probablemente puede ser explicado, al menos en parte, por factores demográficos como la edad, el nivel educativo, o la educación para la salud, pero muy probablemente ocasiona un mayor gasto farmacéutico. El resultado es que muchas personas en nuestro país llevan, por ejemplo, benzodiazepinas en el bolso e invitan a otros a su consumo, sin tener en cuenta que cualquier fármaco puede producir efectos secundarios no deseados y estos tranquilizantes también, pues por ejemplo aumenta la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico (se estima que un 10% de estos accidentes pueden estar relacionados con el consumo de psicofármacos) o una caída en el caso de una señora mayor, con una mayor probabilidad de romperse la cadera, cuyo riesgo puede incrementarse un 50-60% (Wang, Bohn, Glynn, Mogun, & Avorn, 2001), lo que podría ocasionar una disminución de unos siete años de esperanza de vida, si no se posee un buen apoyo social.

En decimoprimer lugar, el consumo de psicofármacos en Europa (Alonso et al., 2004) aumenta con la edad (OR=3,1 para los mayores de 65 años frente a los jóvenes de 18 a 24; el 18,8% de los mayores ha consumido psicofármacos en el último año, frente al 6,6% de los jóvenes), mientras que la prevalencia de trastornos mentales disminuye con la edad: desde un 13,7% de prevalencia año (trastornos de ansiedad, depresivos, o consumo de alcohol) en los jóvenes, hasta un 5,8% en los mayores (OR=0,39). En España sucede lo mismo e incluso aumentado, las personas mayores son grandes consumidoras de psicofármacos (el 25,9% de los mayores de 65 años ha consumido psicofármacos en el último año; OR=3,5 frente al consumo de los jóvenes de 18-24, que es de un 8,7%), mientras que la probabilidad de padecer un trastorno mental (trastorno de ansiedad, depresivo o consumo de alcohol) es un tercio (OR=0,3) de la prevalencia de los más jóvenes (10,1% frente a 6,6% de los mayores).

En decimosegundo lugar, aunque las personas mayores tienen menos trastornos mentales, sin embargo tienen muchos más desórdenes y síntomas físicos crónicos (ictus, ataque al corazón, enfermedad del corazón, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, úlcera, VIH-sida,

epilepsia, tuberculosis y cáncer) y condiciones de dolor (artritis, problemas de espalda y cuello en los últimos 12 meses, dolores de cabeza intensos o frecuentes en los últimos 12 meses, y/o otros problemas de dolor crónico en los últimos 12 meses) relacionados con ansiedad, estrés y depresión (Scott et al., 2008); así, por ejemplo, en España el 41,3% de la población presenta una condición física o dolor crónicos sin padecer un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, frente a un 2,3% de personas que tienen un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo sin condición física o condición de dolor. En el primer grupo la prevalencia está relacionada con la edad, de manera que aumenta la OR con ella (OR=6,6 para los mayores de 80, años frente a los de 18-34); mientras que en el segundo grupo la OR disminuye con la edad (OR=0,0 para la misma comparación). Por lo tanto, el primer grupo probablemente consumirá más fármacos psicoactivos que el segundo, a pesar de que el primer grupo no tiene trastornos mentales (ni de ansiedad, ni depresivos), mientras que el segundo sí. La razón es que el primer grupo tenderá a tener más edad, más malestar físico (mayor estrés, más problemas para dormir, más dolores en la cama) y más síntomas de ansiedad y depresión, aunque no cumpla los criterios de un trastorno mental; todo lo cual lleva a estas personas a demandar psicofármacos, especialmente para dormir. Dichas condiciones o desórdenes físicos y por dolor pueden ser también aliviados con técnicas de tratamiento psicológico, desarrolladas en un contexto grupal, cuya eficacia ha sido demostrada, pero no hay apenas oferta de este tipo de talleres o intervención en nuestro sistema de salud (Camuñas et al., 2006; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado, & Escalona, 1994; Nieto Pérez et al., 2001; Redondo, Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2005).

En decimotercer lugar, aunque el nivel cultural no está relacionado con el desarrollo de los trastornos mentales más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, o por consumo de alcohol), el consumo de fármacos psicoactivos sí lo está. Así, este consumo es el doble en personas que sólo han estudiado entre 0-4 años (18,9%), frente a lo que estudiaron más de 13 (9% OR=0,5). La falta de información sobre salud, las actitudes y conductas poco saludables, o una concepción de la salud muy medicalizada pueden estar en la base de que las personas mayores y las que tienen menos

estudios tiendan a abusar más de los psicofármacos y a abandonar conductas saludables, como la práctica de ejercicio físico moderado.

