

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

CUARTA EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA



TESTS PARA EVALUAR ADOLESCENTES INFRACTORES - LA ADICCIÓN NO ES ENFERMEDAD CEREBRAL - VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL - MITOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA - FELICIDAD EN EL TRABAJO - MUSICOTERAPIA EN TRASTORNO AUTISTA

Centro
de Psicología



Bertrand Russell

TERAPIA | FORMACIÓN | INVESTIGACIÓN

MÁSTERS Y CURSOS

Máster Online y Semipresencial

CON POSIBILIDAD DE
PRACTICAS PRESENCIALES

Las clases online serán el
visionado de las clases del
máster presencial.

CASOS CLINICOS, SESIONES
CLÍNICAS, VIDEOS, TALLERES
PRÁCTICOS DE HABILIDADES
DEL TERAPEUTA, ETC.

Máster 1 AÑO presencial en Terapia Cognitivo Conductual

400h. Mínimo
GRUPOS OPCIONALES
DE MAÑANA Y TARDE
OCTUBRE 2016-JUNIO 2017

Cursos de Experto

MÓDULOS DE ANSIEDAD,
DEPRESIÓN, TRASTORNOS
DE ALIMENTACIÓN, PAREJA,
DISFUNCIONES SEXUALES Y
TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD.

Módulos de prácticas

ENTRENAMIENTO EN
REESTRUCTURACION
COGNITIVA, APLICACIÓN DE
TECNICAS EN DISTINTOS
TRASTORNOS,
ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES DEL
TERAPEUTA, VIDEOS
DE SESIONES REALES,
PRESENTACIÓN DE CASOS
REALES POR SU TERAPEUTA,
CONCEPTUALIZACIÓN DE
CASOS, ROLE-PLAYING
DE SITUACIONES DE
DIFICULTAD, SUPERVISIÓN
DE CASOS, ETC.

Información

C/ Marqués de Cubas 6. 1ºDcha. 28014 Madrid T. 91 548 24 95/ 15 77 M. 610 74 29 05

administración@centrodepsicologiarussell.com

www.centrodepsicologiarussell.com

Ámbito: Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista científico-profesional, cuyo objetivo es publicar revisiones, meta-análisis, soluciones, descubrimientos, guías, experiencias y métodos de utilidad para abordar problemas y cuestiones que surgen en la práctica profesional de cualquier área de la psicología. Se ofrece también como foro para contrastar opiniones y fomentar el debate sobre enfoques o cuestiones que suscitan controversia. Los autores pueden ser académicos o profesionales, y se incluyen tanto trabajos por invitación o recibidos de manera tradicional. Todas las decisiones se toman mediante un proceso de revisión anónimo y riguroso, con el fin de asegurar que los trabajos reflejan los planteamientos y las aplicaciones prácticas más novedosas.

Scope: Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers is a scientist-practitioner journal, whose goal is to offer reviews, meta-analyses, solutions, insights, guidelines, lessons learned, and methods for addressing the problems and issues that arise for practitioners of every area of psychology. It also offers a forum to provide contrasting opinions and to foster thoughtful debate about controversial approaches and issues. Authors are academics or practitioners, and we include invited as well as traditional submissions. All decisions are made via anonymous and rigorous peer review process, to ensure that all material reflects state-of-the-art thinking and practices.

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

- 82.** Cuarta evaluación de tests editados en España: Forma y fondo
Paula Elosua y Kurt. F. Geisinger
- 89.** Tests psicológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores
Lorena Wenger y Antonio Andres-Pueyo
- 107.** Tests forenses en español para evaluar adolescentes infractores
Lorena Wenger y Antonio Andres-Pueyo
- 118.** La adicción "no" es una enfermedad cerebral
Elisardo Becoña
- 126.** ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España
Noemí Pereda
- 134.** Mitos de la Psicología Positiva: Maniobras engañosas y pseudociencia
Luis Fernández-Ríos y Manuel Vilariño
- 143.** Felicidad en el trabajo
Salvatore Moccia
- 152.** Efectividad de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista: Estudio de revisión
Marta Calleja-Bautista, Pilar Sanz-Cervera y Raúl Tárraga-Mínguez

Articles

- 82.** Fourth review of tests published in Spain: Form and content
Paula Elosua and Kurt. F. Geisinger
- 89.** Personality and clinical tests in Spanish for assessing juvenile offenders
Lorena Wenger and Antonio Andres-Pueyo
- 107.** Forensic tests in Spanish for assessing juvenile offenders
Lorena Wenger and Antonio Andres-Pueyo
- 118.** Addiction is not a brain disease
Elisardo Becoña
- 126.** One in five?: Child sexual victimisation in Spain
Noemí Pereda
- 134.** Myths of Positive Psychology: Deceptive manoeuvres and pseudoscience
Luis Fernández-Ríos and Manuel Vilariño
- 143.** Happiness at work
Salvatore Moccia
- 152.** The effectiveness of music therapy in autism spectrum disorder: A literature review
Marta Calleja-Bautista, Pilar Sanz-Cervera and Raúl Tárraga-Mínguez

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados / Associated Editors

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo editorial / Editorial Committee

Francisco Santolaya Ochando, Fernando Chacón Fuertes, Josep Vilajoana i Celaya, Manuel Mariano Vera Martínez, Alfredo Fernández Herrero, Francisco Sánchez Eizaguirre, Manuel Berdullas Temes, M^a José Catalán Frías, José Ramón Fernández Hermida, Lorenzo Gil Hernández, Dolores Gómez Castillo, M^a Isabel Martínez Díaz de Zugazua, Rodolfo Ramos Álvarez, Rosa M^a Redondo Granada, Francisco Javier Torres Ailhaud, Ramón Jesús Vilalta Suárez, Rosa Álvarez Prada y Ana M^a Sánchez Alias

Consejo asesor / Advisory Board

Isaac Amigo, Pilar Arránz Carrillo de Albornoz, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Elisardo Becoña, Carmen Bragado, Gualberto Buela, Fernando Calvo, Antonio Cano, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, Helio Carpintero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, María Crespo, Carmen del Río, Rocío Fernández Ballesteros, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, María Paz García Vera, Jesús Gómez Amor, Julio Antonio González García, Florencio Jiménez Burillo, Francisco Javier Labrador, Araceli Maciá, Emiliano Martín, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Marino Pérez Álvarez, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Rodolfo Ramos Álvarez, Jesús Rodríguez Marin, Miguel Ángel Vallejo y Oscar Vallina Fernández.

Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad / Management and advertising

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.

28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15

E-mail: papeles@cop.es

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Impresión / Printed by

Huna comunicación

Avda. Somosierra, 12, Nave 13

28703 S.S. de los Reyes - Madrid

De este número 2 del Vol. 37 de Papeles del Psicólogo se han editado 68.900 ejemplares.

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de la Psicología de España.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos PsycINFO, Psycodoc y del ISOC (Psedisc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc, IBECs, EBSCO y Dialnet; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España: <http://www.cop.es>



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA

CUARTA EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA: FORMA Y FONDO

FOURTH REVIEW OF TESTS PUBLISHED IN SPAIN: FORM AND CONTENT

Paula Elosua¹ y Kurt. F. Geisinger²

¹Universidad del País Vasco. ²Buros Center for Testing

La evaluación de tests y divulgación de las memorias resultantes se ha implantando en el panorama internacional con el claro objetivo de mejorar el uso de los tests, y con ello la práctica profesional. Se trata de una herramienta que ofrece al usuario de tests una revisión independiente sujeta a procedimientos y criterios definidos. En España se han llevado a cabo cuatro ediciones del proyecto de evaluación liderado por el Consejo General de la Psicología (COP). Básicamente existen dos modelos de evaluación de tests, el modelo Buros y el modelo de la European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), utilizado por el COP. Ambos, comparten objetivos y contenido, y excluyendo varias cuestiones de formato y gestión, el fondo en ambos modelos es el mismo. En este trabajo se ofrecen los resultados de la cuarta edición del proyecto de evaluación de tests del COP adecuándolos a las pautas generales que sigue un procedimiento de evaluación de tests, y mostrando los puntos críticos en cada fase del proceso.

Palabras clave: Tests, Uso de tests, Evaluación de tests, Psicometría.

Assessing the quality of tests and disseminating the test results has been implemented in the international arena with the aim of improving testing and professional practice. Assessing tests provides users with an independent review, which follows clearly defined procedures and criteria. In Spain, the Spanish Association of Psychology (COP) leads the "test evaluation" project, which has recently completed its fourth edition. Basically, there are two primary assessment models; the Buros model and the European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) model, which has been adopted by the COP. The two models share the same objectives and content; excluding the evaluation format and the management system, they are similar in essence. In this paper, we present the results of the fourth edition of the Spanish test evaluation program following the general guidelines for assessing the quality of tests, and we explain the critical points affecting each phase of the process.

Key words: Tests, Tests use, Assessing tests quality, Psychometrics.

La evaluación de tests y divulgación de las memorias resultantes se ha implantando en el panorama internacional con el claro objetivo de mejorar el uso de los tests, y con ello la práctica profesional. En nuestro entorno el recurso fue implementado por la Comisión de Tests del Consejo General de la Psicología el año 2010 (Muñiz et. al., 2011), y con la publicación de este trabajo se han consolidado ya cuatro ediciones (Ponsoda y Hontangas, 2013; Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2014) de una valiosa herramienta profesional cuyos aspectos formales, procedimentales y de contenido más destacados examinaremos.

Básicamente existen dos modelos de evaluación de tests; el modelo propuesto por la *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA) (Evers et al., 2013), que es el adoptado por el Consejo General de la Psicología de España (COP), y el modelo americano cuyo máximo exponente es Buros (Carlson y Geisinger, 2012). Un análisis del contenido y procesos seguidos por uno y por otro, revela que si bien utilizan formatos de evaluación diferentes,

las afinidades entre ellos son mayores que las divergencias. Ambos comparten la intención y el punto de partida: la publicación de revisiones independientes sujetas a procedimientos bien definidos y criterios científicos suponen un impulso en el proceso continuo de mejora en la construcción/edición/uso de tests.

El procedimiento general de evaluación podría sintetizarse en 5 etapas: (a) elección de los tests a revisar; (b) identificación de revisores; (c) evaluación del test; (d) revisión y edición; y (e) comentarios de la editorial y memoria final. Cada una de ellas es relevante en el resultado final, y sobre cada una, penden amenazas que hay que controlar para garantizar la calidad de la memoria final, y con ello, que la evaluación cumpla con los objetivos perseguidos.

Antes de revisar los modelos evaluativos de tests, cabría recordar las diferencias estructurales entre los órganos que los gestionan. Buros es una organización independiente sin ánimo de lucro perteneciente a la Universidad de Nebraska, en la que trabajan 12 personas y cuenta con 8 post-graduados colaboradores. El proceso de revisión español descansa sobre un coordinador general nombrado al efecto por la Comisión de Tests del

Correspondencia: Paula Elosua. Facultad de Psicología. Av. Tolosa, 70. 20080 San Sebastian. España.

E-mail: paula.elosua@ehu.es



COP. El coordinador se encarga de la gestión administrativa y científica, si bien cuenta para la primera tarea con el apoyo del COP, y tiene libertad para nombrar un equipo de colaboradores que le asistan.

Buros tiene una dilatada experiencia en la evaluación de tests que se inició el año 1938 con la publicación del primer *Mental Measurement Yearbook* (MMY, Buros, 1938). Los MMY son compendios que recogen las memorias de evaluación de los tests que han sido gestionadas por este instituto. Hasta la fecha se han publicado 19 volúmenes, en los que se han revisado aproximadamente 10500 tests. BUROS edita además dos volúmenes relacionados con la evaluación de tests que se comercializan con los títulos *Tests in Print* (TIP) y *Pruebas Publicadas en Español* (PPE; Schlueter, Carlson, Geisinger, y Murphy, 2013). Son obras con un formato enciclopédico en las que se ofrecen listados descriptivos de tests disponibles en el mercado. El incremento de la población hispanohablante en los Estados Unidos impulsó la creación y publicación de PPE. El volumen recoge información sobre tests disponibles en los Estados Unidos que están íntegramente publicados en español o que aportan algún componente en este idioma. La edición actual incluye 422 entradas organizadas alfabéticamente por el nombre del test (Carlson y Gonzalez, 2015).

ELECCIÓN DE LOS TESTS A REVISAR

La elección de los tests a evaluar se inicia de forma general, con la solicitud de revisión por parte de los editores. En España, las peticiones se tramitan a través de la Comisión de Tests del Consejo General de la Psicología (COP) (ver tabla 1; tests revisados en la 4ª edición), que en la actualidad cuenta entre sus miembros con representantes de 3 editoriales. En Buros las peticiones se dirigen directamente a sus oficinas en la Universidad de Nebraska. Este instituto somete las solicitudes recibidas a un primer cribado con el objetivo de comprobar que los tests cumplen ciertas condiciones generales, entre las que se encuentran, (a) aportar datos psicométricos; (b) disponer de un manual de administración/corrección/interpretación; y (c) presentar un manual técnico. Sin estos requisitos los tests no se evalúan. La consecuencia directa de esta obligación es que los tests no comercializados no entran dentro del proceso de revisión. En España la comisión de tests tiene potestad para proponer la revisión de tests no comercializados. De hecho durante la segunda edición se evaluó un test no comercial; dado que la información y elementos adicionales que acompañan a una publicación en formato de artículo científico no son comparables, ni en forma ni en fondo, al material que compone un test comercializado por una editorial, la revisión

del test planteó necesidades adicionales al proceso de evaluación (Ponsoda y Hontangas, 2013).

Tras la elección de los tests, las editoriales remiten 3 ejemplares completos al órgano responsable de la revisión. El número de copias enviadas hace posible que el coordinador o la oficina de gestión, en su caso, dispongan de un juego de cada test que permitirá en todo momento contrastar la información de evaluación. En este punto del proceso Buros genera una ficha descriptiva sobre las características del test que incluye información sobre el título, objetivos, puntuaciones, población destinataria, tiempo de administración, acrónimo, editorial, fecha de publicación, autores, formato de administración y precio.

IDENTIFICACIÓN DE REVISORES

El proceso de evaluación descansa sobre el juicio independiente y no sesgado de los revisores, en su capacidad y experiencia para analizar la documentación y los materiales de que consta el test, y para elaborar argumentos justificados e imparciales. La atinada identificación de profesionales aptos para esta labor es esencial.

El objetivo de la fase de identificación de revisores es conseguir para cada test a evaluar una pareja de especialistas con perfiles complementarios; uno con una formación más sólida en medida, y un segundo con un alto nivel de experiencia en el área que mide el test. Dispo-

TABLA 1
LISTA DE TESTS EVALUADOS

Acrónimo	Test	Editorial
ABAS-II	Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa	TEA Ediciones
BADyG/M-r	Batería de Aptitudes Diferencial y Generales. Nivel M Renovado	CEPE, S.L.
BETA	Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos	Instituto de Orientación Psicológica EOS
BSI-18	Inventario Breve de 18 Síntomas	Pearson Educación
CECAD	Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión	TEA Ediciones
EHPAP	Evaluación de Habilidades y Potencial de Aprendizaje para Preescolares	Instituto de Orientación Psicológica EOS
PAIB-1	Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas	CEPE, S.L.
PECC	Prueba para la Evaluación de la Cognición Cotidiana	Instituto de Orientación Psicológica EOS
SCIP	Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría	TEA Ediciones
WMS-IV	Escala de Memoria de Wechsler -IV	Pearson Educación
WPPSI-IV	Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria	Pearson Educación



ner de ambos perfiles profesionales permite contar con fuentes de opinión construidas sobre diferentes perspectivas y experiencias. Sus aportaciones, en conjunto, ayudarán a obtener evaluaciones más comprehensivas que incluyan aspectos formales, sustantivos y aplicados.

Según los criterios empleados por el COP y por Buros, los revisores han de acreditar experiencia en el uso/construcción de tests. Buros cuenta con una base de datos de 900 revisores entre los que selecciona los que considera más adecuados, y sobre los que impone ciertas restricciones para evitar sesgos; por ejemplo, dos revisores de un mismo test no han de pertenecer a la misma universidad, o editorial; y se intenta compaginar revisores experimentados con revisores más jóvenes. En España la labor de identificación y selección corre a cargo del coordinador, que a través de estudios bibliográficos intentará ajustar los perfiles necesarios para asegurar evaluaciones de calidad (tabla 2; revisores de tests en la 4ª edición). Como compensación al tiempo y esfuerzo dedicados en la revisión, Buros envía una copia gratuita del MMY en el que se ha participado; el COP ofrece cincuenta euros a cada revisor. En ambos casos los evaluadores se quedan en propiedad con el (los) ejemplar(es) del test revisado.

**TABLA 2
REVISORES QUE LLEVARON A CABO
LA EVALUACIÓN DE LOS TESTS**

Revisores	Afiliación
Juan Antonio Amador	Universidad de Barcelona
Sonia Alfonso Gil	Universidad de Vigo
Constantino Arce	Universidad de Santiago de Compostela
Juan Ramón Barrada	Universidad de Zaragoza
Roberto Colom	Universidad Autónoma
Ana Delgado	Universidad de Salamanca
Eduardo Doval	Universidad Autónoma de Barcelona
Sergio Escorial	Universidad Complutense
Sara Fernández Guinea	Universidad Complutense
María Paloma González Castro	Universidad de Oviedo
Francisco Gutiérrez Martínez	Universidad Nacional de Educación a Distancia
José Antonio López Pina	Universidad de Murcia
Urbano Lorenzo Seva	Universitat Rovira i Virgili
Luis María Lozano	Universidad de Granada
Ignacio Montorio	Universidad Autónoma de Madrid
Juan Antonio Moriana	Universidad de Córdoba
Cristino Pérez	Universidad de Granada
Luz Pérez Sánchez	Universidad Complutense
Pedro Prieto Maraño	Universidad de La Laguna
Antonio José Rojas	Universidad de Almería
Bonifacio Sandín	Universidad Nacional de Educación a Distancia
Paula Samper	Universidad de Valencia

El contacto inicial con los revisores se lleva a cabo por email; en él se informa del proyecto de evaluación de tests, se invita a revisar un test concreto, se aconseja el rechazo de la revisión en situaciones de conflicto, y se fija un plazo de revisión orientativo de 3 meses. En la 4ª edición se pidió explícitamente a los revisores que firmaran una declaración de inexistencia de conflicto de intereses para asegurar la imparcialidad e independencia de la revisión.

Una vez aceptada la evaluación se envía el material a los revisores; los revisores realizan su trabajo con el mismo material que obtendría un usuario cuando compra el test. Junto al material cedido por la editorial, se envía el cuestionario de evaluación de tests (CET; Prieto y Muñiz, 2000), que en la tercera edición sufrió algunas modificaciones, y un documento con información aclaratoria sobre algunas de las cuestiones que figuran en el mismo (Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2014). Buros remite una guía sobre el proceso de revisión y las expectativas que se tienen respecto al mismo.

EVALUACIÓN DEL TEST

La evaluación de los tests es la fase más delicada del proceso. Los revisores han de elaborar una memoria evaluativa del test basándose en el análisis detallado de la información aportada en el manual, y de los materiales que con él se acompañan.

La evaluación consiste en completar un cuestionario que guía al revisor sobre los aspectos más importantes a tener en cuenta durante su trabajo. Los formatos de los cuestionarios evaluativos utilizados por Buros y por el COP son diferentes. El primero trabaja sobre un formulario con ítems de ensayo ante los que se espera que el revisor exprese un juicio coherente e informativo. El formulario contempla 5 puntos a desarrollar: (a) descripción general del test; (b) construcción; (c) informe técnico con un análisis de la estandarización, fiabilidad y validez; (d) comentarios generales en los que expresan: (1) las fortalezas y debilidades del test; (2) referencias a investigaciones actuales que apoyen el modelo teórico sobre el que se ha construido el test, y (3) evidencias que respalden su uso; finalmente (e) un resumen corto en 6 o 7 frases a través de las cuales el revisor sintetiza sus conclusiones generales y recomendaciones sobre el uso correcto del test.

El cuestionario de evaluación de tests (CET; Prieto y Muñiz, 2000) utilizado por el COP combina respuestas cerradas y respuestas abiertas de ensayo. El CET está dividido en tres secciones: (a) descripción general del test; (b) valoración de las características del test y (c) valoración global del test. El primero se correspondería con una ficha técnica de descriptores sobre el test que ofrece información sobre



aspectos como el título, los objetivos, las puntuaciones o el tiempo de aplicación. Se correspondería, de forma general, con los descriptores que Buros prepara en la fase de selección de tests. El segundo apartado contiene 37 ítems de respuesta graduada (inadecuada, adecuada con carencias, adecuada, buena, excelente) con el propósito de cuantificar la calidad de los estudios de fiabilidad, validación y baremación. Incluye también ítems de ensayo sobre estos 3 últimos aspectos en los que el revisor genera un juicio fundamentado. La última parte del CET se destina a una única pregunta abierta en la que pide al revisor comentarios generales sobre el test que incluye fortalezas/debilidades y una síntesis de la información más relevante para el uso correcto del test.

Con independencia de que el número de secciones de los cuestionarios sea 3 o 5, ambos formatos, abordan los mismos puntos en la evaluación; lo cual, puede interpretarse en términos de validación concurrente. Siendo similares en contenido, cabría preguntarse si existen ventajas o desventajas en la utilización de uno u otro formato. La respuesta a esta cuestión vendría dada por los efectos que tiene la utilización de ambos tipos de ítem sobre cualquier test estandarizado. La naturaleza del ítem afecta entre otros aspectos, a la puntuación, a la representación de constructo y a la facilidad/dificultad de construcción de ítems (Haladyna, 2004). Los ítems de respuesta cerrada, siempre y cuando estén bien contruidos: (a) son versátiles; (b) aseguran la evaluación de los puntos significativos del dominio evaluado; (c) permiten una cuantificación rápida y eficiente; (d) son más sencillos de responder; y (e) permiten un análisis de ítems. Sin embargo, también presentan inconvenientes. En formatos de respuesta cerrados y evaluaciones complejas la riqueza y especificidad de la evaluación puede en alguna ocasión no estar perfectamente reflejada por las opciones de respuesta. Por ejemplo, en lo que al CET se refiere, la valoración de la calidad de una muestra de baremación se analiza de igual modo para un cuestionario de aptitudes intelectuales destinado a población comunitaria, que para un cuestionario diagnóstico que trabaja con grupos clínicos. En ambas circunstancias se analiza el número de participantes en la investigación, siendo valores difíciles de comparar en la medida en que provienen de poblaciones diferentes. Tal vez, en estas situaciones, pudieran añadirse alguna nota con referencia al tipo de muestra/población.

El CET añade a las ventajas de la evaluación por ensayos, una valoración cuantitativa sobre las características del test, que puede leerse como una instantánea de los puntos evaluados. Es un aspecto complementario de las preguntas de ensayo y añade valor a la evaluación, pero

no la sustituye ni la reemplaza. El hecho de ofrecer valores cuantitativos para cada uno de los apartados no legitima el cálculo de una media final para la valoración de la calidad de un test. La validación de un test ha de tener siempre en cuenta el uso propuesto de las puntuaciones (AERA, APA y NCMEA, 2014; Elosua, 2003), y la selección de un test por parte de un usuario potencial ha de considerar el contexto de aplicación; si la inferencia de las puntuaciones se relaciona con la predicción de un comportamiento futuro, por excelente que sea la calidad de los materiales o la muestra de baremación, por muy altas que sean las puntuaciones en esos apartados, será el aspecto relacionado con la validación predictiva uno de los primeros criterios a observar; y una media aritmética calculada sobre todos los aspectos evaluados no ofrece esta información.

Con respecto a los ítems del CET en las 4 ediciones llevadas a cabo hasta la fecha por el COP se han detectado algunos ítems cuya formulación actual genera dudas al evaluador y que como ha sido advertido convendría repasar (Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2014; Muñiz, Fernandez-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez y Peña-Suarez, 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013). Para garantizar una mejor comprensión del contenido de los ítems se elaboró en la tercera edición (Hernández et.al, 2013) un documento de apoyo que con algunas modificaciones también se incluyó en esta ocasión. Apostamos por esta línea de mejora del CET marcada por una revisión de algunos de los ítems y por la conveniencia de añadir enunciados explicativos tal y como lo hace la versión original del cuestionario de la EFPA (<http://www.efpa.eu/professional-development>). Para ello sería aconsejable, como señalan Ponsoda y Hontangas (2013), trabajar sobre una versión informatizada del CET que facilite su cumplimentación y permita añadir hipervínculos con enunciados explicativos.

REVISIÓN Y EDICIÓN

Una vez recibidas las dos evaluaciones de cada uno de los tests, el proceso editorial continúa revisando los informes recibidos. En este punto Buros y el COP trabajan de forma diferente, lo cual es lógico teniendo en cuenta que las memorias finales que ofrecen ambos organismos son distintas. Buros publica para cada tests las dos revisiones efectuadas; el COP genera un único informe que sintetiza el trabajo de los dos revisores que analizaron el test.

Buros fija su atención en la verificación de la exactitud de los datos, y en cuestiones de estilo, con el objetivo de conseguir una memoria final acorde con su línea editorial. Una vez revisados y corregidos los textos publica en sus MMY las memorias remitidas por los revisores. Para la revisión factual Buros cuenta con 2 o 3 estudiantes de



doctorado que inspeccionan y corrigen aspectos como las referencias o el formato.

El COP elabora un único texto-memoria por cada test, que condensa la información cuantitativa a la par que resume las valoraciones ofrecidas por los dos revisores. Editar la evaluación significa básicamente revisarla y enriquecerla, asegurando que no existan errores sobre datos objetivos, y garantizando que el lenguaje utilizado sea homogéneo, correcto, adecuado y no hiriente. El editor analiza y corrige en su caso, el tono de la revisión, asegurando la correcta utilización de los términos psicométricos y la adecuación lingüística al perfil del usuario potencial; se evita el uso de tecnicismos o en determinados casos una jerga excesivamente metodológica. Sin negar el punto de vista del revisor, en el proceso de edición se eliminan comentarios negativos, y se amoldan las revisiones para que ofrezcan un resumen claro, y preciso sobre aquellas características del test que pueden ser importantes para el potencial usuario. La edición no altera, en natura, los juicios profesionales emitidos por los evaluadores, pero sí corrige cualificaciones poco descriptivas. El objetivo del proceso de revisión, no es resaltar las limitaciones o carencias de un test, sino ponerlas en un contexto adecuado.

En la elaboración de la memoria del test asumimos que el objetivo final de la revisión no es otorgar a un test una calificación absoluta que el usuario adopte como medida de calidad y justificación de uso, sino que defendemos una lectura crítica y no pasiva marcada por un criterio profesional en el que es importante el contexto de uso del test. Como señaló Thorndike (1999) las revisiones han de venir acompañadas de un juicio maduro y del conocimiento sobre la situación en la que quiere aplicarse el test; ambos juicios corresponden al usuario.

Una vez editadas las memorias Buros las envía a los revisores para que den su aprobación a las modificaciones introducidas. En el modelo seguido por el COP se obvia este paso porque las revisiones no se publican en su formato original.

COMENTARIOS DE LA EDITORIAL Y MEMORIA FINAL

Finalizado el proceso editorial los informes se envían a las editoriales de los tests evaluados para su revisión. Éstas, habitualmente envían los informes a los autores de los tests. Unos y otros, autores y editores redactan y remiten sus comentarios al coordinador. Esta etapa es importante para garantizar que las memorias no contengan errores o datos inexactos; en caso de que se detecten se corrigen antes de publicarlas.

Buros ha establecido que si en esta fase se solicitan modificaciones profundas, éstas se reenvían directamente al

revisor para su aprobación o rechazo. El COP no contempla esta opción.

El objetivo de esta fase es garantizar la precisión y exactitud de la información incluida en la memoria. Nuestro modelo, aún joven, no tiene pautas marcadas sobre el cometido de las editoriales en esta fase, y existe variabilidad en las respuestas de los editores; desde aquellos que se ciñen a la corrección de inexactitudes, hasta las que envían material complementario como artículos científicos o tesinas en las que se ha utilizado el test en cuestión. Sería importante establecer pautas para que el autor/editor fije su atención sobre la información factual; y centre sus comentarios en el material evaluado por el revisor.

Una vez corregidos los errores y analizadas las sugerencias, se emite la memoria final de cada uno de los tests, que formarán parte del MMY o se publicarán en la página del COP (<https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Cada vez está más extendida la idea de que una buena práctica profesional incluye el uso de tests que hayan sido evaluados por organismos externos (Carlson y Geisinger, 2012; Evers, Sijtsma, Lucassen, y Meijer, 2010; Ponsoda y Hontangas, 2013) y que por tanto la evaluación de tests es una herramienta de apoyo en la labor profesional del psicólogo.

Si el objetivo de la evaluación es mejorar la práctica profesional cabría preguntarse qué información necesita un usuario potencial para considerar el uso de un test en una situación aplicada o de investigación. Esa es la cuestión de fondo en el proceso evaluativo, y de ella deriva la importancia de: (a) un manual claro y bien estructurado; (b) la buena calidad de los materiales; (c) la descripción técnica del test con información precisa sobre los estudios su construcción, fiabilidad, validación y baremación, (d) la necesidad de justificar el uso de las puntuaciones en un contexto concreto, y (e) las referencias a investigaciones recientes relacionadas con el modelo teórico sobre el que se ha construido el test.

Los puntos abordados por la evaluación de tests, independientemente de que el formato sea más o menos abierto, se convierten en un *gold standard* para la construcción/edición test. En tanto en cuanto se constituye en un criterio externo de evaluación, el CET ha de cumplir requisitos relacionados con su validez y ofrecer una representación completa del dominio evaluado. Pero además de la fuente de evidencia criterial, es importante considerar su aspecto consecuencial. La evaluación de



tests tiene consecuencias directas sobre todas las fases implicadas en la construcción/edición de tests, en tanto en cuanto induce mejoras en el proceso de construcción y estimula a las editoriales a adoptar criterios cada vez más rigurosos para la publicación de tests y manuales. Pero no es la única consecuencia. El impacto profesional de la evaluación de tests está teniendo efectos en la formación de grado y postgrado del psicólogo. Dada la importancia de la herramienta, y la necesidad de una lectura activa de las memorias de evaluación, la revisión de tests se está incorporando a los temarios de formación en psicología en las asignaturas relacionadas con la psicometría y la evaluación.

Otra consecuencia importante, especialmente en los Estados Unidos, es la relacionada con la imparcialidad de los tests y de las evaluaciones con referencia a diferentes grupos poblacionales; en este sentido, se anima a los revisores a que aporten observaciones sobre la idoneidad de la aplicación y uso de los tests en diferentes grupos, sean grupos étnicos, culturales, de capacidades diversas...

La aceptación de la revisión de tests por parte de la academia, de los autores, de los editores y de los usuarios es positiva. Las editoriales son aliadas en este proceso, y nos consta, tanto por su actitud como por su disposición, que convergen con las líneas marcadas por el COP.

El plan de revisión de tests se inscribe en un ambicioso

programa de proyectos para mejorar el uso de los tests (ver Elosua y Muñiz, 2013) que han sido diseñados y llevados a buen término en un momento definido claramente por un desarrollo de la psicometría al que comienzan a referirse en el exterior como escuela española de psicometría. Las cuatro ediciones llevadas a cabo hasta la fecha permiten concluir un balance positivo del proyecto. Pero la tarea no ha finalizado, la revisión de tests como herramienta y *gold standard* exige de un trabajo continuo de mejora, procedimental, formal y sustantiva, para poder cumplir con su objetivo: ofrecer información relevante sobre los tests disponibles al profesional de la psicología. En este sentido conviene recordar las anotaciones apuntadas en las ediciones anteriores que afectan a contenidos concretos y propuestas de mejora, que están ya siendo introducidas en nueva versión del CET.

Amparándonos en la todavía joven experiencia de revisión de tests del COP, consideramos que sería conveniente fijar una línea editorial clara que recoja y sistematice los objetivos y expectativas para cada una de las 5 etapas en las que hemos dividido la evaluación, los objetivos y expectativas. Es necesario formalizar un marco teórico y procedimental para cada uno de los agentes implicados (coordinador, evaluador, editorial/autor), que defina las funciones de cada uno de ellos en cada fase del proceso. Dado que estamos trabajando con un cues-

TABLA 3
RESUMEN DE LAS CALIFICACIONES MEDIAS DE LOS TESTS EVALUADOS

Características	TESTS										
	ABAS-II	BADyG/M-r	BETA	BSI-18	CECAD	EHPAP	PAIB-1	PECC	SCIP	WMS-IV	WPPSI-IV
Calidad de los materiales y Documentación	4,5	4	3	3	4,5	4	4	3,5	4	5	4,5
Fundamentación teórica	4	3	3,5	2	4	3	3	4	4	4,5	5
Adaptación española	4	NO PROCEDE	NO PROCEDE	3	NO PROCEDE	3	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	4	5
Análisis de los ítems	--	4	--	--	5	--	--	3	3	--	3,5
Validez de contenido	3,5	3	3	3	4	2	3	3	3	4	5
Validez de constructo	5	3	4	2	5	3	2	3,5	4	4	4
Análisis del sesgo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2
Validez predictiva	--	3,5	2	--	--	3	4	2	3,5	4	3,5
Fiabilidad: consistencia interna	5	4,5	3,5	5	5	3,5	5	3	4	4	3,5
Fiabilidad: estabilidad	2,5	--	--	3,5	--	--	--	2,5	3,5	3	3,5
Fiabilidad: equivalencia	--	--	--	--	--	--	--	--	3	--	--
Baremos	4,5	4,5	2,5	3,5	4,5	2,5	3,5	2,5	4	4,5	4,5

Nota. -- No se aporta información.
Escala de evaluación: 1 (Inadecuada) – 2 (Adecuada con carencias) – 3 (Adecuada) – 4 (Buena) – 5 (Excelente)



tionario, el objetivo sería estandarizar las condiciones de aplicación y asegurar que los objetivos de la evaluación y el procedimiento sean entendidos por todos. La necesidad de una línea editorial cobra especial relevancia en el modelo COP porque si bien la memoria final mantiene la intención y el tono aportado por los revisores, la forma se altera y esta circunstancia puede generar en algunas ocasiones desconcierto al profesional que llevó a cabo la revisión.

En conclusión, creemos que convendría que para futuras ediciones se definiera un equipo editorial plurianual que se encargara de redactar las líneas editoriales del COP en el proceso de revisión, y pautara los objetivos y expectativas para cada una de las etapas del proceso. Coincidimos con Carlson y Geisinger (2012) en que la revisión de tests ha de estimular avances hacia estándares profesionales de construcción de tests que primen el buen trabajo y desapruében el pobre, al mismo tiempo que impulse a los autores y editores a elaborar manuales que incluyan información detallada sobre la construcción, estandarización, propiedades psicométricas y usos adecuados y no adecuados del test. Pero no puede dejarse atrás la incorporación continua de avances psicométricos para que la distancia entre la teoría y práctica deje de ser tan amplia (Elosua, 2012). Es claro que la psicología y la práctica profesional ya no son las mismas que al principio de su historia. Los modelos psicométricos han progresado, las teorías han evolucionado, y los problemas y necesidades de la práctica psicológica cambian y se adaptan a las necesidades de cada momento. Desde la publicación de los primeros tests conceptos como fiabilidad y validez se han enriquecido y los requisitos científicos, profesionales y éticos exigidos por los tests se han adaptado a nuevas necesidades (De Boeck y Elosua, in press). En esta evolución el proceso de evaluación continua de tests juega un papel relevante de estímulo y acicate para el acercamiento entre la teoría y la práctica profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los revisores de la cuarta edición de tests y a las editoriales y autores de los tests evaluados su buena disposición, dedicación y profesionalidad.

REFERENCIAS

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: American Educational Research Association.

- Buros, O. (1938). *The 1938 Mental Measurements Yearbook*. Hingham Park, NJ: Gryphon.
- Carlson, J. F., y Geisinger, K. F. (2012). Test Reviewing at the Buros Center for Testing. *International Journal of Testing*, 12, 122-135.
- Carlson, J. F., y Gonzalez, S. E. (2015). Using Pruebas Publicadas en Español to enhance test selection. In K.F. Geisinger (Ed.), *Psychological testing of Hispanics (2nd ed.): Clinical and intellectual issues* (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.
- De Boeck, P., y Elosua, P. (in press). Reliability and Validity: History, Notions, Methods, Discussion. En D. Iliescu (ed.). *International Handbook of Testing and Assessment*.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Elosua, P. (2012). Tests publicados en España: Usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles del Psicólogo*, 33, 12-21.
- Elosua, P., y Muñoz, J. (2013). Proyectos españoles para una mejora en el uso de los tests. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5, 139-143.
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W. y Meijer, R. R. (2010). The Dutch review process for evaluating the quality of psychological tests: History, procedure and results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317.
- Evers, A., Muñoz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A. & Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25, 283-291
- Haladyna, T. M. (2004). *Developing and validating multiple-choice test items*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 36, 1-8.
- Muñoz, J., Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A. y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32, 113-128.
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 24, 82-90.
- Prieto, G., y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Schlueter, J., Carlson, J. F., Geisinger, K. F., Murphy, L. L. (Eds.) (2013). *Pruebas publicadas en Español*. Lincoln, NE: Buros Center of Testing



TESTS PERSONOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN ESPAÑOL PARA EVALUAR ADOLESCENTES INFRACTORES

PERSONALITY AND CLINICAL TESTS IN SPANISH FOR ASSESSING JUVENILE OFFENDERS

Loirena Wenger^{1,2,3} y Antonio Andres-Pueyo^{1,2}

¹Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). ²Universidad de Barcelona. ³Universidad de La Frontera, Chile

La evaluación psicológica de los adolescentes infractores es imprescindible en su recorrido por los servicios de justicia juvenil. Gracias a esta evaluación se garantiza la exigencia legal y la eficiencia de las medidas judiciales y educativas que se prescriben en estos servicios. En el presente artículo, el primero de una serie de dos, se revisan las principales pruebas de evaluación psicológica en español disponibles para profesionales de la psicología que trabajan con adolescentes infractores de los países hispanohablantes. Clasificaremos estas herramientas en tres grupos: a) Personológicas adecuadas para cualquier contexto profesional de la Psicología, b) Clínicas, cuya utilidad inicial se circunscribe al trabajo con adolescentes que presentan necesidades de salud mental y c) Forenses, aquellas desarrolladas especialmente para su uso en adolescentes atendidos en los servicios penales. Los instrumentos forenses se describen en la segunda parte de este artículo (Wenger & Andres-Pueyo, 2016 b) (en este mismo número de la revista). Para cada apartado se presentan y revisan los instrumentos más importantes y de utilidad contrastada.

Palabras clave: Evaluación psicológica, Justicia juvenil, Personalidad, Clínica, Forense.

The psychological assessment of offenders is the core of professional activity throughout the juvenile justice system. It ensures the adequacy of the legal and educational measures to be applied in the process. This paper reviews the main tests for psychological assessment available in Spanish, suitable for use by psychology professionals who work with young offenders in the juvenile justice services in Spanish-speaking countries. We classify these tools into three groups: a) Personological, i.e. generic tests, suitable for any professional context in psychology, b) Clinical, i.e. tests whose initial use has been limited to working with adolescents with mental health needs, and c) Forensic, tools that have been specially developed for use in the juvenile justice population. This last group is described in the second part of this article (Wenger & Andres-Pueyo, 2016 b) (which appears in this same issue). The most important instruments of proven utility are presented and reviewed for each group.

Key words: Psychological assessment, Juvenile justice, Personality, Clinical, Forensic.

Los procedimientos propios de la psicología aplicada en los procesos de justicia juvenil están en situación de cambio y perfeccionamiento para conseguir una mejora sustancial en todos aquellos servicios que se ocupan de los adolescentes infractores (Heilbrun, 2016). Estos cambios están en sintonía con los avances que se producen en la criminología del desarrollo, la psicología del ciclo vital, la psicología clínica y la neurociencia, ya que estas disciplinas están descubriendo mecanismos y procesos que permiten comprender mejor el porqué del inicio, mantenimiento y desistimiento de la conducta antisocial de los adolescentes (Farrington, 1992; Grisso, 1998; Moffitt y Caspi, 2001; Steinberg, Cauffman, Woolard, Graham, y Banich, 2009). Entre los avances más destacados y que tienen mucha trascendencia profesional están aquellos relativos a las prácticas de evaluación del comportamiento antisocial y violento, de los rasgos de personalidad, de los estados clínicos y de muchas otras características criminológicas

propias de los adolescentes infractores (Andrews y Bonta, 2010). Entre estos avances se incluye la reconsideración del uso de los test psicológicos clásicos, y la introducción de nuevas herramientas para la valoración y gestión del riesgo de violencia y reincidencia juvenil (Dematteo, Wolbransky, y Laduke, 2016; Morizot, 2015). Gracias a esta renovación, se obtienen muchos beneficios derivados de la aplicación de la psicología como ciencia complementaria e imprescindible en los servicios de justicia juvenil al ganar en eficiencia, puesto que los tests y otras herramientas de evaluación garantizan una actuación profesional de mayor rigor, objetividad y transparencia (Grisso, 1998)

La evaluación psicológica de los adolescentes en general, y de los infractores en particular, es un desafío exigente, ya que además de las dificultades propias de la evaluación psicológica, aplicar los instrumentos de evaluación a adolescentes comporta enfrentarse con una serie de atributos y características psicológicas individuales sometidos a procesos de cambio rápido y en constante desarrollo, en los que se observan amplias variabilidades inter e intra-individuales (Lemos-Giráldez, 2003; Sroufe y Rutter, 1984; Vincent y Grisso, 2005). Estos procesos de cambio y desarrollo se presentan simultáneamente (a ve-

Correspondencia: Lorena Wenger. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Passeig Vall Hebron 171. 08035 Barcelona. España
Email: lwengeam8@alumnes.ub.edu



ces de forma des-sincronizada) en diversas áreas tales como la biológica, la emocional, la actitudinal o la cognitiva, y no siempre son procesos lineales, sino que presentan discontinuidades en su curso, así como aceleraciones o deceleraciones muy idiosincráticas (Steinberg et al., 2009; Vincent y Grisso, 2005). El cambio desde la etapa infantil a la adulta es un proceso básicamente pre-programado, común a todos los adolescentes, pero a su vez muy individualizado, con variaciones importantes de tipo inter e intra-individual. Esta realidad tan cambiante complica mucho las evaluaciones psicológicas y aumenta las probabilidades de error cuando, por desconocimiento o falta de especialización en el tema, se pretende una generalización del comportamiento del adolescente sin tomar en cuenta todas las dificultades y consideraciones necesarias para su evaluación rigurosa. Pese a esto, los adolescentes también presentan características individuales permanentes y susceptibles de ser evaluadas, aunque aún no adquieran su forma final y tiendan a mezclarse con actitudes y comportamientos que pueden ser transitorios dentro del proceso de desarrollo de los jóvenes, precisamente esto es lo que hace posible que los adolescentes sean un grupo dinámico y con un claro potencial de respuesta a la intervención (Grisso, 1998).

Desde los inicios de la psicología aplicada se sabe que cada campo profesional representa un reto a los procedimientos y técnicas de evaluación psicológica. El ámbito forense no es una excepción, y presenta sus peculiaridades de gran trascendencia por la regulación normativa y las consecuencias que tienen todos los procesos de justicia juvenil en los adolescentes. Por ejemplo, si la evaluación se realiza durante el proceso judicial en donde un joven se enfrenta a una medida de internamiento de 8 años en un centro cerrado, como posible respuesta legal, su estado emocional puede mostrar el efecto de esa medida punitiva de forma importante, elevando los indicadores de ansiedad o depresión, que a su vez afectará – necesariamente - a las evaluaciones. Otro fenómeno propio de este ámbito profesional es la comprensible tendencia de los adolescentes evaluados a mentir, simular o incluso dar respuestas de aquiescencia y conformidad que en nada favorecen su situación respecto de las medidas educativas que se les aplican u otros efectos propios de su paso por los servicios de justicia juvenil (Archer, Stredny, y Wheeler, 2013; Echeburúa, Muñoz, y Loinaz, 2011).

Si nos preguntamos qué características psicológicas propias de los adolescentes son relevantes y se necesitan evaluar en contextos de justicia juvenil, la respuesta dependerá en gran medida del momento en que el adolescente se encuentre dentro del circuito individualizado que componen los servicios de justicia (Cano y Andrés-Pueyo, 2012; Gris-

so, 1998). Así por ejemplo, si está iniciando el proceso judicial, es decir en la fase presentencial, y se manifiestan serias dificultades en sus competencias para comparecer como inculpado, los profesionales forenses deben evaluar aspectos como la discapacidad cognitiva o la presencia de alteraciones psicopatológicas graves y crónicas. Para estos fines, además de las entrevistas y exploraciones psicológicas correspondientes, es posible utilizar test que midan habilidades cognitivas e inteligencia, instrumentos que evalúan trastornos mentales y/o emocionales e incluso protocolos de prevención y gestión del riesgo de reincidencia delictiva (Grisso, 1998). En el proceso de decisión que implica que el adolescente es merecedor de una sanción o medida educativa, las evaluaciones psicológicas ayudan a sugerir al juez qué medida puede resultar más idónea para las condiciones y situación vital del adolescente; o si directamente se ha derivado a alguna sanción o medida educativa, sea en régimen cerrado, semi-abierto o comunitario, se requiere –generalmente - de una evaluación que individualice las necesidades, primero para regular la intensidad de la intervención (en casos de medidas a aplicar en regímenes cerrados puede ayudar a la clasificación del adolescente dentro del recinto) y luego de las características del tratamiento. Para todos estos momentos se sugiere considerar, entre otras más específicas, al menos una evaluación de salud mental y/o emocional del adolescente, incorporando por ejemplo un cribado/tamizaje de salud mental o de personalidad y/o psicopatología, además de una evaluación que incluya la valoración del riesgo de reincidir en un futuro inmediato o de medio plazo (Grisso y Underwood, 2004).

