

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

QUINTA EDICIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA



IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE DEPRESIÓN Y TRATAMIENTO - ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA 2005-2015 - UTILIDAD DEL LURIA DNA - HABILIDADES SOCIALES Y METACOGNICIÓN - VIOLENCIA FILIO-PARENTAL - SAP

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

- 161.** Quinta evaluación de tests editados en España: Mirando hacia atrás, construyendo el futuro
Eduardo Fonseca Pedrero y José Muñiz
- 169.** Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I)
Jesús Sanz y María Paz García-Vera
- 177.** Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II)
Jesús Sanz y María Paz García-Vera
- 185.** Del Libro Blanco del título de Grado en Psicología al negocio de la desesperación: Análisis cuantitativo de los estudios de Psicología en España durante la década 2005-2015
Sergio Sánchez-Reales, Javier Prado-Abril, Félix Inchausti, Xacobe Fernández-García, Carlos J. Losada y José Antonio Aldaz-Armendáriz
- 195.** Utilidad de la batería Luria Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos
Laura Rueda-Revé, Israel Contador, Bernardino Fernández-Calvo, Francisco Ramos, Dionisio Manga y Alberto Villarejo
- 204.** Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia
Félix Inchausti, Nancy V. García-Poveda, Javier Prado-Abril, Javier Ortuño-Sierra y Ignacio Gaínza-Tejedor
- 216.** Propuesta de definición de violencia Filio-Parental: Consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP)
Roberto Pereira, Ismael Loinaz, Joana del Hoyo-Bilbao, Josu Arrospide, Lorena Bertino, Ana Calvo, Yádra Montes y Mari Mar Gutiérrez
- 224.** Sobre el Mito del Síndrome de Alienación Parental (SAP) y el DSM-5
Ramón Vilalta y Maxime Winberg Nodal

Revisión de libros

- 236.** Qué fácil ganarlo, qué difícil perderlo. Dar sentido a la vida cuando el sobrepeso y la obesidad nos la complican
López, E. y Costa, M.
Madrid: Pirámide, 2016
José Javier Moreno Arnedillo
- 237.** Educación emocional con y sin TDAH
Gallego, M.
Madrid: EOS, 2014
José Miguel Toribio Guzmán
- 238.** Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis
Javier Erro
Granada: Biblioteca Social Hnos. Quero, 2016
Belén Pascual-Vera
- 239.** Terapia de interacción padres-hijos. Un tratamiento infantil basado en la evidencia
Ferro García, R. y Ascanio Velasco, L.
Madrid: Editorial Síntesis, 2017
Javier Herruzo Cabrera

Articles

- 161.** Fifth review of tests published in Spain: Looking back, building the future
Eduardo Fonseca Pedrero and José Muñiz
- 169.** Misconceptions about depression and its treatment (I)
Jesús Sanz and María Paz García-Vera
- 177.** Misconceptions about depression and its treatment (II)
Jesús Sanz and María Paz García-Vera
- 185.** From the White Paper on the qualification of the Degree in Psychology to the business of desperation: A quantitative analysis of psychology studies in Spain over the decade of 2005-2015
Sergio Sánchez-Reales, Javier Prado-Abril, Félix Inchausti, Xacobe Fernández-García, Carlos J. Losada and José Antonio Aldaz-Armendáriz
- 195.** The utility of the Luria Battery for Neuropsychological Diagnosis of Adults
Laura Rueda-Revé, Israel Contador, Bernardino Fernández-Calvo, Francisco Ramos, Dionisio Manga and Alberto Villarejo
- 204.** Metacognition-oriented social skills training (MOSST): Theoretical framework methodology and treatment description for patients with schizophrenia
Félix Inchausti, Nancy V. García-Poveda, Javier Prado-Abril, Javier Ortuño-Sierra and Ignacio Gaínza-Tejedor
- 216.** A proposal of definition of child-to-parent violence: Consensus of the Spanish Society for the study of child-to-parent violence (SEVIFIP)
Roberto Pereira, Ismael Loinaz, Joana del Hoyo-Bilbao, Josu Arrospide, Lorena Bertino, Ana Calvo, Yádra Montes and Mari Mar Gutiérrez
- 224.** On the Myth of Parental Alienation Syndrome (PAS) and the DSM-5
Ramón Vilalta and Maxime Winberg Nodal

Book review

- 236.** Qué fácil ganarlo, qué difícil perderlo. Dar sentido a la vida cuando el sobrepeso y la obesidad nos la complican [So easy to gain it, so difficult to lose it. Giving meaning to life when being overweight or obese complicates it]
López, E. and Costa, M.
Madrid: Pirámide, 2016
José Javier Moreno Arnedillo
- 237.** Educación emocional con y sin TDAH [Emotional education with and without ADHD]
Gallego, M.
Madrid: EOS, 2014
José Miguel Toribio Guzmán
- 238.** Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis [We will get out of this. A mental health guide for the environment of the person in crisis]
Javier Erro
Granada: Biblioteca Social Hnos. Quero, 2016
Belén Pascual-Vera
- 239.** Terapia de interacción padres-hijos. Un tratamiento infantil basado en la evidencia [Parent-child interaction therapy. An evidence-based treatment for children]
Ferro García, R. and Ascanio Velasco, L.
Madrid: Editorial Síntesis, 2017
Javier Herruzo Cabrera

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafín Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

Directores asociados / Associated Editors

José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo), José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo), José María Peiró Silla (Univ. de Valencia) y Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja)

Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Alvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autònoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Univ. Autònoma de Madrid); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autònoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martin Debbané (Université de Genève, Suiza); Paula Elosua (Univ. del País Vasco); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kożusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (Sunway University, Malaysia); Emiliano Martín (Dept^o. de Familia. Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñiz (Univ. de Oviedo); Marino Pérez (Univ. de Oviedo); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); Ismael

Quintanilla (Univ. de Valencia); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Sornoza (Univ. de Valencia); M^a Carmen Taberner (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Ángel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Ángel Verdugo (Univ. de Salamanca)

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^a Izq.
28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>
E-mail: papeles@cop.es

Depósito Legal
M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Impresión / Printed by

Huna comunicación
Avda. Montes de Oca, 7, Nave 6
28703 S.S. de los Reyes - Madrid

La revista se imprime en papel permanente, libre de ácido y conforme a la ISO 9706:1994

De este número 3 del Vol. 38 de Papeles del Psicólogo se han editado 69.050 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 (Psedisoc), 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



QUINTA EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA: MIRANDO HACIA ATRÁS, CONSTRUYENDO EL FUTURO

FIFTH REVIEW OF TESTS PUBLISHED IN SPAIN: LOOKING BACK, BUILDING THE FUTURE

Eduardo Fonseca-Pedrero¹ y José Muñiz²

¹Universidad de La Rioja. ²Universidad de Oviedo

La psicología como ciencia necesita de una continua y rigurosa evaluación tanto de sus métodos y procedimientos como de sus técnicas e instrumentos. Los tests, una de las principales herramientas que utilizan los psicólogos en su quehacer diario, no pueden ser una excepción. Se hace necesario someter a escrutinio los instrumentos de evaluación psicológica mediante un proceso de revisión sistemático, riguroso e independiente que garantice su calidad y utilidad. Con este fin, desde el año 2010 la Comisión Nacional de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos viene revisando anualmente algunos de los tests más utilizados por los psicólogos españoles. Tal proceso de revisión se basa en un modelo europeo de evaluación de la calidad de los tests adaptado al español y que se operativiza mediante el Cuestionario de Evaluación de Tests-Revisado. En este trabajo se presenta la quinta evaluación de tests editados en España. Se evaluaron un total de once tests, participaron un total de cuatro casas editoriales y 24 expertos en un proceso de revisión por pares. En líneas generales puede afirmarse que la calidad de los tests evaluados fue adecuada, si bien se han encontrado algunas fortalezas y debilidades. Finalmente se comentan las principales conclusiones y se analizan las posibles líneas de futuro en la evaluación de los tests en España.

Palabras clave. Tests, Uso de los tests, Evaluación de tests, Psicometría, Calidad de los tests, Medición.

Psychology, as a science, needs a continuous and rigorous evaluation of both its methods and procedures as well as its techniques and instruments. The test is one of the main tools used by psychologists in their daily work, and cannot be an exception. The measuring instruments of psychological evaluation must be analyzed through a systematic, rigorous and independent process that guarantees their quality and usefulness. To this end, since 2010 the National Test Commission of the Spanish Psychological Association has been reviewing annually some of the tests most used by Spanish psychologists. This review process is based on the European test review model adapted to Spanish and it is performed through the Tests Review Questionnaire-Revised. In the present work the fifth evaluation of tests published in Spain is presented. A total of eleven tests were evaluated, with the participation of four publishing houses, and 24 experts in a peer review process. In general terms, the quality of the measurement instruments evaluated in this fifth revision was adequate, although there are a number of strengths and weaknesses. Finally the main conclusions are discussed and the possible future research areas in the evaluation of the tests in Spain are analyzed.