En decimocuarto lugar, la actual progresiva informatización del historial clínico del paciente está poniendo de manifiesto que algunas personas mayores están tomando docenas de fármacos (según datos de la DGF el 50% de las personas que fallecen como consecuencia del consumo de fármacos son mayores de 65 años), recetados por distintos especialistas, encontrándose incluso algunos principios activos repetidos, probablemente debido a la sobrecarga del personal sanitario, la falta de tiempo, la presión del paciente, la falta de coordinación entre especialidades, etc. Este problema disminuiría en parte si estos pacientes de edad avanzada estuvieran mayoritariamente tratados por un único especialista médico, el gerontólogo. Además, habría que abordar el problema de la falta de información para la salud, el cambio de actitudes y conductas en pro de hacer un estilo de vida más saludable y menos medicalizado, etc, que debería ser atendido por psicólogos de Atención Primaria.

En decimoquinto lugar, las benzodiazepinas son el tipo de psicofármaco más consumido: el 11,4% de los españoles en el último año (el 8,1% de manera exclusiva), siendo mucho más probable que lo haga una mujer (OR=2,3; [1,9-2,8]). Esto probablemente se debe a su poder adictivo, más psicológico que físico, que lleva a algunos pacientes a sufrir ansiedad incluso por no tener algún envase a su disposición. Pero sin duda existen muchos otros factores que pueden explicar este alto consumo; así, por ejemplo, la gran mayoría de los médicos dicen no conocer este problema de adicción (Latorre et al., 2007); además no existe una relación fuerte entre tipo de trastorno mental padecido y consumo de psicofármacos, de manera que más de la mitad de pacientes con un trastorno depresivo mayor puro consume benzodiazepinas; muchos pacientes con condición física o por dolor, consumen estos fármacos para dormir; etc.

Y, por último, en el estudio ESEMeD-España se encontró (Codony et al., 2007a) que el tipo de tratamiento que se usa para los trastornos mentales es mayoritariamente farmacológico; así, se vio que los pacientes que presentaban algún trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses habían recibido “Sólo tratamiento psicológico” en apenas un 0,9% de los casos,

mientras que “Sólo tratamiento farmacológico” lo había recibido un 33%, y ambos tipos de tratamiento el 27,1%; a su vez, para los trastornos del estado de ánimo las cifras eran similares: 28,7%, 5,8%, y 32,2%, respectivamente. Es decir, en España se sigue apostando por el tratamiento farmacológico, a pesar de que otros países como el Reino Unido, basándose en la evidencia científica, han cambiado ya claramente este modelo puramente biológico hacia un enfoque más psicológico y social, con un mayor peso de lo cognitivo y lo conductual (Calvo & Cano-Vindel, 1997), y en el que las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser no sólo eficaces sino también eficientes (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann & Smits, 2008; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2001; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993).



Los tranquilizantes reducen los síntomas de ansiedad durante unas horas, pero no enseñan a los pacientes a afrontar mejor el estrés, o a manejar su ansiedad. Hoy en día sabemos que la ansiedad, en buena medida, la genera el paciente pensando mal, desarrollando el sesgo atencional centrado en la información

amenazante y el sesgo interpretativo sobre las consecuencias de las amenazas; pero los fármacos no cambian estos sesgos cognitivos, sino que se limitan a reducir sus consecuencias (los síntomas que producen). El efecto es temporal y pronto se produce el fenómeno de la tolerancia, de manera que cada vez necesita consumir dosis mayores para conseguir el mismo efecto. A la larga, el problema de ansiedad no se resuelve, se genera un problema de dependencia, con problemas de abstinencia si se intenta dejar el consumo, como sucede en el caso de las mujeres que desean quedarse embarazadas y están tomando este tipo de fármacos. Sin embargo, el tratamiento psicológico con técnicas cognitivo-conductuales (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood, en prensa) no presenta efectos secundarios, es eficaz y se mantiene la ganancia terapéutica a lo largo del tiempo (Dongil-Collado, 2008; Leal-Carcedo & Cano-Vindel, 2008; Vidal-Fernández, Ramos-Cejudo, & Cano-Vindel, 2008; Wood, 2008).