El objetivo de este trabajo de revisión es presentar de forma genérica las principales pruebas y test de evaluación psicológica disponibles en español, para su uso por los profesionales de la psicología que trabajan con adolescentes infractores en países hispanohablantes. Clasificaremos estas herramientas en tres grupos a) las personalológicas, aquellas de tipo genérico de uso en cualquier contexto profesional específico de la psicología, y que también son de utilidad en justicia juvenil, como por ejemplo las escalas de evaluación de la inteligencia y de personalidad, b) las de tipo clínico, es decir, aquellas cuyos orígenes y propiedades se basan en el trabajo con población de adolescentes que tienen necesidades de salud mental, como por ejemplo el MACI y c) finalmente aquellas desarrolladas particularmente para su uso con población forense, como el SAVRY o la PCL-YV entre otras. Para cada apartado se exponen, con una cierta extensión, las características de los instrumentos y objetivos de su uso en contextos de justicia juvenil, así como algunas recomendaciones para el correcto uso de las mismas. Como es natural la descripción más exhaustiva se realizará del grupo de pruebas especializadas



para su uso criminológico y forense, por ser estas más novedosas.

Paradójicamente y a pesar de la importancia que tiene la evaluación de los constructos psicológicos en los adolescentes infractores (Grisso, 1998; Hoge, 2012), no existen revisiones de este tipo publicadas en español (Iberoamérica y países con minorías hispanas) que describan los tests y otros instrumentos psicológicos. Esperamos que la presente revisión – necesariamente resumida y esquemática – permita a los profesionales conocer qué herramientas disponen hoy para enfrentar las necesidades de evaluación que demandan los operadores jurídicos en el marco de los servicios de justicia juvenil.

Las pruebas de evaluación psicológica tienen un espectro bien conocido de posibilidades técnicas que representan una importante variedad de procedimientos: las entrevistas, las observaciones y registros conductuales (o análogos), los tests objetivos y de rendimiento y los auto-informes y escalas de calificación. Estos procedimientos tienen sus adecuaciones particulares que atienden a variables como la edad y otras circunstancias personales propias de los adolescentes y del contexto forense. Además de estas variaciones en los recursos de evaluación psicológica en el campo forense y criminológico, conviene analizar el ajuste entre las demandas que se realizan a los psicólogos y la naturaleza de las pruebas. Así entendemos que en el área forense cuando las demandas se concentran en conocer capacidades (inteligencia, atención, fluidez lectora, etc.), rasgos disposicionales y otros atributos psicológicos (extroversión, impulsividad, autoestima, liderazgo, etc.), se puede recurrir a las llamadas pruebas o tests “personológicos”, ya que son adecuados a esa demanda. Mención aparte merecen las demandas que requieren conocer la realidad individual del adolescente en cuanto al momento, nivel de madurez y desarrollo del mismo, para este tipo de evaluaciones seguiremos en el campo de las pruebas generales utilizando pruebas tales como el BASC (Reynolds, Kamphaus, y González Marqués, 2004) o el SENA (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco, y Del Barrio, 2015) que se pueden usar en contextos escolares o clínicos al igual que forenses. En segundo lugar, si las demandas reclamadas a los psicólogos hacen referencia a los estados y situaciones clínicas del adolescente -más o menos transitorias- entonces es adecuado recurrir a la enorme plétora de técnicas y procedimientos propios de este campo, desde las escalas múltiples de detección y diagnóstico de síndromes psicopatológicos de los adolescentes -como las Escalas de Conners (Amador-Campos, Idiazabal-Alecha, Sangorrín-García, Espadaler-Gamisans, y Forn i Santacana, 2002; Conners, 2008) para

el TDAH- hasta las más específicas pruebas de seguimiento y evaluación de síntomas o trastornos específicos (como ansiedad, depresión, trastornos de adaptación), incluso se pueden incorporar aquí las llamadas exploraciones neuropsicológicas como el NEPSY-II (Korkman, Kirk, y Kemp, 2014), que permiten conocer un espectro de alteraciones cerebrales de gran impacto en la conducta antisocial de los adolescentes. Todas estas pruebas se agrupan bajo el epígrafe de pruebas o tests clínicos y, aunque no se diseñaron inicialmente para contextos forenses, son de uso frecuente y, atendiendo a sus limitaciones, adecuado a la práctica forense en justicia juvenil. Por último queda el tercer grupo, las pruebas específicamente forenses y criminológicas, y que lo son por tres razones combinadas: a) haber sido diseñadas para evaluar constructos propios como el riesgo de reincidencia o la psicopatía, b) tener en cuenta la posible manipulación intencionada y distorsionadora de los sujetos evaluados, que comporta el uso mayoritario de procedimientos de calificación y c) la situación de estrés y desajuste del adolescente sometido a normas y procedimientos judiciales (Archer et al., 2013; Echeburúa et al., 2011; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; Grisso, 1998; Otto y Heilbrun, 2002). De la combinación de estas exigencias se han derivado las que podemos considerar pruebas específicamente forenses.

Considerando los tres tipos de pruebas e instrumentos de evaluación, y su mayor o menor especificidad de uso en contextos profesionales de justicia juvenil, podemos representarlas gráficamente en un espacio enmarcado por tres vértices: el forense, el clínico y el personológico. En este espacio se pueden situar, atendiendo a su adecuación profesional, en un lugar u otro más o menos cercano a los tres vértices del triángulo. En la figura 1 se muestra esta distribución y se identifican los tests que serán tratados a continuación.

Otro punto de relevancia en el uso de test y pruebas psicológicas tiene que ver con su disponibilidad y facilidad de obtención, especialmente, cuando se quiere acceder a sus versiones en español. Entendemos que los tests psicológicos se distribuyen, en primer lugar, por medio de firmas comerciales, editoriales y distribuidoras como TEA Ediciones, Pearson y otras que en la actualidad pueden llegar a prácticamente cualquier país – y de forma muy rápida – gracias a la distribución por medio de Internet, como por ejemplo las distribuidoras internacionales PAR o MHS, que si bien comercializan materiales en inglés, tienen en algunas ocasiones versiones adecuadas para poblaciones hispanas que pueden ser de utilidad. Además de estos circuitos comerciales, existen recursos complementarios a los que se puede recurrir en búsqueda de materiales de evaluación, nos referimos por un lado a los servicios de justicia juvenil



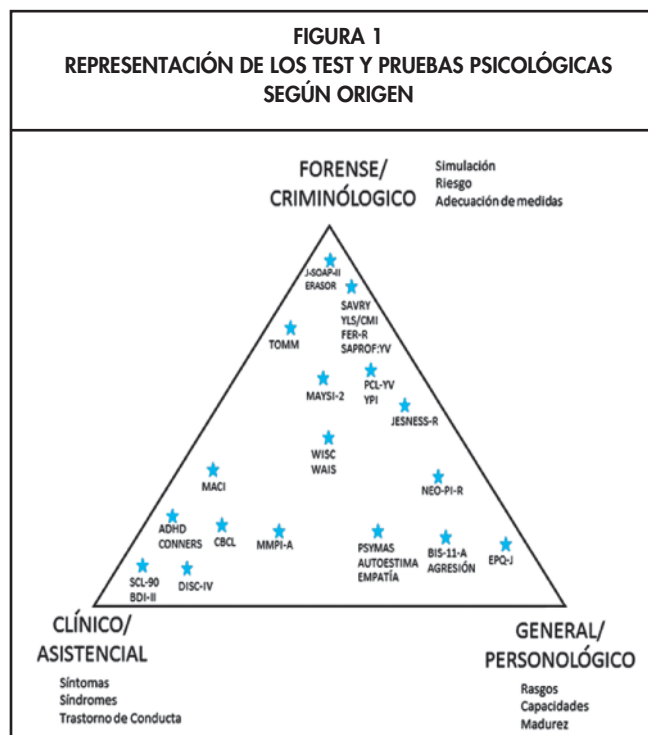
de ciertos gobiernos o estados que han desarrollado instrumentos propios, como por ejemplo el Youth Justice Board de Inglaterra y Gales, o también a laboratorios, grupos y equipos de investigación especializados en temas de justicia juvenil (y análogos) de las universidades o consorcios que promueven o construyen herramientas específicas de uso en este campo, por ejemplo, el caso del MAYSI-2 (Grisso, Barnum, Fletcher, Cauffman, y Peuschold, 2001) y su desarrollo en la Unión Europea a través de la red internacional de investigación Inforsana. Finalmente, otro recurso de acceso a versiones originales o adaptaciones al español de tests es por medio de su publicación en revistas especializadas.

PRUEBAS Y TEST DE EVALUACIÓN “PERSONOLÓGICOS”

Son todas aquellas pruebas genéricas desarrolladas para evaluar constructos psicológicos de interés general en diferentes áreas de la psicología aplicada (escolar, laboral, clínica, organizacional, jurídica o comunitaria). Las hemos denominado pruebas de evaluación “personológica” porque queremos destacar su utilidad en evaluar rasgos, aptitudes, capacidades, habilidades e incluso actitudes de tipo general (ver resumen en tabla 1). En este tipo de evaluaciones priman los formatos de tests de au-

to-informe que se interesan, de forma destacada, por las características psicológicas más estables y fiables que podemos evaluar en clave de individualización psicológica de los adolescentes. En este grupo se incluyen los test de inteligencia y otras capacidades similares, los de rasgos y tipos de personalidad, los de habilidades y competencias así como también los de tipo neuropsicológico¹, aunque estas últimas podrían ocupar un espacio propio entre las pruebas de tipo clínicas. Para el área de justicia juvenil existen una serie de pruebas genéricas que son de utilidad y relevancia, en particular, aquellas que permiten atender demandas directas o indirectas de evaluación que buscan determinar las competencias del adolescente en el contexto judicial, sus capacidades mentales básicas y su estructura básica de la personalidad. Las pruebas “personológicas” son útiles en el contexto de justicia juvenil, pero se debe tener en cuenta que han de ajustarse a las peculiaridades propias de los adolescentes, como individuos en desarrollo y transición hacia la adultez, y que la mayoría de estas pruebas tienden a ser baterías de evaluación (ej. escalas Wechsler) o pruebas multirrasgo (ej. NEO-PI-R), pero también existen pruebas monorrasgo, como la Escala Básica de Empatía (Jolliffe y Farrington, 2006) o la Escala de Impulsividad de Barratt o BIS (Patton, Stanford, y Barratt, 1995). A continuación se revisan algunas de estas herramientas de evaluación genéricas de uso en justicia juvenil.

La importancia de la evaluación de la inteligencia y las capacidades cognitivas es bien conocida en este campo de la justicia juvenil por el papel que tiene esta característica psicológica en la consideración de la culpabilidad, y también de la susceptibilidad de tratamiento y cambio en los adolescentes infractores. Las escalas Wechsler son los instrumentos más utilizados en las evaluaciones realizadas por los psicólogos forenses (Archer et al., 2013; Borum y Grisso, 1995; Viljoen, McLachlan, y Vincent, 2010) y fueron diseñadas para evaluar la inteligencia general, naturalmente que con informaciones relevantes sobre distintas capacidades intelectuales. Pero también han demostrado su relevancia en la evaluación auxiliar y complementaria en diagnósticos psiquiátricos, ya que aspectos como el daño cerebral, deterioro psicótico y problemas emocionales pueden afectar algunas funciones intelectuales específicas (Anastasi y Urbina, 1998). Debido al solapamiento en los límites de edad en las escalas Wechsler de adolescentes y adultos en relación a nuestro grupo de interés, se revisarán brevemente las características de ambas escalas. La Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler IV o WISC-IV (Wechsler y Corral, 2011; Wechsler, 2003) se



¹ Estas no se tratarán en el artículo por su alto grado de especificidad que restringen su uso, pero no lo invalidan, a demandas de esa naturaleza.



desarrolló para niños y adolescentes desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses, se compone de un total de 15 pruebas (10 principales y 5 optativas). Ofrece una medida de CI total (estimación de la capacidad intelectual global), además de cuatro puntuaciones compuestas más específicas: Índice de Comprensión verbal, que evalúa la inteligencia cristalizada que representa la capacidad de razonar con información aprendida previamente; Índice de Razonamiento perceptivo, medida de razonamiento fluido y el procesamiento visual; Índice de Memoria de trabajo, medida de la memoria a corto plazo; y el Índice de Velocidad de procesamiento, medida

que representa la capacidad de realizar tareas simples (Flanagan, Kaufman, y Seisdedos Cubero, 2006). La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler III o WAIS III (Wechsler, 2001) mide Inteligencia general, verbal y no verbal, a través de sus escalas Verbal, compuesta por los factores Comprensión verbal y Memoria de trabajo; y Manipulativa, compuesta por factores Organización perceptiva y Velocidad de proceso; las que de forma integral arrojan la valoración del CI Total. El WAIS III consta de 11 pruebas diferentes, organizadas en las dos escalas ya señaladas, y requiere un promedio de entre 60 y 90 minutos para ser completado. El rango de edad para su

TABLA 1
PRUEBAS Y TEST DE EVALUACIÓN "PERSONOLÓGICOS"

Instrumento Clínico	Autores Originales	Adaptaciones en español	Objetivo	Rango de edad
Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler IV o WISC-IV	Wechsler (2003)	Wechsler y Corral (2011)	Capacidades cognitivas, entrega una medida general de inteligencia (CI)	6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses
La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler III o WAIS III	Wechsler (2001)	Wechsler (2001)	Capacidades cognitivas, entrega una medida general de inteligencia (CI)	16 - 89 años
Test de Simulación de Problemas de Memoria o TOMM	Tombaugh (1996)	Vilar-López, Pérez y Puente (2012)	Simulación	Adolescentes y adultos
NEO-PI	Costa y McCrae (1992)	Costa et al. (2008)	Evaluación de personalidad	16 años en adelante
Cuestionario de Personalidad de Eysenck - Revisado (EPQ-R)	Eysenck y Eysenck (1991)	España: Eysenck et al. (2001)	Medir las dimensiones de la personalidad propuestas por Eysenck a través de sus escalas Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo	16-70 años
Cuestionario de Personalidad de Eysenck - Junior (EPQ-J)	Eysenck y Eysenck (1978)	España: Eysenck et al. (1992)	Tres dimensiones básicas de personalidad, al igual que el EPQ-R. Escala de Conducta Antisocial	8-15 años
Cuestionario de Madurez Psicológica (PSYMAS)	Morales-Vives et al.(2012)	Versión original en español	Madurez psicológica	15 -18 años
Escala de Autoestima de Rosenberg	Rosenberg (1973)	España: Aienza et al. (2000); Martín-Albo et al. (2007). Argentina: Gongora y Casullo, (2009); Góngora et al. (2010). Chile: Rojas-Barahona et al. (2009)	Autoestima	12 años en adelante
Basic Empathy Scale (BES)	Jolliffe y Farrington (2006)	Oliva et al. (2011)	Empatía emocional y cognitiva	12-17 años
Interpersonal Reactivity Index (IRI)	Davis (1980)	Mestre et al. (2004)	Empatía emocional y cognitiva	13-18 años
Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	López-Pérez et al. (2008)	Versión original en español	Empatía emocional y cognitiva	16 años en adelante
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS)	Patton et al.(1995)	Chile: Salvo y Castro (2013). España: Martínez-Loredo et al. (2015)	Impulsividad	Adolescentes y adultos
Cuestionario de Agresión de Buss y Perry	Buss y Perry (1992)	España: Andreu et al. (2002). El Salvador: Sierra y Gutiérrez (2007). Colombia: Chahín-Pinzón et al. (2012). Perú: Matalinares et al. (2012). México: Pérez et al. (2013)	Agresión	Adolescentes y adultos



aplicación va entre los 16 y 89 años (Kaufman y Lichtenberger, 2002). A la luz de estos hallazgos, si el desarrollo cognitivo implica el proceso madurativo de funciones mentales e intelectuales como la memoria, el procesamiento de la información o el razonamiento, las que en su conjunto permiten a los adolescentes no sólo adquirir nuevos conocimientos, sino además nuevas formas de entender e interactuar en el mundo (Borum y Verhaagen, 2006), se justifica evaluar la capacidad cognitiva en adolescentes para desenvolverse en contextos forenses, en donde los principales usos de las escalas Wechsler se asocian a determinar competencias que le permitan enfrentar el proceso judicial y ajustar el tratamiento a sus habilidades cognitivas (Grisso y Underwood, 2004; Grisso, 1998). Como debilidades, es una prueba que toma mucho tiempo en ser administrada, y en caso de sospechar trastornos neuropsicológicos, es necesario que el encargado de realizar la evaluación tenga experiencia en el área o consulte a un experto (Roesch, Viljoen, y Hui, 1997).

En cuanto a instrumentos neuropsicológicos de utilidad en justicia juvenil podríamos presentar muchos porque este tipo de pruebas es muy variado y heterogéneo. Son recomendadas de forma específica cuando, en el caso de los adolescentes, bien sea por su estado físico y mental general – resultado de su curso evolutivo como de incidentes puntuales – presentan evidencias de daño cerebral, secuelas de intoxicaciones o indicios de enfermedades degenerativas de origen genético o adquiridas. Este tipo de evaluaciones están a medio camino de las evaluaciones clínicas y genéricas, pero siempre hay que considerarlas cuando después de la anamnesis o por el conocimiento indirecto del adolescente se pretende explorar de forma muy analítica mecanismos o procesos neuropsicológicos (atención selectiva, memoria de corto plazo, etc.). No obstante un nuevo protocolo, parcialmente de naturaleza neuropsicológica y que se utiliza en el contexto forense (especialmente de adultos para cuando hay probables daños cerebrales de naturaleza accidental u orgánica) es el Test de Simulación de Problemas de Memoria o TOMM (Tombaugh, 1996). Esta es una prueba de memoria de reconocimiento visual que permite discriminar entre sujetos que simulan problemas de memoria y los que realmente los padecen. Su autor refiere que la habilidad para detectar simulación (engaño o exageración) en problemas de memoria es de relevancia en la evaluación cognitiva, ya que su deterioro puede estar asociado a una amplia variedad de daños con base orgánica. Su utilidad se basa en que la memoria de reconocimiento de imágenes es una capacidad que muestra una baja tasa de afectación en personas sanas como en diversos trastornos neurológicos (Rees y Tombaugh, 1998). La prueba consta de 50 ítems de aplica-

ción individual y requiere un tiempo de administración de entre 15 y 20 minutos. Puede ser utilizado con adolescentes y adultos, en población con baja escolaridad y de diferentes culturas (Tombaugh, 1996) y para su uso existe una adaptación para España realizada por Vilar-López, Pérez y Puente (2012).

Una de las demandas más generales, y más inespecíficas en un sentido forense, son las preguntas psico-legales relacionadas a los rasgos de personalidad del menor infractor y su posible vinculación tanto al comportamiento delictivo como a su capacidad adaptativa. Esta demanda a veces es explícita, cuando se pide describir la “personalidad o perfil psicológico” de un adolescente infractor, pero otras veces es implícita cuando se pretende describir las fortalezas y debilidades de un adolescente para informar acerca de este imputado, para diseñar un programa de intervención o pronosticar el futuro inmediato del caso. A diferencia de la evaluación de las capacidades cognitivas, la evaluación de la personalidad por medio de tests no ha alcanzado un nivel de aceptación tan generalizado hasta hace unos 20 años. Este cambio se ha producido por la generalización del modelo de los cinco grandes rasgos y la revitalización de los tests clásicos como el 16PF o el EPQ (Morizot, 2015). Este cambio ha facilitado que los profesionales de la psicología dispongan de nuevas herramientas de evaluación de la personalidad como el NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992), el ZKPQ (Zuckerman, 2002) entre otros.

La evaluación de los rasgos de personalidad en el contexto de la intervención con adolescentes infractores se torna relevante, en especial ante la supuesta relación que tienen estos rasgos con la conducta antisocial. Según Morizot (2015) existen tres tipos de teorías clásicas que establecen relaciones explicativas entre personalidad y delincuencia, la primera indica que los rasgos de personalidad son variables descriptivas que permitirían diferenciar, por ejemplo, entre delincuentes y no delincuentes; otras señalan que los rasgos de personalidad pueden influir en la decisión de delinquir o no; y finalmente, aquellas en donde los rasgos serían predisposiciones que emergerían tempranamente (es decir temperamento) y que tienen una influencia explicativa, directa o indirecta, en el inicio del comportamiento delictivo, es decir, la personalidad vista como un factor de riesgo. Un modelo conceptual más actual es el de remisión y desistimiento, el cual considera el impacto que tienen los cambios en los rasgos de la personalidad en los procesos de desistimiento delictivo, los que podrían considerarse como madurez de la personalidad; lo anterior implica considerar el rol de la personalidad de un modo más dinámico y no sólo como iniciadora o mantenedora/agravante del comportamiento delictivo (Blonigen, 2010; Morizot, 2015). En cualquier caso la gran utilidad de la evaluación de la



personalidad, entendida como conjunto estable de rasgos y disposiciones temperamentales y caracteriales (Andrés-Pueyo, 1997) es disponer de un patrón de la estructura estable y consistente de los rasgos individuales que afectarán a la conducta de forma bastante permanente y prefijada en el adolescente evaluado. A continuación describiremos varios instrumentos multifactoriales como el NEO-PI-R, el EPQ-J y el PSYMAS, entre otros, que son herramientas amplias y bien consolidadas de evaluación de la personalidad y la madurez psicológica.

El NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992) es una de las pruebas de evaluación de la personalidad normal más conocidas y utilizadas alrededor del mundo en la actualidad. Facilita una estimación de las cinco mayores dimensiones de la personalidad, también conocidos como los "cinco grandes" factores, además de un conjunto de 30 facetas, lo que en su conjunto permite disponer de un perfil de rasgos (unos más genéricos y otros más específicos) y nos ofrecen una mirada comprensiva de la personalidad adulta, y también en cierto modo de los adolescentes (De Fruyt, Mervielde, Hoekstra, y Rolland, 2000). La prueba puede ser aplicada en forma individual o colectiva, con un tiempo promedio de administración de 40 minutos, aplicable desde los 16 años en adelante. Se compone de 240 ítems a los que se responden en escala Likert de cinco opciones, a través de las cuales se miden las escalas Extraversión que evalúa la emocionalidad positiva; Amabilidad relativa a las relaciones interpersonales; Responsabilidad relacionado al control de impulsos; Neuroticismo a la emocionalidad negativa y Apertura, la cual se relaciona al interés por la cultura y la preferencia por la novedad. A su vez, cada uno de estos rasgos se subdividen en seis facetas que enriquecen la configuración de las diferencias individuales pertenecientes, estos 30 factores nos ofrecerán un perfil individualizado para cada evaluado de enorme utilidad aplicada (para más detalles revisar Costa y McCrae, 1992). El NEO PI-R cuenta con baremaciones disponibles para España, Colombia, Costa Rica y Guatemala (Costa et al., 2008). Además, existe una versión más reciente, denominada NEO PI-3 (McCrae, Costa, Jr, y Martin, 2005), la que es posible de utilizar desde los 12 años en adelante, la versión comercial aún se encuentra solo en inglés, pero existen adaptaciones al español en la versión de auto-informe con muestras de Perú, Puerto Rico, Argentina y Chile (De Fruyt, De Bolle, McCrae, Terracciano, y Costa, 2009), y de su versión redactada en tercera persona (para ser respondida por otros que conozcan al sujeto a evaluar) adaptada en Argentina (Leibovich y Schmidt, 2006).

Otro conocido instrumento de auto-informe para la evaluación de personalidad es el Cuestionario de Personalidad

de Eysenck – Revisado o EPQ-R (H. Eysenck y Eysenck, 1991), consta de 100 ítems con respuestas dicotómica (si/no) que miden las tres dimensiones de la personalidad propuestas por Eysenck, a través de sus escalas Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo, además cuenta con una escala de control denominada Mentira. El rango de edad para su uso es de 16 a 70 años (H. Eysenck, Eysenck, Ortet i Fabregat, y Seisdedos Cubero, 2001). Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado en 39 países (H. Eysenck et al., 2001; H. Eysenck, Eysenck, Seisdedos Cubero, y Cordero, 1992; S. Eysenck y Barrett, 2013). Existe también una versión para adolescentes denominada EPQ-Junior (H. Eysenck et al., 1992), aplicable para el rango de edad entre los 8 y 15 años y requiere aproximadamente de 20 minutos para ser administrado. En sus 81 ítems evalúa, al igual que el EPQ-R, las tres dimensiones básicas de personalidad, junto a la escala de control. Además la versión Junior contempla una escala formada por ítems de las 3 escalas de personalidad denominada Conducta Antisocial, la cual permite evaluar la propensión a la conducta antisocial. En España, el EPQ-J se encuentra adaptado, validado y con normas que permiten su uso, sin embargo, la escala Conducta Antisocial requiere de mayor desarrollo y en la actual versión no es aconsejable considerarla con propósitos diagnósticos (H. Eysenck et al., 1992). En estudios específicos con población adolescente, se ha observado que en este período el comportamiento anti-social se relacionaría con la elevación de Psicoticismo, mientras que en la adultez emergente la relación de Psicoticismo se presentaría como predictor solo en casos de actos delictivos graves (Heaven, Newbury, y Wilson, 2004).

Además de los cuestionarios de personalidad multirrasgo, como los que hemos comentado antes, existen los llamados test "monorrasgo" que evalúan generalmente un rasgo determinado, como la autoestima o la agresividad, de forma breve, ya que usualmente contienen entre 15 y 30 ítems, siendo de muy rápida administración (entre cinco y diez minutos). Existen diversas escalas de monorrasgos que pueden ser de interés en el ámbito de justicia juvenil, pero por la extensión de la presente revisión se han elegido aquellas más utilizadas para constructos de relevancia en el área. Así, uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (1973), concepto que su autor define como la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí misma, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo. Consta de 10 ítems centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, los que son respondidos en formato Likert, la escala puede ser administrada de forma individual o colectiva a adolescentes desde los 12 años en adelante, con un tiempo promedio de 5 minutos. Cuenta con adaptaciones en población adolescente y



adulta en países como España (Atienza, Moreno, y Balaguer, 2000; Martín-Albo, Núñez, Navarro, Grijalvo, y Navascués, 2007), Argentina (Gongora y Casullo, 2009; Góngora, Fernandez, y Castro, 2010) y Chile (Rojas-Barahona, Zegers, y Forster, 2009), y con baremaciones para su interpretación, diferenciadas por edad y sexo, desarrolladas con población adolescente española (Oliva, Hernández, y Antolín, 2011).

Otro rasgo interesante de evaluar en contextos de justicia juvenil es la empatía (Jolliffe y Farrington, 2004), del cual se ha descrito que, por ejemplo, estaría relacionada en la disposición a actitudes prosociales y presentaría una función inhibitoria de la agresividad (Mestre, Frías, y Samper, 2004). Existen diversas escalas construidas con ese fin, por ejemplo la Basic Empathy Scale (BES), auto-informe de 20 ítems con formato de respuesta Likert desarrollada por Jolliffe y Farrington (2006) que incluye una medida de empatía global, además de dos medidas independientes de empatía cognitiva (la percepción y comprensión de los otros) y afectiva (la reacción emocional provocada por los sentimientos de otras personas). Esta escala cuenta con una versión adaptada a población española de 12 a 17 años por Oliva et al. (2011) la cual, luego de depurar los ítems originales, quedó finalmente de 9 ítems, manteniendo la composición de la puntuación (empatía global, afectiva y cognitiva), esta adaptación se administra en 5 minutos, y cuenta con baremación en centiles según edad y sexo, ya que existe evidencia de diferencias de género en la medición de empatía, en particular las mujeres obtendrían mayores puntuaciones en empatía (Jolliffe y Farrington, 2006; Mestre et al., 2004). Otra escala de auto-informe monorrasgo es la Interpersonal Reactivity Index o IRI (Davis, 1980) que mide de forma multidimensional la empatía a través de 28 ítems, distribuidos en las sub-escalas Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Malestar Personal, permitiendo medir el aspecto tanto cognitivo como emocional de la empatía. El IRI es de los instrumentos más utilizados para la medición de empatía, contando con adaptación y validación en población española con adolescentes de ambos sexos de entre 13 y 18 años (Mestre et al., 2004). Finalmente, destaca el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva o TECA (López-Pérez, Fernández-Pinto, y Abad, 2008), pues es el único instrumento de evaluación de empatía publicado, está compuesto por 33 ítems con escala de respuesta tipo Likert, de rápida administración (entre 5 y 10 minutos) y mide la capacidad empática desde una aproximación cognitiva y afectiva, ofreciendo una puntuación global de la empatía y cuatro escalas específicas: Adopción Perspectivas, Comprensión Emocional, Estrés Empático y Alegría

Empática. Cuenta con baremos para población española general diferenciados por género, desde los 16 años en adelante.

Para la evaluación de la Impulsividad contamos con el BIS (Patton et al., 1995), uno de los instrumentos de auto-informe más usados tanto en ámbito clínico como en investigación para este constructo. Existen diversas versiones de la escala, siendo la más actual la BIS-11-A (adolescentes), con adaptaciones al español en Chile (Salvo y Castro, 2013) y España (Martínez-Loredo, Fernández-Hermida, Fernández-Artamendi, Carballo, y García-Rodríguez, 2015). El BIS-11-A, al igual que la versión para adultos, cuenta con 30 ítems de tipo Likert en los que se debe informar respecto a la frecuencia de diferentes conductas, ofreciendo una puntuación global de impulsividad, y tres parciales de impulsividad atencional, motora y falta de planificación. El BIS-11 ha mostrado un alto valor predictivo para evaluar conductas de riesgo, como síntomas de trastorno de conducta, déficit de atención, uso de sustancias e intentos de suicidio (Salvo y Castro, 2013; Stanford et al., 2009; von Diemen, Szobot, Kessler, y Pechansky, 2007)

Finalmente el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992), evalúa la Agresión y otros constructos relacionados. Está compuesto por 29 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que aporta una puntuación total de Agresión, así como puntuación en 4 sub-escalas: Agresividad Física y Agresividad Verbal, ambas miden el componente motor de la agresión mediante el cual se hiere o daña a los otros; la sub-escala de Ira evalúa la activación psicológica y preparación para la agresión, representando el componente emocional de la conducta y la sub-escala de Hostilidad mide sentimientos de suspicacia e injusticia, representando el componente cognitivo de la agresión. El Cuestionario de Agresión es un instrumento de fácil manejo y bajo costo de administración, por lo que resulta eficaz para la detección de sujetos agresivos en población general (Andreu Rodríguez, Peña, y Graña, 2002). Ha sido adaptada a población española por Andreu, Peña y Graña (2002), y cuenta con adaptaciones a diferentes países latinoamericanos como El Salvador (Sierra y Gutiérrez, 2007), Colombia (Chahín-Pinzón, Lorenzo-Seva, y Vigil-Colet, 2012), Perú (Matalinares et al., 2012) y México (Pérez, Ortega, Rincón, García, y Romero, 2013).

Antes de acabar este apartado, que podría ser muy extenso debido a que existen muchos tests de tipo genérico y personalológico que se podrían utilizar en justicia juvenil (K-ABC, DAS, ZKAPQ, 16PF-APQ, etc.), creemos de enorme interés presentar una novedad que, sin haber sido específicamente creada para contextos forenses o criminológicos, será de gran utilidad, se trata del



primer cuestionario para evaluar la madurez psicológica en adolescentes por medio de auto-informe y construido atendiendo a los mejores avances en las técnicas psicométricas actuales propias de la TCT, se denomina Cuestionario de Madurez Psicológica o PSYMAS (Morales-Vives, Camps, y Lorenzo-Seva, 2012) y ha sido recientemente publicado en España por TEA Ediciones. El PSYMAS es una medida de madurez psicológica en adolescentes, entendida como la habilidad para asumir obligaciones y tomar decisiones de forma responsable, considerando las características y necesidades personales, atendiendo a las consecuencias de sus actos. Está dirigido a adolescentes entre 15 y 18 años, y puede ser administrado de forma individual o colectiva, con un tiempo promedio de duración de 10 minutos. Se compone de 26 ítems que se organizan a través de tres escalas de 7 ítems cada una: Orientación al Trabajo, que en puntuaciones elevadas indica que el adolescente se hace responsable de sus obligaciones; Autonomía, que caracteriza a adolescentes capaces de tomar sus propias decisiones, sin excesiva dependencia de otros y además de la capacidad para llevar la iniciativa; y la escala Identidad, que indica adolescentes que tienen buen conocimiento de sí mismos. La puntuación total del test arroja una medida llamada Madurez Psicológica, la cual informa acerca del nivel de madurez global del adolescente. Finalmente, el PSYMAS contiene 4 ítems que evalúan Deseabilidad Social y Aquiescencia, más un ítem de prueba al inicio del test. Este instrumento ha sido desarrollado en España y cuenta con normas para ser utilizado en adolescentes entre 15 y 18 años (Morales-Vives et al., 2012; Morales-Vives, Camps, y Lorenzo-Seva, 2013). En un estudio con el PSYMAS en una muestra de estudiantes de entre 14 y 18 años de ambos sexos se ha encontrado vinculación entre la madurez psicológica y la agresividad, en donde a menor Madurez Psicológica mayores son los indicadores de agresión indirecta, especialmente en hombres. Además, el mayor predictor de agresión indirecta es la escala Autonomía, y de agresión directa la escala Identidad (Morales-Vives, Camps, Lorenzo-Seva, y Vigil-Colet, 2014). Actualmente los autores del PSYMAS, en colaboración con los de este trabajo, están trabajando en una versión forense de aplicación específica en contextos de psicología jurídica.

Por último, cabe hacer una breve mención en este apartado de las denominadas pruebas proyectivas, definidas como aquellas que basan su evaluación en las reacciones de las personas ante diferentes estímulos no estructurados, ejemplos de ello son el Test de Apercepción Temática (Murray y Bernstein, 1977) o el Test de Rorschach. Éste tipo de pruebas también pueden ser de uso en la evaluación psico-

lógica forense infanto-juvenil, contando como principal fortaleza el permitir una evaluación que dificulta la manipulación en su respuesta (Anastasi y Urbina, 1998), gran problema en las evaluaciones por medio de auto-informe en contextos penales y jurídicos en general; sin embargo, son bien conocidas una serie de críticas a estas técnicas de evaluación, entre las que se ha señalado que las pruebas proyectivas incorporan interpretaciones muy complejas, por lo que se requiere de gran conocimiento y experiencia en la prueba por parte de quien lo administra, ello implica la posibilidad de concluir de forma errónea a partir de interpretaciones poco rigurosas cuando estas técnicas son usadas por profesionales sin la calificación necesaria (Manzanero, 2009). Con todo, lo que se suele recomendar es que no sean usadas de forma única en la exploración forense, y que de aplicar alguna técnica proyectiva, sea como complemento de alguna otra prueba de origen psicométrico (Echeburúa et al., 2011; Manzanero, 2009).

PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Los instrumentos de naturaleza clínica orientan la interpretación de sus resultados hacia una lectura en clave sintomatológica de tipo psicopatológica y que, naturalmente, son de gran interés en el campo de la justicia juvenil, tanto por la relevancia que pueden tener los trastornos psicológicos en los adolescentes infractores a nivel de responsabilidad criminal, como por la importancia que tienen en el propio proceso de reeducación, a pesar de que trastornos no afecten al núcleo de la responsabilidad penal, sino al bienestar e integridad del desarrollo de estos adolescentes (Grisso, 2005). Está bien contrastado que las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes que son atendidos por los servicios de justicia juvenil son muy elevadas, alcanzando hasta un 65% de los casos (Cocozza y Schufelt, 2006; Fazel, Doll, y Långström, 2008) y esto por sí solo ya es una razón suficiente para utilizar los instrumentos de tipo clínico.

Es difícil seleccionar qué incluir en este apartado por la enorme cantidad de instrumentos de este tipo que existen en la actualidad (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo, y De Vicente, 2002; Schlueter, Carlson, Geisinger, y Murphy, 2013), además porque su elección dependerá de la aproximación y consideración del profesional y las demandas que reciba frente al caso particular (incluso del momento temporal) del adolescente infractor a evaluar. En primer lugar revisaremos una de las herramientas clínicas más conocidas y estudiadas para evaluar aspectos psicopatológicos por medio del auto-informe, la versión para adolescentes del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent o MMPI-A (Butcher et al., 1992)(Butcher, Jiménez Gómez, y Ávila Espada, 2003).



Después analizaremos el Millon Adolescent Clinical Inventory o MACI (Millon, 1993), también instrumento de auto-informe de amplia difusión en el ámbito clínico con adolescentes. A continuación se revisan dos herramientas diagnósticas de amplio uso en evaluaciones clínicas y de prevalencia de salud mental en la infancia y adolescencia, el Diagnostic Interview Schedule for Children-IV o DISC-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, y Schwab-Stone, 2000) y la Child Behavior Checklist o CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983). Finalmente, se describirán algunas escalas de evaluación que abordan sintomatología clínica específica y de relevancia en justicia juvenil, como son el Cuestionario de los 90 Síntomas Revisado o SCL-90-R (Derogatis, 1977), el Inventario de Depresión de Beck II o BDI-II (Beck, Steer, y Brown, 2006), así como dos escalas para evaluar Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), la ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al., 1997, 1998) y las escalas de Conners (Conners, 2008) (ver resumen en tabla 2).

El MMPI-A (Butcher et al., 1992) está diseñado para su administración a adolescentes de entre 14 y 18 años y evalúa aspectos clínicos de la personalidad y propiamente psicopatológicos. Fue desarrollado para ser usado en diversos contextos clínicos, especialmente con pacientes psiquiátricos y en tratamiento por abuso de drogas y/o alcohol, y su objetivo es establecer una línea base de la salud mental del adolescente antes de iniciar el tratamiento. Asimismo, puede utilizarse para evaluar el impacto del tratamiento en los cambios psicológicos ocurridos en un breve período de tiempo (Archer, Zoby, y Vauter, 2006). Consta de 478 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso) y cuenta con numerosas escalas de validez, escalas de tipo clínico, contenidos y suplementarias. Requiere de un tiempo promedio de administración de entre 60 y 90 minutos, sin embargo, en grupos forenses como justicia juvenil, los jóvenes no siempre suelen tener las habilidades cognitivas y de capacidad lectora mínimas requeridas para completar aceptablemente este test (Archer y Krishnamurthy, 2002 en

TABLA 2
PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Instrumento Clínico	Autores Originales	Adaptaciones en español	Objetivo	Rango de edad
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A)	Butcher et al. (1992)	España: Butcher et al. (2003). México: Lucio et al. (1998). Perú: Scott y Mamani-Pampa, (2008). Chile: Vinet y Alarcón, (2003b)	Evalúa aspectos de la personalidad y psicopatología	14-18 años
Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)	Millon (1993)	Argentina: Casullo et al. (1998). España: Millon y Aguirre Llagostera (2004). Chile: Vinet y Forns (2008).	Evaluación de características de personalidad, conflictivas propias del período adolescente y sintomatología clínica	13-18 años
Diagnostic Interview Schedule for Children-IV (DISC-IV)	Shaffer et al. (2000)	Versión en Español por los autores originales.	Evaluación de más de 30 trastornos psiquiátricos de ocurrencia en la infancia y la adolescencia	6-17 años
El Child Behavior Checklist (CBCL)	Achenbach y Edelbrock (1983)	Versión en Español por los autores originales.	Registrar problemas de comportamiento y competencias sociales de niños y adolescentes	4-18 años
Youth Self-Report, YSR	Achenbach (1991b)	España: Abad et al. (2000); Lemos-Giráldez et al. (2002).	Registrar problemas de comportamiento y competencias sociales, versión de auto-informe para adolescentes	11-18 años
Cuestionario de los 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R)	Derogatis (1977)	España: Derogatis y González de Rivera y Revuelta, (2002)	Alteraciones psicopatológicas o psicosomáticas a través de 9 dimensiones	13 años en adelante
Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)	Beck et al. (2006)	Chile: Melipillán et al. (2008). España: Sanz et al. (2014).	Detectar y evaluar la severidad de la depresión	13 años en adelante
ADHD Rating Scale-IV	DuPaul et al. (1997, 1998)	España: Servera y Cardo (2007).	Cribado para el TDAH	5-18 años
Escalas de Conners	Conners (2008)	España: Amador-Campos et al. (2003); Amador-Campos et al. (2002).	Cribado para el TDAH. Cambios producto del tratamiento	6-18 años



Archer et al., 2006). En encuestas realizadas a psicólogos que evalúan en contextos forenses, el MMPI-A es de los instrumentos de evaluación de auto-informe utilizados con mayor frecuencia (Archer, Buffington-Vollum, Stredny, y Richard, 2010), en especial con adolescentes en justicia juvenil (Archer et al., 2006; Viljoen et al., 2010), en donde sus usos varían dependiendo el momento del proceso judicial (Grisso, 1998). Entre las ventajas del uso del MMPI-A en contextos forenses hay que destacar que cuenta con estudios de adaptación y validación en España, México, Perú y Chile (Butcher et al., 2003; Lucio, Ampudia, y Durán, 1998; Scott y Mamani-Pampa, 2008; Vinet y Alarcón, 2003). También aporta información relevante relacionada con el estrés emocional, problemas con el uso de drogas y/o alcohol, relaciones familiares y el control de impulsos; además, las escalas de validez permiten evaluar la credibilidad de las respuestas dadas por el adolescente a la prueba (Archer et al., 2006). Asimismo también existen indicadores que señalan que ayuda a predecir comportamientos agresivos de los adolescentes en contextos de internamiento (Hicks, Rogers, y Cashel, 2000). Se ha observado que el MMPI-A aporta información relevante del funcionamiento actual del adolescente, pero su capacidad para establecer diagnósticos a largo plazo es limitada (Archer et al., 2006).

Otro destacado instrumento de evaluación clínica adecuado para evaluar la salud mental y otras características psicológicas de los adolescentes infractores es el MACI desarrollado por Millon (1993) basándose en su teoría de funcionamiento psicológico. Fue diseñado para la evaluación de características de personalidad y el desarrollo equilibrado de los adolescentes, la reacción frente a situaciones conflictivas propias del período adolescente y la posible presencia de sintomatología clínica de alta prevalencia en esa etapa del desarrollo, todo ello evaluado por medio de un auto-informe compuesto por 160 ítems con respuesta de tipo verdadero/falso. Evalúa un total de 31 escalas de las cuales doce refieren a Patrones de Personalidad, ocho a Preocupaciones Expresadas y siete de Síndromes Clínicos, además de tres Escalas Modificadoras. El tiempo medio de administración suele ser de 30 a 45 minutos. Se considera el segundo instrumento de auto-informe más utilizado con adolescentes en Norteamérica (Archer et al., 2010) y es uno de los instrumentos más usados por los psicólogos en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). En 2007 un tercio de las publicaciones del MACI eran relativas al área forense, con especial énfasis en muestras de justicia juvenil (Baum, Archer, Forbey, y Handel, 2009). Se encuentra validado y adaptado para diversos países como España, Argentina y Chile (Casullo, Góngora, y Castro, 1998; Millon y Aguirre Llagostera, 2004; Vinet y

Forns, 2008). Dentro de las fortalezas del MACI destacan lo relativamente breve de su composición de ítems, así como el potencial de ser un instrumento complementario o alternativo al MMPI-A en la evaluación de psicopatología, dado el volumen de investigaciones científicas que lo avalan (Baum et al., 2009).

Una interesante peculiaridad del MACI para su utilización en justicia juvenil es su capacidad para evaluar de forma indirecta la psicopatía. El equipo de Murrie y Cornell (2000) desarrollaron a partir de 20 ítems del MACI una escala para evaluar psicopatía denominada Psychopathy Content Scale o PCS (Escala de contenido psicopático), obteniendo buenos resultados psicométricos que apoyan su uso, indicando que el MACI es un instrumento útil como cribado en la detección de rasgos psicopáticos en adolescentes, por lo que puntuaciones elevadas permiten identificar la necesidad de una evaluación más profunda en esta área. Posteriormente Salekin, Ziegler, Larrea, Anthony y Bennett (2003) han desarrollado otra escala de psicopatía constituida por 16 ítems del MACI, denominada Psychopathy-16 ítems o P-16 (Psicopatía-16 ítems), la que presenta buena capacidad para predecir reincidencia general y violenta como escala total, e indicadores de conducta antisocial y dureza/insensibilidad, aspectos que serían de relevancia en la evaluación de psicopatía en adolescentes. Tanto la PCS y la P-16 cuentan con estudios complementarios en adolescentes con problemas de conducta (Penney, Moretti, y Da Silva, 2008) y estudios exploratorios en muestra chilena (León-Mayer y Zúñiga, 2012; Zúñiga, Vinet, y León, 2011).