Keywords. Tests, Use of tests, Evaluation of tests, Psychometrics, Quality of the tests, Measurement.

La psicología como ciencia necesita de una continua y rigurosa evaluación de sus métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos. Los tests, una de las principales herramientas que utilizan los psicólogos en su práctica profesional, no pueden ser una excepción. A partir de ellos se toman decisiones que afectan a la vida de las personas y a las organizaciones teniendo un claro impacto en la sociedad. Por ende, los tests se deben someter a escrutinio mediante un proceso de revisión sistemático, riguroso e independiente que garantice su calidad y utilidad. Como señalan Muñiz et al. (2011), la utilización correcta de los tests requiere, por un lado, de instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas (p.ej., fiabilidad de las puntuaciones, evidencias de validez,

etc.), y por otro, de una acertada preparación técnica para su correcta utilización por parte de los profesionales. Los tests deben tener una calidad y rigor empíricamente demostrados. Además, los psicológicos deben ser competentes y tener información contrastada que les permita seleccionar aquellos tests más adecuados para su propósito (Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto, y Elosua, 2016). Todo ello queda recogido en el Código Deontológico del Psicólogo y en las distintas directrices desarrolladas a tal efecto tanto a nivel nacional como internacional (Muñiz, 1997; Muñiz y Bartram, 2007). Por ejemplo, el artículo 17º del Código Deontológico menciona que el psicólogo tiene que estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo y debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.

El Consejo General de la Psicología de España (COP) desde el año 2010 viene revisando, de forma anual, los tests editados en España (Elosua y Geisinger, 2016; Hernández, Tomás, Fe-

Recibido: 10 mayo 2017 - Aceptado: 30 agosto 2017

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de La Rioja. C/ Luis de Ulloa, 2, Edificio VIVES. 26004 Logroño, La Rioja. España.

E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es



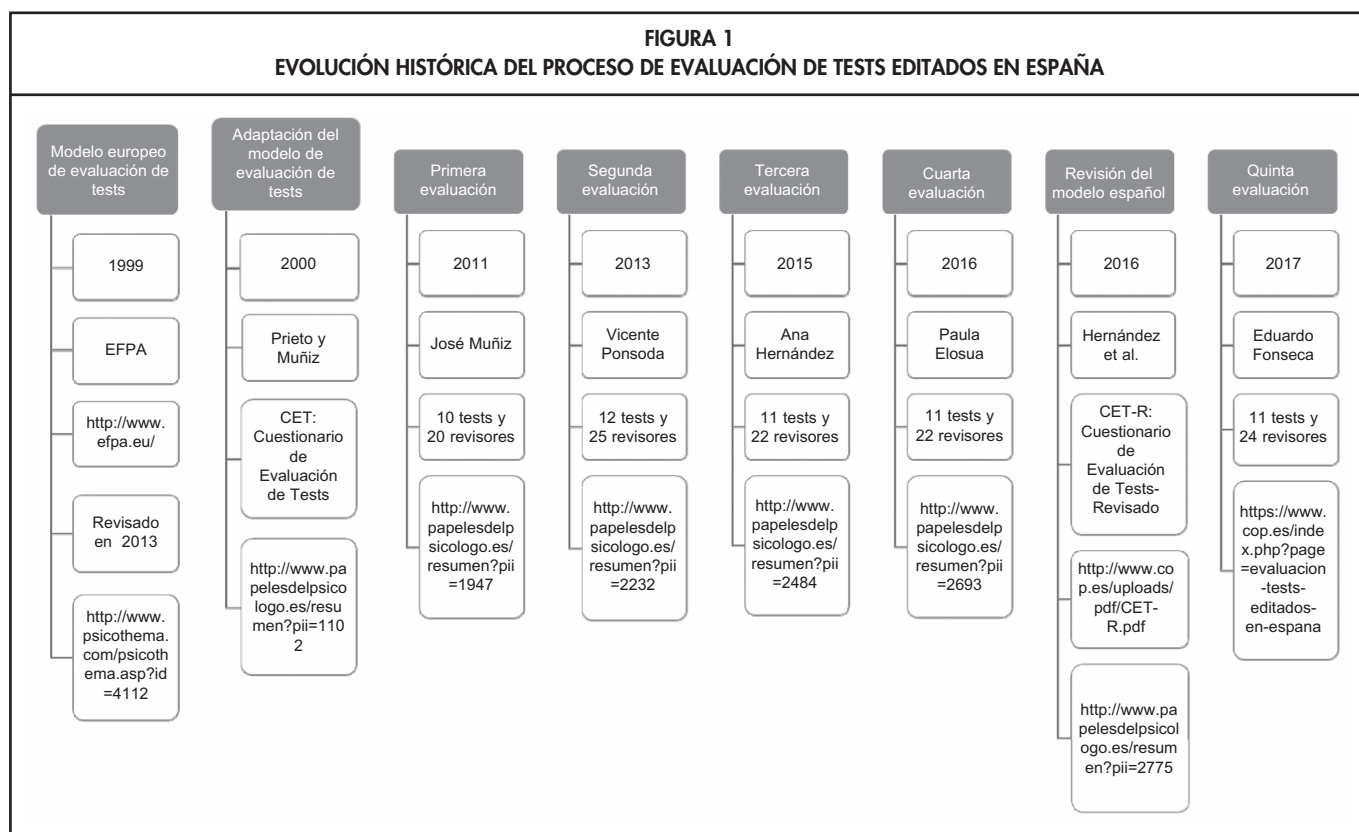
rres, y Lloret, 2015; Muñiz et al., 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013). Hernández et al. (2016) indican que el objetivo último de la evaluación de la calidad de los tests utilizados en España es proporcionar a los usuarios de instrumentos de y evaluación psicológica información precisa y accesible sobre la calidad de los tests disponibles. Actualmente se acaba de finalizar la quinta edición. El principal objetivo de este artículo es presentar los principales resultados de esta última evaluación de los tests editados en España. El primer lugar se realiza un breve recorrido histórico donde se examinan los principales hitos del proceso de evaluación de tests editados en nuestro país. Se pretende ofrecer con ello una panorámica del estado actual de la cuestión. A continuación se detalla de forma pormenorizada el proceso de revisión y los principales resultados de esta quinta evaluación de tests. Finalmente, en tercer lugar, se comentan las principales conclusiones así como futuras líneas de trabajo.

EVALUACIÓN DE TESTS EN ESPAÑA: EL CAMINO RECORRIDO

Cuando se les pregunta a los profesionales de la psicología cuales son las principales demandas sobre el uso de tests refieren, entre otras, la necesidad de disponer información técnica y psicométrica sobre los mismos que les ayude a tomar decisiones fundamentadas (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010;

Evers et al., 2017). Para dar respuesta a estas y otras cuestiones la Comisión de Tests de la *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA, <http://www.efpa.eu/>) desarrolló un modelo de evaluación tests que fue adaptado al español por Prieto y Muñiz (2000). En el año 2010 la Comisión Nacional de Tests del COP decidió poner en marcha la primera revisión de tests cuyos resultados fueron publicados en el 2011 (Muñiz et al., 2011). Posteriormente, casi de forma anual, se ha venido realizando una nueva revisión de tests. La evolución histórica del proceso de evaluación de tests editados en España así como la información relevante de cada evaluación anual se recoge en la Figura 1. Todos los tests evaluados en las cinco revisiones se presentan en la Figura 2. Asimismo, los resultados de todas y cada una de las evaluaciones realizadas hasta la fecha se encuentran disponibles en la web del COP: <https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>. Se invita a los profesionales a visitar y analizar los tests evaluados. Como se puede observar en las Figuras 1 y 2 hasta el momento se han revisado un total de 55 tests procedentes de diferentes casas editoriales, han participado más de 100 revisores y cinco coordinadores. Es digno de mención que el número de expertos que revisan las pruebas no es la suma aritmética de las cinco evaluaciones, pues algunos de ellos han participado en varias ediciones. También se quiere mencionar que los profesionales utilizan estos informes dis-