Referencias

- Almodóvar Molina, A., Nogareda Cuixart, C., Fraile Cantalejo, A., de la Orden Rivera, M. V., Zimmermann Verdejo, M., Villar Fernández, M. F., et al. (2004). *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 55-64.
- Araña Suárez, S. M. (2008). *Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal* (Programa nacional de I+D+I). Madrid: Sociedad Científica ACAP-PSICONDEC.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Calvo, M. G., & Cano-Vindel, A. (1997). The nature of trait anxiety: Cognitive and biological vulnerability. *European Psychologist*, 2, 301-312.
- Camuñas, N., Ojeda, J., Prieto, L., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Miguel-Tobal, J. J. (2006). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas: Implantación de un programa para la reducción de la ansiedad y la depresión. *Revista Lusófona de Ciencias da Mente e do Comportamento*, 8, 239-250.
- Cano-Vindel, A. (2003). El impacto de la ansiedad. *Revista Española de Economía Salud*, 2, 70-72.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (en prensa). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*.
- Carrasco, P., Astasio, P., & Ortega, P. (2001). Factores asociados al consumo de fármacos psicótrópos en la población adulta española. Datos obtenidos a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Medicina Clínica*, 116, 324-329.
- Casajuana Brunet, J., & Romea Lecumberri, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. In V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007a). [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35 Suppl 2, 29-36.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007b). [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35 Suppl 2, 21-28.
- Deveugele, M., Derese, A., van den BrinkMuinen, A., Bensing, J., & Maeseneer, J. D. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *B.M.J.*, 325, 1-6.
- Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.

- Fernández, A., Haro, J. M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Font-Canal, T., Fernandez-San Martin, M. I., Garcia-Lecina, R., Castro Rodriguez, J. I., Oller-Canet, S., Lacasta-Tintorer, D., et al. (2011). ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepressivo. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 39, 288-293.
- García del Pozo, J., de Abajo Iglesias, F. J., Carvajal García-Pando, A., Montero Corominas, D., Madurga Sanz, M., & V., G. d. P. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002) [The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002)]. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 379-387.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C., et al. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Montañés, J., & Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidad de formación de los médicos de atención primaria en salud mental. *Atención Primaria*, 36, 85-92.
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Sánchez-Núñez, T., Serrano, J. P., Montañés, J., & Escobar, F. (2007). Primary care doctors' perception of treatment demand and need for training in drug addiction issues. *Primary Care & Community Psychiatry*, 12, 33-41.
- Leal-Carcedo, L., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I., & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10, 199-216.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2004). Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2003. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28, 121-124.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2005). Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 49-53.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2006). Subgrupos ATC y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2005. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 30, 42-49.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2007). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2006. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 31, 130-135.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2008). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2007.

- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32, 128-131.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2009). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2008. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 33, 120-122.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2010). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 34, 89-92.
- NICE. (2011a). *Common mental health disorders: identification and pathways to care*, from Retrieved, July 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG123>
- NICE. (2011b). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care*, from Retrieved, March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG113>
- Nieto Pérez, M. A., Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., Camuñas, N., Sayalero, M. T., & Blanco, J. M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 7, 247-257.
- O.C.U. (2005). *Casi la mitad de los españoles afirma sufrir estrés a menudo*. Retrieved Recuperado el 17 de agosto de 2009 de, from <http://www.ocu.org/psicologia/casi-la-mitad-de-los-espanoles-afirma-sufrir-estres-a-menudo-s205511.htm>
- Paoli, P. (1997). *II European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pérez Álvarez, M., & Fernández Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. / Finding the kernel: Psychological treatments through the sieve. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Redondo, M. M., Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2005). Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. *EduPsikhé*, 4, 199-217.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J., Jr. (2007). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 22, 80-86.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., et al. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38, 1659-1669.
- Secades, R., Rodríguez-García, E., Valderrey, J., Fernández-Hermida, J., Vallejo, G., & Jiménez-García, J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15, 650-655.
- Seguí Díaz, M., Linares Pou, L., Blanco Lopez, W., Ramos Aleixades, J., & Torrent Quetglas, M. (2004). [Division of time in the consultation with the primary care doctor]. *Atencion Primaria*, 33, 496-502.
- Sicras Mainar, A. (2002). *Impacto económico de las enfermedades y pacientes atendidos en atención primaria. Adaptación de los grupos clínicos ajustados (ACGs) en nuestro medio*. Retrieved Recuperado el 7 de diciembre de 2008 de, from http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1001102-092359/TOL110.pdf
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, A. P. A. (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: American Psychological Association (APA).
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289-303.

- Wang, P. S., Bohn, R. L., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (2001). Hazardous Benzodiazepine Regimens in the Elderly: Effects of Half-Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture. *American Journal of Psychiatry*, 158, 892-898.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.



Antonio Cano Vindel. Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Editor y Director de la revista "Ansiedad y Estrés". Catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.



Esperanza Dongil Collado. Máster en psicología clínica. Profesora de la Universidad Católica de Valencia y psicóloga de la Clínica Universitaria de esta Universidad. Miembro del grupo de investigación "Cognición, Emoción y Salud" de la UCM.



Cristina Mae Wood. Doctora en Psicología y Máster en Intervención en la Ansiedad y el Estrés por la Universidad Complutense de Madrid. Coordinadora de la comisión "Técnicas de reducción de la ansiedad" de la SEAS. Miembro del grupo de investigación "Cognición, Emoción y Salud" de la UCM.

ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES

La SEAS se ha definido siempre por su carácter dinámico; con este fin, desde sus comienzos se crearon distintas Comisiones de Trabajo que, desde la 1ª Reunión Anual de la Sociedad celebrada el 5 de noviembre de 1994 en Segovia, se han ido ampliando progresivamente tanto en número como en sus objetivos de actuación.

El objetivo de las Comisiones es reunir a todos aquellos interesados en ámbitos específicos dentro del amplio marco que supone el campo de la ansiedad y el estrés. Estas Comisiones tienen un carácter abierto y en ellas se han ido integrando una gran parte de los miembros de la Sociedad, fomentando así la relación personal y el contacto profesional con socios que trabajan en tareas afines. Así mismo se enfatizan la formación teórica y práctica a través de la difusión de los trabajos realizados por los propios socios de la Comisión.

Los participantes en las Comisiones se reúnen de forma periódica, marcando la fecha de la futura reunión entre los miembros que acuden a las mismas. Si tenéis interés en formar parte de alguno de los proyectos ya en marcha, o por el contrario traéis ideas nuevas, poneros en contacto con los Coordinadores.

CARTAS DE LAS COMISIONES

Cada seis meses los coordinadores de cada Comisión se dirigen a todos los miembros de la SEAS a través de estas cartas.

"EMOCIONES Y SALUD"

Coordinadoras:
Julia Vidal y Rosario Morales

Queridos compañeros,

Queremos transmitir, siguiendo con el hilo de estas últimas III Jornadas de Emociones y Bienestar, nuestro bienestar y agradecimiento por el interés que suscitó el proyecto de nuestra comisión y las numerosas felicitaciones que recibimos. Es una fuente de emociones positivas poder compartir el trabajo de todos estos meses y que provoque entusiasmo similar al que nuestro grupo de trabajo ha venido teniendo como válvula de oxígeno para acompañar esfuerzos. Gracias por vuestro

refuerzo y feedback alentador a seguir trabajando.

Como os informamos a los asistentes y queremos hacer extensivo a los que no pudisteis acompañarnos, los trípticos de Emociones y Salud, Tabaco, Dolor Crónico, Enfermedad inflamatoria intestinal, Cáncer y Trastornos cardiovasculares, estarán disponibles en nuestra Web y en la del COP de Madrid a partir de Enero, tras los ajustes finales de texto. Contamos con vuestra participación para su difusión para mejorar el bienestar y la salud de la población general y afectada por estas enfermedades

Os invitamos nuevamente a participar en este apasionante trabajo, a estos trípticos seguirán otros y otras acciones que continúen en la línea iniciada con este trabajo de difusión del papel del psicólogo en la Salud. Cada vez más investigaciones nos hablan del papel de las emociones, y aunque se ha demostrado los beneficio de las emociones positivas en la salud, cada vez se nos resalta más la importancia de no tener emociones negativas para estar más saludable. Disponer de esa información es el paso previo para cambiar actitudes en la población. Esta es una gran contribución a la promoción de la Salud y prevención sanitaria.

Y desde este convencimiento y entusiasmo, seguiremos trabajando.

Os informaremos de la fecha de nuestra próxima reunión en breve

Os esperamos y quedamos a vuestra disposición.

Un abrazo para todos

jvidal@areahumana.es
rosario.morales.m@gmail.com

"TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE ANSIEDAD"

Coordinadora:
Cristina Mae Wood

Queridos miembros,

Tras las intensas, interesantes y enriquecedoras Jornadas de Emociones y Bienestar celebradas en Madrid recientemente, me gustaría animar a todos aquellos jóvenes investigadores que quieran presentar trabajos (en formato póster o como comunicación oral) relacionados con esta Comisión en el IX Congreso Internacional de la SEAS, que se celebrará en Valencia del 6 al 8 de septiembre de 2012, a que se pongan en contacto conmigo a través del e-mail wood@psi.ucm.es para ir escogiendo los temas de su interés y perfilando el diseño y los objetivos de dichos trabajos.

Cuando se haya formado un pequeño grupo de miembros interesados, me pondré en contacto con vosotros para fijar la fecha de la próxima reunión en la Facultad de Psicología de la UCM (Campus de Somosaguas). Como siempre, estoy a vuestra disposición para trabajar desde esta Comisión en todos los aspectos de este campo que consideréis oportunos.

Un fuerte abrazo y hasta pronto,

Cristina Mae Wood

"ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO "

Coordinadores:

Fernando Miralles e Isabel Serrano

Queridos compañeros:

Aquí estamos de nuevo bajo los efectos tan potentes que las jornadas de Emoción y Bienestar y la XVIII reunión anual de la SEAS han provocado en nosotros. A saber, un empuje a la motivación para continuar trabajando y para seguir comunicándonos con los compañeros.