Otro protocolo de gran interés y utilidad en las tareas diagnósticas de los psicólogos en justicia juvenil es el DISC-IV (Shaffer et al., 2000), instrumento diagnóstico basado en una entrevista semi-estructurada para el uso de profesionales no-clínicos basado en el DSM-IV y el CIE-10, que permite la evaluación de más de 30 trastornos psiquiátricos de ocurrencia en la infancia y la adolescencia. Fue desarrollado en el año 1997, sin embargo, las primeras versiones del DISC tienen sus inicios en el año 1979, en donde inicialmente su uso estaba centrado en estudios epidemiológicos; sin embargo, en la actualidad el DISC ha sido utilizado para estudios clínicos, estudios de prevención y como ayuda al diagnóstico clínico en centros de salud mental. Las preguntas del DISC-IV son en su mayoría de respuesta "sí/no" y deben ser leídas de forma textual por parte de los entrevistadores, quienes requieren de un proceso de entrenamiento que dura entre 2 y 3 días. Cuenta con versiones en inglés y español, desarrolladas por los autores. El tiempo de administración en población comunitarias es de alrededor de 70 minutos, y entre 90 y 120 minutos en población clínica (Shaffer et al., 2000). En complemento, se han desarrollado otros



formatos, entre ellos destaca el Voice DISC-IV, entrevista estructurada de auto-informe administrada por medio del uso de computadora y audífonos, la que evalúa las mismas áreas que el DISC-IV tradicional (Grisso y Underwood, 2004; Shaffer et al., 2000), destacan ventajas importantes en el uso del Voice DISC-IV en sistemas de justicia juvenil, ya que minimiza la necesidad de profesionales o técnicos en la evaluación, las puntuaciones se pueden obtener de modo inmediato generando un diagnóstico provisional basado en el DSM-IV, y alienta, por medio de la privacidad al responder la entrevista, a una mayor apertura a la prueba por parte del adolescente (Wasserman, Ko, y McCreynolds, 2004).

Otro protocolo clásico en la evaluación infanto-juvenil de utilidad en justicia juvenil es el CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983), que tiene por objetivo registrar problemas de comportamiento y competencias sociales de niños y adolescentes entre los 4 y los 18 años, a partir del reporte facilitado por los padres a través de 120 ítems de respuesta escala tipo Likert de 3 puntos, los padres deben centrarse en los últimos 6 meses del niño o adolescentes evaluado. Su uso se da tanto en contextos clínicos como en investigación, usualmente a modo de tamizaje en estudios epidemiológicos (Abal et al., 2010). De forma complementaria se han desarrollado las formas para ser completadas por los profesores -Teacher's Report Form, TRF- (Achenbach, 1991a) y la versión de auto-informe para adolescentes -Youth Self-Report, YSR- (Achenbach, 1991b). En la actualidad, todas las variantes del instrumento forman parte de un sistema de evaluación a través de múltiples informantes llamado Achenbach System of Empirically Based - ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2001), el que ha sido traducido a 85 idiomas (Lacalle, 2009); y para su versión de auto-reporte cuenta con adaptaciones en España (Abad, Forn, Amador, y Martorell, 2000; Lemos-Giráldez, Vallejo-Seco, y Sandoval-Mena, 2002). El trabajo en justicia juvenil con estos instrumentos se centra principalmente en el CBCL y el YSR, los que se encuentran entre los instrumentos más usados en contextos forenses con niños y adolescentes (Archer et al., 2010), así como en evaluación de riesgo con jóvenes (Viljoen et al., 2010). Entre los hallazgos de su uso en investigación en justicia juvenil, se puede mencionar que el comportamiento antisocial, medido a través de las escalas Conducta Agresiva y Comportamiento antisocial del YSR, presenta continuidad en el tiempo tras un seguimiento de dos años a una muestra comunitaria, así como comorbilidad con trastorno depresivo, medido a través del BDI (Ritakallio et al., 2008).

En relación a las escalas de síntomas clínicos específicos, la SCL-90-R (Derogatis, 1977) es un instrumento de auto-informe de 90 ítems que describen alteraciones psicopato-

lógicas o psicósomáticas, la intensidad del sufrimiento causado por cada uno de los síntomas debe ser graduada por quién contesta a través de una escala Likert de 5 puntos. Al responder, las personas deben situarse en las últimas semanas, incluyendo el día de la administración del cuestionario. Se aplica desde los 13 años en adelante y la duración de su administración es de aproximadamente 15 minutos. El SCL-90-R aporta información en forma de 9 dimensiones de síntomas que son: Somatizaciones, Obsesión - Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Asimismo incluye una Escala Adicional que agrupa síntomas heterogéneos de relevancia clínica, que son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, pero no constituyen una dimensión sintomática específica. El SCL-90-R presenta también 3 índices globales para la interpretación de los resultados, el Índice de Severidad Global es una medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global del sujeto; el Total de Síntomas Positivos contabiliza el total de síntomas presentes dando cuenta de la diversidad de la psicopatología; y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos, como indicador de la intensidad sintomática media que presenta el adolescente en el momento de completar el test. El uso del SCL-90-R en población de justicia juvenil se ha sugerido para evaluar el uso de la violencia en adolescentes, en especial la escala de Hostilidad (Dahlberg, Toal, Swahn, y Behrens, 2005) y se cuenta con adaptación para población española (Derogatis y González de Rivera y Revuelta, 2002).

Una escala de evaluación de sintomatología específica relevante para contextos de justicia juvenil es el BDI-II (Beck et al., 2006), debido a la evidencia acumulada que señala a la depresión como uno de los trastornos mentales con mayor presencia en la población reclusa y, en especial en las mujeres adolescentes alcanzando un 29% de prevalencia (Fazel et al., 2008). El BDI-II es un protocolo de auto-informe compuesto por 21 ítems de respuesta tipo likert, que describen la sintomatología clínica más frecuente de los pacientes psiquiátricos con depresión, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y culpa, pesimismo, entre otros. Es uno de los instrumentos más usados para detectar y evaluar la severidad de la depresión, siendo su uso clínico factible para pacientes adultos y adolescentes desde los 13 años en adelante. El BDI-II puede administrarse de forma individual o colectiva, con un tiempo de entre 5 y 10 minutos para ser contestado. Se solicita a los sujetos que elijan las afirmaciones más características ocurridas en las últimas dos semanas (Beck et al., 2006; Colegio Oficial de Psicólogos, 2013). El BDI es uno de los instrumentos más utilizados por psicólogos



en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), presenta diversas adaptaciones y validaciones en Europa y Latinoamérica que respaldan su uso y muestran el gran alcance de esta prueba (Cunha, 2001; Dere et al., 2015; Melipillán, Cova, Rincón, y Valdivia, 2008; Sanz, Gutiérrez, Gesteira, y García-Vera, 2014). En cuanto al uso del BDI en población forense, Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Richard (2010) indican que es uno de los test clínicos más usados con adultos en Norteamérica. La prevalencia de la depresión, medida con el BDI-II, indica que sería mayor en población encarcelada que en población general (Boothby y Durham, 1999), esta diferencia significativa se replica en estudios que comparan adolescentes delincuentes y no delincuentes (Regina, 2008; Ritakallio, Kaltiala-Heino, Kivivuori, y Rimpelä, 2005). Además, entre el 65% y 70% de las mujeres encarceladas y los prisioneros menores de 20 años obtienen puntuaciones aún más elevadas en el BDI-II, encontrándose en los rangos de media a severa depresión (Boothby y Durham, 1999), estos hallazgos sugieren la necesidad de establecer puntajes de corte e interpretación diferencial para el uso de este instrumento en la población forense. Otros estudios han descrito puntuaciones de corte específicas para detectar riesgo de auto-lesiones durante el encarcelamiento usando el BDI-II (Perry y Gilbody, 2009).

Por último nos referimos al TDAH y su vinculación con la conducta antisocial, síndrome discutido y polémico, que se considera de origen primordialmente neurobiológico y se inicia en la edad infantil, afectando entre un 3 y 7% de los niños en edad escolar, lo que refleja con frecuencia un rendimiento por debajo de sus capacidades y la posible presencia de trastornos emocionales y del comportamiento (American Psychiatric Association, 2001). Se ha descrito ampliamente que el comportamiento antisocial que se asocia a la presencia de hiperactividad y/o déficit atencional se caracteriza por tener, a) un inicio precoz, en la niñez temprana o media, b) una fuerte asociación con disfuncionalidad en la adaptación social y déficit en las relaciones con pares, c) alta probabilidad de persistencia y reincidencia de la conducta antisocial en la adultez, d) asociación con disminución de capacidades cognitivas y déficit en rendimiento académico y, por último, e) un fuerte componente de base genética (Rutter, Giller, y Hagell, 2000). Las metodologías para evaluar el TDAH requieren obtener información no solo del niño o adolescente como principal informante, sino también de los padres o cuidadores y de los docentes acerca de los síntomas, la duración y el grado de repercusión clínica del TDAH. Por tanto es posible el uso de preguntas abiertas, así como también entrevistas semiestructuradas, cuestiona-

rios o escalas que permitan estructurar la recogida de información y posterior evaluación del trastorno (Ministerio de Sanidad, 2010). Dentro de las herramientas para evaluar el TDAH, se encuentran algunas ya mencionadas en este apartado como el DISC IV y el CBCL, que incluyen este trastorno dentro de las exploraciones clínicas que realizan. Una escala específica para la evaluación del TDAH en adolescentes es la ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al., 1997, 1998), escala de cribado compuesta por 18 ítems en escala tipo Likert, cada uno de los cuales representa un síntoma del TDAH según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Como resultado facilita dos sub-escalas (Inatención e Hiperactividad), además de una puntuación total. Existen dos versiones, una administrable a los padres y otra para los docentes del niño o adolescente de entre 5 y 18 años. La versión traducida y validada en español la desarrollaron Servera y Cardo (2007) con niños entre 5 y 11 años.

Un segundo instrumento ampliamente usado son las escalas de Conners (Conners, 2008), que tienen por objetivo realizar un cribado de sintomatología del TDAH, siendo además sensible a los cambios producidos por del tratamiento. Las escalas pueden ser usadas con niños y adolescentes entre 6 y 18 años, y está formada por dos escalas para padres, una versión extensa y una abreviada; dos escalas para docentes, extensa y abreviada; y una versión auto-administrada para ser usada con adolescentes a partir de los 8 años. Cada escala extensa incluyen ítems de valoración de psicopatología general, mientras que las versiones abreviadas se componen de 4 subescalas: Oposicionismo, Inatención, Hiperactividad e índice TDAH. Existe una versión traducida al español por MHS (Conners, 2008), además de estudios realizados con población española (Amador-Campos, Idiazabal, Aznar, y Perú, 2003; Amador-Campos et al., 2002).

En la segunda parte de este trabajo, en el siguiente artículo, presentamos una serie de test y pruebas de evaluación psicológica forense disponibles en español para el uso de los profesionales del área criminológica en general. Estos tests y pruebas abordan evaluaciones de aspectos claves para el manejo de casos en justicia juvenil. Entre ellos destacan la evaluación de psicopatía que se analiza con instrumentos ya reconocidos como la Psychopathy Checklist: Youth Versión (Forth, Kosson, y Hare, 2003), así como una serie de instrumentos de valoración del riesgo de violencia en jóvenes, tales como el SAVRY (Borum, Bartel y Forth, 2003) y el Youth Level of Service/Case Management Inventory (Hoge y Andrews, 2002), entre otros. Para cada test se describen sus principales características y utilidad dentro del contexto de forense.



REFERENCIAS

- Abad, J., Forn, M., Amador, J., y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12(1), 49–54.
- Abal, F., Lozzia, G., Blum, D., Aguerri, M., Galibert, M., y Attorresi, H. (2010). Revisión de investigaciones recientes sobre la aplicación de la teoría de respuesta al ítem al Child Behavioral Checklist. *Anuario de Investigaciones*, 17, 151–157.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Teacher's Report Form and Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report Form and profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children Youth and Families.
- Amador-Campos, J., Idiazabal, M., Aznar, J., y Peró, M. (2003). Estructura factorial de la escala de Conners para profesores en muestras comunitaria y clínica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(2), 173–184.
- Amador-Campos, J., Idiazabal-Alecha, M., Sangorrín-García, J., Espadaler-Gamissans, J., y Forn i Santacana, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14(2), 350–356.
- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV. Texto revisado*. Barcelona: Mason.
- Anastasi, A., y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. Madrid: Prentice-Hall.
- Andrés-Pueyo, A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw Hill.
- Andreu Rodríguez, J., Peña, M., y Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476–482.
- Andrews, D. A., y Bonta, J. (2010). *The Psychology of criminal conduct*. Cincinnati: Anderson.
- Archer, R., Buffington-Vollum, J., Stredny, R., y Richard, W. (2010). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 37–41.
- Archer, R., Stredny, R., y Wheeler, E. (2013). Introduction to forensic uses of clinical assessment instruments. En R. Archer y E. Wheeler (Eds.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (Second Ed., pp. 1–20). New York and London: Routledge.
- Archer, R., Zoby, M., y Vauter, R. (2006). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent. En R. Archer (Ed.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (pp. 57–87). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Atienza, F., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22(1), 29–42.
- Baum, L., Archer, R., Forbey, J., y Handel, R. (2009). A review of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) and the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) with an emphasis on juvenile justice samples. *Assessment*, 16(4), 384–400.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2006). *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck: manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Blonigen, D. (2010). Explaining the relationship between age and crime: contributions from the developmental literature on personality. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 89–100.
- Boothby, J., y Durham, T. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26(1), 107–124.
- Borum, R., Bartel, P., y Forth, A. (2003). *Structured assessment of violence risk in youth. Professional manual*. Oxford: Pearson
- Borum, R., y Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(5), 465–473.
- Borum, R., y Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. New York: The Guilford Press.
- Buss, A., y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–9.
- Butcher, J., Jiménez Gómez, F., y Ávila Espada, A. (2003). *MMPI-A: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y., y Al., E. (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cano, A., y Andrés-Pueyo, A. (2012). La justicia juvenil en Cataluña: Características generales y funcionamiento. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 11(2), 191–214.



- Casullo, M., Góngora, V., y Castro, A. (1998). La adaptación del Inventario MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory). Un estudio preliminar con estudiantes adolescentes Argentinos. *Investigaciones en Psicología*, 3(2), 73–89.
- Chahín-Pinzón, N., Lorenzo-Seva, U., y Vigil-Colet, A. (2012). Psychometric properties of Colombian adaptation of Buss and Perry's Aggression Questionnaire for teenagers in a sample of Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 11(3), 979–988.
- Cocozza, J., y Schufelt, J. (2006). Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state prevalence study. *Research and Program Brief*. Recuperado de [http://www.unicef.org/tdad/usmentalhealthprevalence06\(3\).pdf](http://www.unicef.org/tdad/usmentalhealthprevalence06(3).pdf)
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2013). *Evaluación del inventario BDI-II*. Madrid: Autor
- Conners, C. (2008). *Conners 3*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Costa, P., y McCrae, R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R tm) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa (Fla.): Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., McCrae, R., Cordero, A., Pamos, A., Seisdedos Cubero, N., y Avia, M. (2008). *Inventario de personalidad Neo revisado (NEO PI-R), Inventario Neo reducido de cinco factores (NEO-FFI): Manual profesional*. Madrid: TEA.
- Cunha, J. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dahlberg, L., Toal, S., Swahn, M., y Behrens, C. (2005). *Measuring violence-related attitudes, behaviors, and influence among youths: A compendium of assessment tools*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- De Fruyt, F., De Bolle, M., McCrae, R., Terracciano, A., y Costa, P. (2009). Assessing the universal structure of personality in early adolescence: The NEO-PI-R and NEO-PI-3 in 24 cultures. *Assessment*, 16(3), 301–311.
- De Fruyt, F., Mervielde, I., Hoekstra, H., y Rolland, J. (2000). Assessing adolescents' personality with the NEO PI-R. *Assessment*, 7(4), 329–345.
- Dematteo, D., Wolbransky, M., y Laduke, C. (2016). Risk assessment with juveniles. En K. Heilbrun (Ed.), *APA handbook of psychology and juvenile justice* (pp. 365–384). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dere, J., Watters, C., Yu, S., Bagby, R., Ryder, A., y Harkness, K. (2015). Cross-cultural examination of measurement invariance of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological Assessment*, 27(1), 68–81.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R: Administration scoring and procedures. Manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., y González de Rivera y Revuelta, J. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas: Manual*. Madrid: TEA.
- DuPaul, G., Anastopoulos, A., Power, T., Reid, R., Ikeda, M., y McGoey, K. (1998). Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(1), 83–102.
- DuPaul, G., Power, T., Anastopoulos, A., Reid, R., McGoey, K., y Ikeda, M. (1997). Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9(4), 436–444.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141–159.
- Esbec, E., y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Eysenck, H., y Eysenck, S. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scale (adults)*. London: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H., Eysenck, S., Ortet i Fabregat, G., y Seisdedos Cubero, N. (2001). *EPQ-R : cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS): Manual*. Madrid: TEA.
- Eysenck, H., Eysenck, S., Seisdedos Cubero, N., y Cordero, A. (1992). *EPQ : cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A): Manual*. Madrid: TEA.
- Eysenck, S., y Barrett, P. (2013). Re-introduction to cross-cultural studies of the EPQ. *Personality and Individual Differences*, 54(4), 485–489.
- Farrington, D. (1992). Criminal career research in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 32, 521–536.
- Fazel, S., Doll, H., y Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010–1019.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M., y Del Barrio, V. (2015). *SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. Madrid:



- TEA.
- Flanagan, D. P., Kaufman, A. S., y Seisedos Cubero, N. (2006). *Claves para la evaluación con el WISC-IV*. Madrid: TEA.
- Forth, A. E., Kosson, D. S., y Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Gongora, V., y Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 179–194.
- Góngora, V., Fernandez, M., y Castro, A. (2010). Estudio de validación de la escala de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 7, 24–30.
- Grisso, T. (1998). *Forensic evaluation of juveniles*. Sarasota, FL, Florida: Professional Resource Press.
- Grisso, T. (2005). Why we need mental health screening and assessment in juvenile justice programs. En T. Grisso, G. Vincent, y D. Seagrave (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice*. (pp. 3–21). New York: Guilford.
- Grisso, T., Barnum, R., Fletcher, K., Cauffman, E., y Peuschold, D. (2001). Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of juvenile justice youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), 541–8.
- Grisso, T., y Underwood, L. (2004). *Screening and assessing mental health and substance use disorders among youth in the juvenile justice system: A resource guide for practitioners*. Washington, DC: US Department of Justice.
- Heaven, P. C. L., Newbury, K., y Wilson, V. (2004). The Eysenck psychoticism dimension and delinquent behaviours among non-criminals: Changes across the lifespan? *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1817–1825.
- Heilbrun, K. (Ed.). (2016). *APA handbook of psychology and juvenile justice*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Hicks, M. M., Rogers, R., y Cashel, M. (2000). Predictions of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 183–190.
- Hoge, R. D. (2012). Forensic assessments of juveniles: Practice and legal considerations. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1255–1270.
- Hoge, R. D., y Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Jolliffe, D., y Farrington, D. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 441–476.
- Jolliffe, D., y Farrington, D. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589–611.
- Kaufman, A. S., y Lichtenberger, E. O. (2002). *Claves para la evaluación con el WAIS III*. Madrid: TEA.
- Korkman, M., Kirk, U., y Kemp, S. (2014). *NEPSY-II*. Madrid : Pearson.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Leibovich, N., y Schmidt, V. (2006). *Inventario de Personalidad NEO para adolescentes Forma R (NEO-PI-3 tercera persona) adaptación*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Lemos-Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19–28.
- Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G., y Sandoval-Mena, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14(4), 816–822.
- León-Mayer, E., y Zúñiga, D. (2012). Características psicopáticas en la adolescencia : Sistematización teórica. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1197–1207.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Abad, F. (2008). *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)*. Madrid: TEA.
- Lucio, E., Ampudia, A., y Durán, P. (1998). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes: MMPI-A*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Manzanero, A. (2009). Psicología forense: Definición y técnicas. En J. Collado (Ed.), *Teoría y práctica de la investigación criminal* (pp. 313–338). Madrid: Instituto Universitarios “General Gutierrez Mellado.”
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., Grijalvo, F., y Navascués, V. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–467.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J., y García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274–282.
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A., y Villavicencio, N. (2012). Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry. *Revista IIPSI*,



- 15(1), 147–161.
- McCrae, R., Costa, P., Jr, y Martin, T. (2005). The NEO – PI – 3: A More Readable Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 37–41.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck – II en adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59–69.
- Mestre, V., Frías, M., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255–260.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T., y Aguirre Llagostera, G. (2004). *MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*. Madrid: Pearson.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Moffitt, T. E., y Caspi, a. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13(2), 355–375.
- Morales-Vives, F., Camps, E., y Lorenzo-Seva, U. (2012). *Cuestionario de Madurez Psicológica*. Madrid: TEA.
- Morales-Vives, F., Camps, E., y Lorenzo-Seva, U. (2013). Development and validation of the Psychological Maturity Assessment Scale (PSYMAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 29(1), 12–18.
- Morales-Vives, F., Camps, E., Lorenzo-Seva, U., y Vigil-Colet, A. (2014). The role of psychological maturity in direct and indirect aggressiveness in Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 17(16), 1–8.
- Morizot, J. (2015). The contribution of temperament and personality traits to criminal and antisocial behavior development and desistance. En J. Morizot y L. Kazemian (Eds.), *The Development of Criminal and Antisocial Behavior* (pp. 137–165). Switzerland: Springer International Publishing.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108–121.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A., y De Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Murray, H., & Bernstein, J. (1977). *Test de Apercepción Temática (TAT)*. Manual para la aplicación (4ª Edición). Buenos Aires: Paidós.
- Murrie, D., y Cornell, D. (2000). The Millon Adolescent Clinical Inventory and Psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 110–125.
- Oliva, A., Hernández, Y., y Antolín, L. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Otto, R., y Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology. A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57(1), 5–18.
- Patton, J., Stanford, M., y Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
- Penney, S., Moretti, M., y Da Silva, K. (2008). Structural validity of the MACI psychopathy and narcissism scales: Evidence of multidimensionality and implications for use in research and screening. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 422–433.
- Pérez, O., Ortega, N., Rincón, A., García, R., y Romero, M. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Agresión en dos muestras diferentes de Hidalgo, México. *European Scientific Journal*, 9(32), 107–120.
- Perry, A. E., y Gilbody, S. (2009). Detecting and predicting self-harm behaviour in prisoners: A prospective psychometric analysis of three instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), 853–861.
- Rees, L., y Tombaugh, T. (1998). Five validation experiments of the Tests of Memory Malingering (TOMM). *Psychological Assessment*, 10, 10–20.
- Regina, I. (2008). *Comparação da adaptação pessoal de adolescentes judicializados e não-judicializados: a aplicação do inventário de personalidade de Jensen e de Eysenck e de humores depressivos de Beck*. Universidade de Sao Paulo, Brasil.
- Reynolds, C. R., Kamphaus, R. W., y González Marqués, J. (2004). *BASC: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: Manual*. Madrid: TEA.
- Ritakallio, M., Kaltiala-Heino, R., Kivivuori, J., y Rimpelä, M. (2005). Brief report: Delinquent behaviour and depression in middle adolescence: A Finnish community sample. *Journal of Adolescence*, 28(1), 155–159.
- Ritakallio, M., Koivisto, A. M., von der Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M., y Kaltiala-Heino, R. (2008). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: A 2-year prospective follow-up study. *Journal of Adolescence*, 31(3), 355–370.
- Roesch, R., Viljoen, J. L., y Hui, I. (2004). Assessing intent and criminal responsibility. En W. O'Donohue y E. Levensky (Eds.), *Handbook of forensic psychology*.



- Resources for mental health and legal professionals* (pp. 157–174). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., y Forster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791–800.
- Rosenberg, M. (1973). *La Autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rutter, M., Giller, H., y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Salekin, R., Ziegler, T., Larrea, M., Anthony, V., y Bennett, A. (2003). Predicting dangerousness with two Millon Adolescent Clinical Inventory psychopathy scales: The importance of egocentric and callous traits. *Journal of Personality Assessment*, 80(2), 154–163.
- Salvo, G., y Castro, S. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51, 245–254.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1).
- Schlueter, J., Carlson, J., Geisinger, K., y Murphy, L. (2013). *Pruebas publicadas en español*. Nebraska: The University of Nebraska Press.
- Scott, R. L., y Mamani-Pampa, W. (2008). MMPI-A for Peru: Adaptation and normalization. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 719–732.
- Servera, M., y Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV in a sample of Spanish school children: Normative data and internal consistency for teachers and parents. *Revista de Neurología*, 45(7), 393–399.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., y Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28–38.
- Sierra, J., y Gutiérrez, J. (2007). Validación de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss-Perry en estudiantes universitarios salvadoreños. *Psicología Y Salud*, 17(1), 103–113.
- Sroufe, L. A., y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17–29.
- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N., y Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385–395.
- Steinberg, L., Cauffman, E., Woolard, J., Graham, S., y Banich, M. (2009). Are adolescents less mature than adults?: minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". *American Psychologist*, 64, 583–594.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering*. New York: Multi-Health Systems.
- Vilar-Lopez, R., Perez Garcia, M., y Puente, A. (2012). *TOMM: Test de simulacion de problemas de memoria*. Madrid: TEA.
- Viljoen, J. L., McLachlan, K., y Vincent, G. M. (2010). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: a survey of clinical practices. *Assessment*, 17(3), 377–395.
- Vincent, G., y Grisso, T. (2005). A developmental perspective on adolescent personality, psychopathology, and delinquency. En T. Grisso, G. Vincent, y D. Seagrave (Eds.), *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice*. New York and London: The Guilford Press.
- Vinet, E., y Alarcón, P. (2003). Evaluación psicométrica del inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) en muestras chilenas. *Terapia Psicológica*, 21(2), 87–103.
- Vinet, E., y Forns, M. (2008). Normas Chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia Psicológica*, 26(2), 151–163.
- von Diemen, L., Szobot, C., Kessler, F., y Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsive-ness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 153–156.
- Wasserman, G., Ko, S., & McCreynolds, L. (2004). *Assessing the mental health status of youth in juvenile justice settings*. *Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: US Department of Justice.
- Wechsler, D. (2001). *WAIS III escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III*. Madrid: TEA.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
- Wechsler, D., y Corral, S. (2011). *WISC-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV*. Madrid: Pearson.
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. En B. De Raad y M. Perugini (Eds.), *Big Five Assessment* (pp. 377–396). Seattle: Hogrefe y Huber.
- Zúñiga, D., Vinet, E., y León, E. (2011). Caracterización psicométrica del psychopathy checklist: Youth version (PCL:YV) en adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 29(1), 25–31.



TESTS FORENSES EN ESPAÑOL PARA EVALUAR ADOLESCENTES INFRACTORES

FORENSIC TESTS IN SPANISH FOR ASSESSING JUVENILE OFFENDERS

Lorena Wenger^{1,2,3} y Antonio Andres-Pueyo^{1,2}

¹Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). ²Universidad de Barcelona. ³Universidad de La Frontera, Chile

Conocer de forma objetiva y rigurosa las características psicológicas individuales del adolescente infractor, tales como la inteligencia, los rasgos de personalidad así como otras de naturaleza clínica y criminológica, son fundamentales para la aplicación de las medidas judiciales y educativas propias del contexto de la justicia juvenil. Las herramientas de tipo Personológicas y Clínicas, descritas en el artículo anterior (Wenger y Andrés-Pueyo, 2016), no son suficientes para atender a las necesidades criminogénicas de los adolescentes y es preciso utilizar otras mucho más específicas. En el presente artículo se presentan una serie de instrumentos complementarios, desarrollados especialmente para el ámbito forense, que permiten realizar evaluaciones muy específicas, como por ejemplo, la valoración de riesgo de violencia o la evaluación de la psicopatía. A continuación se describen las pruebas y test psicológicos de tipo forense disponibles en español para profesionales del ámbito de la justicia juvenil.

Palabras clave: Evaluación psicológica, Justicia juvenil, Personalidad, Clínica, Forense.

Objectively and rigorously assessment of the individual psychological characteristics of adolescent offenders, such as intelligence, personality traits and clinical and criminological ones, is essential in the intervention processes like educational and judicial measures in the juvenile justice system. However, the clinical and personological tools described in the previous article (Wenger & Andrés-Pueyo, 2016) are not enough to address the criminogenic needs of the adolescents and more specific tools are needed. In this paper, a number of complementary instruments developed specifically for the forensic area are reviewed. These tools enable us to carry out very specific assessments in this context, such as the evaluation of the risk of violence and the assessment of psychopathy. A review is also presented of the forensic psychological tests available in Spanish for professionals settings of juvenile justice.

Key words: Psychological assessment, Juvenile justice, Personality, Clinical, Forensic.

En la primera parte de esta publicación (Wenger y Andrés-Pueyo, 2016) describimos una serie de test y pruebas psicológicas de tipo Personológicas y Clínicas, disponibles en español para su uso en contextos de justicia juvenil; a través de dicha revisión, se aprecia un extenso cuerpo de herramientas disponibles para el ejercicio profesional y que, siguiendo sus objetivos, son de gran utilidad para la evaluación y orientación de los procesos de intervención de los y las adolescentes infractores de ley. Sin embargo, para el trabajo con dicha población hay diversos aspectos específicos de la evaluación forense que las herramientas allí descritas no dan cobertura, particularmente para la evaluación de variables psicológicas relevantes en el trabajo con población de justicia juvenil, tales como la valoración del riesgo de violencia, ya sea general o específica (por ejemplo, riesgo de violencia sexual) o la evaluación de rasgos psicopáticos en adolescentes. Para estos aspectos se han desarrollado instrumentos por y para su uso específico en contextos forenses y criminológicos,

por ello el presente artículo se centra en describir las principales pruebas y test psicológicos de evaluación forense utilizadas en justicia juvenil, disponibles para las poblaciones hispanohablantes.

Los últimos 25 años han sido muy productivos, ya que se han creado nuevas tecnologías, como las de valoración del riesgo de violencia y reincidencia delictiva (Dematteo, Wolbransky, y Laduke, 2016) que han facilitado el abordaje eficiente de tareas propiamente forenses y criminológicas que antes se trataban de forma demasiado idiosincrática (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007). Así pues, en el presente artículo se presentarán herramientas forenses para su uso en contextos de justicia juvenil, como el Inventario Jesness – Revisado o JI-R (Jesness, 2004), instrumento de personalidad diseñado para el trabajo con adolescentes en justicia, el Massachusetts Youth Screening Instrument 2 o MAYSI-2 (Grisso y Barnum, 1998) que aborda las necesidades de salud mental de este colectivo, además de las principales herramientas para evaluar psicopatía adolescente, la Psychopathy Checklist: Youth Versión o PCL:YV (Forth, Kosson, y Hare, 2003) y el Youth Psychopathic Traits Inventory o YPI (Andershed, Kerr, Stattin, y Levander, 2002). Finalmente, se describen una serie de herramientas de evaluación del riesgo de violencia general, como el Youth Level of

Correspondencia: Lorena Wenger. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Passeig Vall Hebron 171. 08035 Barcelona. España
Email: lwengeam8@alumnes.ub.edu



Service/Case Management Inventory o YLS/CMI (Hoge y Andrews, 2002), así como el Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism o ERASOR (Worling y Curwen, 2001b) específicamente diseñado para evaluar riesgo de violencia sexual (ver resumen en tabla 1).

El JI-R (Jesness, 2004) se desarrolla con la finalidad de apoyar los procesos de clasificación y especificación de diagnósticos de jóvenes infractores de ley, diseñado para población infractora juvenil desde los 8 años en adelante. Contiene 160 ítems de auto-informe de respuesta dicotómica (verdadero/falso) y contempla 10 escalas de personalidad: Desajuste Social, Valores Subculturales, Inmadurez, Extrañeza-Alienación, Agresividad-Ira, Aislamiento, Ansiedad Social, Represión Emocional y Negativismo. Además cuenta con una escala compuesta llamada Índice Asocial, y dos escalas basadas en criterios del DSM-IV para anticipar diagnósticos de Trastorno

Disocial y Trastorno Negativista Desafiante (Jesness, 2004). Destacan como ventajas del JI-R su sensibilidad a los cambios de actitud ocurridos en un periodo relativamente corto de tiempo, ítems de fácil comprensión para adolescentes infractores, presentar una medición multidimensional y facilitar un índice global de "asocialidad" relacionado con los niveles de reincidencia delictiva en adolescentes (Estevao y Bichuette, 1985). Además, existe evidencia empírica que apoya al JI-R como una herramienta capaz de evaluar la heterogeneidad psicológica existente dentro de la población adolescente infractora (Allen Jr et al., 2003; Antequera y Andrés-Pueyo, 2008; Estevao y Bichuette, 1985; Graham, 1981; Kuncce y Hemphill, 1983; Manzi-Oliveira, 2012; Martin, 1981; Regina, 2008; Wenger, 2010). El JI-R cuenta con adaptaciones y estudios exploratorios en España y Chile, además de normas para población Brasileña (Antequera y

TABLA 1
PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN FORENSE

Instrumento Forense	Autores Originales	Adaptaciones en español	Objetivo	Rango de edad
Inventario Jesness-Revisado (JI-R)	Jesness (2004)	Brasil: Manzi-Oliveira (2012). España: Antequera y Andrés-Pueyo, (2008). Moreno (2009). Chile: Wenger (2010)	Apoyar los procesos de clasificación y especificación de diagnósticos de jóvenes infractores de ley	8 años en adelante
Massachusetts Youth Screening Instrument 2 (MAYSI-2)	Grisso y Barnum (1998)	España: C. Moreno y Andrés-Pueyo (2014)	Tamizaje en la detección de problemas de salud mental y emocional	12-17 años
Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)	Andershed et al. (2002)	España: Hilterman et al. (2006)	Rasgos psicopáticos en adolescentes	12 años en adelante
Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)	Hoge y Andrews (2002)	España: Garrido-Genovés et al. (2004). Chile: Chesta (2009)	Riesgo de reincidencia e identificar las dimensiones en donde existe mayor riesgo, lo que permite orientar la intervención	12-17 años
Psychopathy Checklist: Youth Versión (PCL:YV)	Forth et al. (2003)	España: Garrido-Genovés (2009); González et al. (2003); Silva (2009); Villar-Torres et al. (2014). Chile: Zúñiga et al., (2011)	Adaptación del PCL-R para la población adolescente, evalúa características psicopáticas, predicción de reincidencia violenta	12-18 años
Valoración Estructurada del Riesgo de Violencia en Jóvenes (SAVRY)	Borum et al. (2003)	España: Vallés y Hilterman (2011)	Predicción del riesgo de violencia a través de tres grandes dominios: factores de riesgo históricos, factores de riesgo individuales y factores de protección	12-18 años
Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos (FER-R)	Alarcón (2001)	Versión original en español	Evaluación de riesgo de reincidencia y factores protectores	14-18 años
ERASOR	Worling y Curwen (2001b)	Venegas et al. (2013)	Evaluación de riesgo de reincidencia sexual	12-18 años
J-SOAP-II	Prentky y Righthand, (2003)	España: Garrido et al. (2006)	Evaluación de riesgo de reincidencia sexual	Varones entre 12 y 18 años
Structured Assessment of Protective Factors for Violent Risk: Youth Version (SAPROF:YV)	De Vries Robbé et al. (2015)	España: Por publicar	Valoración estructurada de los factores de protección para el riesgo de violencia	12-18 años



Andrés-Pueyo, 2008; Manzi-Oliveira, 2012; Moreno, 2009; Wenger, 2010).

Otro instrumento poco conocido por profesionales de justicia juvenil en español, pero muy utilizado en USA es el MAYSI-2, desarrollado por Grisso y Barnum (1998) para el cribado de problemas de salud mental y emocional en adolescentes usuarios del sistema de justicia juvenil que tienen entre 12 y 17 años. El MAYSI-2 es un instrumento de 52 ítems de auto-informe, estandarizado y confiable, siendo una medida que permite identificar señales de problemas mentales/emocionales, incluyendo riesgo suicida. El MAYSI-2 no realiza un diagnóstico clínico de trastorno de salud mental, si no que las puntuaciones directas obtenidas en cada escala permiten apoyar la decisión de derivar o no al adolescente a una evaluación completa en el ámbito de la salud mental y/o intervención en crisis del mismo. El MAYSI-2 ofrece dos tipos de puntuaciones en las distintas escalas que evalúa, una puntuación de "precaución", que indica la presencia posible de problemas clínicos en el ámbito evaluado por la escala. El otro tipo de puntuación es "advertencia", que corresponde a una puntuación inusualmente alta en comparación con otros jóvenes en programas de justicia juvenil (10% de los jóvenes con puntuaciones más altas se ubican aquí), con la puntuación de "advertencia" se sugiere una evaluación más completa en el ámbito de la salud mental y además tomar medidas de forma rápida de intervención específicas (Moreno y Andrés-Pueyo, 2014). En relación a la diferencia de género en el uso del MAYSI-2, los hallazgos sostienen que las mujeres obtendrían mayores puntuaciones que los hombres, lo que es consistente con la literatura existente (Vincent, Grisso, Terry, y Banks, 2008; Wasserman et al., 2004). Entre sus ventajas se encuentran su fácil administración (entre 10-15 minutos), capacidad de comprensión lectora equivalente a la propia de los 10-11 años de edad, y puede ser interpretada sin la necesidad de contar con un profesional experto en salud mental. Como limitación, al ser un instrumento que solo se completa por medio del auto-informe, aumentan las posibilidades de no detectar alguna problemática, ya sea porque no se reporta o porque se exagera la condición, además el foco está centrado en experiencias de ocurrencia cercana, no proveyendo de información acerca de la historia clínica pasada u otros factores de riesgo (Justice Research Center, 2002). Recientemente se desarrolló su adaptación a distintas lenguas europeas entre las que se ha incluido el español, el catalán y el árabe (Inforsana, 2015; Moreno y Andrés-Pueyo, 2014). De esta última adaptación se ha podido contrastar que los resultados son similares a los obtenidos en EE.UU, así los adolescentes que ingresan a centros de régimen cerrados son los que presentan mayor sintomatología de problemas de salud mental, en comparación a centros de medio

abierto o de evaluación, además el instrumento es capaz de aportar información confiable en 5 de las 7 escalas del test, lo que hace que el MAYSI-2 sea una herramienta prometedora para su uso en español, requiriendo de posterior ampliación en su investigación con esta población (Moreno y Andrés-Pueyo, 2014).

Otro constructo de gran relevancia en el área de Justicia Juvenil es la psicopatía, cuya consolidación ha ido de la mano del desarrollo de una herramienta básica para su evaluación y diagnóstico, la PCL-R. En particular presentaremos la PCL:YV (Forth et al., 2003), desarrollada como la adaptación del PCL-R para población adolescente. Está dirigida a jóvenes entre 12 y 18 años y evalúa patrones de engaño, peleas, bullying y otros actos antisociales en adolescentes, aspectos críticos de detectar tempranamente. La PCL:YV ayuda en la evaluación de los factores que contribuyen al desarrollo del comportamiento antisocial y de la psicopatía en la adultez, ya que los autores defienden la idea que los rasgos psicopáticos emergen de forma progresiva, y por tanto es posible identificar algunos de estos aspectos de forma temprana. El instrumento es complejo, mucho más que un cuestionario de auto-informe y requiere la realización de una entrevista clínica semi-estructurada al adolescente que debe ser grabada en video, además de la contrastación de información adicional con otras fuentes de información distintas al joven. Posterior a la obtención de ambas fuentes de datos, se procede a puntuar los 20 ítems que componen la PCL:YV, a través de una escala de valoración que va desde 0 a 2 puntos (no, quizás, sí), teniendo a la vista el manual donde se describen cada uno de los ítems. Los autores señalan que el tiempo promedio de administración es de 90-120 minutos para la entrevista semi-estructurada al adolescente y de 60 minutos para la revisión de información colateral (Forth et al., 2003). Los autores no marcan una puntuación de corte para el diagnóstico clínico, ya que consideran que es prematuro adoptarlo cuando aún hace falta mayor evidencia empírica que respalde la estabilidad de la psicopatía desde la adolescencia a la adultez, por tanto, se proporciona una puntuación dimensional relacionada con el número y gravedad de los rasgos psicopáticos presentes en el evaluado (Forth et al., 2003). La PCL:YV se organiza a partir de cuatro factores, el Factor 1 denominado Interpersonal incluye los ítems Imagen personal falsa, Grandioso sentido de valía personal, Mentira patológica, y Manipulación para obtener una ganancia personal. El factor 2 o Afectivo, Falta de remordimientos, Afecto superficial, Insensibilidad y falta de empatía, y Fracaso para aceptar la responsabilidad. El factor 3 o Conducta impulsiva, Búsqueda de estimulación, Orientación parásita, Falta de metas, Impulsividad, e Irresponsabilidad. Y el factor 4 o Antisocial, Pobre control de la ira, Problemas tempranos de conducta, Violación grave de la libertad condicional (medida), Conducta delictiva grave, y Versatilidad delictiva. Los ítems Conducta sexual imperso-



nal y Relaciones interpersonales inestables son los únicos ítems que no se incluyen en ningún factor. Las propiedades psicométricas reportadas por los autores se obtuvieron a partir de 19 muestras de población clínica y forense, con un total de 2438 jóvenes (Forth et al., 2003), a partir de lo cual se concluyó que las puntuaciones varían en relación al contexto en donde se administra la PCL:YV, así las muestras con mayor puntuación fueron las de jóvenes institucionalizados, seguidos por aquellos que cumplían medidas en medio abierto, y quienes puntuaban más bajo eran los que provenían de muestras comunitarias o clínicas. La PCL:YV ha mostrado buena capacidad predictiva de comportamientos violentos (Gretton, Hare, y Catchpole, 2004; Hilterman, Nicholls, y van Nieuwenhuizen, 2013; Schmidt, Campbell, y Houlding, 2011); cuenta con validaciones para Canadá e Inglaterra, mientras que en países como España, Chile y Argentina cuentan con adaptaciones y exploraciones psicométricas (Garrido-Genovés, 2009; González, Molinuevo, Pardo, y Torrubia, 2003; Silva, 2009; Villar-Torres, Luengo, Romero, Sobral, y Gómez-Fraguela, 2014; Zúñiga, Vinet, y León, 2011) que avalan su uso con adolescentes en contextos de justicia juvenil.

En la misma línea podemos mencionar el YPI (Andershed et al., 2002), instrumento de auto-informe desarrollado para evaluar rasgos psicopáticos en adolescentes a partir de los 12 años en contextos comunitarios (no judiciales) basándose en los modelos tradicionales de psicopatía. El YPI se centra en los rasgos de personalidad y no en los de comportamiento antisocial, dando así mayor relevancia a los rasgos interpersonales y afectivos. Cuenta con 50 ítems que se responden en una escala Likert de 4 puntos, y se agrupan en tres factores: Arrogancia/manipulación, compuesto por las sub-escalas Actitud deshonesto, Arrogancia, Mentir repetidamente, Manipulación; Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía, contiene las sub-escalas Falta de remordimientos, Frialdad afectiva, Ausencia de empatía; e Impulsividad/Irresponsabilidad, compuesto por Búsqueda de sensaciones, Impulsividad, Irresponsabilidad. Los ítems están planteados de manera indirecta y poco transparente, presentando los rasgos psicopáticos en forma de habilidades, lo que reduce la influencia de distorsión deseabilidad social en las respuestas. Investigaciones señalan buenas propiedades psicométricas del YPI que apoyan su uso en justicia juvenil para evaluar características psicopáticas (Poythress, Dembo, Wareham, y Greenbaum, 2006), pero una baja capacidad de predicción (Cauffman, Kimonis, Dmitrieva, y Monahan, 2009). Finalmente, el instrumento cuenta con una adaptación al español desarrollada por Hilterman, Vallès y Gilaert (2006).

A diferencia de las pruebas de origen generalista o clínica aplicadas a la evaluación en adolescentes infractores, las dedicadas a valorar el riesgo de violencia y

reincidencia delictiva son muy recientes (Dematteo et al., 2016). Una vez consolidada la naturaleza educativa del sistema de justicia juvenil, se ha dado un paso más en firme en la consideración del riesgo de reincidencia como un elemento importante a considerar en las intervenciones propias con adolescentes infractores, así como también con la importancia de la salud mental en éstos. Este conjunto de herramientas de evaluación que se han construido especialmente para el trabajo en el ámbito forense, en particular aquellos instrumentos de utilidad predictiva tanto de la reincidencia como de la conducta violenta (donde predominan los que siguen la técnica del Juicio Clínico Estructurado), tienen como característica contener aspectos tanto de la valoración clínica como elementos actuariales, es decir, datos de predicción empíricamente validados (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Para realizar este tipo de evaluación se requiere el uso de guías de valoración que orientan todo el proceso, además de profesionales entrenados en el uso de las herramientas (Andrés-Pueyo y Redondo, 2007). A continuación, se revisan los principales instrumentos de juicio profesional estructurado que permiten realizar una valoración de los factores de riesgo estáticos y dinámicos que predicen la reincidencia del comportamiento antisocial y riesgo de violencia en adolescentes. El primero de ellos es el YLS/CMI desarrollado por Hoge y Andrews (2002) para estimar el riesgo de reincidencia en adolescentes de entre 12 y 17 años, así como para identificar las dimensiones en donde existe mayor riesgo y que requieren de una gestión de la intervención prioritaria. Gracias a esta doble naturaleza el YLS/CMI es de gran utilidad en el plano de la intervención educativa propia de la justicia juvenil. Los autores diseñaron el instrumento pensando en las evaluaciones a realizar en justicia juvenil tanto de forma pre-sentencial, como en las posteriores a la sentencia, por tanto permite su uso en la gestión completa del caso. La construcción del instrumento está basada en los tres principios de clasificación de caso propuestos por Andrews, Bonta y Hoge (1990), el primero se denomina principio de Riesgo, y establece que los servicios de tratamiento ofrecidos a los infractores deben estar relacionados al nivel de riesgo que presenten, es decir, infractores con alto riesgo de reincidencia deben recibir los tratamientos más intensivos, mientras que aquellos de bajo riesgo deben recibir tratamientos de baja intensidad e incluso no recibir ningún tipo de tratamiento. El segundo principio es el de Necesidad y señala que los objetivos del tratamiento deben estar aparejados con las necesidades criminogénicas presentes en el caso, ya que son estas necesidades las que, al ser intervenidas, influirán en la disminución de la reincidencia. El tercer principio es el de Capacidad de respuesta o individualización (Responsividad), indica que las decisiones rela-



tivas al tratamiento deben considerar otras características del adolescente infractor y de sus circunstancias que puedan afectar la capacidad de respuesta al tratamiento, estas otras características en general no son propiamente factores de riesgo delictivo, pero tienen mucha relevancia para el manejo del caso.