FIGURA 1
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA





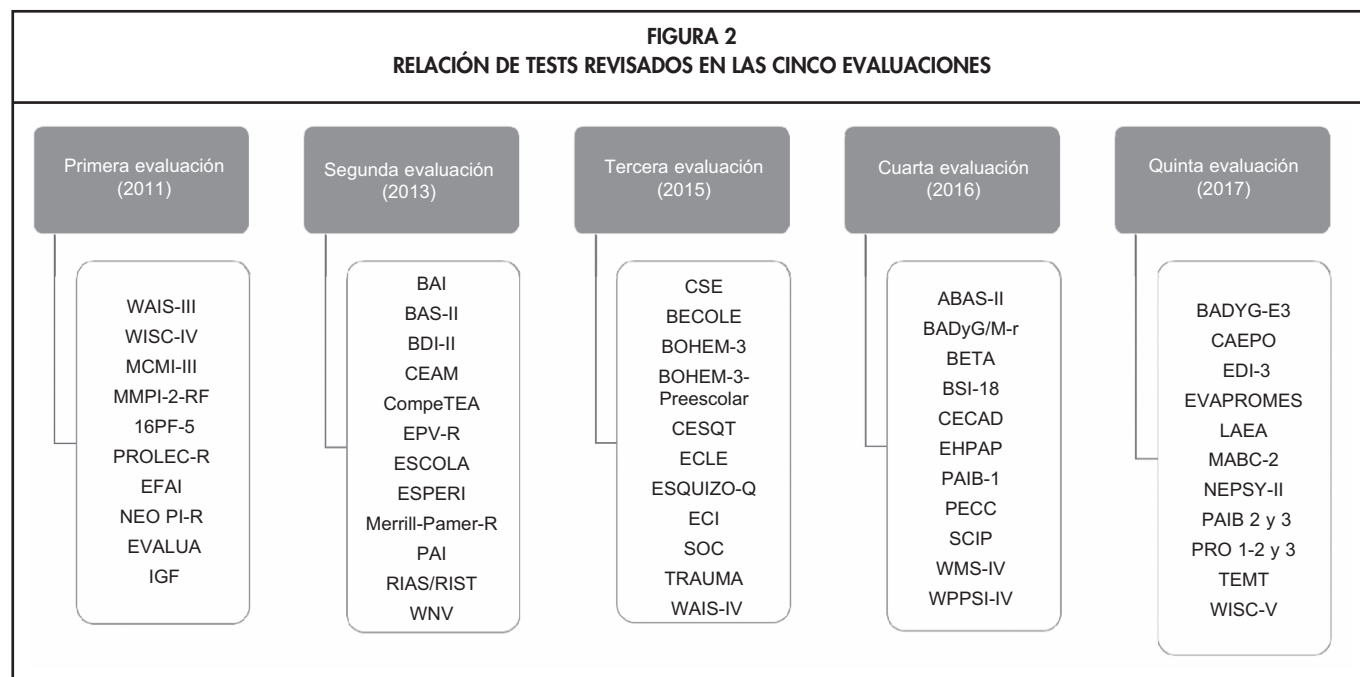
ponibles en la página web del COP. Un indicador de ello puede ser el número de descargas de estos informes. Con este fin se ha realizado un análisis del volumen de descargas en el periodo comprendido entre los años 2012 y 2017. De años anteriores no se dispone de esta información. Los resultados del número de descargas es el siguiente: Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa n=105, Inventario Breve de 18 Síntomas n=101, Escala de Memoria de Wechsler-IV n=65, Test Boehm de Conceptos Básicos-3 Preescolar n=101, Batería de Evaluación Cognitiva de la Lectura y Escritura n=97, Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia n=94, Inventario de Ansiedad de Beck n=111, Inventario de Depresión de Beck-II n=104, Cuestionario para la Detección de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes n=105, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado n= 164, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV n=134 y 16 Factores de Personalidad, quinta edición n=119.

El modelo desarrollado por la EFPA para la evaluación de la calidad de los tests se operativiza en un instrumento de medida denominado Cuestionario de Evaluación de Tests (CET) (Muñiz et al., 2011). El CET permite una evaluación cualitativa y cuantitativa del test que es objeto de revisión, esto es, trata de examinar su calidad y utilidad. El CET se puede consultar en el trabajo de Muñiz et al. (2011). Posteriormente, en el año 2013, la EFPA revisó este modelo de evaluación (Evers et al., 2013). Los cambios introducidos en el modelo unido a modificaciones sugeridas en las diferentes evaluaciones anuales por los coordinadores y revisores así como a las nuevas directrices de los *Standards* (American Educational Research Association, American Psychological Association, y

National Council on Measurement in Education, 2014) (p. ej., las referidas a la obtención de evidencias de validez y su taxonomía) llevaron a la modificación del CET dando lugar al CET-Revisado (CET-R). Estos cambios se han introducido en la presente quinta evaluación de tests. Para una análisis más detallado de los cambios introducidos se puede consultar el excelente trabajo de Hernández et al. (2016). Además, el CET-R se puede descargar en el siguiente enlace: <http://www.cop.es/uploads/pdf/CET-R.pdf>. El CET-R, al igual que su versión predecesora, incorpora tres grandes apartados: a) descripción general del test; b) valoración de las características del test (p.ej., fiabilidad, evidencias de validez, etc.); y c) valoración global del test. Es una herramienta interesante a utilizar por todos los profesionales de la psicología no solo con fines prácticos o profesionales sino también con fines formativos. Más aún, el CET-R puede ser utilizado a modo de guía o estándar, contribuyendo a mejorar el proceso de construcción y edición de tests publicados en España, aspecto que redundaría a su vez en la capacidad de toma de decisiones por parte de los profesionales de la psicología.

El proceso de revisión de tests comienza por la designación por parte de la Comisión Nacional de Tests de COP de un coordinador para la evaluación de ese año. Esta comisión en colaboración con los editores también designa los tests que serán revisados en esa anualidad. Una vez seleccionados los tests, entre 10 o 12 según el año, el coordinador selecciona un conjunto de expertos en la temática que revisan las pruebas mediante un proceso de evaluación por pares (similar al que se utiliza en la revisión de artículos científicos). La selección de estos revisores se lleva a cabo siempre de acuerdo a unos criterios y estándar-

FIGURA 2
RELACIÓN DE TESTS REVISADOS EN LAS CINCO EVALUACIONES



res científicos, que con puntuales modificaciones, se mantienen invariantes a través de las sucesivas evaluaciones. Se seleccionan dos revisores, siempre que las circunstancias lo permitan, uno de ellos con un perfil más técnico-psicométrico, y otro con un perfil más centrado en aspectos sustantivos. Se garantiza su anonimato referido a la prueba que valora, se solicita su participación y la ausencia de conflicto de intereses. En la gran mayoría de los casos, y salvo causas de fuerza mayor, los revisores aceptan gratamente la tarea encomendada. A todos los revisores se les entrega una copia del test que van a evaluar (cedido de forma gratuita por los editores) así como una gratificación económica simbólica de 50 euros. Cada revisor realiza un informe independiente del test que envía al coordinador en un plazo de tres meses. Obviamente durante todo el proceso el coordinador está abierto a responder a cualquier duda o sugerencia tanto de los revisores como de los editores. A continuación el coordinador analiza los comentarios y puntuaciones procedentes de los dos revisores y confecciona un primer informe final. Este informe es enviado a las respectivas casas editoriales que, en un plazo de aproximadamente de un mes, responden de forma razonada, si así fuera el caso, a aquellos comentarios y/o puntuaciones que estimen oportuno. De esta forma todas las partes implicadas forman parte del proceso. Finalmente, con dichos comentarios el coordinador elabora un informe final de cada test que es enviado a la Comisión Nacional de Tests y que posteriormente es subido a la página web para su consulta (véase el link arriba). Cabe subrayar dos aspectos importantes, en primer lugar, el proceso de evaluación de las pruebas es totalmente independiente tanto de las editoriales y autores de los tests, como del COP, solo depende de los evaluadores y del coordinador de la evaluación. Como todo proceso de evaluación por pares no es perfecto, nada humano lo es, pero nos parece el mejor de los posibles. En segundo lugar, la evaluación de los tests no constituye una certificación de las pruebas por parte de la Comisión de Tests del COP, se trata de una evaluación en la que se ponen sobre la mesa los puntos fuertes y débiles de las pruebas tal como los estiman los evaluadores en un momento dado, siguiendo el modelo de evaluación de tests CET-R. La filosofía que guía las evaluaciones de los tests no es la censura de las pruebas, se trata de ayudar a los editores y autores a mejorar sus tests, aportando las evidencias de validez que garanticen las inferencias hechas a partir de las puntuaciones. Como bien señalara el egregio físico Lord Kelvin, aquello que no se evalúa no se puede mejorar.

QUINTA EVALUACIÓN DE TESTS

En este apartado se comentan el proceso de evaluación, los tests revisados, los revisores participantes y los principales resultados de la quinta evaluación de tests editados en España.

Proceso de evaluación

El proceso de revisión general que se ha seguido en la presente evaluación se ha mencionado anteriormente, si bien aquí se

quieren comentar de forma breve aquellos aspectos específicos concernientes a la quinta evaluación de tests. Una vez designado los tests a valorar el coordinador (primer autor de este trabajo) realizó una selección de expertos para la revisión de los tests, a los cuales se les envió una invitación formal por email (enero 2016). De los seleccionados solo dos de ellos no pudieron participar, por motivos totalmente comprensibles, por lo que se seleccionaron otros dos nuevos revisores. A continuación se procedió al envío del material que incluía el modelo de evaluación (CET-R), las instrucciones de cumplimentación y el test a evaluar (documentación, CD, hojas de corrección, etc.) (marzo/abril 2016). Durante todo este proceso se solucionaron todas aquellas posibles dificultades y cuestiones que fueron surgiendo. Por ejemplo, a modo anecdótico una de las pruebas fue enviada a EEUU. Cuando revisor recibió el test este llegó abierto ya que había sido inspeccionado en aduanas. Entre los meses de julio y septiembre de 2016 los revisores fueron enviando las evaluaciones al coordinador. A continuación el informe preliminar se remitió a los editores que respondieron de forma eficaz entre los meses de noviembre y diciembre de 2016. Finalmente entre diciembre de 2016 y enero del 2017 se confeccionaron los informes finales que fueron enviados al COP y fueron colgados en la página web anteriormente citada.