Antes de nada, deseamos reiterar nuestro agradecimiento y felicitaciones a Antonio, Itziar y

Rafael por ese modo de hacer las cosas y por la facilidad que tienen para involucrarnos en actividades variadas.

Nos gustaría resaltar también el alto nivel que se ha alcanzado en las comunicaciones de los ponentes. A propósito de ponentes, uno de los miembros de nuestra comisión, Fernando Miralles, presentó un programa multidisciplinar para afrontar los problemas de ansiedad en exámenes y oposiciones.

Se trata de un programa que ha sido aplicado por ahora a una muestra pequeña. La siguiente fase pasaría por la aplicación del mismo a gran escala. Para hacerlo realidad animamos a todos los que trabajen en el ámbito educativo a que se pongan en contacto con Fernando a fin de facilitarles actividades de formación para la posterior aplicación del programa en los diversos centros educativos.

Otra de las vías que estamos trabajando está relacionada con el comportamiento agresivo de niños y niñas. Los resultados obtenidos en nuestros estudios vuelven a demostrar la importancia de la prevención primaria mediante la enseñanza de habilidades sociales y de resolución de problemas y del manejo de procedimientos del control del comportamiento en padres y maestros. Es ésta otra de las vías de formación que ofrecemos a los profesionales de la educación.

Un último aspecto que nos gustaría señalar aquí: nuestra comisión va creciendo en número lentamente. Por ello os invitamos de nuevo a participar activamente y a que informéis de su existencia a todos aquellos que pudieran estar interesados en los temas que os hemos contado.

Un fuerte abrazo para todos,

Fernando Miralles
Isabel Serrano

"ESTRÉS LABORAL "

Coordinadores:

Jesús Martín García y Lourdes Luceño Moreno

Continuando con las actividades que presentábamos en el boletín anterior, os contamos a continuación los avances y publicaciones conseguidos a raíz del esfuerzo que esta comisión realiza, junto con todas las personas que participan en ella, y la apoyan de forma incondicional.

En las III Jornadas de Emociones y Bienestar, (2011), expusimos las conclusiones de las últimas investigaciones sobre "riesgos psicosociales y enfermedad", llevadas a cabo por los coordinadores de esta comisión. En la XVIII Reunión Anual de la Sociedad Española para el Estudio

de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Marta Aparicio, miembro de esta comisión, presentó los resultados de su investigación sobre ansiedad y género en trabajadores y trabajadoras de la Comunidad de Madrid.

Actualmente desde la comisión se están llevando a cabo la dirección de numerosas tesis doctorales, destacando la de Beatriz Valderrama sobre la construcción de un cuestionario de motivación; la tesis sobre estrés aculturativo que realiza Arina Gruía, y la tesis titulada "riesgos psicosociales y ansiedad" realizada por Carmen Hurtado de Mendoza.

Recientemente se está poniendo en marcha por parte de TEA y nuestro equipo investigador la adaptación del cuestionario DECORE a otros países, como son Portugal, Alemania y Reino Unido. Además, estamos realizando un macro estudio con personal sanitario, utilizando para ello nuestro cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales, el cuestionario DECORE. También destacar las investigaciones, dirigidas por Marian Jaén, con el Cuestionario DECORE en población Mexicana, resultados que serán publicados en breve.

En relación a los miembros más jóvenes de la comisión, destacar las publicaciones de Delia Majarín en la revista Cuadernos de Seguridad con los títulos: "el estrés en los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado" y "trabajo nocturno: cómo mejorar el rendimiento y la salud"

Andamos codo con codo trabajando con algunas empresas del sector de seguros, muy concienciadas con la importancia del riesgo psicosocial. En este sentido estamos diseñando programas de formación con algunas de ellas.

Para finalizar, y como siempre animamos a todos a colaborar con esta comisión, dando desde aquí la bienvenida a todos aquellos que se incorporan a nuestro equipo de investigación.

**"PSICOBIOLOGÍA,
FARMACOLOGÍA Y
NEUROPSICOLOGÍA"**

Coordinadora:
Itziar Iruarrizaga

Queridos miembros de la SEAS:

Pasados unos días tras la celebración de las "III Jornadas Emociones y Bienestar" y la "XVIII Reunión Anual de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS" me dirijo a vosotros una vez más para mostraros nuestro más profundo agradecimiento por vuestro trabajo, y por vuestra amistad y simpatía, para aportar un breve resumen de las mismas, para instaros a participar en el IX Congreso Internacional de la SEAS, a celebrar en

Valencia del 6 al 8 de septiembre del año 2012, y para dedicaros unas palabras sobre la Comisión "Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología".