Como en el resto de protocolos de valoración del riesgo, la forma de completar el YLS/CMI es a través de la extensa recopilación de información del caso que realiza el profesional a cargo (a partir de expedientes clínicos, criminológicos y entrevistas al adolescente y/o terceros como familia, profesores o cualquier otro profesional que conozca al adolescente), con toda esta información a la vista el YLS/CMI puede completarse en unos 20 a 30 minutos (Hoge, 2005). El YLS/CMI tiene 5 partes, la primera es la Evaluación de Riesgos y Necesidades, contiene 42 ítems, organizados en 8 grupos de factores de riesgos criminogénicos (dinámicos, que determinan los objetivos de la intervención y estáticos, que caracterizan el riesgo crónico del caso). Estos grupos de ítems son: Delitos y medidas judiciales pasadas y actuales, Pautas educativas, Educación formal y empleo, Relación con el grupo de iguales, Consumo de sustancias, Ocio/diversión, Personalidad/conducta y Actitudes, valores y creencias. Cada ítem es valorado por el profesional responsable en relación a la presencia/ausencia en el caso. Además, en siete de los factores de riesgo se solicita detallar de forma cualitativa las fortalezas del adolescente en relación a ese factor evaluado. También existe un espacio para detallar comentarios y describir las fuentes de información que utilizó el profesional para determinar la presencia de los ítems de riesgo (Hoge y Andrews, 2002). La segunda parte es el resumen de factores de riesgo y necesidad, primero a través de la suma de ítems presentes (en cada uno de los 8 grupos de factores de riesgo evaluados). Después se procede a la suma total de todos los grupos, obteniendo tanto una puntuación agregada para cada grupo de factores de riesgo, como una puntuación de riesgo total; esta última ofrece 4 categorías del nivel riesgo y necesidad (desde Bajo a Muy Alto). La tercera parte se interesa por la Evaluación de Otras Necesidades/Consideraciones Especiales, la que permite registrar la presencia de otros factores que pueden ser relevantes para el manejo particular del caso que se evalúa. La cuarta es la Evaluación General del Nivel de Riesgo/Necesidad y en este apartado el profesional a cargo de la evaluación deberá considerar toda la información disponible en relación al caso y deberá estimar el nivel de riesgo y necesidad de forma individualizada, pudiendo estar de acuerdo o no con el resultado obtenido a través de la suma total de ítems de riesgo (segunda parte) y, en cualquier caso, deberá justificar las razones que llevaron al profesional a tomar esta decisión de ratificar o modificar la valoración

resultante del cálculo actuarial. La quinta parte del YLS/CMI requiere que el profesional a cargo de la evaluación indique la intensidad del tratamiento apropiado para el joven, considerando para ello el nivel de riesgo y necesidad (Hoge y Andrews, 2002).

La capacidad de predicción de reincidencia del YLS/CMI ha sido avalada por diversos estudios (Olver, Stockdale, y Wong, 2012; Schwalbe, 2007) incluso en población española (Graña, Garrido-Genovés, y González, 2008; Hilterman et al., 2013). Ha sido adaptado en España con el nombre de Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes o IGI-J (Garrido-Genovés, López, Silva, López, y Molina, 2006) y en Chile como Inventarios de Riesgos y Necesidades Criminogénicas (Chesta, 2009). Para el caso español, todas las escalas de riesgo, a excepción de la escala de Ocio/diversión, logran discriminar entre reincidentes y no reincidentes (Graña et al., 2008), hallazgos similares a los encontrados por Garrido-Genovés et al. (2006) quienes también excluyen de la capacidad de diferenciación entre ambos grupos al factor Educación formal/empleo. Finalmente, los factores de riesgo Delitos pasados, seguido por Consumo de sustancias y Personalidad/conducta son los que mejor predicen la reincidencia (Graña et al., 2008). Actualmente es utilizado por equipos de justicia juvenil que se ocupan de la intervención post-sentencial en la comunidad de Madrid (Graña y Rodríguez, 2011).

Otro de los protocolos de valoración de riesgo de violencia y reincidencia delictiva, específico para poblaciones adolescentes, es el SAVRY (Valoración Estructurada del Riesgo de Violencia en Jóvenes), desarrollado por Borum, Bartel y Forth (2003) para la predicción del riesgo de violencia futura, tanto física como sexual, y la planificación de intervenciones penales y clínicas en jóvenes infractores y violentos, aplicable desde los 12 a los 18 años. Es un instrumento de 30 ítems, de los cuales 24 evalúan factores de riesgo y 6 factores de protección. Los factores de riesgo se dividen en Históricos: ítems que se basan en comportamientos o experiencias pasadas, generalmente estáticos y no susceptibles a cambio que son de gran utilidad para valorar el riesgo de nuevos comportamientos violentos, aunque tienen menos utilidad para valorar y planificar las intervenciones. Los factores Históricos son Violencia previa, Historia de actos delictivos no violentos, Inicio temprano de la violencia, Seguimiento en el pasado/fracaso de intervenciones anteriores, Intentos de autolesión o suicidio anteriores, Exposición a violencia en el hogar, Historia de maltrato infantil, Delincuencia de los padres o cuidadores, Separación temprana de los padres o cuidadores, y Bajo rendimiento en la escuela. Luego siguen el conjunto de factores Sociales/contextuales, que consideran la influencia en el joven de las relaciones interpersonales, el contacto con instituciones sociales y el entorno; aquí los



factores a valorar son Delincuencia en el grupo de iguales, Rechazo del grupo de iguales, Estrés experimentado e incapacidad para enfrentar dificultades, Escasa habilidad de los padres para educar, Falta de apoyo personal/social de otros adultos y Entorno marginal. Finalmente se encuentran los factores Individuales, centrados en actitudes, aspectos de funcionamiento psicológico y de comportamiento del joven evaluado, incluyen los ítems de Actitudes negativas, Asunción de riesgos/impulsividad, Problemas de consumo de sustancias, Problemas con el manejo del enfado, Bajo nivel de empatía/remordimiento, Problemas de concentración/hiperactividad, Baja colaboración en las intervenciones y Bajo interés/compromiso escolar. Además, el SAVRY incluye un grupo de factores de protección – una importante innovación en este tipo de herramientas – y que se definen como aquellos que pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo, o incluso disminuir la probabilidad de ocurrencia de un acto violento futuro. Estos factores son Implicación prosocial, Apoyo social fuerte, Fuertes vínculos y lazos con al menos un adulto prosocial, Actitud positiva hacia las intervenciones y la autoridad, Fuerte compromiso con la escuela, y Perseverancia como rasgo de personalidad (Borum et al., 2003). Como el SAVRY es un protocolo que se guía por la técnica del Juicio Clínico Estructurado (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010), en la hoja de codificación se permite incluir factores de riesgo adicionales que el evaluador considere de relevancia para la comprensión del potencial de riesgo de violencia del adolescente que se está evaluando. Todos los factores de riesgo en el SAVRY son codificados en tres niveles: Alto, Moderado y Bajo, sin asignarle ningún valor numérico y sin disponer puntuaciones de corte predefinidas. Los otros seis ítems correspondientes a los factores protectores son codificados en dos valores (Presente o Ausente).

El SAVRY cuenta con un manual que complementa al instrumento, proporcionando instrucciones, recomendaciones y criterios de codificación definidos en él, así como casos a modo de ejemplo que son muy instructivos. De forma complementaria, los autores señalan que para valorar los factores de riesgo o protección, los evaluadores pueden administrar test o escalas de medición para orientar su decisión de puntuar o no el ítem. Cabe destacar que el SAVRY no facilita una puntuación total del riesgo final – como en el caso del YLS/CMI – si no que la valoración final debe hacerla el profesional considerando la evaluación de factores de riesgo y protección en su conjunto (Borum et al., 2003). En relación a su capacidad de predicción de la violencia, en un estudio de 10 años de seguimiento a adolescentes infractores, los autores describen que el SAVRY predice de forma robusta la reincidencia no violenta, violenta y sexual en el grupo de adolescentes varones (Schmidt et al., 2011). En cuanto a los factores protectores, la información es contradictoria,

ya que en algunos estudios indican que a tres años de seguimiento los factores protectores tienen baja capacidad predictiva (Rennie y Dolan, 2010), mientras que en seguimiento de 10 años se observó que los factores protectores tenían un tamaño del efecto de moderado a alto para predecir la ausencia de reincidencia no violenta y violenta (Schmidt et al., 2011). En el único estudio de validez predictiva publicado a la fecha con el SAVRY en población de justicia juvenil española, tras seguimiento de un año, muestra un moderado tamaño del efecto para predecir reincidencia (Hilterman et al., 2013), además se comparó la estimación de reincidencia realizada tanto por el encargado de caso del joven en el programa de justicia (de modo clínico y no-estructurado) junto con una estimación de auto-informe del joven en relación a su propia reincidencia, con la puntuación final del SAVRY, demostrando este último significativamente mayor capacidad predictiva. Se cuenta con una adaptación autorizada al español y catalán desarrollada por Vallés y Hilterman (Borum, Bartel, y Forth, 2011), y actualmente el SAVRY es utilizado de forma oficial en el marco de los procesos de evaluación e intervención establecidos en el circuito de Justicia Juvenil de Cataluña (Cano y Andrés-Pueyo, 2012).

Otro protocolo interesante de revisar dado su origen latinoamericano, es la Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos o FER-R (Alarcón, 2001), instrumento de juicio profesional estructurado desarrollado para su uso en programas de justicia juvenil en Chile diseñado, entre otras finalidades, para prevenir el riesgo de reincidencia. La Ficha consta de 60 ítems y permite el registro de dos áreas: Factores de Riesgo Criminogénicos y Factores Protectores, a partir de la valoración de riesgos estáticos y dinámicos. Entre los riesgos estáticos evalúa Historia en conductas de desadaptación social, Derivación a programas de protección/intervención e Impacto de las intervenciones previas. En riesgos dinámicos evalúa Educación, Relación con pares, Familia, Intereses del Joven, Drogas, Actitudes o tendencias manifiestas. Finalmente, un último apartado que evalúa Recursos protectores personales y familiares. La FER-R cuenta con estudio de validez predictiva que evidencia su adecuada capacidad para predecir reincidencia en adolescentes infractores chilenos (Alarcón, Wenger, Chesta, y Salvo, 2012).

Para finalizar, se presentaran dos instrumentos de evaluación de riesgo de reincidencia sexual el ERASOR y el J-SOAP-II, además de un instrumento menos conocido que valora exclusivamente factores protectores denominado SAPROF, compatible con el uso de cualquier otro protocolo de valoración del riesgo, e incluso utilizable de forma independiente. El ERASOR (Worling y Curwen, 2001b) es una lista de chequeo, desarrollada con base empírica, que ayuda a los evaluadores a estimar a corto plazo el riesgo de reincidencia sexual en adolescentes de entre 12 y 18 años que hayan cometido previamente una agresión



sexual. Fue diseñada como una única escala de 25 factores de riesgo agrupados en 5 temas: Intereses sexuales, Actitudes y Comportamientos, Historia de agresiones sexuales, Funcionamiento psicosocial, Funcionamiento familiar/entorno y Tratamiento. Cada factor de riesgo se puntúa a partir de cuatro criterios posibles: Presente, Posiblemente presente, No presente y Desconocido. Los autores han desarrollado un manual que contiene la descripción de cada uno de los factores de riesgo, que permite realizar la codificación de los ítems (Worling y Curwen, 2001a), y expresan la necesidad de que todo profesional que lo use se familiarice con él, así como con las diferentes publicaciones e investigaciones más recientes de seguimiento. Además, enfatizan en que los evaluadores deben estar altamente entrenados en evaluación de los adolescentes, de sus familias y, en especial, en la problemática de la violencia sexual. La utilización del ERASOR requiere múltiples métodos para recoger la información que permita al evaluador estimar el riesgo de reincidencia sexual del adolescente. Los autores proponen utilizar entrevistas clínicas al evaluado, administración de test psicológicos, observación del comportamiento e información oficial del caso judicial de manera combinada. Se establece como requisito mínimo que el evaluador obtenga información directamente del adolescente y de registros oficiales de la agresión sexual. Además, se requiere recopilar información de múltiples fuentes, como de la víctima, la policía, la familia u otros profesionales de salud mental relacionados con el adolescente. Para determinar el nivel de riesgo general del evaluado, los autores señalan que éste se deriva del juicio clínico. Pese a existir una relación entre la cantidad de factores de alto riesgo presentes en el evaluado y la valoración final del riesgo de reincidencia, el juicio clínico deberá considerar también la combinación de factores presentes, ya que la evidencia señala que la presencia de tan solo un factor de riesgo en particular puede indicar alto riesgo, por ejemplo, la declaración del joven de volver a cometer una agresión sexual o auto-informar de interés sexual por los niños y los menores. El ERASOR cuenta con una serie de estudios internacionales que indican buenas propiedades psicométricas y adecuada capacidad de predicción (Viljoen, Elkovitch, Scalora, y Ullman, 2009; Worling, Bookalam, y Litteljohn, 2012). Existe una traducción al español, no publicada y solo disponible por petición a los autores de la traducción (Venegas, Sanchez, Hilterman y Siria, 2013).

El Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II o J-SOAP-II (Prentky y Righthand, 2003) es una lista de chequeo que permite a los evaluadores realizar una revisión sistemática de los factores de riesgo que la literatura especializada ha asociado con la comisión de delitos sexuales en adolescentes. Los autores lo diseñaron para su utilización con adolescentes varones de entre 12 y 18 años que hayan sido procesados por cometer un delito sexual, así co-

mo adolescentes sin condenas, pero que presenten una historia de comportamientos sexuales coercitivos. Se sugiere que la decisión en relación al riesgo de reincidencia no se realice basándose sólo en el J-SOAP-II, éste debe ser una parte de una evaluación comprensiva en el proceso de evaluación de riesgo. El instrumento se compone de 28 ítems, abarcando factores de riesgo estáticos organizados en dos escalas: Orientación/impulso sexual e Impulsividad-Conducta antisocial; y factores de riesgo dinámicos a través de las escalas Intervención, y Ajuste y estabilidad social. Estudios en muestras forenses apoyan su capacidad de predicción, validando su uso como herramientas complementaria a la evaluación de riesgo de reincidencia de agresión sexual en adolescentes (Martínez, Flores, y Rosenfeld, 2007; Viljoen, Mordell, y Benteau, 2012). La adaptación al español la desarrollaron Garrido, Silva y López (2006), con el nombre de Protocolo de Evaluación de Agresores Sexuales Juveniles.

Finalmente, el Structured Assessment of Protective Factors for Violent Risk: Youth Version o SAPROF-YV (de Vries, Geers, Stapel, Hilterman, y de Vogel, 2015), es un instrumento para la valoración estructurada de los factores de protección para el riesgo de violencia, construida para ser utilizada en combinación y complemento a otras herramientas de valoración de riesgo, como el SAVRY o el YLS/CMI. Según sus autores esta conjunción permite una evaluación más equilibrada del riesgo futuro de violencia y violencia sexual, además ayuda a orientar la atención hacia la prevención de violencia desde un enfoque positivo al tratamiento. La versión para adolescentes entre 12 y 18 años se desarrolló en el año 2013, los autores señalan que los factores protectores pueden ser aún más prometedores para el desarrollo positivo de los adolescentes infractores, por lo que esperan que esta versión sea un importante complemento a la evaluación de riesgo en justicia juvenil. Especialmente los profesionales del ámbito de la psiquiatría forense manifiestan que el SAPROF (en su versión para adultos) está siendo de gran utilidad para formular objetivos del tratamiento, justificar las fases del tratamiento, observar los progresos que tienen lugar en cada fase y facilitar una comunicación positiva del riesgo (de Vogel, de Ruitter, y Bouman, 2011). El SAPROF-YV se compone de 16 factores protectores dinámicos, basados en la literatura internacional relacionada con los factores específicos para el riesgo de violencia en jóvenes, y se organizan en 4 grupos de ítems, el primero relativo a la Resiliencia: Competencia Social, Afrontamiento, Auto-Control y Perseverancia, el segundo grupo son Ítems Motivacionales: Orientación hacia el futuro, Actitudes hacia los acuerdos, Medicación, Escuela/trabajo, Actividades en el tiempo libre. El tercer grupo lo componen Ítems de Relaciones: Padres/cuidadores, Pares, Otras relaciones de apoyo. Y finalmente los ítems Externos: Clima pedagógi-



co, Atención profesional y Órdenes del tribunal. Estos ítems pueden estimular el desarrollo de tratamientos positivos, ofrecer orientaciones adicionales para el manejo de riesgo, y proveer nuevas oportunidades a partir de la evaluación de las fortalezas de los adolescentes. Los autores reportan el desarrollo de dos estudios pilotos en el año 2013, y en el año 2014 se publicó la versión en holandés, durante el año 2015 se publicarán las versiones en inglés y español (de Vries et al., 2015).

DISCUSIÓN

El panorama de recursos y herramientas para la evaluación por medio de tests psicológicos en español de rasgos de personalidad y capacidades cognitivas, de síntomas y síndromes psicopatológicos, así como de otros constructos psicológicos propios del campo criminológico y forense aplicado a los adolescentes infractores es variado, actual y comparable al que existe en el contexto anglosajón. Dado que las tareas propias de los profesionales que actúan en los servicios de justicia juvenil (centros de internamiento, medidas en medio abierto, mediación, etc.) son muy diversas, las demandas que reciben son variadas y generalmente complejas. Entre los recursos técnicos disponibles están los tests y las pruebas psicológicas que, en general, se diseñaron inicialmente para las demandas que son propias del ámbito escolar, clínico o socio-familiar, y en menor medida para atender a las demandas del campo forense y criminológico. Así pues, la mayoría de pruebas psicológicas expuestas se desarrollaron en el campo clínico, educativo y personalógico, pero esto no obsta su uso en el ámbito de la justicia juvenil. Muchas demandas del mismo son similares a la de otros campos, por ejemplo, estimar el nivel de CI, la salud mental o la madurez de un adolescente antes de ser enjuiciado por una imputación delictiva. En general, la adecuación de las medidas de justicia aplicadas a un adolescente incluyen necesariamente la atención clínico-sanitaria y también educativa, por tanto las pruebas desarrolladas inicialmente en aquellos ámbitos se pueden usar con total garantía en justicia juvenil. No obstante, quedan algunos espacios propios de la gestión de los adolescentes infractores en el marco penal, como por ejemplo valorar el riesgo de reincidencia delictiva, que requieren herramientas específicas como el SAVRY o el ERASOR, que se han desarrollado en los últimos 20 años y también se han adaptado al español (Dematteo et al., 2016; Grisso, 1998).

La presente revisión muestra un panorama de los instrumentos que los profesionales que trabajan en el área de justicia juvenil tienen a su disposición, para dar respuesta a las demandas que reciben de los operadores propios del circuito de justicia. Existen instrumentos de tradición clínica que son de mucha utilidad para la evaluación de aspectos claves en el área forense, por ejemplo instrumentos que permiten detectar sintomatología

clínica como el SCL-90; o el BDI-II si lo que se necesita es profundizar en sintomatología depresiva; o el DISC-IV si la exploración de psicopatología requiere de mayor profundidad y de amplio espectro en consonancia a los criterios descritos por el DSM-IV. También se describen el MMPI-A y el MACI como herramientas de interés psicopatológico para conocer sintomatología de relevancia y estilos de funcionamiento psicológico de los adolescentes. Menos habitual es el uso de herramientas de evaluación de personalidad, como el NEO-PI o el EPQ en sus diferentes formatos, ya que si bien nos permiten conocer la estructura de personalidad a nivel de rasgos, estos resultados difícilmente arrojan respuestas a interrogantes psico-legales o permiten asesorar los procesos de adolescentes por el paso del circuito judicial, ya que sus resultados aportan poca especificidad en la comparación entre la personalidad y la conducta delictiva. Es decir, podremos conocer si existe una elevación en Psicoticismo en el EPQ o baja Amabilidad y Responsabilidad en NEO-PI, lo que nos indica la presencia de ciertos rasgos más o menos relacionados con la existencia de disposiciones a la conducta delictiva, pero no de forma directa y causal con el acto delictivo en sí. No obstante lo anterior, estos instrumentos sí que nos permiten tener una especie de radiografía básica del temperamento y personalidad del infractor, permitiendo acercarnos a su individualidad psicológica, que será de gran utilidad en los procesos de intervención y generalización de su comportamiento a contextos sociales abiertos y de reinserción. De la presente revisión destaca una limitación importante relativa a la escasez de herramientas psicológicas para evaluar la personalidad en contextos propios de justicia juvenil, como hemos señalado sólo el JI-R se ha diseñado para evaluar personalidad y actitudes relacionadas particularmente a población infractora juvenil, pero aun no disponemos de una adaptación y baremación profesional, lo que sin duda merma su potencial incorporación al ámbito profesional, pese a ser una herramienta que podría llenar un vacío latente en la evaluación forense hispanohablante, que ha visto un mayor desarrollo en herramientas de predicción de riesgo de reincidencia y violencia, dejando atrás la evaluación por auto-informe de aspectos de personalidad, insumos que son relevantes para la gestión del caso en el tratamiento.

Por otro lado, cada vez más se puede contar con un número creciente de herramientas específicamente forenses y adaptadas al español, que se orientan en su mayoría a la predicción de violencia, ya sea de manera general como el YLS/CMI, general, violenta y sexual como el SAVRY, específica para reincidencia violenta o psicopatía como el PCL:YV, o reincidencia de delitos sexuales como el J-SO-AP-II o el ERASOR. Pese al auge en las últimas décadas del desarrollo de instrumentos forenses en países anglosajones, la realidad española y latinoamericana es diferente



y continúa sufriendo limitaciones en su desarrollo. Como falencia relevante, señalar la carencia de manuales para el uso de los instrumentos forenses, especialmente aquellos de Juicio Profesional Estructurado, que incluyan descripciones tanto de su construcción, adaptación, propiedades psicométricas, descripción de variables y asesoría en la puntuación. De forma general hace falta la construcción y difusión de baremos apropiados para la interpretación de los diferentes test, que incluyan cuando sea necesario diferenciaciones por edad y/o sexo, además se requieren mejoras en los canales de distribución comercial que permitan optimizar la difusión y uso de los instrumentos. Lo anterior es un claro desafío para el desarrollo y adaptación de los instrumentos forenses en justicia juvenil, ya que pese a existir excepciones como la adaptación española del SAVRY (Borum et al., 2011), la mayoría de los demás instrumentos siguen sin contar con lo ya reseñado.

Con la claridad de conocer las herramientas disponibles en español, el siguiente desafío será cómo los profesionales deciden el instrumento o la estrategia más idónea para realizar la evaluación. Algunas recomendaciones para ello sugieren que quienes estén a cargo de la evaluación forense utilicen test psicológicos apropiados y con el objetivo para el cual fueron diseñados, es decir, no exigir al instrumento más resultados de los que empíricamente se ha demostrado que son capaces de hacer (Archer, Stredny, y Wheeler, 2013), por ejemplo, no es correcto utilizar el YLS/CMI si lo que se quiere es predecir riesgo de reincidencia sexual, ni el MACI o el MAYSI si se busca con ellos realizar un diagnóstico de trastorno mental. La elección de los test a utilizar en cada caso no debe guiarse por una batería estándar, sino que debe adaptarse a las necesidades y objetivos de evaluación de cada adolescente, para ello Echeburúa, Muñoz, y Loinaz (2011) indican que los profesionales deben ser pragmáticos, decidiendo el uso de un determinado instrumento pensando en cuál será la utilidad de la información que se obtenga tras su uso, se debe contemplar su adecuación al caso particular, y de ser necesario tener en cuenta el nivel cultural del adolescente para valorar si podrá contestar de forma adecuada todas las preguntas, además de considerar si el propio evaluador domina la técnica que desea utilizar. También se recomienda atender a la calidad científica del instrumento, es decir, elegir con prioridad aquellos test que cuenten con buenas propiedades psicométricas, además de estudios de validez y normas en población forense. Hoge (2012) por otro lado, recomienda que las evaluaciones forenses las realicen profesionales entrenados en el área y con experiencia en el uso de las herramientas a utilizar, recordemos que instrumentos como PCL:YV o DISC-IV requieren de entrenamiento previo en el test y en la forma de completarlo, y sin ello se resta validez a los resultados que se obtienen. Finalmente, es importante recordar la necesidad de mantener el rigor,

las buenas prácticas y la ética profesional en toda evaluación forense, en especial en justicia juvenil, ya que toda decisión que se tome en relación al joven a lo largo del circuito judicial tendrá repercusiones -a veces muy graves- tanto en la vida del adolescente como en la sociedad, por tanto los profesionales que trabajan en esta área deben procurar que los pasos que guíen dichas decisiones se realicen a través de los más altos estándares y de la forma más óptima (Hoge, 2012).

REFERENCIAS

- Alarcón, P. (2001). *Evaluación psicológica de adolescentes con desadaptación social: un estudio a través de MACI e indicadores de riesgo en el sur de Chile*. Universidad de Salamanca, España.
- Alarcón, P., Wenger, L., Chesta, S., y Salvo, S. (2012). Validez predictiva del instrumento evaluación de riesgos y recursos (fer-r) para la intervención en adolescentes infractores de ley: Estudio preliminar. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1183-1195.
- Allen Jr, J., Rupert, V., Spatafora, K., Windell, J., Gaulier, B., y Conti, K. (2003). Differentiating violent from non-violent female offenders using the Jesness inventory. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 101-108.
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., y Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. En E. Blaauw y L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current International Perspectives* (pp. 131-158). La Haya: Elsevier.
- Andrés-Pueyo, A., y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409.
- Andrés-Pueyo, A., y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Andrews, D. A., Bonta, J., y Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.
- Antequera, M., y Andrés-Pueyo, A. (2008). Personalidad y delincuencia: un estudio a través del Inventario Jesness - Revisado. En F. Rodríguez, C. Bringa, F. Fariña, R. Arce, y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica: familia y victimología* (Ediciones, pp. 445-449). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Archer, R., Stredny, R., y Wheeler, E. (2013). Introduction to forensic uses of clinical assessment instruments. En R. Archer y E. Wheeler (Eds.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (Second Ed., pp. 1-20). New York and London: Routledge.
- Borum, R., Bartel, P., y Forth, A. (2003). *Structured assessment of violence risk in youth. Professional manual*. Oxford: Pearson.



- Borum, R., Bartel, P., y Forth, A. (2011). *SAVRY: Manual para la valoración estructurada de riesgo de violencia en jóvenes* (Segunda Ed). Barcelona: Global Holdings.
- Cano, A., y Andrés-Pueyo, A. (2012). La justicia juvenil en Cataluña: Características generales y funcionamiento. *EduPsykhé: Revista de Psicología Y Psicopedagogía*, 11(2), 191–214.
- Cauffman, E., Kimonis, E., Dmitrieva, J., y Monahan, K. (2009). A multimethod assessment of juvenile psychopathy: comparing the predictive utility of the PCL:YV, YPI, and NEO PRI. *Psychological Assessment*, 21(4), 528–542.
- Chesta, S. (2009). *Características psicométricas del inventario de riesgos y necesidades vinculados con factores criminogénicos: IRNC*. Universidad de La Frontera, Chile.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., y Bouman, Y. (2011). *SAPROF. Manual para la valoración de los factores de protección para el riesgo de violencia* (Spanish translation of the SAPROF guidelines by Ed Hilterman y Assumpta Poch). Utrecht: Forum Educatief.
- de Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (in preparation). *SAPROF-YV. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk in youth. Youth version*.
- Dematteo, D., Wolbransky, M., y Laduke, C. (2016). Risk Assessment with juveniles. En K. Heilbrun (Ed.), *APA handbook of psychology and juvenile justice* (pp. 365–384). Washington, DC: American Psychological Association.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141–159.
- Estevao, R., y Bichuette, M. (1985). Administration of the Jesness Personality Inventory to delinquent and non-delinquent youth. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37(4), 48–55.
- Forth, A. E., Kosson, D. S., y Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Garrido-Genovés, V. (2009). *La predicción y la intervención con los menores infractores: Un estudio en Cantabria*. Santander: Gobierno de Cantabria.
- Garrido-Genovés, V., López, E., Silva, T., López, M., y Molina, P. (2006). *El Modelo de la competencia social de la ley de menores: Cómo predecir y evaluar para la intervención educativa*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- González, L., Molinuevo, B., Pardo, Y., y Torrubia, R. (2003). *Adaptación Española autorizada del PCL:YV [Manual of the Spanish version of the Psychopathy Checklist: Youth Version]*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Graham, S. (1981). Predictive and concurrent validity of the Jesness Inventory Asocial Index: When does a delinquent become a delinquent? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 740–742.
- Graña, J., Garrido-Genovés, V., & González, L. (2008). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: Evaluación, características delictivas y modelos de predicción*. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor infractor.
- Graña, J., y Rodríguez, M. (2011). *Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.
- Gretton, H., Hare, R., y Catchpole, R. (2004). Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: a 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 636–645.
- Grisso, T. (1998). *Forensic evaluation of juveniles*. Florida: Professional Resource Press.
- Grisso, T., y Barnum, R. (1998). *Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI): Preliminary manual and technical report*. Worcester MA: University of Massachusetts Medical School.
- Hilterman, E., Nicholls, T., y van Nieuwenhuizen, C. (2013). Predictive validity of risk assessments in juvenile offenders: Comparing the SAVRY, PCL:YV, and YLS/CMI with unstructured clinical assessments. *Assessment*, 21(3), 324–339.
- Hilterman, E., Vallès, L., y Gilaert, L. (2006). *Adaptación española del Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Hoge, R. D. (2005). Youth Level of Service/Case Management Inventory. En T. Grisso, G. Vincent, y D. Seagrave (Eds.), *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice*. New York: Guilford.
- Hoge, R. D. (2012). Forensic assessments of juveniles: Practice and legal considerations. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1255–1270.
- Hoge, R. D., y Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Inforsana. (2015). Official translations. Retrieved from <http://www.inforsana.eu/forensic-mental-health-screening/maysi-2/official-translations/>
- Jesness, C. F. (2004). *Jesness Inventory - Revised. Technical manual*. New York: MHS.
- Justice Research Center. (2002). *An initial examination of Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI) data: Recommendations for policy and practice. Juvenile Justice*. Tallahassee, FL: Florida Department of Health System.
- Kunze, J., y Hemphill, H. (1983). Delinquency and Jes-



- ness Inventory scores. *Journal of Personality Assessment*, 47(6), 632–634.
- Manzi-Oliveira, A. (2012). *Assessment of juvenile delinquents: cross-cultural adaptation of Jesness Personality Inventory*. Universidade de São Paulo, Brasil.
- Martin, R. (1981). Cross-validation of the Jesness Inventory with delinquents and nondelinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 10–14.
- Martinez, R., Flores, J., y Rosenfeld, B. (2007). Validity of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-Soap-II) in a sample of urban minority youth. *Criminal Justice and Behavior*, 34(10), 1284–1295.
- Moreno, C., y Andrés-Pueyo, A. (2014). *Estudi exploratori de l'aplicació del MAYSI-2 en la població de Justícia Juvenil a Catalunya*. Barcelona: GEAV Universitat de Barcelona.
- Moreno, I. (2009). *Estudio descriptivo sobre dimensiones de personalidad y variables sociodemográficas de menores infractores en la región de Murcia*. Universidad de Murcia, España.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., y Wong, S. C. P. (2012). Short and long-term prediction of recidivism using the youth level of service/case management inventory in a sample of serious young offenders. *Law and Human Behavior*, 36(4), 331–344.
- Poythress, N., Dembo, R., Wareham, J., y Greenbaum, P. (2006). Construct validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) and the Antisocial Process Screening Device (APSD) with justice-involved adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 33(1), 26–55.
- Prentky, R., & Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) Manual*. Rockville, MD: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention's Juvenile Justice Clearinghouse.
- Regina, I. (2008). *Comparação da adaptação pessoal de adolescentes judicializados e não-judicializados: a aplicação do inventário de personalidade de Jesness e de Eysenck e de humores depressivos de Beck*. Universidade de Sao Paulo, Brasil.
- Rennie, C., y Dolan, M. (2010). The significance of protective factors in the assessment of risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22, 8–22.
- Schmidt, F., Campbell, M., y Houlding, C. (2011). Comparative analyses of the YLS/CMI, SAVRY, and PCL:YV in adolescent offenders: A 10-year follow-up into adulthood. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 9(1), 23–42.
- Schwalbe, C. S. (2007). Risk assessment for juvenile justice: A meta-analysis. *Law and Human Behavior*, 31(5), 449–462.
- Silva, T. (2009). *Medición de la psicopatía en el contexto del Sistema de Justicia Juvenil en España*. Universitat de Valencia, España.
- Venegas, R., Sanchez, N., Hilterman, E., y Siria, S. (2013) *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR), traducción al español*. Manuscrito no publicado.
- Viljoen, J., Elkovitch, N., Scalora, M., y Ullman, D. (2009). Assessment of reoffense risk in adolescents who have committed sexual offenses: Predictive validity of the ERASOR, PCL:YV, YLS/CMI, and Static-99. *Criminal Justice and Behavior*, 36(10), 981–1000.
- Viljoen, J., Mordell, S., y Beneteau, J. (2012). Prediction of adolescent sexual reoffending: A meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law and Human Behavior*, 36(5), 423–438.
- Villar-Torres, P., Luengo, M. A., Romero, E., Sobral, J., y Gómez-Fraguela, J. A. (2014). Assessing psychopathy in young people: the validity of the Psychopathic Checklist: Youth version for a sample of Spanish offenders. *Psychology, Crime y Law*, (February), 1–19.
- Vincent, G., Grisso, T., Terry, A., y Banks, S. (2008). Sex and race differences in mental health symptoms in juvenile justice: the MAYSI-2 national meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 282–90.
- Wasserman, G., McReynolds, L., Ko, S., Katz, L., Cauffman, E., Haxton, W., y Lucas, C. (2004). Screening for emergent risk and service needs among incarcerated youth: comparing MAYSI-2 and Voice DISC-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 629–39.
- Wenger, L. (2010). *Adaptación y validación preliminar en Chile del Inventario Jesness-Revisado (JI-R)*. Universidad de La Frontera, Chile.
- Wenger, L. y Andrés-Pueyo, A. (2016) Tests psicológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 89-106.
- Worling, J., Bookalam, D., y Littelljohn, A. (2012). Prospective validity of the Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(3), 203–223.
- Worling, J., y Curwen, T. (2001a). *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense recidivism (The "Erasor"): Version 2.0. Coding Form*. Toronto: Thistletown Regional Centre for Children y Adolescents.
- Worling, J., y Curwen, T. (2001b). *The "ERASOR". Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism. Version 2.0*. Toronto: Thistletown Regional Centre for Children y Adolescents.
- Zúñiga, D., Vinet, E., y León, E. (2011). Caracterización psicométrica del psychopathy checklist: Youth version (PCL:YV) en adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 29(1), 25–31.



LA ADICCIÓN “NO” ES UNA ENFERMEDAD CEREBRAL

ADDICTION IS NOT A BRAIN DISEASE

Elisardo Becoña

Universidad de Santiago de Compostela

En los últimos años se ha ido consolidando la idea en el campo médico-psiquiátrico de que la adicción es una “enfermedad cerebral”, como ya así recoge el DSM-5. En este artículo se analiza cómo ha surgido y se ha consolidado esta idea, las críticas que ha recibido, las consecuencias profesionales si este modelo se hace hegemónico, junto a los intereses subyacentes al mismo. Se concluye defendiendo la necesidad de mostrar como psicólogos nuestras claras aportaciones al campo de las adicciones, como el de las variables psicológicas que son necesarias para la comprensión de las adicciones, para su prevención, junto con el papel central del tratamiento psicológico por su eficacia en las mismas. También debemos denunciar los reduccionismos, como el que representa el modelo de enfermedad cerebral frente a un modelo biopsicosocial de las adicciones.

Palabras clave: Adicción, Drogas, Enfermedad cerebral, Psicología.

The idea that addiction is a “brain disease” has gradually been consolidated in the medical-psychiatric field over the last years, as it appears in the current DSM-5. In this paper we analyse the way this idea has arisen and been consolidated, as well as the criticisms that it has received, the professional consequences if this model becomes hegemonic, and the underlying interests. The conclusion defends the need to show, as psychologists, our clear contributions to the field of addictions, and the psychological variables that are necessary in order to understand and prevent addictions, as well as the central role of psychological treatment due to its effectiveness. We must also denounce the reductionism that the model of brain disease represents in comparison with a biopsychosocial model of addiction.

Key words: Addiction, Drug, Brain disease, Psychology.

En el volumen 507 de la prestigiosa revista *Nature*, se publicó el 6 de marzo de 2014 una carta al director con el título “Addiction: not just brain malfunction” [Adicción: no sólo un mal funcionamiento cerebral] firmada por Derek Heim (2014). A pie de página del mismo le acompañaban 94 firmantes, relevantes investigadores, clínicos, directores de revistas de adicciones, de centros de tratamiento, etc., de varios países, criticando la consideración de “la adicción como una enfermedad cerebral” ya que “el abuso de sustancias no puede ser separado de sus contextos sociales, psicológicos, culturales, políticos, legales y ambientales; no es simplemente una consecuencia del mal funcionamiento cerebral” (p. 40). E insistían en que “tal perspectiva miope socava el enorme impacto de las circunstancias y las elecciones de las personas que tienen en las conductas adictivas. Trivializa los pensamientos, emociones y conductas de los adictos actuales y de los que lo han sido” (p. 40). Algunos de los firmantes son personas bien conocidas como Gerard Bühringer, Nick Heather, Jerome H. Haffe, Stanton Peele, Tim Rho-

des, Stephen Rollnick, Robin Room, Roland Simon, Tim Stockwell, etc.

Estamos ante un tema importante, central en la conceptualización de las adicciones y que tiene claras repercusiones sobre la prevención, el tratamiento y la política de drogas. También sobre el rol profesional de distintas profesiones, como la psicológica. Desgraciadamente, en los últimos años la conceptualización biológica-cerebral de las adicciones está cogiendo un derrotero reduccionista, por estar supeditado a claros intereses y grupos de presión alrededor del mismo y por la ruptura, o distanciamiento, a la que estamos asistiendo después de décadas de colaboración fructífera entre distintas disciplinas en el campo de las adicciones.

En estas páginas analizamos qué hechos han permitido llegar a la situación actual y qué nos depara el futuro desde una lectura psicológica.

¿QUÉ ES LO QUE HA LLEVADO A ESTA SITUACIÓN? *Los primeros planteamientos de la adicción como una enfermedad cerebral*

Han sido varios los modelos que han predominado en el campo de las adicciones a lo largo de la historia hasta que se convirtió en un importante problema social, entre los años 60 y 80 del pasado siglo, en la mayoría de los países desarrollados.

Correspondencia: Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. 15782 Santiago de Compostela. España.
E-mail: elisardo.becona@usc.es



Ya en el s. XIX distintos neurólogos empezaron a plantearse que la adicción era una enfermedad cerebral, idea que en parte siguió vigente durante el s. XX en el ámbito médico y psiquiátrico, sobre todo aplicado al alcoholismo (Kushner, 2010). En el caso concreto del alcohol se distinguió entre las personas que controlaban el consumo y las que no eran capaces de hacerlo, comenzando a considerarse como enfermos (Jellinek, 1960) y con una predisposición genética al alcoholismo. En años posteriores se mostró que la causa del alcoholismo o del consumo de drogas era múltiple (ej., Edwards, 2002), pasándose a un modelo explicativo biopsicosocial (Melchert, 2015).

Un origen más reciente de esta concepción de la adicción como enfermedad cerebral procede de los estudios de investigación sobre opiáceos, realizados sobre todo en animales, desde mediados del siglo pasado. Posteriormente, esto se vio favorecido por el descubrimiento de los receptores cerebrales; la financiación de estudios dentro de la guerra a las drogas del gobierno norteamericano centradas en buscar una causa biológica a las mismas; y la necesidad de investigar la “responsabilidad” de los individuos (si los individuos son enfermos cerebrales entonces no son responsables de sus actos; si pierde la voluntad o el autocontrol entonces no tiene responsabilidad) (Vrecko, 2010).

Los antecedentes norteamericanos en torno al NIDA

Sin duda alguna quién ha permitido eclosionar, desarrollar y fijar este modelo ha sido el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) norteamericano y varios de sus directores o personas vinculadas al mismo desde su creación, como Jerome H. Jaffee, Alan Leshner, Charles P. O’Brien y su actual directora Nora Volkow.

Jerome H. Jaffee ocupó por primera vez en 1971 el puesto de Jefe de la *Special Action Office on Drug Abuse Prevention* (SAODOP), más conocido como Zar de las Drogas. En ese periodo Estados Unidos estaba en plena guerra de Vietnam y tenían un grave problema de consumo de heroína entre los soldados que regresaban. Jaffee consideraba que sería un triunfo táctico que las adicciones se considerasen una enfermedad cerebral, ya que esto facilitaría convencer a los congresistas sobre sus propuestas, al usar un modelo pragmático (Satel y Lillienfeld, 2014).

Un hito importante ocurre en 1977 cuando Alan Leshner (1977), director en aquel entonces del NIDA, publicó un artículo en *Science* en donde sugería que el mejor modo de conceptualizar la adicción sería considerarla

como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída. Aunque indicaba que el inicio del consumo de drogas era voluntario, su uso conllevaba cambios cerebrales a nivel neuroquímico, los cuales llevaban a que cuando las personas querían dejar de consumir tenían problemas para conseguirlo. Por ello la conducta se hacía compulsiva y recaían en poco tiempo. Para él lo que identifica la adicción como una enfermedad cerebral son los cambios en la estructura y función cerebral del individuo, por lo que el tratamiento debía ser tanto conductual como farmacológico. Además, otorgaba importancia al contexto social en el consumo, ya que, curiosamente, usaba el ejemplo de lo que había ocurrido con los soldados de la guerra de Vietnam que habían dejado de consumir heroína al regresar a sus hogares. Por ello, en distintas partes de dicho artículo aparece el uso de la expresión *enfermedad psicobiológica*, que incluía elementos biológicos, conductuales y sociales o contextuales.

Entre los investigadores norteamericanos más influyentes en la consideración del consumo de drogas como enfermedad, se encuentra Charles P. O’Brien, prestigioso investigador del campo psiquiátrico. Para él la adicción como mejor se conceptualiza es como una enfermedad, aunque reconoce que no todos los que consumen drogas se hacen adictos y considerando además que el mejor tratamiento es aquel que combina medicación con terapia de conducta (O’Brien y McLellan, 1996).

Pero sin duda alguna quien más ha favorecido la creación y consolidación de un modelo de enfermedad cerebral en adicciones ha sido Nora Volkow, que dirige el NIDA desde 2003. En el año 2007 el NIDA publica su manual divulgativo *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*, del que hay versión en español (NIDA, 2008) y se ha actualizado en 2010 y 2014. Dice que “la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian el cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de drogas.” [...] “La adicción es parecida a otras enfermedades, como las enfermedades del corazón. Ambas interrumpen el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y, si no se tratan, pueden durar toda la vida” (p. 5).



La decisión inicial de consumir drogas es voluntaria; pero cuando se convierte en abuso de drogas, la capacidad individual para ejercer el autocontrol se vuelve sumamente deficiente. Ello lo achacan a los cambios cerebrales que afectan al juicio, toma de decisiones, aprendizaje, memoria y control del comportamiento, lo que conlleva conductas compulsivas y destructivas que resultan de la adicción. También consideran la existencia de factores de riesgo y de protección para la adicción, reconociendo que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelva drogadicto. Además, consideran que los factores genéticos sólo contribuyen del 40 al 60% de la vulnerabilidad a la adicción e indican que con frecuencia el abuso de drogas lleva a la aparición de distintos trastornos mentales (la conocida patología dual tan defendida por parte de los psiquiatras españoles).

De modo positivo considera la adicción como una enfermedad tratable, aunque insistiendo en su cronicidad y en el proceso de recaída. Curiosamente, al hablar de qué tratamiento es eficaz recomiendan la combinación de medicamentos, cuando están disponibles, con terapia conductual. Hay que resaltar que para el tratamiento de la mayoría de las drogas no hay tratamientos farmacológicos eficaces, sólo tratamiento psicológico (ej., cocaína, cannabis, etc.), y cuando lo hay suele ser necesario utilizarlo junto con el tratamiento psicológico.