Tests y revisores seleccionados

Los tests seleccionados en la quinta evaluación se recogen en la Tabla 1. Como se puede observar fueron un total de 11 procedentes de cuatro casas editoriales (CEPE, EOS, PEARSON, TEA). La lista original de tests seleccionados por la Comisión Nacional de Tests para esta quinta evaluación sufrió dos ligeras modificaciones que se comentan a continuación. Primera, originalmente fueron 12 las pruebas elegidas. Se había incluido el *Personality and Preference Inventory* (PAPI), comercializado en España por FACTHUM y cuyo propietario internacional es CUBIKS limited, no obstante el director de la casa editorial CUBIKS limited explicó en una carta debidamente razonada al COP que el PAPI se encontraba en pleno proceso de actualización, por lo que sería necesario posponer su evaluación para futuras ediciones. Segundo, también se seleccionó el Test de Inteligencia Verbal-E2 (INVE-E2) de CEPE, que por estar también en proceso de actualización, se acordó por unanimidad sustituirlo por la batería PAIB 2 y 3. Todos estos cambios fueron consensuados tanto por la Comisión Nacional de Tests del COP como por los respectivos editores.

En la Tabla 2 se recogen los 24 revisores que participaron en esta quinta evaluación de tests. Como se comentó anteriormente se seleccionaron dos para cada prueba, si bien en dos casos concretos donde se encontraron claras divergencias entre revisores se seleccionó un tercero que ayudó al coordinador a confeccionar el informe final del respectivo test. La selección de los revisores se llevó a cabo considerando, en la medida de lo posible y al igual que en evaluaciones previas, los siguientes criterios: a) ausencia de conflicto de intereses u otras cuestiones



éticas; b) ampliar las instituciones participantes en la evaluación nacional de tests (p. ej., consejerías de sanidad y educación, psicólogos clínicos, entidades de evaluación y medición extranjeras, etc.); c) no haber participado en evaluaciones previas; y d) jóvenes investigadores o profesionales de la psicología. Se pretendió abrir el abanico de revisores y expertos fuera de la academia y más allá del contexto español, aspecto que pretendía, en esencia, dar a conocer y extender el uso del modelo español de evaluación de tests entre los profesionales de la psicología. Queremos mostrar nuestro más sincero agradecimiento al buen hacer de todos los revisores y editores que han participado en esta quinta evaluación, este proceso no hubiese llegado a buen puerto sin su estimable ayuda y colaboración.

Resultados

En la Tabla 3 se recogen los principales resultados derivados de la quinta evaluación de tests en España. Como se puede observar las puntuaciones fueron, en la mayoría de los casos, superiores a 3,5 (calificación de buena a excelente). Del total de valoraciones únicamente en cuatro casos las puntuaciones fueron inferiores a 3. Como fortalezas se debe mencionar que los tests revisados presentan, en términos generales, una excelente calidad de sus materiales y documentación, adecuados niveles de fiabilidad y excelentes baremos además de suficientes evidencias de validez. Como limitaciones o debilidades se podrían mencionar la falta de estudios sobre funcionamiento diferencial de los ítems en algunos de los tests analizados o la total ausencia de análisis psicométricos bajo el prisma de la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI).

Hay dos aspectos que requieren un comentario: a) la dificultad a la hora de interpretar, analizar y puntuar determinados ítems del CET-R como, por ejemplo, los referidos al análisis de ítems o la validez criterial; y b) en dos casos concretos se hallaron diferencias sustanciales entre las puntuaciones y comentarios enviados al coordinador por los dos revisores, por lo que hubo que recurrir a una tercera opinión. Referente al primer punto resultados similares se han encontrado en evaluaciones previas (Elosua y Geisinger, 2016; Hernández Baeza et al., 2015; Muñiz et al., 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013). En este sentido algunos de los ítems del CET-R parecen ser difíciles de valorar por los expertos. Ya en evaluaciones previas, y con la finalidad de subsanar esta limitación, se recurrió a incorporar unas pautas generales para la utilización del CET/CET-R así como una mayor explicación de algunos de los ítems. No obstante, parece ser que esta dificultad continúa en la quinta evaluación. Referente al segundo punto (parcialmente relacionado con el anterior) no cabe duda que el proceso de revisión por pares es uno de los muchos posibles para la evaluación de la calidad de tests, y tiene pros y contras. En el mundo de revisión por pares, bien sea de artículos científicos, proyectos, contratos, o en nuestro caso tests, es frecuente encontrar discrepancias entre los revisores, por lo que hay que recurrir a un tercer evaluador e incluso a varias rondas de evaluación. Es algo consustancial al proceso de revisión y no

**TABLA 1
RELACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA ANALIZADOS
EN LA QUINTA EVALUACIÓN DE TESTS**

Acronimo	Test	Editorial
NEPSY-II	NEPSY-II Bateria Neuropsicológica Infantil	Pearson Education
WISC-V	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V	Pearson Education
MABC-2	Evaluación de la Bateria de Evaluación del Movimiento para niños-2	Pearson Education
TEMT	Test de Evaluación Matemática Temprana	EOS
EVAPROMES	Evaluación de los Procesos Metacognitivos en Escritura	EOS
LAEA	Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto	TEA ediciones
EDI-3	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3	TEA ediciones
CAEPO	Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos	TEA ediciones
BADYG-E3	Bateria de Aptitudes Diferenciales y Generales Renovado E3	CEPE, S.L.
PRO 1-2 y 3	Prueba de Rendimiento Ortográfico Primaria (1-2) y Secundaria (3)	CEPE, S.L.
PAIB 2 y 3	Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas (2 y 3)	CEPE, S.L.

**TABLA 2
REVISORES QUE HAN PARTICIPADO EN LA
QUINTA EVALUACIÓN DE TESTS**

Nombre	Filiación
Carmen García García	Universidad Autónoma de Madrid
Javier Suárez Álvarez	Universidad de Oviedo
Beatriz Lucas Molina	Universidad de Valencia
Alicia Pérez de Albéniz	Universidad de La Rioja
Javier Ortuño-Sierra	Universidad Loyola Sevilla
Félix Inchausti Gómez	Consejería de Salud de Navarra
Jorge López Puga	Universidad Católica de Murcia
Ana Vanesa Valero	Universidad de La Rioja
Irene Solbes Canales	Universidad Complutense de Madrid
Joan Guàrdia Olmos	Universidad de Barcelona
David Álvarez García	Universidad de Oviedo
Ricardo Olmos Albacete	Universidad Autónoma de Madrid
Isabel Benítez Baena	Universidad de Loyola Sevilla
Susana Al-Halabi Díaz	Universidad de Oviedo
Gloria García Fernández	Universidad Complutense de Madrid
Susana Sierra Baigrie	Universidad de Oviedo
Cristina Anguiano Carrasco	Educational Testing Service (ETS)
Mercedes Paino Piñero	Universidad de Oviedo
Roberto Lozano Herce	Consejería de Educación de La Rioja
Silvia Sastre i Riba	Universidad de La Rioja
Juana Gómez Benito	Universidad de Barcelona
Joan Pere Ferrando	Universidad Rovira i Virgili
Nekane Balluerka Laso	Universidad del País Vasco
Maitte Garaigordobil Landazabal	Universidad del País Vasco



necesariamente se debe interpretar como algo negativo. En futuras ediciones tal vez sería necesario seguir mejorando la comprensión de algunos de los ítems del CET-R, aspecto que se podría solventar, por ejemplo, desarrollando video-tutoriales, ejemplos concretos o incorporando más información técnica-psicométrica en el CET-R.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Tras un lustro de evaluaciones de tests editados en España se puede decir que el proceso se está consolidando y goza de buena salud, no obstante todavía nos encontramos en los estadios iniciales, más aún si nos comparamos con otros países, por ejemplo Holanda, que ha evaluado todos los tests editados en ese país (Evers, 2012), o Estados Unidos, donde la organización especializada BUROS ya ha evaluado más de 10.500 tests (Elosua y Geisinger, 2016). Hasta el momento en España se han revisado un total de 55 tests procedentes de diferentes casas editoriales, han participado más de 100 revisores y cinco coordinadores. Actualmente ya se ha comenzado la sexta revisión, coordinada por la Catedrática de la Universidad de Murcia María Dolores Hidalgo Montesinos. En términos generales, la evaluación de la calidad de los tests mediante el CET/CET-R en las últimas cinco evaluaciones arrojan unos resultados que demuestran que nuestros tests tiene una calidad razonablemente buena, con claras fortalezas pero también aspectos a mejorar.