Hemos recibido muchísimas felicitaciones por la calidad del programa científico, de las presentaciones de los ponentes y de su calidez humana, y de la organización, felicitaciones que, sin duda, os tenemos que transmitir y devolver porque ha sido posible gracias a vuestro trabajo y calidez humana, tanto de ponentes, de coordinadores como de asistentes. En ellas han colaborado ponentes y moderadores procedentes de 22 universidades diferentes y más de 15 asociaciones o instituciones diferentes, privadas y públicas. Que vaya por vosotros nuestro agradecimiento y nuestra más sincera enhorabuena.

En las "II Jornadas Emociones y Bienestar" se presentaron un total de 46 trabajos orales distribuidos en 12 mesas en las que se abordaron diferentes tópicos relativos a las emociones y el bienestar tanto desde una perspectiva de investigación básica como clínica, desde su evaluación y desde diferentes abordajes terapéuticos, Emociones y psicopatología, Emociones y Salud, Ansiedad, estrés y depresión en Atención Primaria, Casos Clínicos, Psicopatología de las emociones en la infancia y la adolescencia, Inteligencia

emocional y salud, Personalidad, estrés y emociones, Maltrato, evaluación e intervención, Ansiedad, estrés y depresión en Atención Primaria II, Factores psicosociales y estrés laboral, Emociones positivas y salud, y Emociones y calidad de vida en la vejez.

Otro año más, la Fundación Mutua Madrileña tuvo la amabilidad de invitar a la Sociedad Española de la Ansiedad y el Estrés-SEAS a organizar bajo su patrocinio, y coincidiendo con las III Jornadas de Emociones y Bienestar, la XVIII Reunión Anual de la SEAS. En ella se presentaron 9 trabajos procedentes de las diferentes Comisiones que integran la SEAS, así como una breve presentación de las actividades de cada Comisión realizada por el/los Coordinadores de la misma y Moderadores de la sesión. Las Comisiones de la SEAS que participaron en este foro fueron: Emociones y Salud, Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología, Estrés Postraumático y malos tratos, Ansiedad y estrés en el ámbito educativo, Ansiedad y estrés en las adicciones, Estrés laboral, Técnicas de reducción de ansiedad, Procesos cognitivos y emoción e Inteligencia Emocional.

A lo largo de estos tres días, intercaladamente a las sesiones orales, se celebraron 5 sesiones de póster en las que se presentaron un total de 135 trabajos procedentes de diferentes países. Estas 5 sesiones de

póster se centraron en los siguientes tópicos: Estrés y emociones en los ámbitos laboral y educativo, Evaluación, emociones y bienestar, Psicopatología, emociones y bienestar, Emociones, salud y afrontamiento, e Intervención, Emociones y afrontamiento.

Contentos por el alto grado de difusión que este evento científico ha alcanzado a través de los medios de comunicación social y de los centros universitarios y profesionales especializados, creemos que este es el momento para animaros a participar de forma activa en nuestra Sociedad y a presentar vuestros trabajos, y de las personas que componen vuestros equipos y grupos de investigación, en nuestro próximo IX Congreso Internacional de la SEAS que, en esta ocasión, se celebrará del 6 al 8 de septiembre de 2012 en una moderna y bonita ciudad: Valencia.

Centrándonos en nuestra Comisión, "Psicobiología, Farmacología y Neuropsicología", señalar a todas las personas que no nos conocen y que desean animarse a participar en la misma que a lo largo de estos años hemos tocado muy diversos temas, a saber, neuropsicología del alcoholismo, del daño cerebral traumático, síndrome amnésico inducido por benzodiazepinas, trastornos cardiovasculares y obesidad, emocionalidad negativa y obesidad mórbida, tratamiento farmacológico

del dolor, ira y daño cerebral traumático, cocaína y alteraciones neurocognitivas y emocionales, sesgos cognitivos en el trastorno obsesivo-compulsivo, tratamiento del tabaquismo, alteraciones emocionales y neuropsicológicas en el trastorno obsesivo-compulsivo, efectos de los psicofármacos en la conducción, y efectos del consumo de alcohol y/o cannabis en la conducción entre otros, y estamos abiertos a todos aquéllos temas que se propongan en el seno de la Comisión. Antes de convocar la próxima reunión de la comisión vamos a dejar unos días a todas aquéllas personas que quieran acercarse por primera vez a nuestra comisión para que les de tiempo a ponerse en contacto con nosotros (iciariru@psi.ucm.es) y puedan participar en la misma.

Nada más que reiteraros nuestro reconocimiento y agradecimiento hacia todos vosotros y enviaros un beso grande en nombre de todos los miembros de la Comisión y en el mío propio.