En suma, el NIDA se ha decantado claramente por considerar la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída, en un contexto social, con un claro componente genético (o, de modo más preciso, una interacción gen-ambiente-estrés), con significativas comorbilidades con otros trastornos físicos y mentales (Courtwright, 2010; Volkow y Morales, 2015), y basados muchos de sus datos en la investigación animal. Destaca la afirmación central de este modelo de que el uso persistente de una droga produce cambios a largo plazo en la estructura y función cerebral.

El DSM-5. La adicción es una enfermedad cerebral

El modelo del NIDA aparece claramente reflejado en el DSM-5 y su conceptualización del trastorno por consumo de sustancias (TCS): “una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las

recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga.” (APA, 2014, p. 483).

El DSM-5 introduce importantes cambios respecto al DSM-IV (Becoña, 2015; Compton, Sawson, Goldstein y Grant, 2013; Hasin et al., 2013), siendo tres los principales. a) El punto de corte propuesto para el TCS, 2 de 11 criterios. Distintos estudios indican que se trata de un punto de corte muy bajo y que tendría que subir a 4 ó 6, dependiendo de la sustancia. b) La introducción del criterio de craving, que se ha hecho por “consenso” y porque hay “fármacos” para el mismo, aunque no hay evidencia de que sea un aspecto central en el caso de algunas drogas. Así lo han dejado por escrito los propios miembros de grupo de elaboración del DSM-5 para adicciones (Hasin et al., 2013). c) La importante limitación que conlleva delimitar en la práctica clínica si la persona tiene un TCS por el consumo de un fármaco psicoactivo recetado por el médico, o si lo tiene porque lo toma por su cuenta, “automedicándose” o si realmente es un adicto (ej., en el caso de la morfina). Además, subyace la pregunta de ¿por qué en los casos en los que la persona toma un fármaco que le han recetado no se hace el diagnóstico y si no se le ha recetado sí se considera una persona con TCS?, ¿dónde está la fiabilidad del diagnóstico en uno y otro caso?

Nótese además que el DSM-5 habla de trastorno, mientras que el NIDA de enfermedad cerebral. Claramente esto es un salto enorme.

CRÍTICAS A LA CONSIDERACIÓN DE LA ADICCIÓN COMO UNA ENFERMEDAD CEREBRAL

En los últimos años han aparecido fuertes críticas a la consideración de la adicción como una enfermedad cerebral. El artículo más importante criticando esto es el de Hall, Carter y Forlini (2015), publicado en *The Lancet Psychiatry*. En él se revisa la evidencia que existe sobre el modelo de enfermedad en adicciones, analizando los estudios en animales, los estudios de neuroimagen de personas con adicciones y la investigación sobre el papel de la genética en las adicciones, centrando sus críticas en cinco aspectos.

El primero es si la adicción es una enfermedad crónica. Hall et al. (2015) consideran que no, dado que muchas personas con adicciones se recuperan sin tratamiento, lo que se conoce como “recuperación natural” (Stea, Yakovenko y Hodgins, 2015). El caso más conocido y que ya ha sido mencionado, es el de los soldados norteamericanos adictos a la heroína en la guerra de Vietnam, quie-



nes la mayor parte dejaron de consumir sin acudir a tratamiento cuando regresaron (Robins et al., 2010). De igual modo, tenemos evidencia de que las personas adictas a las drogas recreativas responden a pequeños cambios en sus situaciones personales, como se ha mostrado con el uso de incentivos (Heyman, 2009). Además, una parte importante de los que consumen drogas en la adolescencia las dejan en la edad adulta, sobre todo a partir de los 25 años, momento en el que se asumen roles adultos (Becoña, 2002).

El segundo es sobre los modelos animales de adicción. Los modelos existentes de adicción en ratas suelen ser para la heroína, con modelos de autoadministración de opiáceos en condiciones estandarizadas y controladas, lo cual se parece poco al comportamiento de los humanos en cada situación. Además, cuando los animales están en ambientes enriquecidos tienen patrones de autoadministración de drogas distintos. Así, ratas entrenadas para autoadministrarse drogas se abstienen de hacerlo cuando pueden acceder a un refuerzo natural, como la comida o el emparejamiento (Ahmed et al., 2013).

El tercer aspecto es sobre la genética de las adicciones. La adicción no es un trastorno que ocurre sólo en los que tienen los denominados genes de las adicciones. Los estudios indican que la predicción genética es igual que una simple historia familiar de consumo (Gartner et al., 2009). Por ello, la genética es poco informativa con respecto a las adicciones a día de hoy.

El cuarto son los estudios de neuroimagen en humanos. Aunque estos muestran que los adictos difieren de los no adictos, parece que se debe, al menos en parte, al sesgo producido por el tamaño de las muestras y al tamaño de las diferencias. Además, los estudios caso-control no muestran si la adicción es causa o consecuencia de las diferencias en la estructura y función cerebral o alguna combinación de las dos (Ersche et al., 2013).

El quinto es el incremento de la complejidad de la neurobiología de la adicción, con muchos sistemas de neurotransmisión y muchas estructuras cerebrales implicadas. Por ello es cada vez más relevante la epigenética (cambios en la expresión de los genes en el sistema cerebral que puede estar producida por el consumo de drogas) (Volkow y Morales, 2015).

Aunque cabría esperar que este modelo condujese al desarrollo de tratamientos farmacológicos efectivos, esto no ha ocurrido. Recordemos fracasos como los de las vacunas para distintas drogas, fármacos recientes con poco recorrido terapéutico (ej., Nalmefeno), cirugía ce-

rebral ineficaz para adictos, etc. Se dedican ingentes cantidades de dinero a esta investigación y se olvidan de que medidas simples y baratas, como las legislaciones restrictivas con respecto al alcohol o al tabaco, o medidas como subir los impuestos, son eficaces, eficientes y baratas (Babor et al., 2010).

Otra crítica destacable al modelo de enfermedad cerebral de las adicciones es la de Satel y Lillienfeld (2014). Para ellos, este modelo implica erróneamente que el cerebro es el nivel de análisis más importante y útil para conocer y tratar las adicciones. Con ello, se oscurece la dimensión de elección en la adicción, la capacidad de responder a los incentivos, y el hecho de que las personas usan drogas por diversos motivos. Lo ejemplifican con el ya mencionado estudio de Robins et al. (2010), del que destacan que sólo el 5% de los soldados adictos a la heroína que volvieron de Vietnam, recayeron en los siguientes 10 meses después de la vuelta, y un 12% recayeron brevemente a lo largo de un seguimiento de 3 años. En aquel momento estos resultados se consideraron revolucionarios, pero parece que hoy se ha olvidado su importancia, ya que la definición de adicción desde la conceptualización de enfermedad cerebral implica la cronicidad de esta condición.

Satel y Lillienfeld (2014) critican que la psiquiatría emplee los términos de trastornos o síndromes y no enfermedades, para los trastornos psiquiátricos en general, por lo que no tendría sentido hablar de enfermedad cerebral, sino de trastorno cerebral. El cerebro y la mente no pueden considerarse de forma independiente, como si una fuese por un lado y la otra por otro. Un sentimiento, un pensamiento, un deseo, produce un cambio en las neuronas y en los circuitos cerebrales, y el cerebro no actúa solo por su cuenta. De todos modos, el DSM-5 ya va por otros derroteros.

Otras críticas en la misma línea anterior las podemos encontrar en Hammer et al. (2013), Levy (2013), Pedreiro (2015), Trujols (2015), etc.

¿POR QUÉ HA AVANZADO TAN RÁPIDAMENTE ESTE MODELO?

Es extraño que un modelo tan débil por los datos que lo sustentan, como el que hemos analizado, aunque muy sugerente, por su sencillez y reduccionismo, haya avanzado tan rápidamente. En nuestra consideración, una vez formulado y auspiciado por el NIDA en Estados Unidos, se ha expandido tanto allí como en otros países, incluyendo España, por varios motivos, que indicamos brevemente a continuación.



1) *Financiación generosa a la investigación que sustenta el modelo de enfermedad cerebral por parte del NIDA y la clara asunción de un modelo médico de la adicción, basado en un sustrato biológico en el cerebro.*

Ya hemos comentado que el NIDA está priorizando la investigación en este campo y en esta línea, sobre todo al ser el organismo que financia el 85% de toda la investigación sobre drogas a nivel mundial. Además el DSM-5 de la *American Psychiatric Association* y la mayoría de las sociedades científicas del campo de las adicciones han asumido este modelo, que suelen ser biologicistas, con todo lo que ello implica. En España la situación es semejante, con un avance enorme de este modelo por la financiación subyacente, la simplicidad del mismo, el interés de los laboratorios farmacéuticos y por la revolución genética de estos años que acompaña en paralelo a este modelo.

2) *El interés de la industria farmacéutica en que se consolide este modelo.*

Los laboratorios farmacéuticos tienen un campo abonado en este modelo, ya que hay un gran número de adictos y resulta una buena oportunidad de negocio, por lo que han dedicado muchos esfuerzos a ello en estos años. Sin embargo, los resultados del tratamiento farmacológico han sido decepcionantes, dado que no aparecen moléculas nuevas que sean útiles para el tratamiento de las adicciones. Y, al tiempo, aparecen frecuentes conflictos de intereses por parte de científicos e investigadores ya que sus afirmaciones van más allá de lo que indican los datos.

Como dice Allen Frances (2013), presidente del grupo de trabajo del DSM-IV y psiquiatra de referencia a nivel internacional, en su libro *¿Somos todos enfermos mentales?* “la mercantilización de la enfermedad no puede ocurrir en el vacío, requiere que las empresas farmacéuticas cuenten con la colaboración activa de los médicos que extienden las recetas, los pacientes que las solicitan, los investigadores que inventan nuevos trastornos mentales, ... Una campaña constante, omnipresente y bien financiada, a favor de la “concienciación de la enfermedad” puede crear enfermedades allí donde no las había. La psiquiatría es especialmente vulnerable a la manipulación de las líneas que separan normalidad de enfermedad porque carece de pruebas biológicas y depende enormemente de juicios subjetivos que pueden estar influidos por el marketing hábil” (p. 50).

El campo de las adicciones es uno en los que es más fácil encontrar conflictos de interés con la industria far-

macéutica. Las relaciones de las asociaciones con ella suelen construirse desde las personas que ejercen el liderazgo en dichas asociaciones (Lichter, 1998). Frecuentemente parte del curriculum de estos líderes lo han conseguido a partir de su relación personal con dicha industria, los denominados “grupos de especial interés” (ej., juntas directivas de sociedades, editores de revistas o comités editoriales, miembros de guías clínicas). Así, en el DSM-5 ha habido importantes problemas de conflicto de intereses de muchos participantes que estaban vinculados a la industria farmacéutica (Cosgrove y Krinsky, 2012).

3) *Los procesos de construcción social de la enfermedad y el caso de las adicciones.*

Es la sociedad la que otorga el rótulo de enfermedad a una determinada condición; esto es, la enfermedad es una construcción social. En los últimos años asistimos a una creciente creación de nuevas enfermedades o trastornos y a la consiguiente medicalización creciente de la anormalidad (ej., el TDAH, el trastorno bipolar, la adicción a Internet, etc.). Por ello, la idea que tengamos socialmente de las drogas llevará a la toma o no de medidas sociales, de medicalizar o no sus consecuencias, de considerar o no que son una enfermedad, si su consumo conlleva consecuencias negativas (ej., violencia, inseguridad ciudadana); y también la estigmatización de los consumidores (Slapak y Grigovaričius, 2006).

Son individuos y grupos los que contribuyen a construir la realidad y el conocimiento social percibido (Berger y Luckman, 1966). A diferencia del modelo médico, que asume que las enfermedades son universales e invariantes en tiempo y lugar, los construccionistas sociales enfatizan como los sistemas culturales y sociales forman el significado y la experiencia de enfermar (Conrad y Barker, 2015). Esto es especialmente claro en los trastornos mentales, porque enfermar, estar mal, tiene tanto dimensiones biomédicas como experienciales; algunas enfermedades son eminentemente sociales o culturales, unas son estigmatizadas y otras no; unas son consideradas incapacidades y otras no. Por ejemplo, la dependencia de los antidepresivos está autorizada, y no la de otras drogas (Kushner, 2010); lo mismo ocurre con el Ritalin, una droga estimulante para el tratamiento de la hiperactividad; los ISRS y el éxtasis actúan ambos sobre los mismos receptores de la serotonina. Unos no producirían una enfermedad cerebral y los otros sí.



Ello tiene claras implicaciones sociales y sanitarias, como el reconocimiento de incapacidades, acceder a la atención médica, creación de investigación sobre el “trastorno” o “enfermedad”, etc. Pero, cuando no es una enfermedad “real” hay un riesgo de que ello lleve a su medicalización. Eso es auspiciado en los últimos años por la industria farmacéutica (Loe, 2004) que pasa incluso a crear la necesidad de sus productos en los individuos a través de una publicidad agresiva (de fármacos, claro). Un ejemplo claro actual es la concepción del DSM-5 sobre el alcoholismo.

4) *Procesos psicológicos que subyacen a los defensores de este modelo.*

Las personas que se decantan por el modelo cerebral de las adicciones han sido previamente formadas profesionalmente para entender a las personas, a sus pacientes y al mundo de una cierta manera, habitualmente facilitando el reduccionismo biológico o buscando la causa última de un fenómeno en el funcionamiento biológico. Esto en sí no es bueno ni malo. Pero cuando el modelo no está del todo claro (ej., no es lo mismo achacar la gripe a un virus específico, que la causa de la adicción a un funcionamiento anormal de la dopamina en el cerebro), y cuando pueden estar presentes factores individuales, profesionales y comerciales, ello puede llevar a sesgos. Por ejemplo, la identificación profesional biológica facilita más una praxis guiada por ese modelo, que se une al prestigio profesional, a una metodología y terapéutica concreta y delimitada de otra, y a una interpretación biológica de los resultados obtenidos.

En este sentido, se aprecia en los últimos años el paso de un número creciente de profesionales del campo médico que trabajan en adicciones de un modelo biopsicosocial explicativo de las “adicciones”, a un modelo biológico (el del reduccionismo cerebral). Tener un modelo concreto, cuando es útil, es bueno; pero cuando es reduccionista y sólo explica parcialmente una parte del fenómeno suele ser insuficiente y perjudicial para los usuarios. Esto se ha visto favorecido porque la psiquiatría norteamericana, y también la psiquiatría oficial en España, está apostando de modo claro y rotundo por la adicción como enfermedad cerebral, y aunque sabemos que ésta no es la opinión de todos los psiquiatras y médicos que trabajan en adicciones, sí es la dominante en este momento en los documentos oficiales de distintas asociaciones y revistas científicas de adicciones. Lo preocupante de ello es el intento de psiquiatrizar la conceptualización de las adicciones y su tratamiento, como si

fuese una enfermedad biológica más. Un claro ejemplo en España lo vivimos con la patología dual, ya que si la persona tiene una “enfermedad” entonces se justifica “siempre” un tratamiento psiquiátrico (farmacológico, naturalmente), para la misma; lo cual supone olvidarse de los problemas que conlleva la sobremedicación psiquiátrica, cada vez más criticada (Whitaker, 2015).

Pero cuando una persona asume un modelo, por su historia vital, aprendizaje, necesidad o coherencia, hay varios procesos psicológicos que los acompañan, y que los psicólogos conocemos bien, como la atención selectiva, el efecto de conformidad (al grupo dominante) y la presión social, el sesgo confirmatorio, la atribución selectiva, la profecía autocumplida, la licencia moral, la identidad grupal (profesional), la toma de decisiones y, sobre todo, el proceso de reforzamiento.

Como un ejemplo de los anteriores, el poder del reforzamiento aplicado a los actores implicados en expandir este modelo es claro: suelen encontrarse cómodos y coherentes con él (historia de aprendizaje), con la idea de reducir toda la sintomatología a una enfermedad, estar en un grupo profesional claramente identificado (reduccionismo y sencillez); y, lo más importante, hay un claro reforzamiento por asumirlo, en forma de autoreforzamiento y reforzamiento externo (de los colegas, de la sociedad, de la industria farmacéutica, de los pacientes, etc.). Si no aceptan el modelo dominante les tendrá consecuencias negativas o de exclusión. Además, hay un efecto de modelado porque las personas con más prestigio en su profesión son los líderes de ese movimiento.

Lo anterior no significa que no reconozcamos el valor y el papel que claramente tiene el peso biológico del individuo en tener o no una adicción. Pero no es la única “causa” ni es posible explicar todos los aspectos de la adicción sólo a través de la biología. Lo que criticamos precisamente es el reduccionismo de este modelo y el olvido del peso central que tienen otros factores, como los culturales, los sociales y ambientales (ej., disponibilidad, apego social), los psicológicos (ej., expectativas, aprendizaje, autocontrol, personalidad), los individuales (ej., sexo, edad), etc.

EL FUTURO DE ESTE MODELO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Son muchas las aportaciones de la psicología en la comprensión, evaluación, prevención y tratamiento de las adicciones. Naturalmente, desde un modelo psicológico o biopsicosocial, nuestra formación profesional nos lleva a entender al ser humano de modo integral, no



parcializado ni reduccionista. La aportación psicológica en la comprensión y el tratamiento de las adicciones ha sido y sigue siendo clara, destacando por ejemplo las técnicas motivacionales, las técnicas de deshabitación psicológica y las técnicas de prevención de la recaída, entre otras (Becoña, 2016). Por ello, el modelo cerebral de las adicciones, por su reduccionismo, no es asumible desde la perspectiva psicológica, y aunque no negamos el papel de lo biológico, si negamos su exclusividad y su intento simplista de entender el complejo fenómeno de las adicciones. Como bien dicen Hall et al. (2015) “La adicción es un trastorno complejo biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública” (p. 109)

El futuro siempre está abierto y no podemos predecirlo con exactitud, pero si esto continua, asistiremos a corto plazo a una conceptualización reduccionista biológico-cerebral de todas las adicciones. Algunos abrazan este modelo casi como una religión y se silencian las voces críticas, que son muchas, pero no son las que tienen el poder, el dinero, los medios, ni el acceso al gran público. Llama la atención lo que mencionábamos al inicio de este artículo, de que 94 científicos y clínicos relevantes y de distintos países del mundo, escriban una carta al director de *Nature* denunciando este modelo y el intento de hacerlo predominante. Sería extraño que miles y miles de sesudos científicos, profesionales y clínicos estén equivocados sobre la causa de la adicción. Por ello, parece que a veces estamos más ante una ideología y no ante un modelo o paradigma consistente (Vreckro, 2010). Aunque a largo plazo somos optimistas, ya que al final siempre suele imponerse la razón, este proceso puede llevar años, lo que supone el aumento del sufrimiento de las personas con trastornos adictivos. Desde la psicología es claro que no podemos aceptar este modelo tal como está formulado, porque es simple, sesgado, interesado, reduccionista, no se basa en los datos científicos existentes sobre la adicción ni en el modelo biopsicosocial y, además, no vale para los intereses de los consumidores o adictos. Este modelo bordea los temas centrales, dejando en segundo, tercer o cuarto lugar, el papel que tiene el ambiente, los factores psicológicos, etc., negando la realidad de la información científica acumulada a lo largo de décadas y décadas de investigación.

Resulta curioso que la perspectiva dominante en el campo de las adicciones no hace tantos años era la psicológica. Pero la psicología se orienta a ayudar al ser humano, no a crear una tecnología de la que se puedan

sacar beneficios ni patentes, ni crear productos a partir de ello. Tampoco se creía que una parte de las personas que asumían el modelo biopsicosocial, que ha fundamentado la ciencia de las adicciones de las últimas décadas, tuviesen el atrevimiento de plantear un reduccionismo tan radical o de enmascarar tal reduccionismo dentro de un planteamiento sesgado al indicar siempre que hay factores individuales o sociales que enmarcan esa enfermedad cerebral. Pero ha ocurrido, sin que se escuchen argumentos consistentes o que, incluso, haya quienes sostienen desde ese modelo reduccionista que hay que abandonar el modelo biopsicosocial por anacrónico (Cabanis, Moga y Oquendo, 2015).

Creemos que los datos deben prevalecer sobre las creencias y los intereses, por lo que concluimos que la aportación psicológica a las adicciones ha sido central y así seguirá siendo en el futuro. El reduccionismo biológico cerebrocentrista no está justificado ni resulta útil ni adecuado para las personas con trastornos adictivos ni para la prevención de la adicción. Además, dicho modelo no puede explicar todo el complejo fenómeno de las adicciones, pero debemos tenerlo en cuenta y, al tiempo, aportar nuestros datos, con más contundencia y de modo más público y mediático, y no dejarnos engañar por un marketing muy bien organizado a favor de dicho modelo en donde parece que lo que nos presentan es real y el resto de la explicación de este complejo problema no existe. Es una nueva tarea que como psicólogos tenemos que hacer de modo urgente, persistente e incisivo.

REFERENCIAS

- Ahmed, S., Lenoir, M. y Guillen, K. (2013). Neurobiology of addiction versus drug use driven by lack of choice. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 581-587.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Huamphreys, K. et al. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 110, 58-61.



- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cabanis, D, K., Moga, D. E. y Oquendo, M. A. (2015). Rethinking the biopsychosocial formulation. *Lancet Psychiatry*, 2, 1-2.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B. y Grant, B. F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 38-46.
- Conrad, P. y Barker, K. K. (2015). The social consequences of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (Supl.), 67-79.
- Cosgrove, L. y Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *Plos One*, 9, e10011990.
- Courtwright, D. T. (2010). The NIDA brain disease paradigm: History, resistance and spinoffs. *BioSocieties*, 5, 137-147.
- Edwards, G. (2002). *Alcohol: The world's favorite drug*. Nueva York, NY: St. Martin's Press.
- Ersche, K., Williams, G., Robbins, T. y Bullmore, E. (2013). Meta-analysis of structural brain abnormalities associated with stimulant drug dependence and neuroimaging of addiction vulnerability and resilience. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 615-624.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Madrid: Ariel.
- Gartner, C. E., Barendregh, J. y Hall, W. D. (2009). Multiple genetic tests for susceptibility to smoking do not outperform simple family history. *Addiction*, 104, 118-126.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J. y Koenig, B. A. (2013). Addiction: Current criticism of the brain disease paradigm. *AJOB Neuroscience*, 4, 27-32.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P. Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170, 834-851
- Heim, D. (2014). Addiction: not just brain malfunction. *Nature*, 507, 40.
- Heyman, G. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press.
- Kushner, H. I. (2010). Toward a culture biology of addiction. *BioSocieties*, 5, 8-24.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, article 24.
- Lichter, P. R. (2008). Debunking myths in physician-industry conflicts of interest. *American Journal of Ophthalmology*, 146, 159-171.
- Loe, M. (2014). *The rise of viagra: How the little blue pill changed sex in America*. Nueva York, NY: New York University Press.
- Melchert, T. P. (2015). *Biopsychosocial practice. A science-based framework for behavioral health care*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- NIDA (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- O'Brien, C. P. y McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Pedrero, E. (2015). *Salud mental y adicción*. Madrid: Atenea.
- Robins, L., Helzer, J., Hesselbrock, M. y Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin. *American Journal of Addiction*, 19, 203-211.
- Satel, S. y Lilienfeld, S. O. (2014). Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, 4, article 141.
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2006). "Consumo de drogas": La construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239-249.
- Stea, J. N., Yakovenko, L. y Hodgins, D. C. (2015). Recovery from cannabis use disorders: Abstinence versus moderation and treatment-assisted recovery versus natural recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 522-531.
- Trujols, J. (2015). The brain disease model of addiction: Challenging of reinforcing stigma? *Lancet Psychiatry*, 2, 292.
- Vrecko, S. (2010). Birth of a brain disease: Science, the state and addiction neuropolitics. *History of the Human Sciences*, 23, 52-67.
- Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell*, 162, 712-725.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing.



¿UNO DE CADA CINCO?: VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL EN ESPAÑA ONE IN FIVE? CHILD SEXUAL VICTIMISATION IN SPAIN

Noemí Pereda

Universidad de Barcelona

Si bien la extensión de la victimización sexual infantil sigue siendo un tema de controversia, numerosos estudios internacionales confirman que se trata de un problema altamente frecuente, que afecta a un importante porcentaje de la población. El objetivo de esta revisión es presentar aquellos trabajos publicados en España sobre la epidemiología de esta problemática. Para ello, los trabajos se han clasificado en estudios de incidencia, estudios retrospectivos de prevalencia y estudios con muestras de menores. Los resultados indican que, a pesar de las voces contrarias a su reconocimiento, la victimización sexual infantil es muy frecuente, como se obtiene de las posibles víctimas mediante estudios de autoreporte. Como conclusión, se alerta a los profesionales que trabajan con niños y niñas de su papel en la detección y notificación de estos casos, así como se subraya la responsabilidad de la Administración en la subvención de estudios de alcance nacional.

Palabras clave: Epidemiología, Abuso sexual, Incidencia, Prevalencia, Victimización sexual.

While the extent of child sexual victimisation remains a subject of controversy, numerous international studies confirm that it is a highly prevalent problem that affects a large percentage of the population. The objective of this article is to review the studies about the epidemiology of child sexual victimisation published in Spain. The studies were classified into the following groups: studies of reported incidence, studies of prevalence and studies in which the data are obtained directly from children. The results indicate that, despite the voices that refuse to recognise it, child sexual victimisation is a frequent problem. In conclusion, the role of the professionals who work with children in the detection and reporting of these cases is emphasised as well as the responsibility of the government to fund national-level studies.

Key words: Epidemiology, Sexual abuse, Incidence, Prevalence, Sexual victimisation.

Establecer la extensión de la victimización sexual de menores sigue siendo un tema de controversia, si bien la constante publicación de rigurosos estudios y trabajos de metanálisis a nivel mundial ha permitido concluir que se trata de un problema que afecta a un importante porcentaje de niños, niñas y adolescentes, aunque continúen alzándose voces contrarias a admitir esta realidad.

Se han publicado, hasta el momento, tres estudios de metanálisis llevados a cabo con muestras comunitarias, que presentan cifras muy similares y permiten disponer de una fiable descripción del fenómeno. El primero de ellos fue publicado en el año 2009 por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito y establece que un 7,9% de los varones y un 19,7% de las mujeres reporta haber sido víctima de alguna forma de abuso o agresión sexual, con o sin contacto físico, antes de la mayoría de edad. En este trabajo se incluyeron 65 artículos, publicados entre 1965 y el año 2006, con muestras de 22 países distintos, entre los que se encuentra España. Del mismo modo, Stoltenborgh, van IJzendoorn,

Euser y Bakermans-Kranenburg (2011), analizando 217 trabajos publicados entre 1980 y 2008 y relativos a países de los cinco continentes, muestran un porcentaje de victimización sexual que afecta a un 7,6% de los varones y a un 18,0% de las mujeres a lo largo de su infancia. El más reciente, de Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia (2014) presenta resultados obtenidos de 55 estudios, publicados entre los años 2002 y 2009, con muestras de 24 países. Los autores encuentran que un 8% de los varones y un 15% de las mujeres han sido víctimas de abusos sexuales que incluyeron conductas con y sin contacto físico.

Estos destacados trabajos han permitido confirmar que la victimización sexual de menores es un grave problema que afecta a todas las sociedades en las que se ha estudiado, en un porcentaje que no varía demasiado entre estudios y se sitúa en un 8% de los varones y cerca de un 20% de las mujeres. Sin embargo, es cierto que para muchos profesionales estos trabajos pueden parecer alejados de la realidad española, por lo que la presente revisión tiene como objetivo mostrar los resultados obtenidos en España respecto a la extensión de la victimización sexual de menores, con la finalidad de presentar de forma objetiva y rigurosa la realidad de este problema en nuestra sociedad.

Correspondencia: Noemí Pereda. Universidad de Barcelona.
Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España.
E-mail: npereda@ub.edu



INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL

Cabe tener en cuenta que los estudios que han analizado la extensión de la victimización sexual de menores utilizan diferentes metodologías que, generalmente, suelen interpretarse de forma errónea, dando lugar a confusión en la comprensión de los resultados obtenidos y dificultando el correcto análisis de los mismos. Para superar esta dificultad, es fundamental, en primer lugar, diferenciar entre estudios de incidencia y estudios de prevalencia.

ESTUDIOS DE INCIDENCIA DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL

Los estudios de incidencia en este ámbito muestran el número de casos nuevos que son denunciados a las autoridades o detectados por éstas (e.g., hospitales, servicios sociales, policía, justicia) en un período de tiempo determinado que suele situarse, habitualmente, en un año (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). Es necesario subrayar la subestimación que este método de estudio representa respecto a la victimización sexual. La incidencia no establece, en ningún caso, la ocurrencia real de la victimización (Leventhal, 1998). Factores como el secretismo que caracteriza la situación, la vergüenza que experimenta la víctima al relatar lo sucedido, las sanciones criminales que implica la denuncia de estos casos, así como la joven edad y la dependencia del adulto que caracterizan a estas víctimas, provocan que únicamente un escaso número de menores relaten lo sucedido en el momento en que ocurre, siendo más que probable que las estadísticas oficiales subestimen la dimensión real del problema (Goldman y Padayachi, 2000).

En relación a esta subestimación, los estudios han encontrado que únicamente un pequeño porcentaje de casos de victimización sexual son denunciados a un servicio oficial al tiempo en que se producen. Como ejemplo, el trabajo de Priebe y Svedin (2008) sobre este tema en el que, si bien las víctimas manifiestan haber hablado de la experiencia con alguien cercano, sólo un pequeño grupo de ellas afirma haberlo comentado con un profesional (3% de los varones y 9% de las mujeres) o haberlo denunciado a la policía o a servicios sociales (4% de los varones y 7% de las mujeres). La revisión de Ullman (2001) confirma que la gran mayoría de víctimas espera a la edad adulta para revelar la victimización sexual (42-75%) o no llega nunca a explicarla a nadie (28-60%). El miedo a las reacciones negativas del entor-

no, el deseo de proteger a la familia y el temor a las amenazas del agresor son, entre otros, los motivos que hacen que la víctima permanezca en silencio.

Si nos centramos en los estudios de incidencia que se han publicado en España, se observa que estos se han llevado a cabo, de forma mayoritaria, con los datos provenientes de los Servicios Sociales de las diversas Comunidades Autónomas (Moreno Manso, 2002).

Uno de los escasos estudios de incidencia de alcance nacional que ha permitido cuantificar este problema es el realizado por Saldaña, Jiménez y Oliva (1995). Estos autores revisaron la totalidad (32.483) de los expedientes de menores abiertos por los servicios de protección a la infancia de las distintas administraciones autonómicas en los años 1991 y 1992. El número total de niños y niñas en los que se apreció alguna forma de maltrato fue de 8.565, lo cual representa una media anual de 0,44% respecto de la población infantil española. En relación al abuso sexual infantil, el número de niños y niñas afectados fue de 359, un 4,2% del total de niños y niñas maltratados. Las diferencias de género son muy evidentes en estos casos, con un 78,8% de niñas y un 21,2% de niños detectados como víctimas de abuso sexual infantil.

Con una metodología similar, en el año 2002 el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia publicó un análisis de los 32.741 expedientes de los servicios de protección al menor de todas las comunidades autónomas españolas, entre 1997 y 1998. En este trabajo, de un total de 16.189 casos detectados de maltrato infantil a nivel estatal (un 0,71% del total de la población española menor de 18 años), un 3,6% había sufrido alguna forma de victimización sexual, definida como cualquier comportamiento en que el menor hubiera sido utilizado como medio para obtener estimulación o gratificación sexual (Sanmartín, 2002). A su vez, de estas víctimas, aproximadamente un 81% eran niñas y un 19% niños.

Estos porcentajes, como puede observarse, son significativamente inferiores a los que, según los estudios de metanálisis, deberían encontrarse si el objetivo es conocer la extensión real de la victimización sexual infantil. Por ello, puede concluirse que los estudios de incidencia basados en estadísticas oficiales no muestran todos los casos de victimización sexual que existen, sino sólo aquellos que conocen las autoridades o determinados colectivos de profesionales. A su vez, estos estudios no muestran las características reales de la victimización sexual infantil, sino las de un sector específico de la sociedad que es el que acude a estos profesionales, por



ejemplo a servicios sociales, o que es detectado con mayor facilidad puesto que ya es conocido por los mismos. Así pues, los estudios de incidencia jamás deben usarse como indicadores de la extensión del problema de la victimización sexual contra la infancia, sino como ejemplo de la capacidad de detección profesional de este fenómeno en un determinado contexto.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL

Los estudios de prevalencia muestran de forma más real el porcentaje de abusos y agresiones sexuales que existe en la sociedad y refieren al número de individuos que han sido víctimas a lo largo de su infancia, habitualmente considerada hasta los 18 años, si bien este criterio puede variar en función del estudio (Runyan, 1998; Wynkoop et al., 1995).

En España, los trabajos que han preguntado directamente a víctimas sobre sus experiencias de victimización sexual son relativamente numerosos y se han centrado en el análisis de la información proporcionada por los adultos, obtenida con metodología retrospectiva. Desde una perspectiva epidemiológica López (1994) y López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) encuestaron a una muestra representativa de 1.821 ciudadanos adultos de la población española y encontraron que un 18,9% de los entrevistados, un 15,2% de los varones y un 22,5% de las mujeres, reportaban haber sido víctimas de esta experiencia antes de los 17 años de edad. De entre las características de la victimización, los autores observaron que las conductas más frecuentes fueron las caricias por debajo (58%) y por encima de la cintura (59%), seguidas por las proposiciones de actividad sexual y el exhibicionismo (33% para ambas). Cabe destacar que un 16% de los hombres y un 15% de las mujeres manifestaron haber sufrido, en algún momento durante la experiencia, penetración oral, anal o vaginal.

Otros trabajos, llevados a cabo con estudiantes universitarios de diferentes zonas geográficas del país presentan cifras muy similares, incluyendo conductas con y sin contacto físico.

Por ejemplo, el estudio publicado por De Paúl, Milner y Múgica (1995) con 403 estudiantes universitarios del País Vasco muestra que el abuso sexual infantil afecta a un 13,4% de la muestra (un 9,7% de los varones y un 14,9% de las mujeres). Estas cifras varían en función de la edad de inicio de los abusos. Un 3,9% de los varones y un 6,4% de las mujeres manifestaron haber sido vícti-

mas antes de los 13 años; un 2,9% de los varones y un 3,7% de las mujeres después de los 13 años; y un 2,9% de los varones y un 4,7% de las mujeres antes y después de los 13 años.

Años más tarde, Pereda y Forns (2007) llevaron a cabo un estudio similar con 1.033 estudiantes universitarios de Catalunya. En este trabajo, la prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años se situó en un 17,9%, afectando a un 15,5% de los varones y a un 19,0% de las mujeres. Estos abusos de produjeron antes de los 13 años en un 14,9% de la muestra y entre los 13 y los 18 años en un 3%.

El estudio de prevalencia más reciente hasta el momento es el de Cantón y Justicia (2008) quienes tras encuestar a 1.162 estudiantes de la Universidad de Granada concluyen que un 9,5% del total de su muestra, un 6,5% de los varones y un 10% de las mujeres, había sido víctima de abuso sexual antes de los 13 años, ilustrando la gravedad de un problema que, como puede constatar, afecta a un importante porcentaje de la población española sea cual sea la zona geográfica que analicemos.

Sin embargo, no puede obviarse que estos estudios son retrospectivos, es decir, preguntan a sus participantes sobre experiencias acontecidas en la infancia lo que impide conocer la realidad actual de la victimización sexual infantil y analizar el fenómeno en el momento que está sucediendo (Goldman y Padayachi, 2000).

ESTUDIOS DE VICTIMIZACIÓN SEXUAL CON MUESTRAS DE MENORES

Teniendo en cuenta las anteriores dificultades, recientemente se ha subrayado la necesidad de preguntar a los propios menores sobre experiencias de victimización acontecidas en la infancia, aportando su percepción de la situación y permitiendo, en algunos casos por primera vez, el reporte de este tipo de casos. Esta metodología, que subraya la importancia de preguntar a los niños y niñas sobre situaciones de violencia, defiende que no incluir al menor en este tipo de estudios dificulta la obtención de información relevante para la prevención y el tratamiento de esta problemática (Becker-Blease y Freyd, 2006; Carroll-Lind, Chapman, Gregory y Maxwell, 2006).

Cabe destacar que entrevistar a niños, niñas y adolescentes sobre este tipo de experiencias requiere de una metodología rigurosa, de instrumentos con la adecuada fiabilidad y validez, que tengan en cuenta la edad de los menores y que surjan de una teoría en la que la victimización sea definida de forma adecuada, por expertos en el



tema. A su vez, debe partirse de unos claros principios éticos en base a los cuales el profesional debe asumir la obligación de notificación ante la detección de este tipo de casos. Es evidente que la ciencia y sus requerimientos siempre deben situarse en una posición inferior al interés superior del menor. Para ello, existen diversas guías cuyas instrucciones han de seguirse a lo largo de todo el proyecto (e.g., Save the Children, 2004; UNICEF, 2012).

En España, una de las publicaciones de alcance nacional que ha incluido a menores de edad en su muestra es el informe llevado a cabo por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, publicado por el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (Sanmartín, 2011). Tras encuestar a 898 niños y niñas de 8 a 17 años sobre formas múltiples de victimización a partir de un instrumento creado ad hoc para los objetivos de la investigación, se obtuvo una prevalencia de abuso sexual del 0,89% en el año previo. Esta prevalencia resultó de una única pregunta, que incluye haber sido víctima de tocamientos, acoso, sometido a exhibiciones sexuales y propuestas sexuales, y que utiliza el término abuso sexual como clarificación o identificación de los hechos.

Lamentablemente, el trabajo previamente citado no cumple los requisitos metodológicos que exige el estudio de la victimización sexual en menores. Como ejemplo, se ha constatado que el uso de preguntas con definiciones amplias se asocia a prevalencias más bajas que se si aplican preguntas dirigidas, específicamente, a evaluar determinadas formas de conducta. El número de preguntas realizadas también influye en los resultados obtenidos y muestra que a mayor número de estas, mayor reporte por parte de posibles víctimas (véanse los trabajos de Fricker, Smith, David y Hanson, 2003; Goldman y Padayachi, 2000; Wyatt y Peters, 1986 sobre las características de las preguntas y su influencia en la prevalencia del abuso sexual). Este puede ser el motivo de la enorme discrepancia entre la prevalencia encontrada en este estudio, y las prevalencias obtenidas en estudios retrospectivos anteriores.

Por todo ello, contar con una metodología sólida, que enmarque la investigación con menores, es de suma importancia. En este sentido, los trabajos que han surgido a partir de la teoría de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007) han permitido obtener una descripción real de la victimización sexual infantil en diferentes países del mundo y a partir de los propios reportes de los niños y niñas, con todas las garantías de protección y seguridad requeridas.

Para ello, el uso de un instrumento que evalúa una amplia extensión de formas de victimización, entre ellas la victimización sexual, y que tiene en cuenta diferentes conductas, medidas a través de preguntas específicas, adecuadas a la edad de los menores, ha supuesto un paso fundamental. Siguiendo esta perspectiva, distintos equipos de investigación han establecido la prevalencia de abuso sexual a partir de los propios reportes de los niños y niñas con el mismo instrumento, el Juvenile Victimization Questionnaire (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005), que contiene un módulo de victimización sexual con seis ítems que evalúan tanto conductas con contacto físico, como exhibicionismo y proposiciones sexuales.

En los Estados Unidos de América, los trabajos de Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby (2014) muestran que la victimización sexual afecta, a lo largo de su vida, a un 26,6% de las chicas y a un 5,1% de los chicos de los 2.293 entrevistados de entre 15 y 17 años. Respecto a la prevalencia en el último año, los autores encuentran un 5% de víctimas de un total de 4.000 menores de entre 0 y 17 años mediante entrevista telefónica a éstos, o a sus cuidadores principales, en función de la edad del menor, distribuidas en un 4,1% de sexo masculino y un 5,9% de sexo femenino (Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby, 2015). Por su parte, Cyr et al. (2013) en Canadá obtienen un 8% de victimización sexual a lo largo de la vida y un 5% en el último año en sus 2.801 entrevistados, de entre 2 y 17 años. En este caso, los menores de 12 no eran entrevistados, sino que la entrevista se llevaba a cabo a sus padres o cuidadores principales. Si nos centramos en Europa, Radford, Corral, Bradley y Fisher (2013) muestran en su estudio que un 12,5% de los varones y un 20,8% de las chicas de los 2.275 menores de entre 11 y 17 años entrevistados han sido víctimas de alguna forma de victimización sexual por un adulto o igual a lo largo de su vida. Respecto al último año, los autores obtienen un porcentaje del 9,4%, que afecta a un 6,8% de los varones y a un 12,2% de las chicas entrevistadas.

ESTUDIOS DE VICTIMIZACIÓN SEXUAL CON MUESTRAS DE MENORES EN ESPAÑA

En España existen diversos trabajos publicados desde la perspectiva de la victimología del desarrollo mediante el uso de la adaptación al español por parte del Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente de la Universidad de Barcelona del instrumento anteriormente citado, que muestran el porcentaje de victimización sexual infantil en diferentes colectivos de menores.



En este sentido, es importante resaltar que existen muestras de menores con características particulares que deben considerarse para determinar su especial riesgo de victimización y que han sido escasamente estudiados a nivel nacional.

Con una muestra comunitaria de 1.107 jóvenes de entre 12 y 17 años encuestados en siete centros escolares catalanes Pereda, Guilera y Abad (2014) obtuvieron un porcentaje de victimización sexual del 14,7% a lo largo de la vida, relativa a un 4,1% de los chicos y a un 13,9% de las chicas. Entre las formas de victimización sexual evaluadas había conductas con contacto físico que afectaron a un 3,3% de la muestra y sin contacto físico, reportadas por un 6,2% de la muestra. A su vez, un 5,3% de los jóvenes manifestaron haber sido víctimas en el último año, un 2,2% de los chicos y un 8,9% de las chicas.

Centrándose en el último año, Soler, Paretila, Kirchner y Forns (2012) obtuvieron, con una versión reducida del instrumento y una muestra de 722 adolescentes catalanes de 14 a 18 años, una prevalencia de victimización sexual en el último año del 10,7% de los varones y del 22,4% de las chicas, si bien el objetivo de su estudio era analizar el efecto de la polivictimización en la autoestima y en la sintomatología postraumática. Esta elevada prevalencia, que no se corresponde con la obtenida en ningún otro estudio que haya analizado a jóvenes de población general puede deberse a las características sociales de los centros educativos de los que se obtuvo la muestra y que limitan los resultados obtenidos, puesto que no son comparables con muestras comunitarias ni del mismo país ni de otros contextos culturales.

En esta línea, Valencia, Játiva y Cerezo (2014), con la versión completa del instrumento, encuestaron a 109 adolescentes de entre 15 y 18 años pertenecientes a nueve centros de educación secundaria y centros de día de zonas con problemáticas sociales y obtuvieron que un 12,8% de su muestra reportaba algún tipo de victimización sexual en el último año, si bien su objetivo prioritario era analizar el rol de la autocompasión entre la victimización y el malestar psicológico.

Centrándose específicamente en colectivos de riesgo, Pereda, Abad y Guilera (2015b) entrevistaron a 149 adolescentes de entre 12 y 17 años atendidos en 14 centros de salud mental infantojuvenil en Catalunya y obtuvieron que un 16,1% de la muestra, un 5,7% de los varones y un 21,9% de las chicas reportaban alguna forma de victimización sexual. El porcentaje de victimización sexual con contacto físico fue del 11,4% y del

10,1% para las experiencias sin contacto físico. Respecto a la victimización en el último año, ésta afectó a un 7,4% de los entrevistados, un 1,9% de los varones y un 10,4% de las chicas.

A su vez, con una muestra de 101 jóvenes de entre 14 y 17 años reclutados en tres centros cerrados de justicia juvenil (77,2%) y cinco equipos de medio abierto (22,8%) en Catalunya, Pereda, Abad y Guilera (2015a) encontraron un porcentaje de victimización sexual a lo largo de la vida del 15,8%, relativo a un 42,1% de las chicas y a un 9,8% de los chicos. El porcentaje de victimización sexual con contacto físico afectó a un 7,9% de los jóvenes, mientras que un 10,9% reportaron conductas sin contacto físico. Añadir que un 6,9% de la muestra reportó alguna forma de victimización sexual en el último año, un 21,1% de las chicas y un 3,7% de los chicos.

Con una muestra de 129 jóvenes de entre 12 y 17 años entrevistados en 18 centros residenciales y de acogida en Catalunya, Segura, Pereda, Abad y Guilera (2015) observaron que un 29,5% de los jóvenes manifestaron haber experimentado alguna forma de victimización sexual a lo largo de su vida, un 14,1% de los varones y un 44,6% de las chicas. Un 21,7% de las conductas sexuales incluyeron contactos físicos y un 15,5% refirieron a abusos sin contacto físico. Respecto a la victimización sexual en el último año, ésta fue reportada por un 12,4% de los jóvenes, un 6,3% de los chicos y un 18,5% de las chicas.

Como puede observarse, en función del origen de la muestra que se entrevistó, el porcentaje de victimización sexual infantil varía, si bien supera en todos los casos los porcentajes encontrados en estudios de incidencia basados en estadísticas oficiales.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión ha sido presentar los últimos estudios sobre la extensión de la victimización sexual infantil, centrandó la atención en aquellos que afectan a población española, con la finalidad de acercar esta realidad a los profesionales de nuestro país.