La incorporación del CET-R en esta quinta evaluación ha sido totalmente adecuada. Además, los resultados encontrados tanto a nivel cuantitativo como cualitativa han sido plenamente satisfactorios, si bien es cierto que se tienen que incorporar nuevos datos sobre el estudio del funcionamiento diferencial de los ítems o invarianza de medición, así como nuevos estudios

bajo la óptica de la TRI que añadan información, entre otros aspectos, de las curvas características de los ítems o de las funciones de información de los tests. Se debe recordar que el estudio del funcionamiento diferencial de los ítems, permite garantizar, en cierta medida, la equidad en el proceso de medición. La ausencia de funcionamiento diferencial en un ítem supone que la probabilidad de respuesta correcta depende únicamente del nivel del participante en la variable objeto de medición, y no está condicionada por la pertenencia a un grupo o característica (p. ej., género, cultura, etnia, etc.). En suma, hay que garantizar que la evaluación se lleva a cabo con equidad y de forma justa. Los autores del presente trabajo son plenamente conocedores de que tanto los investigadores y los profesionales de la psicología como los editores están trabajando intensamente en estas y otras líneas de interés.

El CET-R parece ser una herramienta interesante para mejorar el uso de los tests y la práctica profesional de los psicólogos. Como bien señalan Elosua y Geisinger (2016) la publicación de revisiones independientes sujetas a procedimientos estandarizados y criterios científicos suponen un impulso en el proceso continuo de la mejora de la construcción/edición/uso de tests. Además, el CET-R es una herramienta que se podría utilizar a modo de *gold standard*, obviamente reconociendo sus limitaciones, para ayudar a la formación tanto de los futuros profesionales de la psicología como en los cursos de reciclaje además de la construcción/edición de tests. La formación y concienciación por parte de los profesionales y diferentes organizaciones es necesaria ya que el uso (in)correcto de los tests tiene claras repercusiones en la vida de las personas u organizaciones que son objeto de evaluación y medición. Una correcta utilización de los tests, en cualquiera de innumerables ámbitos donde se usan, mejorará

TABLA 3
RESUMEN DE LAS CALIFICACIONES DE LOS TESTS ANALIZADOS EN LA QUINTA EVALUACIÓN

Características	Tests										
	NEPSY-II	WISC-V	MABC-2	EVAPROMES	TEMT	LAEA	EDI-3	CAEPO	BADYG-E3	PRO 1-2 y 3	PAIB 2 y 3
Materiales y documentación	5	5	5	4	5	4	5	3,5	4,5	4	4
Fundamentación teórica	5	5	5	4,5	5	5	5	3,5	5	5	4
Adaptación	4	4,5	5	—	5	—	5	—	—	—	—
Análisis de los ítems	—	4,5	4	4	4,5	4	4	—	5	4	4
Validez: contenido	4	5	4	4	4	4	4,5	—	5	3,5	4
Validez: relación con otras variables	3,5	4,5	4	4,5	3,5	4	4	2,5	3,5	2,5	3
Validez: estructura interna	—	4,5	4,5	4	3,5	4	5	3	4	3	2
Validez: análisis del DIF	—	—	3	5	—	—	4	—	—	—	—
Fiabilidad: equivalencia	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Fiabilidad: consistencia interna	4	5	4	5	4,5	4,5	4	4,5	5	4	4
Fiabilidad: estabilidad	3,5	4	3	—	3	5	3,5	—	—	—	—
Fiabilidad: TRI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiabilidad: inter-jueces	5	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Baremos e interpretación de puntuaciones	4	5	4,5	4	4,5	5	4,5	2,5	5	3,5	3,5

Nota. Las puntuaciones de la tabla están hechas en una escala de 1 a 5, y corresponden a las siguientes valoraciones: 1 = inadecuada; 2 = adecuada pero con carencias; a partir de 2,5 = adecuada; a partir de 3,5 = buena; a partir de 4,5 = excelente. Cuando aparece el símbolo (-) significa que no se aporta información o no procede.



sin lugar a dudas la práctica profesional, y como no, la visión de la psicología como ciencia y profesión.

El proceso de revisión de tests es laborioso y complejo, además de enriquecedor. Este proceso de evaluación de tests editados en España se encuadra dentro de un conjunto más amplio de organizaciones y de directrices internacionales para el buen uso de los tests. Por ejemplo, como bien señala Elosua (2017), la Comisión Internacional de Tests (ITC, *International Test Commission*) ha desarrollado seis conjuntos de directrices: a) traducción y adaptación de tests; b) uso de los tests; c) tests computerizados y tests administrados por internet; d) seguridad de los tests, exámenes y otras evaluaciones; e) control de calidad de puntuaciones de los tests, su análisis y los informes sobre las puntuaciones; y f) uso profesional de revisiones de los tests, tests obsoletos y retiradas de tests. Muchas de ellas han sido traducidas al español por los miembros de la Comisión Nacional de Tests del COP (Hernández et al., 2016; Muñoz, Elosua, y Hambleton, 2013). Para una información más detallada invitamos al lector a visitar la página web de la ITC en la sección *guidelines* (<https://www.intestcom.org/>) así como excelentes trabajos previos (Leong, Bartram, Cheung, Geisinger, y Ilescu, 2016; Wells y Faulkner-Bond, 2016).

CONSTRUYENDO EL FUTURO

En los últimos años los avances en evaluación y medición psicológica y educativa han sido evidentes (Fonseca-Pedrero y Muñoz, 2016), y todo hace pensar que el futuro nos deparará muchos más. A continuación se comentan algunas líneas de investigación futuras concernientes a la evaluación de la calidad de los tests. Estas líneas se insertan, como no puede ser de otro modo, dentro del marco más general de la evaluación psicológica y educativa.

Primero, habrá que evaluar al evaluador, es decir, por un lado tendremos que estimar las propiedades psicométricas del modelo de evaluación CET-R, y por otro la fiabilidad interjueces de los revisores de los tests. Son tareas pendientes. Además, sería muy conveniente desarrollar una versión web del CET-R que pudiera ser utilizada por los profesionales.

Segundo, y dado que la psicología como ciencia y profesión se encuentra en continua evolución, es sumamente importante que el modelo de evaluación de calidad de tests (CET-R) se adapte rápidamente a aquellos hechos más destacables que acontezcan en el área de la evaluación y medición psicológica y educativa. Por ejemplo, son interesantes las nuevas formas de evaluación que nos llegan de la mano de las nuevas tecnologías. El gran cambio en el ámbito de la tecnología utilizada en la evaluación es el paso progresivo de las pruebas de papel y lápiz clásicas a la utilización de la tecnología informática. Autores como Drasgow (2016) o Sireci y Faulkner-Bond (2016) indican que las nuevas tecnologías están influyendo sobre todos los aspectos de la evaluación psicológica, tales como el diseño de los tests, la construcción de los ítems, la presentación de los ítems, la puntuación de los tests y la evaluación a distancia, por citar algunas. Citaremos solo dos formas de eva-

luación emergentes: los tests adaptativos informatizados (TAIs) y la evaluación ambulatoria.

Los TAIs, aunque se llevan utilizando bastantes años, todavía no se ha extendido su uso, por lo que siguen siendo una interesante línea futura de trabajo (Olea, Abad, y Barrada, 2010; Zenisky y Luecht, 2016). En España actualmente se está trabajando en varios proyectos, por ejemplo, la evaluación de la inteligencia desde el modelo de matrices de RAVEN, la evaluación del clima organizacional en contextos laborales o la evaluación de la personalidad emprendedora en jóvenes.

La evaluación ambulatoria es un tema de estudio clásico en psicología, si bien está resurgiendo con nuevos bríos en la actualidad (Trull y Ebner-Priemer, 2009, 2013; van Os, Delespaul, Wigman, Myin-Germeys, y Wichers, 2013). La evaluación ambulatoria abarca una amplia gama de métodos de evaluación que tratan de estudiar las experiencias de las personas en su entorno natural y en la vida diaria. Debido a ciertas limitaciones de los tests tipo autoinforme (p. ej., sesgo retrospectivo, contexto de evaluación artificial, etc.) recientes investigaciones proponen desplazarse, o al menos incorporar, nuevas formas de evaluación, que permitan comprender determinadas variables y constructos psicológicos desde una perspectiva más dinámica, personalizada, contextual y ecológica. Se pretende analizar utilizando registros estructurados de preguntas las conductas, los sentimientos, las cogniciones, las emociones y/o los síntomas de las personas mediante dispositivos móviles en su contexto real diario. Para ello habitualmente se realizan evaluaciones varias veces al día durante un período temporal (típicamente una semana) que permita captar la variabilidad de los fenómenos. Las preguntas se activan mediante un "beep" en un marco temporal fijado por el investigador, por ejemplo, entre las 10 am y las 10 pm. Además, estos "beeps" pueden presentarse de forma aleatoria y/o en intervalos de tiempo predeterminados, por ejemplo, cada 90 minutos. A lo largo de cada día se recogen diferentes muestras de comportamiento, aproximadamente 6-8 por día durante 7 días. Todos estos datos se vuelcan a una plataforma para su análisis posterior. Se trata, pues, de un abordaje complementario a los procedimientos tradicionales de evaluación psicométrica basada en el lápiz y papel en contextos más o menos artificiales y de corte más bien transversal y retrospectivo.