Dra. Itziar Iruarrizaga
Vicepresidenta de la SEAS
Co-Organizadora de las Jornadas y
Reunión Anual de la SEAS

“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y MALOS TRATOS”

Coordinadores:

Victoria Noguero
Esperanza Dongil

Queridos amigos y miembros de la SEAS:

Tras la vuelta a casa y después de haber disfrutado de las magníficas Jornadas de Emociones y Bienestar y la Reunión Anual, retomamos el trabajo con gran ilusión.

De entre todas las comunicaciones presentadas me gustaría destacar el excepcional trabajo de nuestra compañera, amiga y coordinadora de esta comisión Victoria Noguero, que nos conmovió a todos con su exposición sobre un caso de abuso infantil y nos hizo sentirnos orgullosos del ejercicio de nuestra profesión, convirtiéndose en el trabajo más comentado y emotivo de las Jornadas.

Quiero destacar también la calidad del programa y los conferenciantes, así como los brillantes trabajos de nuestros compañeros de las distintas comisiones.

Por esta razón quiero animar a todos aquellos interesados en participar en esta comisión sobre Estrés Posttraumático y Malos Tratos, a que nos enviéis vuestras propuestas,

inquietudes e intereses y por supuesto vuestra experiencia y conocimientos.

Os informo también de que la próxima reunión de la comisión se celebrará probablemente el 21 de Marzo en Bilbao. Todos aquellos que estéis interesados en asistir poneros en contacto conmigo a través de la siguiente dirección:

espedongil@gmail.com

Celebrar la reunión en Bilbao tiene el problema de que ya no vamos a querer celebrarla en otro sitio..., pero lo asumimos encantados.

Un abrazo a todos y hasta pronto

espedongil@gmail.com

“INTELIGENCIA EMOCIONAL”

Coordinadores:

Martín Salguero Noguera y Pablo
Fernández-Berrocal

Queridos miembros de la SEAS,

En los últimos meses han tenido lugar diferentes eventos científicos relacionados con la Inteligencia Emocional en los que hemos tenido la oportunidad de ponernos al día de los últimos avances en la investigación tanto básica como aplicada sobre este campo de estudio.

Del 8 al 10 de Septiembre se celebró el III Congreso Internacional de Inteligencia Emocional en Opatija, Croacia, donde tuvimos la ocasión de reencontrarnos con muchas personas interesadas en el estudio y avance de la IE y de escuchar a figuras destacadas como Peter Salovey, Marc Brackett o Lisa Feldman Barrett. Además, pudimos conocer el lugar en que se celebrará la cuarta edición del Congreso Internacional de IE, que será en Manhattan (Nueva York) en 2013. Os tendremos al día.

Por otra parte, del 5 al 7 de Octubre tuvo lugar en Mérida el Congreso de Inteligencia Emocional, destinado a la educación, y donde se compartieron las diferentes experiencias e investigaciones sobre educación socio-emocional que se están llevando a cabo en nuestro país en este momento. En esta misma línea, en las pasadas Jornadas de Emociones y Bienestar, además de dos conferencias destinadas a la IE, tuvimos ocasión de escuchar la conferencia de la profesora Desireé Ruiz Aranda, del laboratorio de emociones de la Universidad de Málaga (<http://emotional.intelligence.uma.es>), quien nos mostró los efectos positivos del Proyecto Intemo, un programa de educación socio-emocional destinado a estudiantes de secundaria, sobre la salud mental de los adolescentes.

Por otra parte, nos es grato anunciaros que a principios de 2012

será publicado un monográfico sobre Inteligencia Emocional en la revista Psicología Conductual, en el cual se reunirán un buen número de trabajos acerca de los últimos avances en el campo, tanto a nivel nacional como internacional.

Como siempre, animamos a los miembros de la SEAS que deseen obtener información sobre IE, compartir sus líneas de trabajo e investigación....., a que se pongan en contacto con nosotros. Para ello tan sólo deben escribir y dejar su e-mail en la dirección de correo que aparece al final del texto.

Un cordial saludo,

jmsalguero@uma.es

“PROCESOS COGNITIVOS Y EMOCIÓN”

Coordinadores:

Juan Ramos Cejudo y Martín Salguero Noguera

Queridos amigos,

Este año las III Jornadas de Emociones y Bienestar han sido todo un éxito y prueba de ello, son las felicitaciones que hemos recibido los coordinadores de las diferentes

comisiones de trabajo de la SEAS. En particular, un gran número de personas se han acercado a felicitarnos por el trabajo realizado desde nuestra comisión. La adaptación a la población española del Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) no hubiera sido posible sin la ayuda de muchos de vosotros. Estamos preparando el artículo que dentro de poco saldrá publicado, de modo que en breve podremos hacer uso del mismo en el ámbito clínico y en el de la investigación básica. Muchas gracias por vuestra inestimable ayuda.