Cabe tener en cuenta que el propio Consejo de Europa, consciente de la extensión de la victimización sexual contra menores en los distintos países europeos, ha impulsado una campaña de sensibilización titulada 'One in five' [Uno de cada cinco], que resume los porcentajes obtenidos en los estudios retrospectivos de prevalencia y en los diferentes metanálisis publicados al respecto. Como se ha observado, si se tiene en cuenta esta fuente, en



España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia, generalmente antes de cumplir los 13 años de edad. Los estudios llevados a cabo con muestras comunitarias y de estudiantes universitarios confirman estas cifras, tanto en el ámbito nacional (López, 1994), como en regiones específicas (Cantón y Justicia, 2008; De Paúl et al., 1995; Pereda y Forns, 2007).

Sin embargo, las cifras son muy distintas si se tienen en cuenta como fuente de obtención de datos, únicamente, las estadísticas oficiales. Debemos ser conscientes que los datos provenientes de estas fuentes sólo nos muestran la capacidad de detección que tienen los profesionales de una determinada sociedad (Leventhal, 1998). Los casos detectados no son representativos de la realidad de la victimización sexual infantil, puesto que no todos los casos se detectan en el momento en el que se están produciendo, sino que, generalmente, los que llegan a ser conocidos por las autoridades suelen ser aquellos más graves y los que provienen de entornos sociales más desfavorecidos (Runyan, 1998). Ello no resta importancia a estos estudios, especialmente cuando son de alcance nacional, dado que permiten observar el nivel de sensibilización profesional y capacidad de detección y notificación del país; si bien no deben tomarse como indicador de la extensión del problema, puesto que esto supone una interpretación errónea de sus resultados.

Una nueva línea de estudio, es la que en los últimos años se ha centrado en preguntar directamente a menores sobre sus experiencias de victimización, tanto a lo largo de su vida como en el último año (Finkelhor, 2007). Cabe tener en cuenta que el análisis de los expedientes de menores y los estudios retrospectivos impiden conocer la verdadera extensión de la victimización sexual infantil y no permiten analizar el fenómeno en el momento en que está sucediendo (Goldman y Padayachi, 2000). Sin embargo, esta nueva forma de trabajo supone unas importantes implicaciones éticas, que deben respetarse. La obligación de notificar aquellos casos de los que se tenga conocimiento a partir del estudio, la importancia de tener como base una teoría victimológica robusta, que permita interpretar los resultados de forma adecuada, o la necesidad de un instrumento estandarizado que no se haya creado ad hoc para los objetivos de un estudio específico, son requerimientos que deben seguirse si lo que se pretende es obtener una aproximación real al problema de la victimización sexual infantil y no victimizar secundariamente al menor.

En este sentido, los primeros estudios que se han llevado a cabo desde esta perspectiva, preguntando directamente a menores sobre sus experiencias, muestran porcentajes de victimización sexual muy superiores a los obtenidos a partir de las estadísticas oficiales. Cabe añadir que estos porcentajes varían en función del origen de la muestra analizada y van incrementándose conforme nos alejamos de la población comunitaria y entrevistamos a jóvenes de zonas sociales problemáticas (Játiva y Cerezo, 2014), a aquellos que han cometido algún delito y se encuentran en el sistema de justicia juvenil (Pereda, Abad y Guilera, 2015a), a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental (Pereda, Abad y Guilera, 2015b) o a menores retirados de sus familias y bajo el sistema de protección (Segura et al., 2015). En todos estos casos, la prevalencia de victimización sexual supera a la población comunitaria y es especialmente elevada en víctimas de sexo femenino.

Cabe añadir la escasez de estudios con muestras que presentan algún tipo de discapacidad física o psíquica. En España, destaca el trabajo realizado por Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elices (1993) sobre este tema, si bien el abuso sexual infantil únicamente se incluye como una forma más de los malos tratos estudiados. La investigación constata una mayor vulnerabilidad de este tipo de muestras ante el maltrato infantil, especialmente elevada en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, si bien los escasos estudios realizados impiden establecer la fiabilidad de los datos obtenidos (véase la revisión de Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Es importante ser conscientes que el estudio de la victimización sexual infantil presenta una serie de barreras y una de las más importantes es la escasez de subvenciones a las investigaciones que se llevan a cabo. En este sentido, no se han publicado estudios de incidencia de alcance nacional desde hace más de diez años, lo que supone no conocer si la capacidad de detección profesional en nuestro país ha aumentado, ha disminuido o permanece estable. Esto es importante dado que permite valorar la evolución de la sensibilización y la formación respecto de esta problemática, así como observar si la crisis económica ha tenido una influencia en el número de denuncias y casos detectados. A su vez, únicamente existe un estudio retrospectivo de prevalencia que incluye a población de ámbito nacional que fue publicado hace más de veinte años (López, 1994). Cabe abogar por estudios nacionales que, desde la perspectiva de la



victimología del desarrollo, permitan conocer la realidad de la victimización sexual infantil a partir de los reportes de los propios niños y niñas.

CONCLUSIÓN

En síntesis, la victimización sexual de menores es un grave problema a nivel mundial y, también, en nuestro país. Negar la evidencia favorece que el problema siga permaneciendo oculto y que miles de víctimas no reciban la atención y ayuda que requieren. Los porcentajes varían, principalmente, en función del sexo de la víctima y del origen de la muestra que se analice, si bien sitúan esta experiencia entre un 10 y un 20% de la población comunitaria. Las cifras obtenidas aluden a un importante grupo de niños y niñas cuyas experiencias deben salir a la luz para que sean reconocidos y se les otorguen los recursos y apoyos que necesitan. La ciencia, a través de estudios epidemiológicos rigurosos y con sólidas bases teóricas, debe contribuir a que así sea y la Administración debe subvencionar este tipo de estudios, y asumir que el conocimiento de la extensión del problema es un paso fundamental para la posterior intervención con sus víctimas.

REFERENCIAS

- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
- Becker-Blase, K. A., y Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives. The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61 (3), 218-226. doi: 10.1037/0003-066X.61.3.218
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Carroll-Lind, J., Chapman, J. W., Gregory, J., y Maxwell, G. (2006). The key to the gate keepers: Passive consent to and other ethical issues surrounding the rights of children to speak on issues that concern them. *Child Abuse & Neglect*, 30 (9), 979-989. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.013
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M. E., Lessard, G., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., ... Damant, D. (2013). Polyvictimization and victimization of children and youth: Results from a populational survey. *Child Abuse & Neglect*, 37 (10), 814-820. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.009
- De Paúl, J., Milner, J. S., y Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Luirigio y S. Herman (Eds.), *Victims of crime* (3rd ed) (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., y Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29, 383-412. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.001
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., y Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., y Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse. Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0676.
- Fricker, A. E., Smith, D. W., Davis, J. L., y Hanson, R. F. (2003). Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 265-268. doi: 10.1023/A:1023748124626
- Goldman, J. D. G. y Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research*, 37(4), 305-314. doi: 10.1080/00224490009552052
- Játiva, R. y Cerezo, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180-1190. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.005
- Leventhal, J. M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 481-491. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00014-3
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.



- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1039-1050. doi: 10.1016/0145-2134(95)00066-H
- Moreno Manso, J. M. (2002). *Maltrato Infantil*. Madrid: EOS.
- Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015a). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in juvenile justice. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-29. doi: 10.1177/0886260515597440
- Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015b). Victimization and polyvictimization among Spanish adolescent outpatients. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*.
- Pereda, N., Guilera, G., y Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640-649. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.019>
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Priebe G. y Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1095-1108. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.001
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., y Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37, 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 493-498. doi:10.1016/S0145-2134(98)00015-5
- Saldaña, C., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expe-
- dientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/toc/riya20/current#.VZzqLecZKf4>
- Sanmartín, J. (Dir.) (2002). *Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanmartín, J. (Dir.) (2011). *Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Save the Children (2004). *So you want to involve children in research? A tool kit supporting children's meaningful and ethical participation in research relating to violence against children*. Sweden: Save the Children.
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*.
- Soler, L., Paretila, C., Kirchner, T., y Forns, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(11), 645-653. doi: 10.1007/s00787-012-0301-x
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- Ullman, S. E. (2001). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121. doi:10.1300/J070v12n01_05
- UNICEF (2012). *Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature*. New York: Statistics and Monitoring Section/Division of Policy and Strategy, UNICEF.
- Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A. L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.
- Wyatt, G. E. y Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse & Neglect*, 10, 231-240. doi:10.1016/0145-2134(86)90084-0
- Wynkoop, T. F., Capps, S. C., y Priest, B. J. (1995). Incidence and prevalence of child sexual abuse: A critical review of data collection procedures. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4(2), 49-67. doi:10.1300/J070v04n02_03



MITOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA: MANIOBRAS ENGAÑOSAS Y PSEUDOCIENCIA

MYTHS OF POSITIVE PSYCHOLOGY: DECEPTIVE MANOEUVRES AND PSEUDOSCIENCE

Luis Fernández-Ríos y Manuel Vilariño

Universidad de Santiago de Compostela

La Psicología Positiva (PsP) ha tenido un gran auge en los últimos veinte años. El objetivo del presente trabajo es enumerar una serie de mitos y maniobras argumentales falaces que siembran serias dudas acerca de lo novedoso y original de la PsP. En su discurso destaca lo pseudocientífico y una cierta deshonestidad intelectual. Además, disemina a través de redes sociales, libros y revistas especializadas, un conocimiento, se supone que empíricamente fundamentado, pero que en realidad está plagado de afirmaciones tautológicas, conocimientos superficiales y conclusiones evidentes. Todo el conocimiento generado por la PsP pone de manifiesto lo que aporta el sentido común sensato, y la razonable sabiduría tradicional. En conclusión, para esto, no hace falta la PsP y, además, se convierte, en cierta medida, en académica y socialmente innecesaria, irrelevante y prescindible. El trabajo finaliza con una serie de consideraciones acerca del incierto futuro de la siempre controvertida PsP.

Palabras clave: *Psicología crítica, Crítica de la Psicología Positiva, Maniobras estratégicas en discurso argumentativo, Mitos de la Psicología, Pseudociencia y Psicología.*

Positive Psychology (PP) has experienced a huge boom in the last twenty years. The aim of this study is to list a number of myths and fallacious argumentative manoeuvres which sow serious doubts about the novelty and originality of PP. The PP discourse is notably pseudoscientific and has a certain intellectual dishonesty. Additionally, PP extends knowledge through social networks, books and journals. This knowledge is alleged to be empirically evidence-based, but in fact it is sustained upon tautological statements, superficial knowledge and obvious conclusions. All of the knowledge produced by PP reveals what it is provided by common sense and traditional wisdom. In conclusion, PP is not necessary in producing this knowledge and is academically and socially irrelevant and dispensable. This paper concludes with some considerations about the uncertain future of the always controversial PP.

Key Word: *Critical Psychology, Critique of Positive Psychology, Strategic manoeuvring in argumentative discourse, Myths of Psychology, Pseudoscience and Psychology.*

Este trabajo es una respuesta a lo que el Profesor Vázquez (2013) considera “enemigos” de la Psicología Positiva (en adelante, PsP). Calificación de “enemigo”, que es completamente falsa. Realmente, ni Pérez-Álvarez (2012), ni uno de los autores del presente trabajo, son “enemigos” de nada. Otro tema bien diferente, es que ser crítico equivalga a ser “enemigo”. En este sentido, dichos autores sí se podrían considerar como “enemigos” de la PsP. Es verdad que a Vázquez le interesa el “buen nombre de la Psicología” (p. 91). Reconoce, con razón, que “el lector no merece que se le castigue con discusiones parasitarias” (p. 91). Los autores del presente trabajo defienden que la Psicología tampoco necesita ni engaños de felicidad lingüística, ni falsas promesas incumplidas de bienestar psicológico.

Es imprescindible ser crítico para buscar una perspectiva que haga justicia a la PsP. Debe tratarse de una crítica justa, hecha con honestidad intelectual y fundamentada en

una epistemología de la virtud. Así, la PsP, como nueva disciplina académica, parece prescindible, y su discurso, agotado. Desde su formulación teórico-práctica a finales del siglo XX, ha generado adhesiones inquebrantables y duras críticas, en ocasiones, incorrectamente comprendidas. Ejemplos abundantes de bibliografía crítica se pueden encontrar tanto en lengua inglesa (Binkley, 2014; Ehrenreich, 2009; Frawley, 2015; Ivtzan, Lomas, Hefferon, y Worth, 2016; Kristjánsson, 2013; McDonald y Wearing, 2016), como española (Cabanas y Huertas, 2014; Fernández-Ríos y Novo, 2012; Pérez-Álvarez, 2013; y Piña, 2014). De su contenido se extrae que la PsP representa un campo de investigación-acción confuso, incierto y repetitivo.

Este trabajo parte de la teoría de las maniobras engañosas en el razonamiento de Eemeren y Grosstendorst (2003/2011), de la utilización del concepto de falacia de Sternberg, Kaufman, y Grigorenko (2008/2011), y de la psicomitología de Lilienfeld, Lynn, Ruscio, y Beyerslein (2009/2010). El concepto de mito que se adopta aquí, se refiere a una serie de argumentos tramposos acerca de la teoría y práctica de la PsP. Estos se fundamentan en una historia equivocada de la PsP, en un dis-

Correspondencia: Luis Fernández-Ríos. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Campus Vida s/n. 15782 Santiago de Compostela. España. E-mail: luis.fernandez@usc.es



curso teórico borroso, en una dudosa interpretación de los datos empíricos, y en unas maniobras engañosas del discurso ofrecido a la opinión pública. De este modo, la narrativa afectiva de la PsP se sostiene sobre un magma movedizo de afirmaciones tautológicas y repetitivas. Con estas consideraciones en mente, se persigue como objetivo exponer una serie de mitos de la PsP, que la dotan de una dudosa utilidad científica y social. Concretamente, se han establecido dos grandes categorías de mitos. En la primera, que aborda aspectos históricos y epistemológicos, se cuestiona la originalidad de la PsP y su visión del ser humano, y se evidencian las limitaciones de su discurso, y las carencias de fundamentación empírica. En la segunda, centrada en mitos acerca de la necesidad de la PsP, se discute sobre la falta de neutralidad ideológica, sobre su afán por tornarse universalmente válida, y el falso predicamento de una salud mental positiva; además, se pone de manifiesto que resulta prescindible para la práctica psicológica, y para alcanzar la felicidad y el cambio social. Se finaliza el trabajo con la exposición de una serie de cuestiones mínimas para considerar un futuro crítico de la PsP.

MITOS HISTÓRICOS Y EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSP

Mito: La PsP es filosófica y antropológicamente original y reciente

Las personas siempre han tenido necesidad de una justificación saludable y esperanzadora del proceso cotidiano de vivir. La PsP es, por un lado, una versión reciclada de ideologías *light* acerca de la felicidad; y, por otro, un invento ecléctico de filosofías y antropológicas de la *new age*. La *new age* aporta un sistema de bricolaje de creencias y prácticas pseudopsicológicas, como alternativa a no se sabe muy bien qué. Se centra en el propio ser humano, y en una visión holística de una supuesta energía universal. Parece que el estilo de vida tradicional se ha vuelto tóxico. Aparentemente, contribuye a desarrollar el potencial humano y la salud global. El qué y cómo se crea casi carece de importancia. La PsP en la *new age* cumple una función psicológica para los descreídos y desencantados con la sociedad que les ha tocado vivir. Muchos de los psicólogos de la positividad han ignorado la historia de la felicidad, otros tantos han abdicado de reflexionar críticamente acerca de lo que hacen con la PsP. Se han dejado embaucar por los *gurús* de las modas de investigación que, en este caso, obnubilan la capacidad de reflexión y carcomen la crítica constructiva.

Considerar la PsP como algo reciente supone desconocer la historia del pensamiento filosófico y antropológico. En este sentido, múltiples publicaciones de la PsP son pro-

fundamente ahistóricas. Aportan un conocimiento en función del cual el investigador cree que sabe, pero realmente puede estar altamente equivocado. Los defensores de la PsP intentan tergiversar la historia para justificar el establecimiento de los fundamentos de una nueva disciplina. Evidencian un presentismo que reconoce, única y exclusivamente, el mérito y valor de las publicaciones recientes en psicología de la positividad, y olvidan la historia de larga duración en la filosofía y antropología de las emociones positivas. No obstante, la PsP representa, en gran medida, un remedo de lo ya conocido. Por consiguiente, la historia presentista y etnocentrista de la PsP es falsa o, por lo menos, inexacta. Es más, consiste, en no pocas ocasiones, en la mera plasmación de la historia del sentido común acerca de la felicidad, y la forma de conseguirla. Sirva de ejemplo la teoría de la "ampliación y construcción de emociones positivas" de Fredrickson (2013) que postula, sencillamente, que lo positivo busca lo positivo. Para evidenciar que lo positivo lleva a lo positivo, bastan el sentido común y el refranero popular.

Mito: La PsP utiliza un discurso unificado y coherente que trasciende la mera narración de emociones positivas

El discurso de la PsP carece de coherencia y uniformidad, y constituye una narrativa de afectos positivos. Por un lado, está plagado de *conceptos viajeros* (Bal, 2002) que, como conceptos nómadas, transitan de un discurso a otro. Se desvirtúa la delimitación conceptual, y la PsP se convierte en una narrativa llena de conceptos dispersos con una semántica insegura y en permanente cambio. En esta línea, Ahmed (2010) considera que la palabra felicidad es móvil y promiscua. Se construye, de este modo, un discurso interdisciplinar borroso, incierto, y ambiguo que deriva en la ausencia de un campo de investigación-acción unificado.

Por otro lado, los textos de la PsP se nutren de simple narratología de emociones positivas, esto es, una literatura de la positividad psicológica. Este discurso de la positividad crea el espacio social propicio para la penetración de un relato de la felicidad lingüística. Este relato, se fundamenta o no en datos empíricos, siempre va a contar con una audiencia favorable. No puede negarse que la PsP resulta discursivamente atractiva. También lo es la narrativa de la felicidad y de las emociones positivas. Sin embargo, en su discurso y en la interpretación que realiza de los resultados de la investigación, abundan la incertidumbre lingüística y los juegos de lenguaje.

En consecuencia, se podría argüir que, si los horizontes discursivos de la positividad son nómadas, la PsP se torna movediza y líquida; y que, aun brindando una felicidad lin-



güística elegante, amable y atractiva, su discurso no rehúye de ser redundante, circular, y ambiguo. La PsP se agota en su propio lenguaje, y está repleta de perogrulladas.

Mito: La PsP constituye un saber científico empíricamente fundamentado

La interpretación de los resultados de la investigación científica en general, y de la PsP, en particular, constituye un proceso hermenéutico, socialmente controlado. En la PsP, la hermenéutica interpretativa de los datos está repleta de ideología, significados múltiples y ambigüedades. Así pues, a pesar del entusiasmo que se vislumbra en ciertos sectores acerca de las posibilidades que ofrece el conocimiento que emerge de la investigación en PsP, Pérez-Álvarez (2013) considera, acertadamente, que las verdades, empíricamente fundamentadas, aportadas por la PsP constituyen “auténticas trivialidades” y “calderilla científica” (p. 219).

Se puede esgrimir una serie de ideas que refuerzan la consideración anterior. En primer lugar, se advierte una abundante circularidad en la interpretación de los resultados, y se ofrecen explicaciones para casi todo. Además, en múltiples ocasiones, se intenta explicar lo evidente. En segundo lugar, se halla el “argumento de proyección de conocimiento” (Stanovich, 2002/2003, p. 190), según el cual, los defensores de la PsP proyectan una interpretación de los datos favorable a sus creencias. En tercer lugar, para la explicación de los resultados dudosos se aplica la perspectiva “sobre las paradojas” de Hempel (1965/1968): “los casos *paradójicos* deben ser considerados como confirmatorios, o positivos” (p. 55). En consecuencia, cuando no resulten claros los resultados de las investigaciones en PsP, se deben interpretar a su favor. En cuarto, y último lugar, se encuentra el *efecto verdad* (Dechêne, Stahl, Hansen, y Wänke, 2010), que sostiene que la repetición de una declaración o conclusión ambigua aumenta la probabilidad de que resulte juzgada como verdadera. En suma, se observa demasiada especulación infundada, alquimia interpretativa y hermetismo lingüístico. La PsP se asemeja más a una pseudociencia o una filosofía existencial de la *new age*, que a un saber empíricamente fundamentado.

Un problema añadido a esta carencia de rigor empírico, lo genera el actual modo de diseminar el conocimiento científico. La presión de la política universitaria induce a publicar en revistas con índice de impacto, aunque los artículos concluyan lo evidente. Lo prioritario es publicar aunque no se tenga nada relevante que decir (Fernández-Ríos y Rodríguez-Díaz, 2014). Esto es una forma de lo que Buela-Casal (2014) denomina *publicación patológica*, que constituye una enfermedad en la

construcción y diseminación del conocimiento. Como no podía ser de otro modo, en PsP abunda también la publicación patológica de trabajos que incluyen información irrelevante y repetitiva.

Mito: Las conclusiones que se derivan de las intervenciones en PsP son claras

Complementariamente a lo referido en el mito precedente, la intervención en PsP adolece de mucha ideología y profecía autocumplida, cuando no de sesgos para demostrar, esto es, poner en práctica, una teoría. Se echa en falta mayor objetividad y fundamento empírico. En cualquier caso, si el marco conceptual es difuso, la planificación de la intervención también se torna incierta y, por tanto, la práctica termina por acarrear idénticos problemas a los de la teoría. Como consecuencia, la borrosidad conceptual del discurso teórico de la PsP se manifiesta en los resultados de la intervención en forma de conclusiones ambiguas y dudosas.

De este modo, en la bibliografía publicada se hallan meta-análisis para casi cualquier conclusión previamente establecida en la mente de los investigadores. El que quiera llegar a conclusiones favorables a la PsP, va a encontrar evidencia empírica. El que procure lo contrario, también lo hallará. Por ejemplo, Chida y Steptoe (2008) concluyen que el bienestar psicológico influye sobre la supervivencia de individuos sanos y enfermos, a pesar de los “sesgos de publicación” (p.754). Boehm y Kubzansky (2012) afirman que el bienestar psicológico está positivamente asociado con conductas de salud, y negativamente asociado con patología conductual. Sedlmeier et al. (2012) admiten que la meditación tiene efectos positivos sobre la salud. Aunque resulta complejo establecer con claridad la magnitud del tamaño el efecto. Zeidner, Matthews, y Roberts (2012) consideran que el bienestar social correlaciona con la inteligencia emocional. La inteligencia emocional no puede ser nada más que el “vino viejo embalado en contenedores nuevos y brillantes” (p. 22). Bolier et al. (2013) admiten que las intervenciones de la PsP realzan el bienestar psicológico de las personas con un tamaño del efecto que va de pequeño a moderado. Los resultados son difíciles de interpretar, debido también a “sesgos de publicación” (p. 17). Cheney, Schlösser, Nash, y Glover (2014) concluyen que las intervenciones desde la perspectiva de la PsP producen cambios internos “imperceptibles” (p. 22). Además, grupos de control inadecuados y falta de asignación al azar de los participantes, “limitan las conclusiones” (p. 23). Por último, Quoidbach, Mikolajczak, y Gross (2015) concluyen que las emociones positivas pueden ser favorecidas a través de la visualización de



eventos positivos, optimizar situaciones positivas, prestar atención a los aspectos positivos de las situaciones, y expresar y compartir emociones positivas.

En resumen, se observan explicaciones y conclusiones de toda clase. Un batiburrillo de hermenéuticas interpretativas que sugiere graves problemas para sintetizar información, empíricamente fundamentada, en PsP. Esto no se debe a que la PsP tenga “enemigos”, sino a que genera demasiadas zozobras acerca de las conclusiones de la intervención.

Mito: La PsP tiene una visión integral del ser humano en su contexto de vida

La PsP no aporta una visión integral del ser humano. Ha seleccionado una serie de fortalezas, pero ha olvidado otras muchas importantes. Por ejemplo, ha obviado la relevancia de la *naturaleza o nicho ecológico* y la *psicología geográfica* (Rentfrow, 2014). Esto permitiría hablar de una psicología geográfica de la felicidad, que contemplaría la relevancia de la naturaleza o contexto de vida como un ambiente restaurativo. Asimismo, la PsP se caracteriza por una cosmovisión cultural etnocéntrica. Olvida o, aun peor, margina los condicionantes sociales, culturales y económicos de cada tradición cultural. De este modo, impone, en ocasiones de forma implícita, un imperialismo cultural, que es injusto, perverso, y carente de ética de la investigación.

Mito: La PsP, a pesar de la evaluación psicométrica, busca vidas identificadas; es decir, biografías personales, no vidas estadísticas

Las vidas identificadas son individual y personalmente reales, esto es, que poseen una narrativa biográfica única. En contraposición, a las vidas estadísticas de los promedios de felicidad no se les puede poner cara, ni nombre, ni cualquier otro de los atributos de las biografías personales. Lamentablemente, la PsP se centra en estas segundas. Le interesan los grandes números de la felicidad, y la comparación entre sujetos, grupos, comunidades y sociedades. Representa un grave error que la PsP persista en el neopitagorismo impersonal de la cuantificación de las vidas estadísticas, y olvide la historia biográfica de las personas (Cohen, Daniels, y Eyal, 2015; Schelling, 1968). Las estadísticas de los grandes números, es decir, los *big data*, crean categorías de individuos y clasifican a las personas, pero no las comprenden. En este sentido, la PsP evidencia un orgullo excesivo en la utilización de la psicometría, y en la cuantificación de la felicidad. No obstante, han de considerarse dos cuestiones. En primer lugar, a pesar de la obsesión por la fiabilidad y validez de los instrumentos, hay múltiples problemas de la existencia cotidiana que no

son cuestiones psicométricas, sino situaciones de la vida práctica. Segundo, la sobreutilización de lo cuantitativo en la búsqueda de una objetividad existencial imposible, puede generar una patología de la cuantificación.

MITOS SOBRE LA NECESIDAD DE LA PSP PARA REALZAR LA FELICIDAD Y FAVORECER EL CAMBIO SOCIAL

Mito: La PsP es ideológicamente neutral y favorece el cambio social

La PsP nunca ha sido ideológicamente neutral, ni favorecedora del cambio social. El consumo de información acerca de emociones positivas favorece una cultura sentimental y terapéutica. Se mercantiliza, de este modo, una ideología política de lo positivo, y libros de autoayuda que, ilusoriamente, favorecen la lucha por una autorrealización utópica e imposible. Se trata de la ideología de la sociedad de consumo de lo positivo. Un capitalismo emocional que establece disciplinas y saberes para gobernar vidas, emociones, ilusiones y expectativas de bienestar. Un negocio enormemente lucrativo.

De este modo, la PsP no favorece necesariamente el cambio social. Al contrario, constituye una herramienta de la cultura psicológica del capitalismo de la positividad para promover el individualismo, la ideología conservadora imperante, y el entretenimiento feliz de las clases sociales acomodadas. Defiende, siguiendo a Foucault (2004/2009), una biopolítica de la positividad que establece regímenes de verdad para una política de la salud positiva. Se ha construido, en consecuencia, un discurso neoliberal acerca de la felicidad, que convierte a la PsP en un instrumento de control de los procesos psicológicos de la felicidad (Binkley, 2014).

Por tanto, la PsP actúa como una disciplina de poder y política de la verdad que fomenta una tecnología que inculca a las personas lo que tienen que hacer para ser felices. Realmente, se terminan por imponer procedimientos de control y coacción para ser feliz de una determinada manera. La sociedad de los índices de felicidad o del bienestar pretende facilitar al ciudadano unos cuidados amables que le imbrican en un clima cultural que lo infantiliza, y convierte en dependiente y dócil. Así pues, la PsP se transforma en un arma política de control psicológico e ideológico, que no aporta un conocimiento empírico liberador y emancipador.

Mito: Es factible una teoría y práctica de la PsP universalmente uniforme a todas las culturas

La cultura constituye una representación intersubjetiva de unos valores, ideologías, estilos de vida y creencias, que establecen un proyecto de ser-en-el-mundo. Por el



simple hecho de nacer en una cultura, o contexto socio-material de existencia, el ser humano posee forzosamente una cosmovisión, o visión del mundo. Para cualquier persona, el mundo es su representación mental, socialmente construida. En consecuencia, los conceptos de felicidad, bienestar subjetivo y emoción positiva son relativos. Cada cultura configura un modo único de pensamiento en acción y de estrategias de afrontamiento que imposibilitan una PsP universal. La PsP está culturalmente condicionada. Lo que en un sistema cultural puede ser percibido como felicidad, en otro, no. Incluso se puede hablar, en ciertos contextos culturales no occidentales, de una cierta *aversión a la felicidad*, tal y como se entiende en las culturas de los países capitalistas avanzados (Joshanloo y Weijers, 2014). Se impone, por tanto, una PsP que debería adoptar una multiplicidad de perspectivas culturales; lo que implica una aproximación relativista a la teoría y práctica de la PsP. No puede, ni debe imponer un imperialismo cultural a través de la supuesta ciencia de la felicidad. Una PsP que busque leyes universales inexistentes de la felicidad, se transforma en una injusticia teórica, una imposibilidad práctica, una traición a la epistemología de la virtud, y una falta de honestidad profesional.

Mito: La PsP postula una salud mental positiva que resulta altamente saludable

La PsP no siempre es saludable. Es más, existe un serio riesgo de que su teoría y práctica deriven en una fábrica de malestar psicológico. Por un lado, los psicólogos de la positividad no promueven, prioritariamente, estilos de vida orientados a la *salud mental positiva*. En realidad, proponen el modelo clásico del déficit o de vulnerabilidad. Les interesa que la persona vivencie una insatisfacción existencial, y problematice su bienestar subjetivo cotidiano. Este estado de zozobra existencial la sitúa en condiciones óptimas para consumir la falsa positividad que se le ofrece. Por tanto, antes de hacer énfasis en lo positivo, lo primordial para la PsP reside en dramatizar y problematizar lo negativo del proceso de vivir. De esta forma, se comporta igual que aquella psicología a la cual intenta ofrecer alternativa, la mal denominada psicología negativa (en adelante, PsN); esto es, restaura una mentalidad de crear déficits psicológicos en las personas, y de establecer nuevas patologías de la razón y de lo social. La PsP, supuestamente, aporta soluciones mágicas a este fatalismo antropológico, psicológico y sociológico. Sin embargo, las emociones positivas existían con anterioridad a su discurso; desde antiguo se conocen los aspectos útiles de las adversidades existenciales y de las emociones positivas.

Por otro lado, la PsP ofrece falsas esperanzas y, tal vez, en múltiples ocasiones, genere más desencanto, que felicidad. La obsesión por las emociones positivas, así como la tiranía de la autorrealización satisfactoria, pueden transformarse en algo patológico. Cuando la necesidad irracional de ser feliz se convierte en una epidemia, la PsP crea más problemas sociales de los que soluciona, hasta al punto de que se podría hablar de patología provocada por la PsP. Sirva como ejemplo el *síndrome de bienestar* (Cederström y Spicer, 2015), que se materializa en la obsesión por sentirse permanentemente bien.

Mito: La PsP resulta necesaria para los profesionales de la Psicología

Para la PsP parece que los psicólogos, anteriores al surgimiento del discurso de la positividad, eran unos desinformados históricos, unos profesionales equivocados, y unos sádicos que se regodeaban en los problemas del ser humano. No obstante, la Psicología siempre ha sido positiva, pues siempre ha intentado solucionar problemas. Los profesionales de la salud, constantemente, se han centrado en prestar ayuda para aliviar positivamente el sufrimiento humano. Se puede realzar la calidad de vida y el bienestar de las personas sin tener idea de la PsP. Durante más de un siglo, los psicólogos han intervenido, en muchas ocasiones, con gran éxito, sin la filosofía explícita de la PsP. Lo único necesario es conocer la historia de la Psicología, poseer un conocimiento integral del ser humano y su contexto de vida, y realizar ética y adecuadamente el trabajo psicológico. A lo largo de los años, los profesionales de la salud no han sido unos desalmados que sólo pensaban que el ser humano presenta problemas. En resumen, la PsP no constituye un nuevo paradigma, ni un movimiento social novedoso, ni una teoría psicológica genuina. Por tanto, resulta psicológicamente prescindible cuando se posee una óptima formación histórica, una mente abierta al pasado, una lectura comprensiva de la sabiduría clásica, y una buena dosis de sentido común.

Mito: La PsP es imprescindible para realzar la felicidad social

La PsP no es intrínsecamente necesaria para que la ciudadanía sea más feliz. La cuestión de la felicidad, individual y social, es tan antigua como la ideología, la literatura, la religión, la medicina social, la antropología cultural y, por supuesto, la psicología. De hecho, toda la historia de las ideologías políticas, de las religiones, de los sistemas filosóficos, y de las cosmovisiones, es un producto de la humanidad para ser, individual y colectivamente, más feliz. Daría igual hablar de una PsP, o de



una ideología política de la felicidad, pedagogía de la felicidad, o ética de la felicidad. Lo que promete la PsP, lo venían haciendo históricamente otros saberes. El reciente problema de la felicidad es una invención social, ideológicamente construida (Frawley, 2015).

Además, cuando los expertos en positividad revelan a la ciudadanía lo que ha de hacer para ser feliz, pervierten, en demasiadas ocasiones, el conocimiento psicológico acerca de la positividad. Los psicólogos positivos parecen poseer una sabiduría oculta o una especie de elixir milagroso, aparentemente indispensable, para la felicidad del ser humano. No obstante, esta forma de pensar convierte a la PsP en una frustración psicológica y una desilusión social. Por consiguiente, la PsP podría ser irrelevante, cuando no perjudicial, para la felicidad de individuos, pueblos, grupos y comunidades.

PERSPECTIVAS FUTURAS: MÁS ALLÁ DE LA PSP

Atendiendo a lo desarrollado a lo largo de las líneas precedentes, parece oportuno cuestionarse acerca de qué hacer con la PsP. Aunque resulta altamente complejo atisbar su futuro, con total seguridad continuará apareciendo nueva bibliografía sobre filosofía, antropología y sociología de la felicidad. De hecho, se observa que, actualmente, han girado hacia la felicidad las investigaciones de muchas disciplinas diferentes. Lo único relevante parece ser hablar de felicidad, bienestar y autoayuda. Si la PsP se centra en la narración de emociones positivas, su futuro está asegurado, pero no se debe esperar más, desde un punto de vista psicológico y científico. Por este motivo, se van a referir, a continuación, algunas cuestiones mínimas para, por un lado, intentar construir una PsP que utilice y disemine un discurso de investigación-acción preciso, claro y útil; y, por otro, necesarias para considerar un futuro crítico de la PsP.

En primer lugar, parece oportuno concebir el futuro de la PsP crítica desde la búsqueda de una solución de compromiso que renuncie a principios interpretativos preconcebidos e inmutables, y adopte una actitud constructiva. Sin la búsqueda de un espacio de diálogo común, es imposible una PsP sensata y responsable, y que no prometa lo que no puede conseguir. Se requiere mayor integración en el discurso de la Psicología general, y desistir de fragmentaciones entre PsN y PsP.

En segundo lugar, ha de tenerse en cuenta la historia de los conceptos o *begriffsgeschichte* (Koselleck, 2004), que implica un análisis histórico de los conceptos, palabras o discursos utilizados por la PsP. En este sentido, la PsP describe e interpreta la historia considerando los conceptos antiguos o clásicos, como si mantuviesen el

mismo significado hoy en día. Sin embargo, cada concepto utilizado en el discurso de la PsP (por ejemplo, justicia, felicidad, etc.) posee una multiplicidad de significados, que se van adecuando a la realidad mutable. En consecuencia, la ciencia de la semántica histórica ayudará a tener en cuenta cuál es la historia de los conceptos utilizados en el discurso de la PsP.

En tercer lugar, cada vez resulta más complejo identificar el objetivo concreto de la Psicología, en general, y de la PsP, en particular. Es por esto necesario que la PsP sea más precisa, menos ambigua, y que renuncie a abarcarlo todo. No se puede atribuir la posesión de la pócima mágica de la felicidad, y debe admitir que no existe una única verdad. Los psicólogos positivos ni pueden, ni deben imponer, de una forma imperialista, una verdad dogmática y universal. Hay muchas verdades en Psicología, y en PsP un sinnúmero de ellas.

En cuarto lugar, se debe adoptar el “principio de parsimonia” (Popper, 1935/1985, p. 136). Abundan hipótesis autoevidentes y demasiada circularidad (*ad exemplum*, el bienestar subjetivo correlaciona con la felicidad percibida). Se trata de no complicar las cosas, cuando pueden ser simples. Por tanto, se debe favorecer el uso racional de la teoría y la práctica de la PsP, e intentar buscar explicaciones comprensibles, sencillas y útiles; y, a su vez, evitar la innecesaria pluralidad de conceptos y conclusiones que, en no pocas ocasiones, son meras perogrulladas y maniobras engañosas de la pseudociencia de la felicidad. En las explicaciones de la PsP rebosa el *cientifismo romántico*, es decir, sueños irrealizables para una explicación científica sencilla de fenómenos complejos (Brown, Sokal, y Friedman, 2014). Adicionalmente, se debe controlar la excesiva especialización lingüística de la PsP. En realidad, es una pseudofilosofía experimental de las emociones positivas. De no controlarse esta especialización, la PsP se convertirá en un conjunto de conocimientos para entrar, por un lado, en el fraudulento negocio de la autoayuda; y, por otro, confundirse con una filosofía new age de la felicidad.

En quinto lugar, se encuentra la cuestión de aprender de lo conocido. Es necesario ampliar la formación de los futuros psicólogos en historia del pensamiento filosófico, antropológico y sociológico de la felicidad. De esta forma, se podría demostrar que los textos de la lucha del ser humano por ser feliz, no tienen, históricamente hablando, nada que ver con lo que se denomina PsP. Leyendo con profundidad a los clásicos griegos y romanos, se adquiere humildad intelectual, y relativismo psicológico. Además, se debería ampliar el campo de conocimiento con lecturas divergentes. Leer siempre de lo mismo es pernicioso para la salud intelectual del in-



investigador y del profesional. La PsP se ha encerrado demasiado en sí misma, y persiste en la reiteración de contenidos. Tenía razón Cronbach (1975), cuando argumentaba que los psicólogos estarían mejor preparados, si leyeran “más ampliamente sobre historia, etnología y los siglos de escritos humanistas sobre el hombre y la sociedad” (p. 125).

En sexto lugar, se debe incorporar e integrar el conocimiento de dos apasionantes campos de investigación. Por un lado, el extraído del estudio de personas centenarias (Bishop, Martin, MacDonald, y Poon, 2010; Friedman, 2011; Vaillant, 2011; Whitbourne, 2010). Y, por otro, la consideración de los resultados de trabajos longitudinales acerca de la invulnerabilidad y resiliencia (Block, 1971; Elder, 1999; Masten, 2014; Werner y Smith, 2001). De esta forma, se contribuiría a favorecer el desarrollo de emociones positivas y calidad de vida.

En séptimo lugar, es fundamental considerar, como desde hace cientos y cientos de años, a la persona como un todo (Kashdan y Biswas-Diener, 2014); tener presentes los condicionantes sociales, culturales y económicos de cada cultura; y adoptar una aproximación relativista en el discurso teórico y en la práctica profesional. La PsP no debe patologizar la normalidad, ni problematizar las emociones cotidianas del proceso de vivir, ni engendrar falsas esperanzas que deriven en mayores cuotas de sufrimiento y desencanto. En este sentido, lo mejor que podrían hacer todos los psicólogos, positivos y negativos, o como se les quiera denominar, es retomar la vieja afirmación de Hipócrates (1989), acerca de que el objetivo último de toda ayuda, en este caso, psicológica, sería: “ayudar o al menos no causar daño” (I, 2ª constitución, 11).

En octavo lugar, la PsP debería conceder mayor relevancia a los siguientes tres aspectos. Por un lado, están los factores de riesgo que producen dolor social, tales como la lucha de clases, las injusticias sociales, y la desigualdad de poder social (Borsook y MacDonald, 2013) y estatus social (Cheng, Tracy, y Anderson, 2014). Por otro, son de destacar las investigaciones sociológicas y antropológicas acerca de valores postmateriales, los procesos de democratización, la capacidad de libertad de elección individual, el sentimiento de realización personal, el florecimiento personal, la satisfacción vital, el empoderamiento, la confianza interpersonal, y la autonomía individual (Diener, Inglehart, y Tay, 2013; Welzel y Inglehart, 2010). Y, por último, se debe realzar el papel de la naturaleza, del medio ambiente natural, como recurso restaurativo para construir salud y calidad de vida, en general, y salud mental positiva, en particular (Beute y de Kort, 2014; Blatt, 2014; Stokols, Perez Lejano, y Hipp, 2013; Van de Vliert, 2013). Por tanto, hay

que ir más allá de la situación actual de la PsP. Existen más fortalezas de las que establece la evaluación en salud mental positiva.

Por último, y en octavo lugar, se debe tener en cuenta que lo que hace la PsP lo podría hacer la psicología de la *buena vida* (Bishop, 2015), de la *pasión* (Vallerand, 2015), de la *personalidad moral* (Kristjánsson, 2013), del *capital psicológico* (Luthans, Youssef-Morgan, y Avolio, 2015), de la *ciencia de la personalidad y el arte del bienestar* (Little, 2014), o, incluso, de lo que se ha denominado, *filosofía experimental* (Lombrozo, Knobe, y Nichols, 2014) de la felicidad y bienestar. No existe nada en la PsP que no pueda hacer otra disciplina ya disponible (p. e., la antropología cultural, la sociología, la filosofía antropológica, etc.).

CONCLUSIONES

El supuesto éxito teórico y práctico de la PsP resulta relativamente decepcionante. Su discurso teórico carece de originalidad, y los hallazgos de la investigación no disponen del suficiente fundamento empírico. Así, la narratología afectiva de la PsP constituye un conocimiento repetitivo, plagado de sentido común y de filosofía no escrita del refranero popular. Además, la PsP sólo aparenta, pero no alcanza, cientificidad, rigor experimental, y una interpretación de los datos ética e ideológicamente neutral. La PsP no se torna más original, ni va a incrementar su fundamento empírico por publicar más de lo mismo.

No está nada claro que la PsP haya sido especialmente útil para la Psicología académica, y el confuso rol social del Psicólogo. La teoría y práctica de la PsP han sido intentadas, pero la evidencia disponible arroja resultados, científicos y psicológicos, poco exitosos. Es cierto que aporta un lenguaje bonito, se podría decir, una felicidad lingüística, pero casi nada más. Sus postulados terminarían formando parte del fragmentado conocimiento psicológico, al igual que los de la psicología humanista, fenomenológica y existencial.

Posiblemente, este panorama no sea más que un ejemplo de la desorientación actual de la propia Psicología en general. El objetivo de la Psicología es movedizo, líquido, y fluctuante en función de lo que interese en cada momento histórico. Se equivocarían los psicólogos, si se dejasen cautivar acríticamente por una PsP insustancial, y llena de triquiñuelas para embaucar a la gente; esto es, por maniobras engañosas y pseudociencia. Una PsP sin crítica constructiva se transforma en una psicología muerta, sin ilusión y productora de desencanto teórico y empírico. Si esto no es luchar por el buen nombre de la Psicología, el problema real está dentro de los defenso-



res de la ortodoxia de la positividad. Desafortunadamente, no parece productivo persistir en el debate, cuando es nula la voluntad de consenso y de acuerdo. Sin embargo, renegar de la crítica u obviarla, genera el caldo de cultivo propicio para el escepticismo generalizado acerca de la utilidad teórica y práctica de la PsP; y, en consecuencia, es el mejor acicate para terminar considerándola innecesaria y prescindible.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2010). *The promise of happiness*. London, UK: Duke University Press.
- Bal, M. (2002). *Travelling concepts in the humanities: A rough guide*. Toronto, Ontario, Canadá: University of Toronto Press.
- Beute, F., y de Kort, Y. A. W. (2014). Salutogenic effects of the environment: Review of health protective effects of nature and daylight. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 6, 67-95.
- Binkley, S. (2014). *Happiness as enterprise*. Albany, NY: SUNY Press.
- Bishop, A. J., Martin, P., MacDonald, M., y Poon, L. (2010). Predicting happiness among centenarians. *Gerontology*, 56, 88-92.
- Bishop, M. (2015). *The good life. Unifying the philosophy and psychology of well-being*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Blatt, A. J. (2014). *Health, science, and place: A new model*. New York, NY: Springer.
- Block, J. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft Books.
- Boehm, J. K., y Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138, 655-691.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Borsook, T. K., y MacDonald, G. (2013). Social pain. En C. N. DeWall (Ed.), *Oxford Handbook of social exclusion* (pp. 163-176). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., y Friedman, H. L. (2014). Positive psychology and romantic scientism. *American Psychologist*, 69, 636-637.
- Buela-Casal, G. (2014). Pathological publishing: A new psychological disorder with legal consequences? *The European Journal of psychology Applied to Legal Context*, 6, 91-97.
- Cabanas, E., y Huertas, J. A. (2014). Psicología positiva y psicología popular de la autoayuda: un romance histórico, psicológico y cultural. *Anales de Psicología*, 30, 852-864.
- Cederström, C., y Spicer, A. (2015). *The wellness syndrome*. Malden, MA: Polity Press.
- Cheney, G., Schlösser, A., Nash, P., y Glover, L. (2014). Targeted group-based interventions in schools to promote emotional well-being: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 342-438.
- Cheng, J. T., Tracy, J. L., y Anderson, C. (Eds.) (2014). *The psychology of social status*. New York, NY: Springer.
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2008) Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Cohen, I. G., Daniels, N., y Eyal, N. (Eds.) (2015). *Identified versus statistical lives*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Cronbach, L. J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30, 16-127.
- Dechêne, A., Stahl, C., Hansen, J., y Wänke, M. (2010). The truth about the truth: a meta-Analytic review of the truth effect. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 238-257.
- Diener, E., Inglehart, R.F., y Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112, 497-527.
- Emeren, F. H. van, y Grootendorst, R. (2003/2011). *Una teoría sistemática de la argumentación*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*. New York, NY: Metropolitan Books.
- Elder, G. H. (1999). *Children of the great depression. Social change in life experience*. (25th anniversary ed.). Boulder, CO: Westview Press.
- Fernández-Ríos, L. y Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeitgeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333-344.
- Fernández-Ríos, L., y Rodríguez-Díaz, J. (2014). The "impact factor style of thinking": A new theoretical framework. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 154-160.
- Foucault, M. (2004/2009). *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid, España: Akal.
- Frawley, A. (2015). *Semiotics of happiness rhetorical beginnings of a public problem*. New York, NY: The Bloomsbury Group.



- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 1-53.
- Friedman, H. S. (2011). *The longevity project: Surprising discoveries for health and long life from the landmark eight-decade study*. New York, NY: Hudson Street Press.
- Hempel, C. (1965/1968). *La explicación científica*. Barcelona, España: Paidós.
- Hipócrates (1989). *Tratados hipocráticos (V): Epidemias*. Madrid, España: Gredos.
- Ivtzan, I., Lomas, T., Hefferon, K., y Worth, P. (2016). *Second wave positive psychology embracing the dark side of life*. London, UK: Routledge.
- Joshanloo, M., y Weijers, D. (2014). Aversion to happiness across cultures: A review of where and why people are averse to happiness. *Journal of Happiness Studies*, 15, 717-735.
- Kashdan, T., y Biswas-Diener, R. (2014). *The upside of your dark side*. New York, NY: Hudson Street Press
- Koselleck, R. (2004). Historia de los conceptos y conceptos de historia. *Ayer*, 53, 27-45.
- Kristjánsson, K. (2013). *Virtues and vices in positive psychology: A philosophical critique*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S. J., Ruscio, J., y Beyerstein, B. (2009/2010). *50 grandes mitos de la psicología popular*. Barcelona, España: Biblioteca Buridán.
- Little, B. (2014). *Me, myself, and us: The science of personality and the art of well-being*. Philadelphia, PA: PublicAffairs
- Lombrozo, T., Knobe, J., y Nichols, S. (Eds.) (2014). *Oxford studies in experimental philosophy (Vol. 1)*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., y Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Masten, A.S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press.
- McDonald, M., y Wearing, M. (2016). *Positive psychology and its discontents. Why positive psychology fails and how it might succeed again*. London, UK: Routledge
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: Magia simpática. *Papeles del Psicólogo*, 33, 183-201.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). La psicología positiva y sus amigos: en evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 34, 208-226.
- Piña, J. A. (2014). La psicología positiva: ¿Ciencia y práctica de la psicología? *Papeles del Psicólogo*, 35, 144-158.
- Popper, K. (1935/1985). *La lógica de la investigación científica*. Madrid, España: Tecnos.
- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., y Gross, J. J. (2015). Positive Interventions: An Emotion Regulation Perspective. *Psychological Bulletin*, 141, 655-693.
- Renfrow, P. J. (Ed.). (2014). *Geographical psychology*. Washington, DC: APA Press.
- Schelling, T. C. (1968). The life you save may be your own. En S. B. Chase, Jr. (Ed.), *Problems in public expenditure analysis* (pp. 127-162). Washington, DC: Brookings Institution.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., y Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138, 1139-1171.
- Stanovich, K.E. (2002/2003). Racionalidad, inteligencia y niveles de análisis en la ciencia cognitiva. ¿Es posible la disrrecionalidad? En R. J. Sternberg (Ed.), *Por qué las personas inteligentes pueden ser tan estúpidas* (pp. 161-193). Barcelona, España: Ares y Mares.
- Sternberg, R. J., Kaufman, J. C., y Grigorenko, E. L. (2008/2011). *Inteligencia aplicada*. Madrid, España: TEA.
- Stokols, D., Perez Lejano, R., y Hipp, J. (2013). Enhancing the resilience of human-environment systems: a social-ecological perspective. *Ecology and Society*, 18 (1): 7.
- Vaillant, G. E. (2011). *Triumphs of experience. The men of the Harvard Grant Study*. Cambridge, MA: Belknap.
- Vallerand, R. J. (2015). *The Psychology of passion. A dualistic model*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Van de Vliert, E. (2013). Climato-economic habitats support patterns of human needs, stresses, and freedoms. *Behavioral and Brain Sciences*, 36, 465-480.
- Vázquez, C. (2013). La Psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34, 91-115.
- Welzel, C., y Inglehart, R. F. (2010). Agency, values, and well-being: A human development model. *Social Indicators Research*, 97, 43-63.
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Whitbourne, S. K. (2010). *The search for fulfillment*. New York, NY: Ballantine Books.
- Zeidner, M., Matthews, G., y Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: what have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4, 1-30.



FELICIDAD EN EL TRABAJO HAPPINESS AT WORK

Salvatore Moccia

Universidad Católica de Valencia

Uno de los principales objetivos de la psicología del trabajo y de las organizaciones es promover tanto el bienestar como el rendimiento de los empleados. Sin embargo, los distintos autores no son unánimes respecto a los fundamentos de la felicidad. El objetivo de este trabajo es presentar las enormes contribuciones de la Psicología Positiva y de la Filosofía al tema de la felicidad y sus influencias en el ámbito organizativo y de la productividad, ofreciendo una revisión de los distintos autores, subrayando las diferencias entre ellos y, sobre todo, abogando por un consenso en el campo de los fundamentos de la felicidad. De hecho, la gran diferencia entre los distintos autores es la falta de unanimidad respecto a los fundamentos de la felicidad. Mientras algunos autores optan por un concepto de felicidad que se identifica con el de placer, otros prefieren una mezcla de placer, compromiso y significado, evitando, sin embargo, definir la felicidad o, más bien, ocultándola detrás de la palabra bienestar. Sin embargo, si se lograra un consenso sobre las distintas aportaciones al tema de la felicidad, éste representaría un concepto mucho más manejable desde la perspectiva psicológica.

Palabras Claves: Bienestar laboral, Felicidad, Productividad, Tesis del trabajador feliz y productivo, Eudamionía, Edoné, Desempeño laboral, Bienestar.

One of the main goals of work and organisational psychology is to promote the well-being and performance of employees. However, the different authors do not agree on the fundamental concept of happiness. The objectives of this paper are to present the enormous contribution of positive psychology and philosophy to the subject of happiness and its influence on labour and productivity, to review several scholars in this field, to highlight the differences among them, and, especially, to find a consensus on the fundamentals of happiness. In fact, the major difference among all the contributions is that there is no unanimity on the fundamental concept of happiness. Whereas some authors see happiness as "pleasure", others prefer the concept of happiness as a mixture of "pleasure", "commitment" and "meaning", avoiding the definition of happiness, and hiding it behind the concept of well-being. However, if a consensus is reached, it would represent a concept that could be better managed from the psychological perspective.

Key words: Well-being at work, Happiness, Productivity, Happy-productive worker thesis, Eudaimonia, Hedonia, Job performance, Well-being.

FELICIDAD Y TRABAJO

El ser humano ha tendido siempre a perseguir la felicidad como una meta o un fin, como un estado de bienestar ideal y permanente al que llegar. Pero no se conforma con un futuro feliz al precio de una vida desgraciada; desea ser feliz en cada momento de su vida. Esta felicidad permanente, sin embargo, parece muy difícil de alcanzar, por no decir imposible, pues la vida no hace más que plantearnos situaciones caracterizadas por la "contrariedad", es decir, opuestas a nuestros gustos, a nuestros intereses y a nuestra tranquilidad. Si en algún momento nos sentimos felices, pronto aparece algún motivo de disgusto, alguna circunstancia que rompe nuestro bienestar. Parece que la felicidad no puede ser permanente, sino que se compone de pequeños instantes, de detalles vividos en el día a día, y quizá su principal característica sea la futilidad, su capacidad de aparecer y desaparecer de forma constante a lo largo de nuestras vidas.

¿En qué consiste esa felicidad que todos perseguimos? Definir este concepto es tarea ardua. Seguramente es una de las definiciones más controvertidas y complicadas. Como indican Kashdan, Biswas-Diener, King (2008), esta es una "preocupación central" para la humanidad. Los autores subrayan que se pueden encontrar varias definiciones en la filosofía, en la religión, en los valores y creencias culturales y políticas, y, naturalmente, en la psicología. Sin embargo, éstos advierten que los psicólogos sintetizan ideas de otras disciplinas, aunque son los únicos que aportan una contribución única al concepto de felicidad y bienestar. De hecho, algunos autores (Diener, 1984) prefieren utilizar un concepto más manejable desde una perspectiva psicológica y hablan de bienestar subjetivo, que se compone de tres elementos: elevado número de satisfacciones personales, elevado número de sentimientos positivos, bajo número de sentimientos negativos. Según García Martín (2002), « Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar. Según Diener y Diener (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en tér-



minos positivos. Esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida". Una segunda categoría incide en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos...La última de estas tres concepciones, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia».

Ahora, el tema en cuestión se complica aún más si el concepto de "felicidad" lo asociamos a otro concepto complicado: "trabajo". De hecho, a pesar de que no existe un acuerdo generalizado sobre la definición de felicidad, los científicos están muy preocupados por conseguir que el hombre sea feliz, sobre todo en el ámbito laboral ya que, como afirma Duró (2009) «trabajamos 56.000 horas, y vivimos unas 700.000». El nuevo objetivo del milenio es ser feliz trabajando. Como afirman Hosie y Sevastos (2009), en el nuevo milenio, la felicidad en el trabajo se presenta como un tema de importancia extrema. De hecho, estos autores señalan que, en los últimos años, se ha producido entre los investigadores una explosión del interés por analizar la felicidad, el optimismo y los rasgos positivos del carácter. Es más, una búsqueda realizada en una base de datos científica (ABI/INFORM), en septiembre de 2015, daba como resultado casi setenta y ocho mil resultados, con un incremento substancial de las investigaciones a partir del año 2000. Otro dato significativo lo encontramos en Internet: por ejemplo si buscamos en Google las palabras inglesas "felicidad y trabajo" (happiness and work), en septiembre de 2015, indicaba más de doscientos veintiséis millones de páginas web. Esto indica, por una parte, que el tema de la felicidad en el trabajo es uno de los temas que más interesan en la actualidad, y, por otra, que es muy probable que exista una profunda tristeza laboral.

De hecho, los análisis de la Organización Mundial de la Salud estiman que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de inhabilidad laboral, y señalan que en la actualidad el 22% de la fuerza laboral en Europa (casi 40 millones de trabajadores) son víctimas del estrés debido al trabajo.

Para entender mejor la relación trabajo-felicidad es necesario encontrarnos con el mundo de la psicología positiva, que nos proporciona interesantes conocimientos. De todas formas, es preciso tener en cuenta que el método de la psicología positiva no se encamina a descubrir las causas profundas de la felicidad, sino tan solo las manifestaciones empíricas de lo que suele entenderse por felicidad: la experiencia de emociones positivas (Tkach y Lyubomirsky, 2006). Señalamos, incluso que no es posible definir este "fenómeno" en precisos términos científicos ya que la felicidad se compone de muy diversas facetas (Zelenski, Murphy y Jenkins, 2008).

Por eso, tal vez, es preciso acudir a la filosofía para encontrar respuestas a la pregunta por la naturaleza y las causas de la felicidad y respaldar el encuentro de un consenso que integre las dos aproximaciones al estudio de la felicidad. De momento nos conformamos con señalar dos ideas generales presentes en la filosofía clásica: a) la felicidad es consecuencia de poseer los bienes que se aman; b) la persona se convierte en aquello que ama. El ser humano aspira a muchos bienes, pero siempre hay uno que considera el más importante, el bien absoluto, al que todos los demás se subordinan, de acuerdo con una jerarquía. Todo depende de cuál sea ese bien y de la jerarquía que se establezca entre los bienes. Si una persona considera como bien absoluto el éxito, la felicidad que puede esperar es la que proporciona el éxito. Pero además, en la elección de ese bien como bien absoluto y en la conducta consiguiente, la persona decide sobre sí misma y se hace a sí misma. En este sentido, cada persona tiene la felicidad que desea y se convierte en la persona que quiere ser, según el bien o los bienes que ame y en qué orden los ame.

PSICOLOGÍA POSITIVA Y FILOSOFÍA

Analizando los antecedentes de la psicología positiva, en una primera aproximación, se puede señalar que esta rama de investigación tiene como antecedentes ilustres los antiguos filósofos griegos que, como Aristóteles, a través del concepto de *eudaimonía* (felicidad), ponen las bases de una doctrina moral que identifica la felicidad con la posesión del bien o, más concretamente, con una actividad del alma de acuerdo con la virtud. De hecho, como afirma Vázquez (2006), «preguntarse sobre el bienestar humano no es una moda pasajera. En cierto sentido, la filosofía occidental no ha tenido nunca otra preocupación más central, bien desde el análisis directo de las condiciones sustantivas del bienestar (la *eudaimonía* aristotélica) o bien, más modernamente, desde el análisis de las condiciones existenciales que limitan el alcance de ese ideal. Así que Aristóteles, pero también Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russell, Heidegger, o Cioran, han hecho de esta reflexión sobre la felicidad uno de los ejes del pensar sobre "lo humano" (...) Esta nueva sensibilidad hacia al estudio científico del bienestar, en un sentido general, no es exclusiva de la Psicología. El análisis del bienestar y la búsqueda de indicadores objetivos conciernen a las ciencias sociales en su totalidad (...) y ocuparnos desde la psicología de la felicidad humana no es una trivialidad de *fin de siècle*».

Otro autor, Sanders (2003), comparte la idea de que los orígenes de la psicología positiva hay que buscarlos en los filósofos griegos. En particular, el autor advierte



que Aristóteles persigue un conocimiento práctico para saber cómo vivir bien, desarrollando todas aquellas capacidades que nos distinguen como seres humanos y nos permiten lograr la *eudaimonía*, la felicidad o *florecimiento*. La pregunta que se hace Aristóteles es sumamente práctica: ¿Qué disposiciones debería adquirir? Estas disposiciones – virtudes – se asientan y se van conformando a lo largo del tiempo y de la costumbre. El cultivo de las virtudes dará como fruto un hombre o una mujer felices.

Otro filósofo griego que difundió en la antigua Roma el concepto de *eudaimonía* fue Epicteto, discípulo de Sócrates. Epicteto llega a la conclusión de que se puede alcanzar una vida plena y feliz sólo si hacemos lo correcto y vivimos según las virtudes, sabiendo distinguir entre los bienes verdaderos y los bienes aparentes (salud, riqueza, posición social).

El concepto de hedonismo (edoné) se asocia a un filósofo griego del cuarto siglo antes de Cristo, Aristipo, el cuál propulsó la idea de que el objetivo en la vida debe ser experimentar la cantidad máxima de placer por lo que la felicidad se representaría como el conjunto de momentos de placer.

Sin embargo, entre los autores de la Psicología Positiva no existe unanimidad respecto a los fundamentos filosóficos. Unos parecen optar por el concepto de *eudaimonía*, otros por el de *edoné*, y otros prefieren una especie de mezcla de ambos conceptos. Es el caso de Ryan y Deci (2001), quienes afirman que los resultados de distintas investigaciones han mostrado que el concepto de bienestar se entiende mejor si se mira desde una perspectiva multidimensional que incluya las teorías del hedonismo y de felicidad (*eudaimonía*).

Pero Peterson, Park y Seligman (2005), indican que para los fines de la Psicología Positiva es casi superfluo centrarse en la búsqueda de lo que ellos llaman “el principio soberano” que se encuentra en la base de la felicidad, y aconsejan centrarse en los conceptos de “placer” y “significado” como “camino para alcanzar la felicidad”. Además, los autores amplían los dos caminos clásicos añadiendo una tercera vía: el compromiso. Consecuentemente, presentan un análisis longitudinal para medir los tres factores que predicen la satisfacción, obteniendo los siguientes resultados:

- a) Placer: 0.17
- b) Compromiso: 0.30
- c) Sentido y significado: 0.26

Como resultado, éstos señalan que las tres “orientaciones” que llevan a la felicidad no son incompatibles entre ellas y que se pueden perseguir simultáneamente para alcanzarla.

Por lo tanto, creemos que la Psicología Positiva, inten-

tando evitar de manera justa las posibles “colisiones de valores” (Bacharach, 1989), representa una válida justificación, desde una perspectiva filosófica en el marco teórico de las dos escuelas mencionadas y, es más, puede servir como marco teórico para armonizar las dos corrientes filosóficas. De hecho, otros autores han señalado ya que «independientemente de si el bienestar tiene o no una estructura bifactorial, lo que ambos enfoques tienen en común es la suposición de que los elementos hedónicos y eudaimónicos forman parte de una misma estructura global del bienestar, y que están relacionados entre sí». (Peiró, Ayala, Tordera, Lorente, Rodríguez, 2014).

NATURALEZA E IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Es interesante notar que, en muy pocos años, la Psicología Positiva ha suscitado un profundo interés en medios académicos y profesionales, se han escrito centenas de artículos científicos (en revistas académicas o no) y ha aparecido una buena cantidad de libros dedicados al tema. Según Marujo y Neto (2008), el movimiento de la psicología positiva «creó un *momentum* con implicaciones importantes para la investigación, la psicoterapia, la enseñanza y otras áreas, y todas ellas impactaron en la vida profesional y académica, y es de esperar que, incluso de forma más general, impacten en nuestros mundos sociales y la calidad de nuestras vidas».

Pero, ¿en qué consiste la Psicología Positiva? Sheldon y King (2001) la definen como «el estudio científico de las virtudes y fuerzas de las personas, dedicado a analizar la “persona media”, pero con la óptica puesta en descubrir qué es lo que funciona bien, y qué se puede hacer para mejorarlo». El objetivo de la Psicología Positiva es mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y otras patologías, insistiendo en la construcción de competencias y en la prevención.

Para Gable y Haidt (2005) consiste en el «estudio de las condiciones y de los procesos que permiten que las personas, los grupos y las instituciones puedan prosperar y funcionar óptimamente». Según estos autores, «el objetivo de la psicología positiva es el estudio de la otra cara de la medalla – la manera en la cual las personas se sienten bien, muestran el altruismo, y crean familias e instituciones saludables, dedicándose, así a analizar el completo espectro de la experiencia humana».

Cuando se hace referencia al término de psicología positiva se tiende a interpretar como alguna nueva corriente de filosofía espiritual o un nuevo método milagroso de autoayuda de los tantos que saturan el mercado. Sin embargo, basta con interesarse un poco en el concepto para comprender cuán lejanas se en-



cuentran estas suposiciones de la realidad. La psicología positiva no es sino una rama de la psicología que, con el mismo rigor científico que ésta, focaliza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características humanas positivas.

Cabe ahora preguntarnos si la Psicología Positiva es una ciencia filosófica o empírica. Como es sabido, existe una rama de la filosofía que es la psicología filosófica o racional, que en muchos casos se identifica con la antropología filosófica. Esta parte de la filosofía no tiene como misión directa ni mejorar la calidad de vida ni curar enfermedades mentales. Su objetivo es conocer las causas últimas del ser del hombre, sus facultades cognoscitivas y afectivas, etc. En este sentido es una ciencia teórica, no práctica. Existe también una psicología empírica que, a partir de la observación, trata de curar determinadas enfermedades mentales. Pues bien, pensamos que la Psicología Positiva pertenece propiamente al ámbito de la psicología empírica, pero tiene una dimensión filosófica mucho más marcada que la psicología "negativa"; una dimensión que puede variar de un autor a otro, y en la que se fundamentan sus propuestas. Al dejar a un lado el objetivo de solucionar directamente las patologías, su carga empírica es menor. Y el hecho de buscar el modo de mejorar la calidad de vida lleva a esta rama de la psicología a preguntarse por lo que hace feliz a la persona, que es una pregunta propiamente filosófica. Por eso, pensamos que la clave del éxito de la Psicología Positiva radica precisamente en la base filosófica que adopte, es decir, en la psicología racional que tome como punto de partida. Si parte de una concepción antropológica adecuada, sus propuestas pueden ser muy valiosas para mejorar la calidad de vida de la persona. Si, por el contrario, parte de una antropología equivocada, sus soluciones podrían ser contraproducentes para la persona, consiguiendo así lo contrario de lo que pretende. El problema es que los autores de la Psicología Positiva, en general, no hacen explícita la filosofía que sustenta sus propuestas.

LA IMPORTANCIA DE LOS SENTIMIENTOS POSITIVOS

Uno de los aspectos más interesantes estudiados por la Psicología Positiva es el de los sentimientos. Se trata de un campo muy amplio y realmente complejo. Por eso, aquí nos reduciremos a recoger las ideas o conclusiones de algunos –muy pocos– autores, sobre su importancia para la vida feliz y, especialmente, para la vida feliz en el trabajo.

Entre los investigadores de la Psicología Positiva, señalamos los trabajos muy pioneros de la psicóloga Bárbara

Fredrickson, la cual, entre otras cosas, presenta la "teoría abierta y construida de las emociones positivas", en la que pone de relieve que (2001) «las emociones positivas amplían el repertorio de las ideas y acciones de las personas, las cuales, a su vez, sirven para crear los recursos personales perdurables, incluyendo los recursos intelectuales, físicos, psicológicos y sociales».

Vecina-Jiménez (2006) hace notar acertadamente que Bárbara Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo. En particular, la teoría abierta y construida de las emociones positivas, sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis. Experimentar emociones positivas es siempre algo agradable y placentero a corto plazo y, para esta autora, además, tendría otros efectos beneficiosos más duraderos, en la medida en que preparan a los individuos para tiempos futuros más duros.

Según Seligman (2003), la actitud positiva nos hace adoptar una forma de pensamiento totalmente distinta a la actitud negativa. Así, mientras que el humor negativo y frío activa una forma de pensamiento centrada en lo malo para luego eliminarlo, el estado anímico positivo mueve a las personas a adoptar una forma de pensar creativa, tolerante, constructiva, generosa, relajada y lateral. Este estilo de pensamiento tiene por objeto resaltar lo que está bien, no lo que está mal. No cambia de curso para detectar errores, sino que se afina para hallar virtudes.

Según Fredrickson y Losada (2005), existe un amplio espectro de investigaciones científicas que documenta el valor adaptativo de las emociones positivas. En particular, los experimentos en el campo de la Psicología Positiva han demostrado que los buenos sentimientos:

- ✓ Modifican las perspectivas de las persona, ampliando el alcance de la atención, ensanchado los repertorios conductuales, e incrementando la intuición y la creatividad;
- ✓ Modifican las buenas sensaciones corporales, ayudando a la recuperación de las secuelas de los problemas cardiovasculares, y alterando la asimetría frontal del cerebro;
- ✓ Previenen la salud física y mental, aumentando la capacidad de afrontar las adversidades, aumentando la felicidad, permitiendo un crecimiento psicológico, reduciendo el nivel de hidrocortisona (cortisol), las res-



puestas inflamatorias al estrés y las molestias físicas, aumentando la resistencia a los rinovirus y reduciendo los ataques de apoplejía;

✓ Aumentan las probabilidades de una vida más larga.

Además, tal como señalan Seo y Barrett (2007), las emociones positivas pueden afectar constantemente a las tres dimensiones de la motivación, ayudando a elegir la dirección (selección de una acción), dosificando oportunamente el esfuerzo necesario para llevar a cabo la acción (intensidad de la acción) y, finalmente, actuando con perseverancia para alcanzar el objetivo seleccionado (duración de la acción).

De hecho, el estudio empírico llevado a cabo por Erez e Isen (2002), indica con claridad que las personas que participaron en el experimento y que estaban de buen humor, en comparación con los participantes que estaban de humor neutral, obtuvieron mejores resultados, demostrando un mayor nivel de perseverancia, mayor empeño y mayores niveles de motivación.

Otro estudio empírico realizado por Marks (2006) sobre 2000 trabajadores ingleses, confirma que los individuos que experimentan emociones positivas puntúan más positivamente en indicadores claves de rendimiento, como satisfacción en el trabajo, sentido de trabajo, compromiso cognitivo y físico, lealtad y productividad. El autor subraya que las emociones positivas no son solamente el resultado de hacer bien las cosas, sino que incluso aumentan las potencialidades para hacer bien las cosas también en el futuro.

Judge y Erez (2007), intentando dar una explicación a la obtención de mejores resultados por parte de los trabajadores positivos, opinan que este fenómeno puede estar relacionados con los siguientes:

1. la persona alegre suele tener un afecto positivo, y esto, a su vez, la lleva a pensar mejor, a tomar mejores decisiones, a ser más creativa y estar más motivada, a cooperar y ayudar más y, en general, a obtener mejores resultados en una amplia variedad de tareas;
2. la persona alegre atrae a más y mejores compañeros;
3. la persona alegre participa en más actividades y se enfrenta al trabajo con más vigor, más energía y más iniciativa.

Por último, Boehm y Lyubomirsky (2008) señalan que las investigaciones empíricas han dejado claro que las emociones positivas:

1. afectan positivamente a las negociaciones;
2. afectan positivamente al nivel de optimismo individual;
3. refuerzan las relaciones individuales;
4. predisponen a ayudar a los demás;
5. pueden afectar positivamente a la originalidad y a la flexibilidad;
6. estimulan la alegría, la exploración y la creatividad.

LAS INFLUENCIA DE LOS SENTIMIENTOS EN EL ÁMBITO ORGANIZATIVO

Es de relevante importancia señalar para las finalidades de nuestro estudio que los investigadores especializados en el campo de la Psicología Positiva reconocen que las emociones positivas no solamente pueden transformar a los individuos, sino que *pueden actuar también a nivel organizativo*. En particular, estos autores afirman que las emociones positivas individuales pueden contribuir a la transformación de las organizaciones y de las comunidades, dado que las emociones tienen resonancia interpersonal. Por tanto, creando unas cadenas de eventos que “transporten” las emociones positivas entre los distintos elementos de la cadena, estas mismas emociones pueden transformar las organizaciones en organizaciones sociales más cohesivas, más morales y más armoniosas (Fredrickson, 2003).

De hecho, tal como indican Páez, Campos y Bilbao (2008), existen por lo menos cinco estudios longitudinales que muestran que hablar y compartir con otros una vivencia positiva refuerza la felicidad, más allá del impacto del hecho mismo. Este efecto de “capitalización o amplificación del impacto positivo” se da con mayor intensidad si las personas que escuchan la comunicación positiva responden de forma auténtica, validándola y aceptándola, sucediendo lo contrario si el entorno responde de forma pasiva o destructiva. Además, los autores notan que la amplificación de las emociones positivas sirve para fortalecer las relaciones sociales generando recursos que facilitan el altruismo, refuerzan las afiliación, etc. En la misma línea, otro autor, Myers (2000), advierte que, cuando somos felices, estamos más disponibles para ayudar a los demás. En realidad, los psicólogos llaman a este hecho «el fenómeno del sentirse bien, y hacer el bien».

Otros estudios empíricos (Fowler y Christakis, 2008) confirman esta intuición y muestran que la felicidad se puede extender, dentro de una red social, de unas personas a otras, hasta alcanzar los tres niveles, llegando a la conclusión de que la felicidad de las personas depende de la felicidad de las personas con las que se relacionan, y que, por tanto, la felicidad – como la salud pública – tiene que considerarse como un fenómeno colectivo. Su investigación, que analizó la felicidad de casi 5.000 personas a lo largo de un periodo de 20 años, muestra que cuando una persona es feliz, el efecto de conexión en red puede medirse hasta el tercer grado. Esto quiere decir que la felicidad de una persona pone en marcha una reacción en cadena que beneficia no sólo a sus amigos, sino a los amigos de sus amigos, y a los amigos de los amigos de sus amigos, hasta al tercer nivel. En particular, los investigadores notaron que cuando



un participante vivía un momento de felicidad, un amigo que viviera en un radio de un kilómetro y medio casi (una milla), experimentaba una probabilidad un 25% superior de pasar a un estado de felicidad. Un cónyuge que conviviera con él experimentaba un incremento en la probabilidad del 8%, y los hermanos que vivieran a menos de una milla experimentaban un incremento del 14%. Para los vecinos que vivieran puerta con puerta, el incremento era del 34%. No obstante, el resultado más sorprendente se obtuvo en las relaciones indirectas. Si bien una persona que pasaba a un estado de felicidad incrementaba la probabilidad de que le sucediera a un amigo, un amigo de ese amigo experimentaba una probabilidad de casi el 10% de aumentar su felicidad, y un amigo de ese amigo presentaba un incremento de la probabilidad del 5,6%.

UNA BREVE REFLEXIÓN SOBRE LOS SENTIMIENTOS

Como puede apreciarse por lo que acabamos de exponer, los autores de la Psicología Positiva dan una gran importancia a los sentimientos, actitudes o emociones positivas, y demuestran que estos influyen positivamente en la calidad de vida de las personas y en la calidad de su trabajo, tanto en el nivel individual como organizativo. Ahora bien, echamos en falta en los autores mencionados y en otros, un pensamiento más profundo sobre los sentimientos. Concretamente, pensamos que no basta con saber que las emociones positivas son muy importantes, y que deben fomentarse para lograr una mayor calidad de vida, sino que hay que responder, al menos, a las siguientes cuestiones:

1. ¿En qué consisten los sentimientos? Responder a esta cuestión es importante, porque hay una gran diferencia en considerarlos como reacciones orgánicas superficiales o bien como un fenómeno de naturaleza somático-espiritual. El mundo de la afectividad, como decíamos antes, es complejo, y para penetrar en él se requiere un conocimiento profundo del ser humano. Es preciso distinguir entre la afectividad propiamente racional (la voluntad) y la afectividad sensible, y explicar la interacción entre ambas. Así, no es lo mismo el sentimiento de *placer* que el sentimiento de *alegría*, algo que algunos autores parecen identificar o, al menos, no distinguir. Si se contemplase tan solo la afectividad sensible, no se podría dar cuenta ni de su origen ni de su finalidad. De ahí la siguiente pregunta:
2. ¿Qué relación existe entre los sentimientos positivos y las facultades racionales humanas? La persona es "una", y ninguna de sus dimensiones puede explicarse aisladamente. Los sentimientos se producen ante el conocimiento de determinados bienes sensibles, pero quien conoce y ama (o bien odia) es siempre la per-

sona. Y según sea la persona (y esto tiene mucho que ver con su voluntad y su inteligencia) apreciará positivamente o negativamente los bienes que conoce.

3. ¿Quién debe dirigir la acción en último término: los sentimientos o la razón? Existe un cierto peligro en el que puede caer la exaltación de los sentimientos positivos: concederles la capacidad de dirigir la vida de la persona, algo que corresponde exclusivamente a sus facultades propiamente racionales. Los sentimientos tienen, en nuestra opinión, un carácter eminentemente "auxiliar", pero no directivo. Bien orientados o educados, los sentimientos son una ayuda excelente para que la persona conozca el bien que debe realizar y lo lleve a la práctica. Acabamos de decir "bien orientados o educados". Algunos piensan que los sentimientos espontáneos son siempre valiosos precisamente por ser espontáneos. Pero la espontaneidad no es garantía de valor. Los sentimientos (positivos o negativos) por sí mismos no garantizan que lo que se siente sea bueno o malo para la persona. Por tanto, deben ser educados para que colaboren con la razón y la voluntad en el conocimiento de lo que está bien y en su realización práctica. Y esa educación consiste en la "racionalización" de los sentimientos por medio de la prudencia, lo que da lugar a dos grandes virtudes: la fortaleza y la templanza. Lo que nos lleva a la pregunta siguiente:
 4. ¿Qué relación existe entre la vida moral de la persona y sus sentimientos? Si los sentimientos no están educados por la fortaleza y la templanza, se convierten en una rémora para realizar la vida buena y, por tanto, feliz. Pero para educar sus sentimientos, la persona necesita tener una idea verdadera sobre el sentido de su vida y ser coherente con ella. No se trata de que la persona le dé "un sentido" a su vida, el que sea, sino un sentido acorde con su ser de persona. Si el sentido de su vida se resume en la búsqueda del dinero, del poder o del éxito, sus sentimientos responderán positivamente ante esos bienes, pero no ante la necesidad de ayudar a otras personas, ante la amistad, o ante un fracaso en el trabajo. Por eso, no basta con identificar los factores que predicen la satisfacción. Como hemos visto, según algunos autores serían el placer, el compromiso y el sentido y significado. Es necesario saber qué placeres tienen sentido para la realización de la persona, cuál es el verdadero sentido o significado que la persona debe dar a sus acciones y, por último, qué compromisos son dignos de la persona y cuáles no.
- Todo ello nos lleva a afirmar que las propuestas de la Psicología Positiva deben ser completadas con una psicología racional adecuada.



EL COMPORTAMIENTO ORGANIZATIVO POSITIVO, TEMA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Otro tema, estrictamente vinculado a la rama de la Psicología Positiva, es el Comportamiento Organizativo Positivo en el trabajo (*Positive Organizational Behavior* – POB), el cual, tal como indica el fundador de la teoría, Fred Luthans (2002), representa «el estudio y la aplicación de las fuerzas de los recursos humanos y de sus capacidades psicológicas positivas que pueden ser evaluadas, desarrolladas y gestionadas de manera eficaz para la mejora del rendimiento del trabajador». El comportamiento organizativo positivo está basado en cinco fuerzas psicológicas:

- ✓ **Autoeficacia.** Según Bandura (1997) – citado por Salanova (2008) –, la autoeficacia (*self efficacy*) representa «las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados». Según este autor, la autoeficacia es una fuerza humana primaria con un enorme potencial para influir positivamente en la gestión empresarial, ya que puede conducir a:
 - ✓ Elegir positivamente.
 - ✓ Motivar y esforzarse más.
 - ✓ Ser perseverante.
 - ✓ Pensar positivamente.
 - ✓ Resistir al estrés.
- ✓ **Esperanza:** representa un estado motivacional positivo que se materializa en la fuerza de voluntad para alcanzar metas y planificar la forma de lograrlas. Según Luthans (2002), citando a Snyder, la esperanza no representa solamente la determinación individual de que se alcanzarán los objetivos, sino también la creencia personal de que se formularán unos planes exitosos y se elegirán unos caminos correctos para alcanzar los objetivos propuestos.
- ✓ **Optimismo:** es una actitud que induce a las personas a confiar en que todo lo que ocurre es bueno y positivo. Tal como indica Peterson (2000), el optimismo es una actitud asociada al pensamiento de que el futuro social y material conllevará a una situación que la persona considera como deseable y que le comportará unos placeres. Por tanto, el optimismo no tiene como objeto un resultado similar para todos, ya que depende de lo que cada uno considere deseable. De todas maneras, el optimismo es la fuerza que mueve a la personas para alcanzar el objetivo propuesto, mientras que el pesimismo es la fuerza que nos impulsa a rendirnos. A este respecto, Luthans (2002) cita una encuesta de *MetLife*, una aseguradora americana, que demuestra que los agentes

considerado más optimistas, a lo largo de dos años, han conseguido vender un 37% más de pólizas de seguros que los agentes que habían sido clasificado como pesimistas.

- ✓ **Felicidad o bienestar individual:** Luthans (2002) afirma que varias investigaciones meta-analíticas demuestran que las personas que están satisfechas con sus vidas tienden a estar satisfechas también con el trabajo.
- ✓ **Inteligencia Emocional:** es la capacidad de reconocer nuestras propias emociones y las emociones de los demás. Según Luthans (2002), la inteligencia emocional aplicada al trabajo es útil para la creación de una red de relaciones que se puede utilizar en los momentos de dificultad.

Salanova (2008), siguiendo el camino marcado por Luthans, observa que los rápidos cambios de las sociedades determinan también un cambio rápido en las organizaciones. Los cambios organizativos, a su vez, determinan cambios en los puestos de trabajo que pueden influir positiva o negativamente en la seguridad, la salud y el bienestar de los empleados. De manera que, si no se gestionan bien estos cambios, a la larga puede dar lugar a la aparición de organizaciones “enfermas” que se caracterizan por su incapacidad de adaptarse al entorno.

La autora, además, señala que las organizaciones modernas esperan que sus empleados sean proactivos y muestren iniciativa personal, que colaboren con los demás, que sean responsables en su propio desarrollo de carrera y que se comprometan con la “excelencia empresarial”. «Este objetivo empresarial no puede alcanzarse con una fuerza laboral “saludable” al estilo tradicional: empleados satisfechos con sus trabajos, que no experimentan estrés laboral y que muestran bajos índices de absentismo. Se necesita algo más para poner en marcha toda la maquinaria organizacional y conseguir este objetivo...El concepto de organización saludable encaja perfectamente en esta perspectiva científica más positiva».

Sin embargo, Luthans y Youssef (Junio 2007) subrayan que las personas con actitudes positivas no necesariamente crean equipos positivos, ya que las cogniciones colectivas, las emociones y las acciones son legitimadas, promovidas y coordinadas por unos factores (valores, normas, políticas y prácticas empresariales) que tienen que existir en el contexto organizativo en el cual se manifiestan. Por ejemplo, la honestidad de la organización puede facilitar, permitir e incluso engendrar la honestidad individual. Por tanto, si no existen los factores facilitadores promovidos por la organización, las acciones positivas individuales sirven de poco.



EL COMPORTAMIENTO ORGANIZATIVO POSITIVO Y EL RENDIMIENTO LABORAL

Las investigaciones meta-analíticas de Luthans y Youssef (Junio 2007) han mostrado que el Comportamiento Organizativo Positivo puede aportar entre un 4% y un 15% a la variación de los rendimientos laborales. Además, los autores calcularon el impacto económico de sus resultados en las dos empresas donde se realizaron las investigaciones, llegando a la conclusión de que la utilidad de la psicología positiva individual (optimismo = 0.028 y persistencia/tenacidad = 0.055), multiplicado por el salario medio de un empleado (50.000 \$) y multiplicado por el número de trabajadores (casi 25.000) da lugar a un aumento de 50.000.000\$ en los beneficios de las empresas. Finalmente, los autores señalan que «los comportamientos positivos de los trabajadores, unidos a los comportamientos positivos de las organizaciones, tienen un impacto positivo y substancial tanto en el rendimiento individual y organizativo como en otros resultados empresariales. Estos resultados son seguramente más importantes que los resultados que se puedan alcanzar utilizando otros recursos materiales, u otros modelos económicos».

Otros estudios empíricos avalan estos resultados. En particular, se señalan las investigaciones de Wright y Cropanzano (2004), que demuestran que la Felicidad/Psicología del Bienestar (PWB, *Psychological Well Being*), concepto muy similar al concepto de comportamiento organizativo positivo, explica hasta el 25% de la variación de los resultados de los trabajadores. Concretamente, los autores señalan que cuanto más alto es el nivel de felicidad y emociones positivas de los trabajadores, más fuerte es el vínculo entre la satisfacción en el trabajo, la ejecución y los resultados. Estos autores, haciendo un cálculo similar al precedente, señalan que en una empresa de 10 ingenieros con un salario medio de 65.000\$, la utilidad anual de la Felicidad/Psicología del Bienestar (PWB) es de 650.000\$.

Otros investigadores, Judge y Erez (2007), sugieren que una correcta aplicación al rendimiento de la combinación de Estabilidad Emocional y Extraversión – que, a su vez, es el reflejo de una personalidad feliz – conlleva unos resultados mucho más importantes que los comportamientos de carácter de tipo aislado. Sus resultados indican con claridad que las personas que son optimistas, alegres y entusiastas de la vida, obtienen mejores rendimientos que las personas tristes.

CONCLUSIONES

En esta revisión, hemos presentado las enormes contribuciones de la Psicología Positiva al tema de la felicidad y sus influencias en el ámbito organizativo y de la productividad.

Como potencial contribución, se ha ofrecido una revisión de los distintos autores que han tratado el tema de la psicología positiva y de la felicidad. Se han subrayado las diferencias entre ellos, sobre todo teniendo en cuenta que no existe unanimidad entre ambos respecto a los fundamentos. Mientras algunos optan por un concepto de felicidad que se identifica con el de placer, otros prefieren una mezcla de placer, compromiso y significado, evitando, sin embargo, definir la felicidad o, más bien, ocultándola detrás de la palabra bienestar (que representaría un concepto más manejable desde una perspectiva psicológica). Nos gustaría concluir esta revisión evidenciando que la Psicología Positiva debe centrarse en los caminos para alcanzar la felicidad en cuanto puede presentarse como el puente necesario para poner de lado la búsqueda filosófica del principio soberano de la felicidad y concentrarse en las orientaciones que llevan a la felicidad que, al fin y al cabo, no son incompatibles entre ellas y se pueden perseguir simultáneamente para buscar y alcanzar la felicidad.

REFERENCIAS

- Bacharach, S., B., (1989). Organizational Theories: some criteria for evaluation. *Academy of Management Review*. 14(4), 496-515.
- Boehm, J., Lyubomirsky, S., (2008). Does happiness promote career success? *Journal of career assessment*. 16(1), 101-116.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 95, 542-575.
- Duró, E., (2009), "Haga happyshifting y sea feliz en su trabajo", *El Mundo*. 11 de octubre de 2009, 31-32.
- Erez, A., Isen, A. (2002). The influence of positive affect on the components of expectancy motivation, *Journal of Applied Psychology*. 87(6), 1055-1067.
- Fowler, J., H., Christakis, N., A., (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart study, *British Medical Journal*, 337:a2338.
- Fredrickson, B., L., (2003). The value of positive emotions, *American Scientist*, 91(4), 330-337.
- Fredrickson, B., L., Losada, M., F., (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing, *American Psychologist*, 60(7), 678-686.
- Gable, S., L., Haidt, J., (2005). What and why is Positive Psychology, *Review of general psychology*, 9(2), 103-110.
- García Martín, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- Hosie, P., Sevastos, P., (2009), Does the happy-productive worker thesis apply to managers? *International Journal of Workplace Health Management*, 2(2), 131-160.



- Judge, T., Erez, A. (2007). Interaction and Intersection: the constellation of emotional stability and extraversion in predicting performance. *Personnel Psychology*, 60(3), 573-596.
- Kashdan, T., B., Biswas-Diener, R., King, L., A., (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233.
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behaviour: developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16(3), 57-72.
- Luthans, F., Youssef, C. (2007). Emerging positive organizational behaviour. *Journal of Management*, 33 (3), 321-349.
- Lyubomirsky, S., (2001). Why are some people happier than others. *American Psychologist*, 56 (3), 239-249.
- Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E., (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Martínez-Martí, M., L., (2009). El estudio científico de las fortalezas transcendentales desde la Psicología Positiva. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742006000300003&script=sci_arttext
- Marks, N., (2006). Happiness is a serious business. *Reflections on employee engagement*, pp. 5-7.
- Marujo, H., Neto, L., M., (2008). Programa VIP hacia una Psicología Positiva aplicada. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.) *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 311-338); Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Myers, D., G., (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55 (1), 56-67.
- Páez, D., Campos, M., Bilbao, M. A. (2008). Del Trauma a la Felicidad: Pautas para la intervención. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.) *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 237-262). Bilbao, España: Desclée de Brouwer
- Peiró, J., M., Ayala, Y., Tordera, N., Lorente, L., Rodríguez, I., (2014). Bienestar sostenible en el trabajo: revisión y reformulación. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 5-14.
- Peterson, C., (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1), pp. 44-55.
- Peterson, C., Park, N., Seligman, M., E., (2005). Orientation to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.
- Peterson, C., Seligman, M., E., P., (2004), *Character Strengths and Virtues*. (1st ed,). New York: Oxford University Press.
- Posek, B., V., (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Ryan, R., Deci, E., (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Salanova Soria, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. En C. Vázquez G. Hervás. *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 403-428). Bilbao. España: Desclée de Brouwer.
- Salanova Soria, M., (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Revista de trabajo y Seguridad Social*, 47(303), 179-214.
- Sanders, K., (2003). El periodismo y la ética: un análisis desde la perspectiva de la ética de la virtud. *Revista Empresa y Humanismo*, VII(2), 403-438.
- Seo, M., Barrett, L., (2007). Being emotional during decision making: good or bad? An empirical investigation. *Academy of Management Journal*, 50(4), 923-940.
- Seo, M., Barrett, L., Bartunek, J. (2004). The role of affective experience in work motivation. *Academy of Management Review*, 29(3), 423-439.
- Seligman, M., E., P., (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3-18
- Seligman, M., E., P., Csikszentmihalyi, M., (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M., E., P., Steen, T., A., Park, N., Peterson, C., (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Sheldon, K., M., King, L., (2001). Why Positive Psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Sheldon, K., M., Lyubomirsky, S., (2006). Achieving sustainable gains in happiness: change your actions not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 86, 55-86.
- Tkach, C., Lyubomirsky, S., (2006), How do people pursue happiness?: relating personality, happiness-increasing strategies and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225.
- Vázquez, C., (2006). La psicología en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vecina Jiménez, M., L., (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Wright, T., A., Cropanzano, R., (2004). The role of psychological well-being in job performance: a fresh look at an age-old quest. *Organizational Dynamics*, 33(4), 338-351.
- Youssef, C., M., Luthans, F., (2007). Positive organizational behaviour in the workplace. *Journal of Management*, 33, 774-800.
- Zelenski, J., Murphy, S., Jenkins, D., (2008), The happy-productive worker thesis revisited. *Journal of Happiness Studies*, 9, 521-537



EFECTIVIDAD DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: ESTUDIO DE REVISIÓN

THE EFFECTIVENESS OF MUSIC THERAPY IN AUTISM SPECTRUM DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Marta Calleja-Bautista, Pilar Sanz-Cervera y Raúl Tárraga-Mínguez

Universidad de Valencia

Este trabajo incluye una revisión de la literatura existente sobre intervenciones en musicoterapia en personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con el objetivo de analizar el grado de efectividad de estas intervenciones. Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos pertinentes, y considerando los criterios de inclusión delimitados se incluyeron un total de 18 estudios, cuyos resultados han sido analizados. En 11 de las 18 intervenciones se obtienen mejoras estadísticamente significativas, mientras que en las 7 intervenciones restantes, o bien la mejoría no alcanza la significación estadística, o bien existe algún tipo de limitación en cuanto a la efectividad de la intervención en evaluaciones de seguimiento. Considerando estos resultados se concluye que la musicoterapia puede llegar a convertirse en una práctica prometedora para mejorar la comunicación e interacción social de las personas con TEA. Sin embargo, todavía es necesario un mayor volumen de investigación para aclarar qué tipo de intervenciones y en qué ámbitos del espectro autista en concreto son realmente eficaces estas intervenciones.