Tercero, se tiene que contemplar la posibilidad de incorporar al modelo de evaluación de tests (CET-R) nuevos modelos psicométricos como el análisis de redes (Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2017), los modelos multidimensionales dentro de la TRI (Reckase, 2009) u otros modelos matemáticos procedentes de la teoría de los sistemas dinámicos o la teoría del caos (Nelson, McGorry, Wichers, Wigman, y Hartmann, 2017), por citar algunos.

Finalmente, la continua formación de los profesionales de la psicología es la piedra angular para los años venideros, pues cada vez será más frecuente e ineludible poseer un conocimiento en técnicas y procedimientos de evaluación que vayan más allá de la mera administración de pruebas tipo tests o en-



trevistas. El desarrollo de las neurociencias y de la robótica, así como los enfoques traslacionales y multidisciplinares en ciencia son un claro ejemplo.

Se percibe una atmósfera de cambio entre los profesionales de la psicología. Con total seguridad, mucho de las nuevas líneas de investigación comentadas aquí se irán consolidando en los años venideros. El camino que queda por recorrer es, sin duda alguna, fascinante.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los miembros de la Comisión Nacional de Tests y al personal administrativo del COP, así como a los revisores y a las distintas casas editoriales, sin cuya ayuda y colaboración este trabajo no se hubiese podido realizar.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, D.C.: Author.
- Borsboom, D., y Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 91-121.
- Drasgow, F. (Ed.). (2016). *Technology and testing*. New York: Routledge.
- Elosua, P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de tests en Psicología. *Estudios de Psicología*, *34*, 201-210.
- Elosua, P., y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de tests editados en España: Forma y fondo. *Papeles del Psicólogo*, *37*, 82-88.
- Evers, A. (2012). The internationalization of test reviewing: Trends, differences, and results. *International Journal of Testing*, *12*, 136-156.
- Evers, A., McCormick, C., Hawley, L., Muñiz, J. et al. (2017). Testing practices and attitudes toward tests and testing: An international survey. *International Journal of Testing*, *17*, 158-190.
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høtmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: revision of the EFPA review model. *Psicothema*, *25*, 283-91.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.004>.
- Fonseca-Pedrero, E., y Muñiz, J. (2016). Avances en evaluación psicológica. *Papeles del Psicólogo*, *37*, 2-2.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, *37*, 161-168.
- Hernández Baeza, A., Tomás, I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, *36*, 1-8.
- Leong, F. T. L., Bartram, D., Cheung, F. M., Geisinger, K., y Iliescu, C. (2016). *The ITC International Handbook of Testing and Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Muñiz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En A. Cordero (Coord.), *La Evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA Ediciones. (págs. 307-345).
- Muñiz, J. y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, *12*(3), 206-219.
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, *25*, 151-157.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, *31*, 108-121.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, Á., y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de los tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, *32*, 113-128.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., y Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder. *JAMA Psychiatry*, *74*, 528-534.
- Olea, J., Abad, F., y Barrada, J. R. (2010). Tests informatizados y otros nuevos tipos de tests. *Papeles del Psicólogo*, *31*, 94-107.
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, *34*, 82-90.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, *77*, 65-77.
- Reckase, M. D. (2009). *Multidimensional Item Response Theory*. New York, NY: Springer-Verlag New York.
- Trull, T. J., y Ebner-Priemer, U. W. (2009). Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: Introduction to the special section. *Psychological Assessment*, *21*, 457-462.
- Trull, T. J., y Ebner-Priemer, U. W. (2013). Ambulatory assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 151-176.
- van Os, J., Delespaul, P., Wigman, J., Myin-Germeys, I., y Wichers, M. (2013). Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*, *12*, 113-117.
- Wells, C. S., y Faulkner-Bond, M. (2016). *Educational Measurement: From Foundations to Future*. New York, NY: The Guilford Press.
- Zenisky, A. L., y Luecht, R. M. (2016). The future of computer-based testing: Some new paradigms. En C. S. Wells and M. Faulkner-Bond (Eds.), *Educational measurement: From foundations to future* (págs. 221-238). New York: Guilford Press.



IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO (I)

MISCONCEPTIONS ABOUT DEPRESSION AND ITS TREATMENT (I)

Jesús Sanz y María Paz García-Vera
Universidad Complutense de Madrid

Este trabajo y su segunda parte (Sanz y García-Vera, 2017) analizan la veracidad de diez ideas sobre la depresión y su tratamiento que se defienden en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o en algunas guías de práctica clínica y manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio. Estas ideas obstaculizan que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión y favorecen la medicalización del mismo en perjuicio de los tratamientos psicológicos. En este primer trabajo se contrastan cuatro ideas sobre la naturaleza de la depresión con los resultados de la literatura científica. Una revisión de esta literatura indica que, contrariamente a esas ideas: a) la depresión es considerada actualmente un trastorno mental, no una enfermedad mental; b) la existencia de una causa biológica es simplemente una hipótesis más, no una realidad constatada empíricamente de manera inequívoca; c) los acontecimientos vitales negativos aumentan el riesgo de depresión mientras que la extraversión y el optimismo lo disminuyen, y d) existen tasas de simulación de depresión pequeñas, pero nada despreciables, en contextos clínicos tanto ordinarios como legales o forenses. Los resultados se discuten en el contexto de la fiabilidad de la información sobre la salud en Internet.

Palabras clave: Depresión, Enfermedad mental, Modelo médico, Factores de riesgo, Conocimientos sobre salud, Internet.

This paper and its second part (Sanz & García-Vera, 2017) analyze the veracity of ten ideas about depression and its treatment that are defended in media widely available on the Internet or in some prestigious clinical practice guidelines or manuals of psychopathology or psychiatry. These ideas hinder patients' access to appropriate treatment for their depression and favor the medicalization of this treatment over the use of psychotherapy. In this first paper, four ideas about the nature of depression are contrasted with the results of the scientific literature. A review of this literature indicates that, contrary to these ideas: a) depression is considered a mental disorder, not a mental illness; b) the existence of a biological cause is simply a hypothesis, not a reality proven empirically in an unequivocal manner; c) negative life events increase the risk of depression whereas extraversion and optimism diminish it, and d) there are small but not insignificant rates of malingered depression in both legal-forensic and ordinary clinical settings. The results of this review are discussed in the context of the reliability of the health information on the Internet.

Key words: Depression, Mental illness, Medical model, Risk factors, Health literacy, Internet.

El 8 de septiembre de 2015, en la versión digital del diario generalista español *El Mundo* (elmundo.es), aparecía un artículo titulado "Ideas equivocadas sobre la depresión" que remitía a otro con el mismo título de *D Medicina* (dmedicina.com), un portal de Internet especializado en salud y editado por el mismo grupo de comunicación multimedia que edita *El Mundo* (Redacción de *D Medicina*, 2015). Actualmente, dicho portal se denomina *CuidatePlus* (<http://www.cuidateplus.com>) y el 1 de octubre de 2016 volvió a publicar el mismo artículo (Redacción de *CuidatePlus*, 2016). Lamentablemente, la mayoría de las ideas equivocadas sobre la depresión que recogía el artículo no eran tales, es decir, no estaban equivocadas teniendo en cuenta los conocimientos científicos actuales; además, la información y la

argumentación que se proporcionaba para rebatirlas estaban plagadas de afirmaciones y datos erróneos.

El constatar que la información sobre salud en Internet está llena de errores e imprecisiones y que la calidad de los sitios web con información sanitaria es baja no es algo novedoso (p. ej., Conesa Fuentes, Aguinaga Ontoso y Hernández Morante, 2011). Sin embargo, los errores, las imprecisiones y la baja calidad empiezan a ser preocupantes cuando la información se publica en el segundo periódico digital más leído en España y en el tercero en español más leído en el mundo (*El País*, 2015), ya que tales errores e imprecisiones pueden llegar a millones de personas. Según comScore, el medidor oficial de audiencias del mercado en España, en septiembre de 2015, mes en el que se publicó el artículo arriba mencionado, casi 13 millones de personas en España y más de 10 millones en el resto de mundo accedieron a elmundo.es a través de ordenadores personales y de dispositivos móviles. Cuando además entre esas afirmaciones se cuelan algunas (p. ej., "la psicoterapia cura la depresión") que no solo no están equivocadas, sino que al presentarlas como tales pueden tener consecuencias muy negativas para las personas con depresión y, además, desprestigian una de las principales actividades profesionales

Recibido: 7 agosto 2016 - Aceptado: 21 abril 2017

Correspondencia: Jesús Sanz. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón. Madrid. España. E-mail: jsanz@psi.ucm.es

.....

Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P).



de los psicólogos y suponen una competencia desleal hacia ellos en favor de otros profesionales de la salud, entonces esas afirmaciones requieren una respuesta contundente y fundamentada de la psicología. Si además algunas de esas afirmaciones o algunas de sus variantes (p. ej., “la psicoterapia es eficaz en la depresión leve o moderada, pero también en la grave”) son erróneamente consideradas como “equivocadas” también por un gran número de profesionales de la salud, incluyendo un buen número de psicólogos, merece la pena que esas respuestas fundamentadas lleguen al mayor número de psicólogos y de otros profesionales de la salud.

Ese fue, precisamente, el objetivo del presente trabajo y de su segunda parte (Sanz y García-Vera, 2017), para lo cual se revisarán, a la luz de los datos que actualmente ofrece la literatura científica, las ideas sobre la depresión y su tratamiento recogidas por la Redacción de *DMedicina* (2015) así como algunas variantes de las mismas que aparecen en algunas guías de práctica clínica o manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio y amplia difusión (p. ej., American Psychiatric Association, 2010; González Pinto, López Peña y Zorrilla Martínez, 2009; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014; Vallejo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015).

Dado que el artículo de *DMedicina* presentaba afirmaciones (p. ej., “la psicoterapia cura la depresión”) que luego, en su mayoría, calificaba como falsas, y dado que tanto en este trabajo como en su segunda parte (Sanz y García-Vera, 2017) se va a argumentar que lo que es falso es precisamente calificarlas como falsas, para evitar estas dobles negaciones que podrían llevar a confusión al lector, en el presente trabajo y en su segunda parte se presentarán directamente las ideas que defienden *DMedicina* (p. ej., “la psicoterapia no cura la depre-

sión”) o algunas guías de práctica clínica o manuales de psicopatología o psiquiatría (p. ej., “la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada”), y tales ideas serán las que se contrastarán con los conocimientos científicos actuales.

En este primer trabajo se contrastarán las ideas que sobre la naturaleza de la depresión defiende *DMedicina* (véase la tabla 1), mientras que en el segundo trabajo (Sanz y García-Vera, 2017) se contrastarán las ideas relacionadas con el tratamiento de la depresión que defienden tanto ese portal de Internet como algunas guías clínicas y manuales de psiquiatría y psicopatología de prestigio y amplia difusión.

Puesto que en esas ideas no se especifica el tipo de población al que se alude, se entenderá, como es habitual en psicopatología cuando no hay mención expresa a la edad, que todas ellas se refieren a la depresión en adultos y, por tanto, todos los datos y conclusiones de este trabajo y de su segunda parte tendrán que ver con esta población. No obstante, la falta de especificación sobre el tipo de población al que se refieren es ya una importante limitación de las ideas defendidas por *DMedicina* y por esas guías clínicas y manuales, ya que, por ejemplo, existen importantes diferencias en el ámbito del tratamiento de la depresión entre los adultos y los niños y adolescentes. De hecho, si tales ideas están equivocadas en relación con la depresión en adultos, la mayoría lo están aún mucho más en relación con la depresión en niños y adolescentes. Así, por ejemplo, si la literatura científica actual indica, tal y como se verá en la segunda parte de este trabajo, que la psicoterapia es igual de eficaz que la medicación antidepressiva en la depresión adulta y que, por tanto, es falsa la idea de que la psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepressiva en la depresión adulta, esa misma literatura también indica que la psicoterapia es el único tratamiento que hasta ahora se ha mostrado eficaz para la depresión en niños o adolescentes y que en este tipo de población no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico (García-Vera y Sanz, 2016).

TABLA 1
IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Idea	Respuesta supuestamente correcta	Respuesta según la literatura científica
1. Cuando todo en la vida te va bien, puedes deprimirte.	Verdadera	Falsa en parte
2. La depresión es una enfermedad crónica que nunca desaparece del todo.	Falsa	Falsa*
3. No hay personas que finjan la depresión para conseguir la baja laboral.	Verdadera en parte	Falsa
4. Las personas optimistas y extravertidas se deprimen tanto como las que no lo son.	Verdadera	Falsa

Nota.
*Aunque la respuesta supuestamente correcta y la respaldada por la literatura científica coinciden, los argumentos y datos que se ofrecen para apoyar la primera (véase el texto) no coinciden con los que se obtienen de la literatura científica y perpetúan concepciones erróneas sobre la depresión y su tratamiento.

IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE LA DEPRESIÓN

Cuando todo en la vida te va bien, puedes deprimirte

Los argumentos que esgrime *DMedicina* para defender la idea de que una persona puede sufrir una depresión a pesar de que todo en la vida le vaya bien son los siguientes:

Las causas de la depresión (la razón por la que aparece la enfermedad) no deben confundirse con los desencadenantes (los factores que revelan que se está enfermo). Una persona puede estar «gestando» una depresión y tratar de justificar los síntomas (por ejemplo, el exceso de trabajo justificaría la apatía y el agotamiento). Sin embargo, ante un hecho vital como la muerte de un familiar o la pérdida del trabajo, la enfermedad irrumpe. No todos los que sufren estos factores desencadenantes se deprimen, sin embargo, un porcentaje muy grande de personas que no viven circunstancias personales adversas sí lo hacen. (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 7)



La Redacción de DMedicina tiene razón en afirmar que cuando todo en la vida le va bien a una persona, cabe la posibilidad de que aun así esta persona pueda deprimirse. Sin embargo, su argumentación es parcialmente errónea, ya que sugiere que la relación entre estresores y depresión es más débil de lo que realmente es, y, además, remite a la idea de que la depresión es una enfermedad y, por tanto, dependiente de una supuesta alteración biológica e independiente de las circunstancias vitales. De hecho, es falso que un porcentaje muy grande de personas que no sufren estresores se depriman. La presencia de estresores previos en las personas que sufren depresión es más bien la norma, más que la excepción. En una revisión de la literatura científica al respecto, se concluía de manera rotunda que “los estresores son 2,5 veces más probables en pacientes depresivos en comparación con controles, y en muestras comunitarias, el 80% de los casos depresivos fueron precedidos por acontecimientos vitales importantes (...) las pruebas científicas recientes basadas en métodos sólidos de evaluación del estrés y en diseños novedosos sugieren inequívocamente que la mayoría de los episodios de depresión mayor están precedidos por acontecimientos vitales estresantes (aunque la mayoría de las personas no llegarán a deprimirse incluso si experimentan un acontecimiento vital negativo)” (Hammen, 2005, p. 294-295).

En conclusión, dado que la existencia de acontecimientos vitales negativos aumenta el riesgo de depresión, habría que considerar que la idea de que cuando todo en la vida le va bien a una persona, esta puede deprimirse, es FALSA EN PARTE, ya que en esas condiciones es menos probable sufrir una depresión.

Pero, más allá de los argumentos y datos erróneos sobre la relación entre estresores y depresión, lo que subyace tras la argumentación de la Redacción de DMedicina es la hipótesis, no demostrada aún, de que la depresión es una enfermedad, es decir, está causada por algún tipo de alteración estructural o funcional del organismo y, por lo tanto, solo puede tratarse con fármacos y, por ende, solo la pueden tratar los médicos. Esta hipótesis es compartida por muchos profesionales de la salud y no hay nada censurable al respecto. Sin embargo, sí que es preocupante cuando no solo los medios de comunicación sino también algunas guías de práctica clínica, manuales de psiquiatría o psicopatología o artículos científicos o profesionales parecen olvidar su naturaleza hipotética y consideran, sin lugar a dudas, que la depresión es una enfermedad, no un constructo o concepto que los investigadores y los profesionales de la salud mental utilizan para entender una realidad muy compleja. El constructo de depresión sirve para entender las conductas relacionadas con la tristeza, la falta de interés, los problemas de sueño, la falta de apetito, las ideas sobre la muerte, etc., que están asociadas a niveles muy elevados de malestar, disfuncionalidad, limitación o incapacidad. Actualmente, no se sabe a ciencia cierta las causas de estas conductas y, precisamente por esa razón, tales conductas se engloban bajo el término más genérico de “trastorno mental”, para así subrayar que, aceptando su multicausalidad biopsicosocial,

puedan tener como causas fundamentales tanto factores psicológicos o socioculturales como biológicos (García-Vera y Sanz, 2016).

El hecho de que los fármacos antidepresivos sean eficaces para tratar la depresión en adultos, al menos para los trastornos depresivos graves (Fournier et al., 2010), y el hecho de que parezcan ejercer su acción aumentando los niveles cerebrales de serotonina, noradrenalina o dopamina han dado lugar al desarrollo de varias hipótesis etiológicas sobre los trastornos depresivos que suponen que estos serían el resultado de un déficit central de esos neurotransmisores monoaminas (hipótesis noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica, respectivamente) y que en su conjunto se denominan hipótesis de las monoaminas (Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Esta reducción en los niveles de monoaminas en el sistema nervioso central sería a su vez el resultado de algún tipo de disfunción en los procesos de síntesis, almacenamiento o liberación de esos neurotransmisores, o de anomalías en los receptores presinápticos o postsinápticos.