Como bien sabéis, el trabajo de esta comisión se viene desarrollando en dos líneas principales de actuación. La primera, la creación de un espacio común donde expertos en procesos cognitivos y emoción puedan exponer sus últimos trabajos basados en investigación experimental. La segunda, la validación a la población española del modelo metacognitivo para los trastornos de ansiedad, con la colaboración de Adrian Wells, PhD (Department of Clinical Psychology, Manchester University).

Estamos preparando una reunión de la comisión muy especial. En ella tendremos la posibilidad de reunir a diferentes expertos en cognición y emoción, tanto desde una perspectiva básica, como desde una perspectiva clínica. Tendremos varios ponentes y se celebrarán en un mismo día en la

Facultad de Psicología (UCM). En cuanto tengamos cerrado el programa y la fecha exacta, os lo haremos llegar por vía e-mail.

Además, tendremos una comida para todos aquellos que estéis interesados en brindar con nosotros sobre futuros proyectos, en la que rogamos, confirméis asistencia en juanramoscejudo@psi.ucm.es

Sin más, nos despedimos con ganas de veros a todos en la próxima reunión de la comisión en Madrid.

Un fuerte abrazo,

Juan Ramos y Martín Salguero
juan-ramos@cop.es

REUNIONES CIENTÍFICAS

30th International Congress of Psychology

Lugar: Cape Town (South África)

Fecha: 22-27 Julio 2012

Organización:

National Research Foundation, Psychological Society of South Africa, Union of Psychological Science (IUPsyS)

Información:

E-Mail:

secretariacongreso@aepec.es

Web: <http://www.icp2012.com>

13th European Congress of Psychology (ECP 2013)

Fecha: 9 al 12 de Julio de 2013

Ciudad: Estocolmo (Suiza)

Organización: European Federation of Psychologists' Associations (EFPA).

Información:

Web:

<http://www.ecp2013.sp>

VII SIMPOSIO DE LA ASOCIACIÓN DE MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN

Lugar: Cádiz (España)

Fecha: 24-26 Mayo 2012

Organización:

Asociación de Motivación y Emoción

Información:

Web:

<http://www.ame.com.es>

IX Congreso Internacional de la SEAS

Lugar: Valencia (España)

Fecha: 6-8 Septiembre 2012

Información:

Teléfono: (34) 91 394 31 11

Fax: (34) 91 394 31 89

E-Mail: seas.cong@psi.ucm.es

Web: <http://www.ucm.es/info/seas>

SI TIENE USTED CONSULTA Y DESEA QUE LE REMITAMOS PACIENTES, POR FAVOR ENVÍENOS LOS SIGUIENTES DATOS

(Sólo para miembros de la SEAS)

Nombre: _____

Apellidos: _____

Denominación y domicilio del

Centro: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Horario de atención: _____

Especialidades:

Adultos () Adolescentes () Niños ()

Áreas de intervención:

*** Adjuntar Currículum

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN LA S.E.A.S.

EJEMPLAR PARA ENVIAR A:

Sociedad Española para el Estudio
de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)
Facultad de Psicología. Buzón 23
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid



Nombre y apellidos:.....
N.I.F.:.....Calle/Plaza:.....C.P.:.....Ciudad:.....
Provincia:.....Tlfs.:..... Fax:.....
E-Mail:.....

La cuota anual es de 92 Euros.

CUPÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Titular de la cuenta:.....
Banco o Caja de ahorros:..... Agencia nº:.....
Domicilio:.....C.P.:.....Ciudad:.....
Provincia:.....

Fecha (para banco):

Firma (indispensable):

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente, y hasta nuevo aviso,
adeuden en mi c.c./libreta antes citada los recibos de
D./Dª.....

..presentados por la Sociedad Española para el Estudio de la
Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.)

Libreta o c.c. nº: ____-____-____-____
clave entidad oficina D.C. nº de cuenta

TARJETA VISA

Tarjeta nº : _____

Fecha de caducidad (final de: mes y año): ____/____

**Los Socios de la S.E.A.S. reciben gratuitamente
y sin cargo alguno la revista *Ansiedad y Estrés***

**SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA
ANSIEDAD Y EL ESTRÉS**

www.ucm.es/info/seas



Presidente

Antonio Cano Vindel

Vocales

Juan Ramos Cejudo

Jesús Martín García

Francisco Ferre Navarrete

Martín Salguero Noguera

Vicepresidenta

Itziar Iruarrizaga Díez

Secretaria

María Benigna Díaz Ovejero

Tesorera

Silvia Sánchez Zaldívar