Palabras clave: Autismo, Intervención, Musicoterapia, Revisión bibliográfica, TEA.

This work includes a review of the literature on music therapy interventions with people with Autism Spectrum Disorder (ASD) in order to analyse the degree of effectiveness of these interventions. To conduct this review, a literature search of the relevant databases was performed and, with the inclusion criteria defined, a total of 18 studies were analysed. In 11 of the 18 interventions, statistically significant improvements were obtained, while in the remaining 7 interventions, the improvement did not reach statistical significance, or there was a limitation to the intervention effectiveness in follow-up evaluations. Considering these results, we conclude that music therapy may become a promising practice for improving the communication and social interaction of people with ASD. However, a greater volume of research is still needed to clarify the type of interventions and the areas of the autism spectrum disorder in which these interventions are actually effective.

Key words: ASD, Autism, Intervention, Literature review, Music therapy.

La última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013), conceptualiza el Trastorno de Espectro Autista (TEA) como un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social y por la posible presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

En el tratamiento del TEA se han empleado diferentes tipos de intervenciones. Una de estas estrategias de intervención exploradas en los últimos años para mejorar los déficits característicos de las personas con TEA respecto a la comunicación e interacción social es la musicoterapia, la cual utiliza la música con fines terapéuticos. Esta técnica permite abrir canales de comunicación para favorecer la socialización de estas personas y mejorar así su calidad de vida.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT), esta técnica trata de hacer un uso profesional de la música

y sus elementos como una intervención en los entornos médicos, educativos y cotidianos, con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, además de la salud espiritual y el bienestar (WFMT, 2011).

La Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA), de manera más específica, define la musicoterapia como el uso clínico y basado en la evidencia de las intervenciones musicales para lograr metas individualizadas dentro de una relación terapéutica por un profesional acreditado. Esta asociación señala que se trata de una profesión de la salud establecida, donde la música se utiliza dentro de una relación terapéutica para atender las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de los individuos. En la misma línea, el profesor Benzon (2000) describe la musicoterapia como un tipo de psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad (p. 25).

Correspondencia: Raúl Tárraga-Mínguez. Universidad de Valencia. Avda. Tarongers, 4. 46022 Valencia. España.

E-mail: Raul.Tarraga@uv.es



En cuanto a los efectos terapéuticos, además de mejorar la calidad de vida a nivel individual, Benenzon (2000) señala la posibilidad de que con el uso de la musicoterapia también es posible que mejore el funcionamiento familiar. Este autor afirma que el entorno familiar de un niño con autismo tiene perturbado el sistema de comunicación con este niño, ya que su código, sus señales y mensajes se encuentran distorsionados y forman estereotipias, que el mismo autor nombra como "quistes de comunicación". Según Benenzon (2000), trabajando dentro de un contexto no-verbal (con técnicas de musicoterapia), la familia logra desestructurar este sistema y reestructurar los "quistes de comunicación".

Investigaciones recientes, como el meta-análisis de Whipple (2004), en el cual se sintetizan los resultados de 9 estudios cuantitativos que evalúan los efectos de la musicoterapia en las personas con TEA, han demostrado que esta puede considerarse un tratamiento efectivo para el desarrollo de la comunicación, la responsabilidad tanto interpersonal como personal, y las habilidades de juego. En la misma línea, Gold, Wigram y Elefant (2006), quienes revisaron la eficacia de la musicoterapia en un total de 24 niños con TEA entre 2 y 9 años de edad, evidenciaron que la musicoterapia produce efectos positivos en la comunicación no verbal, la comunicación gestual y la comunicación verbal de estos niños. Con población adulta también se han reportado resultados positivos en cuanto a la comunicación, habilidades sociales y cambios de comportamiento (Accordino, Comer y Heller, 2007).

Revisiones recientes, como la de Geretsegger, Elefant, Mössler y Gold (2014), que incluye 10 estudios con un total de 165 participantes con TEA, han reportado resultados satisfactorios, ya que los resultados indican que la musicoterapia no solo mejora la interacción social, las habilidades no verbales y verbales, la reciprocidad social y emocional, sino también la calidad de las relaciones entre padres e hijos. La revisión de James et al. (2015) que incluye 12 estudios publicados con un total de 147 participantes con TEA de entre 3 y 38 años, también ha comprobado que tras una intervención basada en musicoterapia se produce una disminución de la conducta indeseable, se promueve la interacción social, mejora el funcionamiento independiente, la comprensión de las emociones, y de la comunicación.

El conjunto de los citados estudios sugiere que la musicoterapia es una práctica prometedora para mejorar la calidad de vida de las personas con TEA. No obstante, cabe considerar que los trabajos empíricos sobre este tema todavía son escasos, de ahí la importancia de continuar investigando sobre la efectividad de esta prometedora intervención.

El objetivo principal de este estudio es analizar el grado

de efectividad de las intervenciones de musicoterapia en personas con TEA. Para ello, se realiza una revisión de los trabajos empíricos publicados en los últimos quince años.

Consideramos que la presente revisión supone una ampliación de las conclusiones de las revisiones realizadas en trabajos previos recientes de la misma naturaleza (Geretsegger et al., 2014; James et al., 2015), en tanto que extiende la búsqueda de artículos hasta el año 2015 (las anteriores revisiones alcanzaban hasta 2012), y se ha completado la búsqueda en bases de datos con la búsqueda manual en diferentes revistas especializadas en musicoterapia que no fueron empleadas en las revisiones anteriores. Gracias a ello, en esta revisión se ha incluido un número sensiblemente mayor de estudios que en las revisiones precedentes (18 investigaciones frente a las 10 revisadas por Geretsegger et al., 2014 y las 12 analizadas por James et al., 2015).

MÉTODO

Para realizar la búsqueda bibliográfica se emplearon las bases de datos: PsycINFO, ERIC y Google Scholar, empleando las palabras clave: "music therapy", "intervention", "autism". Para acotar la búsqueda y obtener un número razonable de resultados, restringimos la búsqueda mediante filtros y operadores booleanos (Y/AND, O/OR y NO/NOT). Además de las bases de datos, se realizó una búsqueda manual en las revistas: *Journal of Music Therapy*, *Nordic Journal of Music Therapy*, *Music Therapy Perspectives*, *Autism*.

Los artículos incluidos en esta revisión se han seleccionado teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

✓ Búsqueda limitada al período comprendido entre 2000 y 2015.

✓ Artículos empíricos publicados en español o en inglés.

✓ Inclusión de muestras con diagnóstico de TEA.

Del total de artículos localizados se eliminaron aquellos que:

✓ No eran estudios empíricos.

✓ La intervención no tenía como elemento central la música.

✓ Los participantes no tenían diagnóstico de TEA o el diagnóstico no se especificaba.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica descrita se seleccionaron 18 artículos. El número total de participantes con TEA de esta revisión teórica es de 274 de los cuales 233 son chicos y 41 son chicas; todos ellos de entre 2 a 49 años de edad.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se incluye toda la información de los 18 artículos seleccionados. Esta tabla incluye autores del estudio y año de publicación, objetivos, características de



los participantes (edad, sexo, diagnóstico), instrumentos de evaluación, intervención/método, contexto, implementador y resultados.

La literatura existente demuestra que muchas de las áreas afectadas en los niños con TEA se pueden mejorar con intervenciones de musicoterapia. Se puede comprobar como cada uno de los estudios está enfocado a mejorar o evaluar diferentes áreas. De los 18 estudios incluidos en esta revisión, tres de ellos están enfocados a mejorar el perfil de comportamiento y conductas autistas (Boso et al., 2007; Brownell, 2002; Mateos-Moreno y Atencia-Doña, 2013), dos a mejorar la comprensión y compromiso emocional (Katagiri, 2009; Kim et al., 2009), cuatro se centran en mejorar o aumentar las habilidades sociales (Finnigan y Starr, 2010; Kim et al., 2008; Pasiali, 2004; Schwartzberg y Silverman, 2013), dos de ellos en mejorar el funcionamiento independiente (Kern et al., 2007a; Kern et al., 2007b), cinco están centrados en mejorar las habilidades de comunicación (Farmer, 2003; Gattino et al., 2011; Kaplan y Steele, 2005;

Lim, 2010; Lim y Draper, 2011), uno en mejorar las interacciones entre pares (Kern y Aldridge, 2006), y otro en examinar los efectos de una intervención grupal de musicoterapia en la mirada, la atención conjunta y la comunicación (LaGasse, 2014).

En cuanto al tipo de intervención que se utiliza, de los 18 estudios tres se basan únicamente en el canto de canciones originales o modificadas (Kern et al., 2007a; Kern et al., 2007b; Lim y Draper, 2011), uno utiliza las canciones compuestas grabadas en vídeo, que los participantes vieron en la intervención (Lim, 2010), otro utiliza canciones compuestas y grabaciones que son utilizadas como música de fondo (Katagiri, 2009), otros siete se basan en canto, ya sea con canciones originales o con canciones modificadas/adaptadas y en tocar instrumentos musicales (Boso et al., 2007; Farmer, 2003; Finnigan y Starr, 2010; Kaplan y Steele, 2005; Kern y Aldridge, 2006; LaGasse, 2014; Pasiali, 2004); además, un estudio incluye también la danza (Mateos-Moreno y Atencia-Doña, 2013), dos se

TABLA 1
ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

Autores (año)	Objetivos	N (edad, sexodiagnóstico)	Instrumentos	Intervención/Contexto e implementador	Diseño	Resultados
Boso, Emanuele, Minazzi, Abbamonte y Politi (2007)	Investigar si la musicoterapia podría mejorar el perfil de comportamiento y las habilidades musicales de los jóvenes afectados por autismo severo.	8 (7 hombres y 1 mujer) de 23 a 38 años con TEA. Ningún participante tenía experiencia previa en musicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clinical Global Impression (CGI). ✓ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). ✓ Habilidad musical (escala Likert de elaboración propia). 	52 sesiones, una a la semana de 1 hora cada una. Tres actividades musicales: percusión, canto y piano. Musicoterapeuta.	Participa un único grupo experimental. Comparación de medidas pre y post.	Mejora significativa en sintomatología autista y habilidad musical durante los 6 primeros meses de intervención. No continuación de la mejora en los 6 meses finales de intervención (salvo mejora en ritmos complejos).
Brownell (2002)	Investigar el efecto de una presentación musical de información de la historia social sobre el comportamiento de los estudiantes con autismo.	4 niños de 6 a 9 años. Han manifestado previamente reacciones positivas a educación musical.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro de observación conducta (la conducta objetivo a observar es diferente en cada niño, dependiendo de sus características). 	3 condiciones: Línea de base, lectura de historias sociales y canto de historias sociales. Escuela (aula separada de ordinaria). Investigador.	Diseño de tratamientos múltiples. Estudio de 4 casos. Comparación de medidas en cada tratamiento.	En los 4 niños, se reduce la conducta objetivo en las condiciones lectura y canto de historia social. En los 4 niños la reducción es mayor en la condición "canto" que en la condición "lectura", pero esta reducción solo fue estadísticamente significativa en un niño.
Farmer (2003)	Determinar si la música junto con gestos, podría aumentar la comunicación verbal y no verbal en los niños con autismo.	10 (9 niños y 1 niña) de 2 a 5 años con autismo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de observación (se observan las respuestas verbales y no verbales de los participantes). 	5 sesiones (20 min, cada una). Actividades de movimiento e imitación. Hogares de los participantes y centros de terapia. Terapeuta.	Grupos aleatorizados: 5 sujetos colocados al azar en grupo experimental y 5 en el grupo control. Análisis de medidas repetidas.	Aumento sustancial de las respuestas verbales para el grupo de música. Las respuestas gestuales no aumentaron pero el grupo de música anotó puntuaciones consistentemente más altas que el grupo de no-música.
Finnigan y Starr (2010)	Determinar los efectos de las intervenciones musicales y no musicales en los comportamientos sociales sensibles y de evitación de un niño con autismo.	1 niña de 3 años y 8 meses. No tenía ninguna exposición previa a sesiones de musicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mullen Scales of Early Learning. ✓ Vineland Adaptive Behaviour Scales. Second Edition. ✓ Childhood Autism Rating Scale. ✓ Autism Diagnostic Observation Schedule. 	29 sesiones. 4 veces por semana 15 minutos. Se alternan sesiones con música y sin música. Escuela y hogar. Musicoterapeuta.	Diseño de tratamiento alternado. Estudio de caso único. Comparación de medidas en cada tratamiento.	La condición de la música fue eficaz tanto en el aumento de los comportamientos sociales sensibles como en la disminución de sus conductas de evitación, pero este resultado no se mantuvo durante la fase seguimiento.



TABLA 1
ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autores (año)	Objetivos	N (edad, sexodiagnóstico)	Instrumentos	Intervención/Contexto e implementador	Diseño	Resultados
Gattino, Riesgo, Longo, Leite y Faccini (2011)	Investigar los efectos de la Musicoterapia relacional (RMT) en la comunicación verbal, no verbal y social de los niños con TEA.	24 chicos de 7 a 12 años: 10 con Trastorno Autista, 12 con TGD no especificado y 2 con síndrome de Asperger. No tenían experiencia previa en musicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brazilian version of the CARS. ✓ Brazilian version of ADI-R. ✓ Test Raven Color. 	Grupo experimental intervenciones de musicoterapia y grupo control actividades de rutina. 16 sesiones de 30 min. 7 meses. Hospital de Porto Alegre (Brasil). Musicoterapeuta.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas pre y post.	No hubo mejoras estadísticamente significativas. Si bien se halló una diferencia estadísticamente significativa en el análisis de subgrupos de la comunicación no verbal entre los pacientes con TEA.
Kaplan y Steele (2005)	Analizar las metas del programa de musicoterapia y los resultados para personas con TEA, centrado en la mejora de la comunicación y el lenguaje, y la promoción de habilidades sociales y de comportamiento.	40 niños y adultos (28 varones y 12 mujeres), de 2 a 49 años con TEA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa de medición para recopilar y organizar los datos. ✓ Cuestionarios a padres/cuidadores. ✓ Registro de observación (objetivos iniciales e intermedios). 	Cinco áreas: conductual/psicosocial; lenguaje/comunicación; perceptivo/motor; cognitivo; y musical. Escuela de música y hogar. Musicoterapeuta.	Grupos según tipo de tratamiento recibido. Análisis de comparación de tratamientos.	Todos alcanzaron los objetivos iniciales en un año. Los padres y cuidadores encuestados indicaron la generalización de habilidades adquiridas en la musicoterapia para entornos de no musicoterapia.
Katagiri (2009)	Examinar el efecto de la música de fondo y textos de canciones para enseñar la comprensión emocional a niños con autismo.	12 estudiantes con TEA de 9 a 15 años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE). ✓ Teaching Children with Autism to Mind-Read. ✓ Cámara para captar expresiones faciales. ✓ Formulario de registro de las emociones específicas: la felicidad, la tristeza, la ira y el miedo. 	4 condiciones: no enseñanza emoción; enseñanza emoción verbal; enseñanza emoción verbal música fondo; y enseñanza emoción cantando. 8 sesiones de 30 min. Escuela y hogar de los participantes. Investigador.	Comparación de medidas pre y post tras 8 sesiones de tratamiento individuales con 4 condiciones para analizar su efectividad.	Todos los participantes mejoraron significativamente en su comprensión de las cuatro emociones seleccionadas. Todas las condiciones de intervención resultaron en mejoras significativas en la comprensión emocional de los participantes, aunque la música de fondo dio lugar a las mayores mejoras.
Kern y Aldridge (2006)	Mejorar la interacción entre compañeros y juego significativo de niños con autismo mediante intervenciones de musicoterapia.	4 niños de 3 a 5 años con autismo. Los participantes debían tener un interés y respuesta positiva a la música.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Childhood Autism Rating Scale (CARS). ✓ Registro de observación de las conductas y las interacciones entre compañeros. 	Cada observación duró 10 min al día durante 8 meses. 4 condiciones: línea base, adaptación del patio de recreo, intervención del profesor mediada e intervención de compañeros mediada. Patio de recreo de la escuela. Profesores y terapeutas.	Diseño de línea base múltiple con cuatro condiciones realizado con cada niño.	Los resultados indican un aumento en las interacciones entre iguales en la fase de intervención del profesor mediada y de intervención de compañeros mediada, en comparación con la línea de base inicial y la fase de adaptación del patio. El juego y manipulación del material y el equipo aumenta de manera significativa en las dos últimas condiciones.
Kern, Wakeford y Aldridge (2007a)	Mejorar el rendimiento de un niño con autismo durante las tareas de cuidado personal mediante intervenciones de canciones.	Un niño de 3 años y 2 meses con TEA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psychoeducational Profile- Revised (PEP-R). ✓ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). ✓ Vineland Adaptive Behavior Scales. ✓ Childhood Autism Rating Scale (CARS). ✓ Observación clínica. ✓ Entrevistas a los padres. 	3 tareas a mejorar: lavado de manos, ir al baño y la limpieza. 2 condiciones: intervención canciones compuestas e intervención lírica utilizando palabras. Escuela del participante. Maestro y musicoterapeuta.	Diseño de tratamiento alternado. Estudio de caso único. Comparación de medidas en cada tratamiento.	Tanto la intervención canción como la lírica fueron beneficiosas para todas las tareas seleccionadas; pero la frecuencia, intensidad, complejidad y novedad de las tareas produjeron diferencias en los resultados específicos entre las tres tareas. Los resultados no muestran que una condición sea mucho más efectiva que otra.



TABLA 1
ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autores (año)	Objetivos	N (edad, sexodiagnóstico)	Instrumentos	Intervención/Contexto e implementador	Diseño	Resultados
Kern, Wolery y Aldridge (2007b)	Evaluar los efectos de la incorporación de una intervención de musicoterapia sobre el funcionamiento independiente de niños con autismo durante la rutina de llegada/saludo de la mañana.	2 niños con autismo (P1 de 3 años y 5 meses; P2 de 3 años y 2 meses).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Childhood Autism Rating Scale (CARS). ✓ Registro de observación de los comportamientos (ayuda por parte del maestro, conductas problemáticas). 	Estudio realizado durante la rutina de saludo de la mañana. Para P1, se utilizó un diseño ABAB y para P2 un diseño ABCAC, donde A es la línea de base, B implicó el uso de la canción durante la rutina, y C era una modificación de la canción. Escuela. Musicoterapeuta y maestros.	Estudio de efectividad de la intervención en dos casos.	Para P1 el desempeño de la rutina de saludo de la mañana aumentó. En la segunda línea de base las frecuencias disminuyeron, y volvieron a aumentar con la reintroducción de la intervención. Para P2 la aplicación inicial de la intervención no mostró un aumento en el rendimiento. La aplicación de la intervención modificada sí que mostró un aumento en el rendimiento, mientras que la segunda línea de base mostró una disminución.
Kim, Wigram y Gold (2008)	Investigar los efectos de la improvisación de musicoterapia sobre las conductas de atención conjunta en niños con autismo.	15 (13 niños y 2 niñas) de 3 a 5 años con autismo. No tenían experiencias previas en musicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Korean version of CARS. ✓ The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). ✓ Korean version of PsychoEducational Profile (PEP). ✓ Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory-C (PDDBI). ✓ Early Social Communication Scales (ESCS). ✓ Observación de las conductas objetivo. 	12 sesiones de 30 min. de musicoterapia, y 12 sesiones de 30 min. de juego. Entre 7 y 8 meses programa de 24 sesiones. Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente en Seoul National University Hospital (SNUH). Dos musicoterapeutas, una terapeuta de juego y tres estudiantes de posgrado de musicoterapia.	Un estudio controlado aleatorio empleando un solo diseño de comparación en dos condiciones diferentes, sesiones de terapia de música y juegos de improvisación con juguetes.	La improvisación de musicoterapia fue más eficaz que el juego para facilitar las conductas de atención conjunta y habilidades de comunicación social no verbal. La duración del contacto visual fue significativamente más larga en musicoterapia que en el juego. En cuanto a la toma de turnos, la musicoterapia fue más eficaz. Hubo una mayor duración de la actividad de toma de turnos en la parte dirigida por el terapeuta.
Kim, Wigram y Gold (2009)	Investigar los efectos de la improvisación de musicoterapia mediante la medición de la capacidad de respuesta emocional, motivacional e interpersonal en niños con autismo.	15 (13 niños y 2 niñas) de 3 a 5 años con autismo. No tenían experiencias previas en musicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Korean version of CARS. ✓ Korean version of the Psycho Educational Profile (PEP). ✓ Korean version of the Vineland Social Maturity Scale (SMS). ✓ The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). ✓ Hoja de registro de los comportamientos. 	12 sesiones de 30 min. de musicoterapia, y 12 sesiones de 30 min. de juego. Cada sesión se dividió en dos: una parte sin dirigir y una parte dirigida. Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente en Seoul National University Hospital (SNUH). Musicoterapeuta terapeuta del juego y trabajador social.	Estudio controlado aleatorio empleando un único diseño de comparación en dos condiciones diferentes: musicoterapia improvisación y sesiones de juego.	Resultados significativamente más frecuentes y de mayor duración en la musicoterapia que en el juego. Los aspectos sociales de comportamiento mejoraron constantemente y mucho más en la condición de musicoterapia. El cumplimiento de las respuestas era notablemente más presente en la musicoterapia que en juego.
LaGasse (2014)	Examinar los efectos de una intervención grupal de musicoterapia en la mirada, la atención conjunta, y la comunicación en niños con autismo.	17 (13 chicos y 4 chicas) de 6 a 9 años con diagnóstico TEA. Edad media: 7,58 años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Childhood Autism Rating Scale – second edition (CARS2). ✓ Social Responsiveness Scale (SRS). ✓ Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). ✓ Observación de comportamiento (mirada, atención conjunta, comunicación, retirada/comportamientos). 	Grupo de musicoterapia (MTG; N=9) y grupo de habilidades sociales (SSG; N=8). 10 sesiones de 50 min. Cada sesión: ejercicio de bienvenida, experiencias sensoriales y sociales, interacción (con o sin música), juego cooperativo y ejercicio de despedida. Musicoterapeuta y educador.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas entre los grupos.	Hubo diferencias significativas entre los grupos para la atención conjunta con sus compañeros y la mirada hacia las personas, mostrando mayores ganancias los participantes del MTG. No hubo diferencias significativas entre los grupos para la iniciación de la comunicación, la respuesta a la comunicación, o retirada/comportamientos.



TABLA 1
ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autores (año)	Objetivos	N (edad, sexodiagnóstico)	Instrumentos	Intervención/Contexto e implementador	Diseño	Resultados
Lim (2010)	Examinar el efecto del entrenamiento del habla y el desarrollo del lenguaje a través de la música en la producción del habla en los niños con TEA.	50 niños con TEA (44 chicos y 6 chicas) de 3 a 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Childhood Autism Rating Scale (CARS). ✓ Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R). ✓ Preschool Language Scale. ✓ Peabody. ✓ Expressive y Receptive One Word Picture Vocabulary Test. ✓ Developmental Speech and Language Training through Music (DSLTM). ✓ Escala de evaluación de la producción verbal (VPES). Evalúa: semántica, fonología, pragmática y prosodia. 	3 condiciones: formación musical (N=18), formación del habla (N=18) y un grupo de control sin intervención (N=14). Cada grupo vio un video, bien de música o de habla, dos veces al día durante 3 días. Escuelas de los participantes y centros de terapia. Investigador.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas pre y post enterenamiento.	Tanto la música como el entrenamiento del habla son eficaces para mejorar la producción del habla. Los participantes que recibieron formación musical hicieron mayores progresos que los participantes que recibieron la formación del habla; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los niños de alto funcionamiento demuestran una comunicación más expresiva y activa durante el entrenamiento musical.
Lim y Draper (2011)	Comparar una forma común de enfoque ABA VB sin música con el mismo con música incorporada en la producción del habla de los niños con autismo.	22 niños (17 chicos y 5 chicas) de 3 a 5 años con autismo.	✓ Escala de evaluación de la producción verbal (VPES).	3 condiciones: formación musical, entrenamiento del habla y no entrenamiento; y 4 condiciones operantes verbales: demanda, tacto, ecoico e intraverbal. Método ABA VB de entrenamiento. Recibieron ambas formaciones 3 días a la semana, 2 semanas. Musicoterapeuta e investigador.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas entre los grupos/condiciones.	La puntuación en el VPES para las palabras objetivo de la formación musical fue superior a la puntuación obtenida en la VPES para las palabras objetivo de entrenamiento del habla; sin embargo, la diferencia no fue significativa. La formación de música y el entrenamiento del habla tuvieron un efecto significativo sobre la producción operante verbal en comparación con la condición de no formación.
Mateos-Moreno y Atencia-Doña (2013)	Examinar el efecto de combinar danza/movimiento y la musicoterapia en adultos jóvenes diagnosticados con autismo severo.	16 (15 hombres y 1 mujer) con autismo severo. Edad media: 25 años. No tenían experiencia previa en música o danza.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Childhood Autism Rating Scale. ✓ Revised Clinical Scale for the Evaluation of Autistic Behavior (ECA-R). 	Grupo experimental (N=8) y grupo control (N=8). 36 sesiones combinando musicoterapia y danza/movimiento con una hora de duración, durante 17 semanas. Centro de atención especializado. Musicoterapeuta y terapeuta de danza, y tres asistentes.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas pre y post enterenamiento.	Tanto el grupo control como el experimental tuvieron una evolución positiva. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel post-test para el trastorno de la interacción, y para las funciones de imitación, de emoción, de instinto y de regulación/variabilidad conductual.
Pasioli (2004)	Investigar el efecto de las canciones terapéuticas prescriptivas para promover la adquisición de las habilidades sociales de los niños con autismo.	2 chicos: P1 de 7 años y P2 de 9 años; y 1 niña de 8 años (P3). Todos con TEA. Ningún participante tenía experiencia previa en musicoterapia.	✓ Formulario de registro de comportamiento (nombre del niño, conducta objetivo identificada, definición de la conducta, cuando se produce ese comportamiento, con qué frecuencia).	Se utiliza un diseño ABAB, donde A es la línea base, y B la intervención. Protocolo de canción terapéutica prescriptiva, adaptando algunas canciones favoritas del niño. Cada sesión de 15 min consta de tres aplicaciones de musicoterapia: escuchar, tocar instrumentos rítmicos y cantar. Habitación aislada en el domicilio de cada participante. Investigador.	Estudio de efectividad de la intervención en dos casos.	La aplicación del protocolo de intervención canción prescriptiva tuvo éxito en la reducción de la conducta objetivo de cada participante, durante las primeras fases de intervención. Para P1, el cambio fue significativo. Para P2, tanto la comparación de las puntuaciones de las dos condiciones de base con las puntuaciones de las dos condiciones de intervención, y la comparación entre la primera línea de base y las primeras condiciones de intervención fueron significativas. Ninguna de las comparaciones para P3 fue significativa.



TABLA 1
ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autores (año)	Objetivos	N (edad, sexodiagnóstico)	Instrumentos	Intervención/Contexto e implementador	Diseño	Resultados
Schwartzberg y Silverman (2013)	Examinar los efectos de las historias sociales basadas en música en la comprensión y generalización de las habilidades sociales en niños con trastornos del espectro autista.	30 (29 hombres y una mujer) de 9 a 21 años con autismo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autism Social Skills Profile (ASSP). 3 sub-categorías: reciprocidad social (SR), participación social (SP), y comportamientos sociales perjudiciales (DSB). ✓ Preguntas de verificación de comprensión (CC), para determinar los niveles de comprensión de los participantes para cada historia social. 	3 grupos control no musicales (historias sociales leídas) y 3 grupos experimentales de musicoterapia (historias sociales cantadas). 3 sesiones consecutivas, 50 min. para cada grupo. Campamento de verano. Musicoterapeuta.	Grupos aleatorizados. Comparación de medidas pre y post enterenamiento.	El único efecto principal para el ASSP que fue significativo fue subcategoría (SR versus SP versus DSB). Principales efectos de tiempo (pre-test versus post-test) en los CC fueron significativos, siendo mayores las puntuaciones en el post-test. Los participantes mostraron resultados mixtos. El personal del campamento apoya el uso de las historias sociales con música como medio para el aprendizaje de habilidades sociales.

basan en el canto de historias sociales (Brownell, 2002; Schwartzberg y Silverman, 2013), otros dos estudios se centran en la improvisación (Kim et al., 2008; Kim et al., 2009), los cuales dividen las sesiones en dos mitades, una dirigida por los niños y otra dirigida por el terapeuta, y otro estudio se basa en la musicoterapia relacional (Gattino et al., 2011), que se lleva a cabo a través de experiencias tales como cantar, componer, improvisar y jugar a juegos musicales.

La duración de las intervenciones varía entre menos de 10 sesiones hasta un total de entre 50 y 60 sesiones. En algunos estudios no se indica el número de sesiones, pero sí se indica la duración del estudio, variando desde una duración de 4 semanas hasta 2 años. En cuanto al contexto de la intervención, las sesiones se realizan ya sea en hospitales o centros de terapia como en la escuela, en el hogar o incluso en un campamento de verano. Respecto a las personas que implementan la intervención, se incluyen tanto especialistas, ya sea musicoterapeutas o terapeutas especializados en juego y danza, como maestros generalistas e investigadores.

Por último, en cuanto a los resultados, en 11 de los 18 estudios se obtienen mejoras significativas con la condición de intervención en musicoterapia, en comparación con el grupo de control o con la línea base (Farmer, 2003; Finnigan y Starr, 2010; Kaplan y Steele, 2005; Katagiri, 2009; Kern y Aldridge, 2006; Kern et al., 2007b; Kim et al., 2008; Kim et al., 2009; Lim, 2010; Lim y Draper, 2011; Mateos-Moreno y Atencia-Doña, 2013).

En los restantes 7 estudios, se obtienen mejoras que no llegan a ser estadísticamente significativas (Gattino et al., 2011; Kern et al., 2007a; LaGasse, 2014; Schwartzberg y Silverman, 2013), o bien se producen mejo-

ras que no se mantienen durante toda la intervención (Boso et al., 2007; Pasiali, 2004), o bien las mejoras solo se producen en algunos de los participantes, pero no en todos (Bronwell, 2002).

DISCUSIÓN

El número de trabajos publicados que cumplen los criterios de búsqueda comentados en el método es bajo, solamente 18 artículos en un periodo de 15 años. Probablemente esto se debe a que en este área no es habitual que los estudios y las intervenciones que se realizan sean trabajos experimentales que incluyan grupos de comparación y diseños tipo pretest-postest, por lo que durante la búsqueda de artículos para la revisión se descartaron muchos trabajos que no ofrecían la suficiente información objetiva sobre los efectos de las intervenciones descritas.

Además, tan solo 11 de los 18 estudios revisados evidencian una mejora contrastada en los aspectos evaluados en los participantes del estudio, mientras que los 7 restantes trabajos revisados obtienen resultados en los que las mejoras no alcanzan la significación estadística requerida para afirmar con la suficiente seguridad que producen mejoras en los sujetos con TEA.

La obtención de resultados mixtos y aparentemente contradictorios en los diferentes trabajos revisados es hasta cierto razonable, si tenemos en cuenta dos aspectos fundamentales:

Por un lado, la heterogeneidad de las características de los participantes de las diferentes investigaciones, una heterogeneidad acorde con la amplitud de síntomas que se recogen dentro del espectro autista; y por otro lado, la gran diversidad en las intervenciones agrupadas bajo



la etiqueta de musicoterapia. Como se evidencia en esta revisión, las intervenciones que se han llevado a cabo por las diferentes investigaciones tienen una diferente duración, son implementadas por diferentes profesionales y abordan diferentes aspectos de intervenciones relacionadas con la música (audiciones, canto, práctica con instrumentos, improvisaciones, combinación con historias sociales, etc.).

La conjunción de estos dos factores contribuye a que los resultados no sean claros y fácilmente replicables por las diferentes investigaciones, ya que probablemente unos tipos de intervenciones puedan resultar apropiados para algunos sujetos con TEA, pero no para otros sujetos con el mismo diagnóstico pero diferente nivel de gravedad y características asociadas, tal y como se pone de manifiesto en algunas de las intervenciones contempladas en esta revisión, en las que el estudio de casos múltiples muestra cómo la misma intervención produce diferentes efectos en diferentes participantes (Bronwell, 2002; Kern et al., 2007b; Pasiali, 2004).

Por ello, si bien los resultados de algunos estudios son prometedores, todavía es necesario continuar acumulando evidencias que nos permitan averiguar exactamente qué tipo de intervenciones son apropiadas para mejorar qué aspectos concretos dentro del espectro autista.

La música es un elemento de comunicación muy potente, que puede facilitar y promover la comunicación e interacción social de las personas con TEA, aspectos en los que generalmente estas personas presentan graves dificultades. Además, la música es fuente de placer, por lo que puede producir efectos relajantes y contribuir a reducir problemas de conducta. También puede ser una estrategia interesante para regular los excesos de energía y controlar la ira u otro tipo de emociones negativas, por lo que debemos seguir avanzando en este área de investigación para tratar de averiguar en qué casos es conveniente añadir las intervenciones basadas en musicoterapia a las demás intervenciones que habitualmente se llevan a cabo con personas con TEA (entrenamiento en habilidades sociales, establecimiento de rutinas, estrategias de comunicación, etc.), para conseguir intervenciones integrales.

Sin embargo, las intervenciones basadas en musicoterapia afrontan numerosos desafíos. Uno de ellos radica en el hecho de qué profesional/es llevan a cabo estas intervenciones. Es posible que la eficacia de las intervenciones no dependa tan solo de la intervención en sí, sino también de la formación del profesional, que puede repercutir positiva (o también negativamente) en los resultados por cuestiones ajenas a la propia intervención, lo que tendría repercusiones importantes en la formación de los profesionales que trabajan directamente con per-

sonas con TEA en diferentes contextos (educativo, clínico, etc.).

La presente revisión ha encontrado varias limitaciones, como son el reducido número de trabajos experimentales encontrados; el reducido número de participantes en algunos estudios, lo que hace que en algunos casos las conclusiones no sean generalizables al resto de niños con TEA; o la corta duración de algunas de las intervenciones revisadas, que quizá no ha permitido valorar con la suficiente exactitud la efectividad de estas intervenciones más breves. Además, no se han incluido en la revisión estudios no publicados, por lo que las conclusiones derivadas de la revisión pueden estar afectadas por el sesgo de publicación. Finalmente, en la gran mayoría de los estudios revisados no se especificaba el grado de severidad de TEA de los participantes, un aspecto de notable importancia, dada la heterogeneidad de características que se agrupan bajo la etiqueta TEA.

Por todas las limitaciones comentadas anteriormente se realizan varias propuestas para investigaciones futuras. En primer lugar, se ha evidenciado que es necesario desarrollar un mayor volumen de estudios empíricos en que se ofrezcan indicadores objetivos (cuantitativos o cualitativos) de la efectividad de las intervenciones en musicoterapia. Estos estudios deberían contar con muestras suficientemente amplias que permitieran la extrapolación de sus resultados a la población de sujetos con TEA, y debería prestarse especial atención a la descripción de estos sujetos, para así permitir a otros investigadores replicar y comparar los resultados de los diferentes estudios. También se debería ampliar la duración de la intervención, y se deberían hacer seguimientos posteriores a las intervenciones para asegurar que ha tenido un efecto positivo consolidado con el paso del tiempo. Además, se podrían hacer comparaciones entre distintos tipos de musicoterapia, y también seguir investigando la musicoterapia en comparación con otras intervenciones. Finalmente, sería muy interesante explorar la relación de las posibles alteraciones en el perfil sensorial de los niños con TEA con los efectos de la musicoterapia, ya que el perfil sensorial de estos niños es un rasgo característico que cada vez tiene más peso en el diagnóstico del propio TEA.

REFERENCIAS

- Los artículos incluidos en la revisión son marcados con asterisco (*).
- Accordino, R., Comer, R., y Heller, W. B. (2007). Searching for music's potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(1), 101-115.



- American Music Therapy Association (AMTA). Definition and Quotes about Music Therapy. Recuperado de <http://www.musictherapy.org/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Benenzon, R. O. (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- *Boso, M., Emanuele, E., Minazzi, V., Abbamonte, M., y Politi, P. (2007). Effect of long-term interactive music therapy on behavior profile and music skills in young adults with severe autism. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 709-712.
- *Brownell, M. D. (2002). Musically adapted social stories to modify behaviors in students with autism: four case studies. *Journal of Music Therapy*, 39(2), 117-144.
- *Farmer, K. J. (2003). The effect of music vs. nonmusic paired with gestures on spontaneous verbal and non-verbal communication skills of children with autism between the ages 1-5 (Doctoral dissertation, Florida State University).
- *Finnigan, E., y Starr, E. (2010). Increasing social responsiveness in a child with autism: a comparison of music and non-music interventions. *Autism*, 14(4), 321-348.
- *Gattino, G. S., Riesgo, R. D. S., Longo, D., Leite, J. C. L., y Faccini, L. S. (2011). Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 142-154. 34
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A., y Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Gold, C., Wigram, T., y Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- James, R., Sigafoos, J., Green, V. A., Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Lang, R., ... y Marschik, P. B. (2015). Music therapy for individuals with Autism Spectrum Disorder: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(1), 39-54.
- *Kaplan, R. S., y Steele, A. L. (2005). An analysis of music therapy program goals and outcomes for clients with diagnoses on the autism spectrum. *Journal of Music Therapy*, 42(1), 2-19.
- *Katagiri, J. (2009). The effect of background music and song texts on emotional understanding of children with autism. *Journal of Music Therapy*, 46(1), 15-31.
- *Kern, P., y Aldridge, D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 270-294.
- *Kern, P., Wakeford, L., y Aldridge, D. (2007a). Improving the performance of a young child with autism during self-care tasks using embedded song interventions: a case study. *Music Therapy Perspectives*, 25(1), 43-51.
- *Kern, P., Wolery, M., y Aldridge, D. (2007b). Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7), 1264-1271.
- *Kim, J., Wigram, T., y Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766.
- *Kim, J., Wigram, T., y Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389-409.
- *LaGasse, A. B. (2014). Effects of a Music Therapy Group Intervention on Enhancing Social Skills in Children with Autism. *Journal of Music Therapy*, 51(3), 250-275.
- *Lim, H. A. (2010). Effect of "developmental speech and language training through music" on speech production in children with autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 2-26.
- *Lim, H. A., y Draper, E. (2011). The effects of music therapy incorporated with applied behavior analysis verbal behavior approach for children with autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 532-550.
- *Mateos-Moreno, D., y Atencia-Doña, L. (2013). Effect of a combined dance / movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 465-472.
- *Pasiali, V. (2004). The use of prescriptive therapeutic songs in a homebased environment to promote social skills acquisition by children with autism: three case studies. *Music Therapy Perspectives*, 22(1), 11-20.
- *Schwartzberg, E. T., y Silverman, M. J. (2013). Effects of music-based social stories on comprehension and generalization of social skills in children with autism spectrum disorders: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 331-337.
- Whipple, J. (2004). Music in intervention for children and adolescents with autism: A meta-analysis. *Journal of music therapy*, 41(2), 90-106.
- World Federation of Music Therapy (WFMT). What is music therapy? Recuperado de <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers

1 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista bilingüe que publica en español e inglés trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos remitidos para publicación habrán de ser inéditos y no enviados simultáneamente a otra revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author. <http://www.apastyle.org>.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas).

La primera página debe contener: título en español e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en español e inglés, así como las palabras clave en ambos idiomas.

5 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

6 Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrían no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al espectro de los lectores de la revista; originales que aborden cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

7 Los trabajos serán enviados a través de esta página web www.papelesdelpsicologo.es / www.psychologistpapers.com (siguiendo las instrucciones que se encuentran en el apartado “envío originales”). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación.

8 Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

- ✓ Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
- ✓ Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
- ✓ Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
- ✓ Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.

9 La aceptación de un trabajo para su publicación implica la cesión, por el/los autor/es, de los derechos de *copyright* al Consejo General de la Psicología de España.

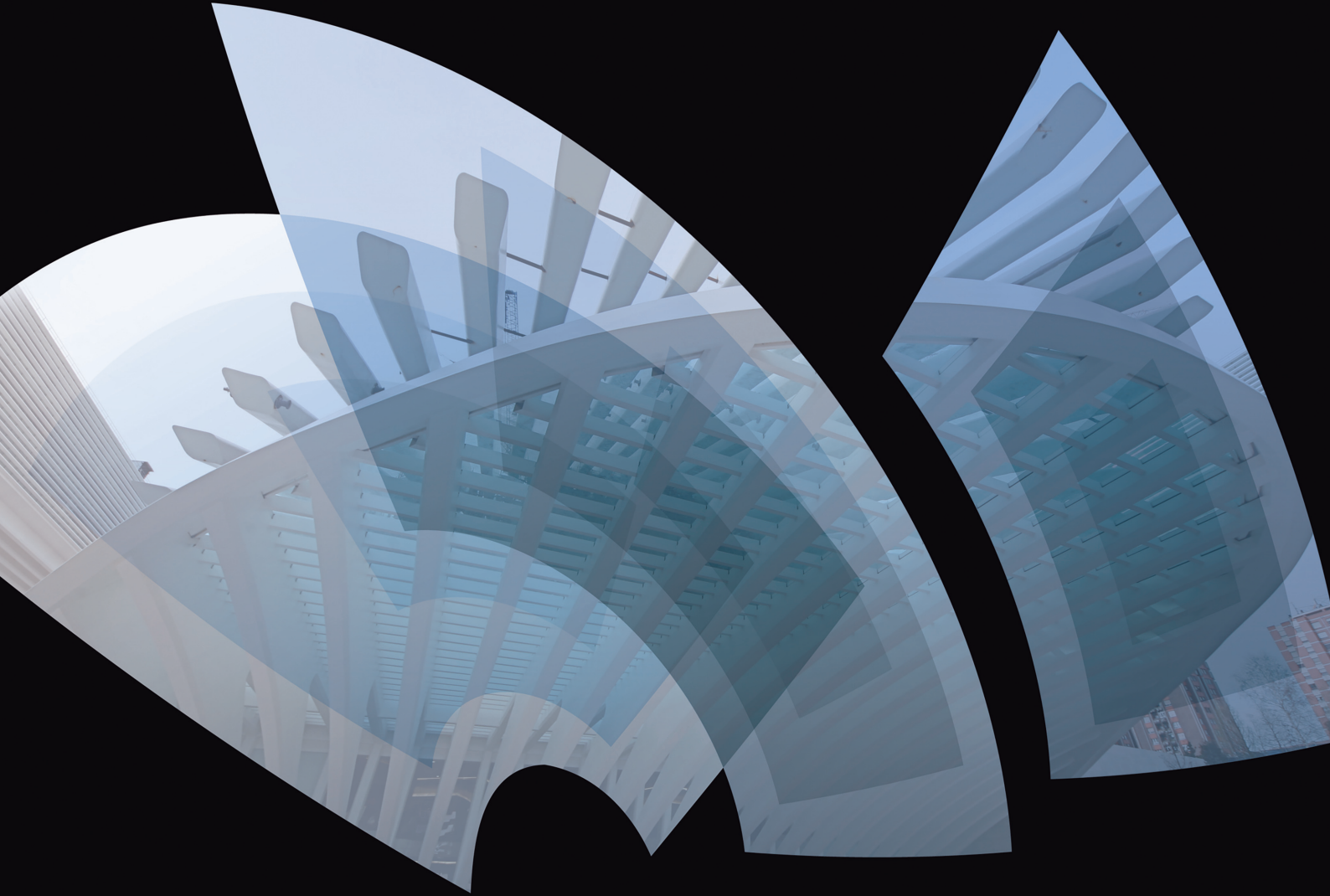


III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 • Oviedo • España

Psicología para una sociedad avanzada. Logros y retos

www.oviedo2017.es



Organiza

Patrocinan