Sin embargo los argumentos y los datos que apoyan la hipótesis de las monoaminas son problemáticos (Deacon, 2013; Delgado, 2000; France, Lysaker y Robinson, 2007). En primer lugar, la respuesta a los antidepresivos no es en sí misma una prueba sólida de que un déficit en los neurotransmisores monoaminas sea la causa de la depresión. Como bien señalaban los psiquiatras Delgado y Moreno (2000, p. 5): “algunos han argumentado que la depresión puede deberse a una deficiencia de NE [norepinefrina o noradrenalina] o de 5-HT [serotonina] ya que un aumento en la neurotransmisión noradrenérgica o serotoninérgica mejora los síntomas de la depresión. Sin embargo, esto es como decir que puesto que una erupción en el brazo mejora con el uso de una crema con esteroides, la erupción debe deberse a una deficiencia de esteroides”.

En segundo lugar, los resultados de los estudios que han evaluado los niveles de monoaminas en personas deprimidas y los han comparado con los de las personas normales no han encontrado consistentemente niveles más bajos en las primeras, tal y como esperaría la hipótesis de la deficiencia de monoaminas. Mientras que algunos estudios han encontrado que efectivamente algunos grupos de pacientes con depresión (p. ej., los que sufren depresión con síntomas melancólicos) tienen menores niveles de serotonina o noradrenalina que las personas no deprimidas, otros en cambio han encontrado niveles similares en los pacientes con trastornos depresivos y en las personas no deprimidas (Delgado, 2000; Delgado y Moreno, 2000; Gjerris, 1988). Recientemente, sin embargo, en un metaanálisis que ha comparado los niveles de los transportadores de la serotonina en pacientes con depresión y en personas sanas (Kambeitz y Howes, 2015), se ha encontrado, a partir de los resultados de los estudios in vivo con neuroimagen, niveles reducidos de transportadores de la serotonina en diferentes áreas del cerebro (p. ej., cuerpo estriado, amígdala y tronco cerebral), aunque no en el hipotálamo o en el tálamo. Teniendo en cuenta los resultados de los estudios *post mortem*, en ese mismo metaanálisis, sin embargo, tampoco se han encontrado



niveles diferentes de los transportadores de la serotonina ni en el tronco cerebral, ni el córtex frontal ni en el hipocampo.

En tercer lugar, los resultados de los estudios de disminución de las monoaminas también son inconsistentes. En estos estudios se disminuye transitoriamente los niveles de monoaminas en el sistema nervioso central a través de restricciones en la dieta o de la administración de una sustancia, y, posteriormente, cuando tales niveles se han recuperado, se miden los efectos en el estado de ánimo de esos cambios (Delgado, 2000). La hipótesis de las monoaminas predeciría que la reducción de los niveles de serotonina, noradrenalina o dopamina produciría en las personas una disminución en su estado de ánimo. Ruhé, Mason y Schene (2007) revisaron metaanalíticamente los estudios al respecto y encontraron una disminución del estado de ánimo en personas sanas con una historia de trastorno depresivo mayor y en pacientes no medicados con trastorno depresivo mayor en remisión, pero no en personas sanas sin historia de depresión.

En resumen, pues, los resultados de los estudios que han puesto a prueba las predicciones de la hipótesis de las monoaminas, aunque sugerentes, son inconsistentes y, en todo caso, indican alteraciones en los niveles de las monoaminas en algunos grupos de personas con depresión o con factores de riesgo para la depresión, pero no en otras. En consecuencia, pues, tales estudios indican que la deficiencia de las monoaminas por sí misma no es una explicación suficiente de las causas de la depresión y que el papel de los sistemas de neurotransmisión de serotonina, noradrenalina y dopamina en el origen y mantenimiento de la depresión es más complejo de lo que se pensaba inicialmente. De hecho, a pesar del número tan elevado de posibles anomalías biológicas que se han estudiado como potenciales marcadores biológicos para el diagnóstico de la depresión (más de 25 según Vallejo y Urretavizcaya, 2015), incluyendo diversas medidas de la actividad de las monoaminas, no existe actualmente ningún test biológico con suficiente sensibilidad y especificidad para diagnosticar los trastornos depresivos y, en consecuencia, ni el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) ni el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ni la CIE-10 (World Health Organization, 1992) incluyen tales marcadores biológicos entre los criterios diagnósticos de esos trastornos.

En conclusión, el concepto de enfermedad implica la existencia de una alteración estructural o funcional del organismo que es la causa de un determinado problema de salud, pero estas causas biológicas todavía no se han encontrado para la depresión. Por esta razón el DSM-IV-TR, el DSM-5 y la CIE-10 se refieren a la depresión con el término de "trastorno" (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo recurrente, etc.), no con el de "enfermedad", ya que el concepto de trastorno mental está abierto a la posibilidad de que los comportamientos problemáticos de una persona sean debidos a una alteración biológica, pero también a una disfunción comportamental o psicológica y, por tanto, a que puedan definirse más propiamente como un patrón comportamental o psicológico de significación clínica

debido fundamentalmente a causas psicológicas o socioculturales (García-Vera y Sanz, 2016). Por supuesto, afirmar que no existen pruebas sólidas que indiquen la existencia de causas biológicas claras para los trastornos depresivos no invalida que se propongan e investiguen, como se está haciendo con profusión, hipótesis sobre sus causas biológicas así como potenciales marcadores biológicos de las mismas. Lo que quiere decir simplemente esa afirmación es que, aceptando la multicausalidad biopsicosocial de los trastornos depresivos, la cuestión de las causas fundamentales de estos trastornos no está resuelta y está abierta a muchas hipótesis y de muy diversos tipos (biológicas, psicológicas, socioculturales). En definitiva, actualmente que la depresión sea una enfermedad es simplemente una hipótesis y una hipótesis que, en todo caso, solo abarcaría a algunos tipos de trastornos depresivos. De hecho, incluso el hecho de cuáles serían en concreto esos tipos de trastornos depresivos que son enfermedades también está abierto a discusión. Por esa razón, ni el DSM-IV-TR, ni el DSM-5 ni la CIE-10 distinguen entre diferentes tipos de trastornos depresivos en función de sus causas, más allá de constatar que puede haber trastornos depresivos debidos a una enfermedad médica o inducidos por el consumo de alguna sustancia (p. ej., ninguna de esas clasificaciones distingue entre un tipo de trastorno depresivo mayor endógeno o debido a causas biológicas y un tipo de trastorno depresivo mayor neurótico, reactivo o debido a causas psicosociales).

La depresión es una enfermedad crónica que nunca desaparece del todo

Según *DMedicina*, el contenido de esta afirmación es FALSO, ya que:

Las enfermedades crónicas acompañan al paciente desde el momento en que se contraen hasta el final de su vida. Con los actuales tratamientos farmacológicos, los especialistas pueden eliminar todos los síntomas de la depresión en casi un 90 por ciento de los casos. Si está bien tratada, la depresión remite, aunque sí es cierto que los síntomas pueden volver a aparecer en otras ocasiones. (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 9)

La Redacción de *DMedicina* está en lo cierto en afirmar que es FALSO que la depresión nunca pueda desaparecer del todo, pero, una vez más, su argumentación para justificar su respuesta está plagada de errores. Como ya se comentó en el apartado anterior, actualmente la depresión no puede considerarse una enfermedad, sino que debe considerarse un trastorno mental. Por otro lado, no es cierto que la tasa de eficacia de los fármacos sea del 90%. Ojalá fuese así. Utilizando como criterio de eficacia una reducción en el postratamiento de al menos un 50% de los síntomas presentes en el pretratamiento y medidos por la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD) o una puntuación postratamiento en dicha escala que oscile entre 6 y 12, en la revisión metaanalítica de Steffens, Krishnan y Helms (1997) se encontraron unas tasas de respuesta de 48% y 48,6% para, respectivamente, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y



los antidepresivos tricíclicos, resultados que coinciden con los de revisiones metaanalíticas más recientes. Por ejemplo, utilizando como criterio de eficacia en el postratamiento una reducción en la puntuación de la HRSD de al menos un 50%, Magni et al. (2013) encontraron una tasa de respuesta de 52,9% para la fluoxetina, el primero de los ISRS introducidos en el mercado y que al poco se convirtió en el antidepresivo más prescrito en muchos países bajo el nombre comercial de Prozac, y una tasa de respuesta de 53,7% para el resto de antidepresivos. Leucht, Huhn y Leucht (2012) encontraron una tasa de respuesta de 56,6% para la amitriptilina, un antidepresivo tricíclico en uso desde 1961 y todavía entre los más populares en algunos países de Europa. Omori et al. (2010) encontraron una tasa de respuestas de 52,5% para la fluvoxamina, uno de los ISRS más antiguos y también de los más prescritos en muchos países, y de 52,8% para el resto de antidepresivos. A partir de los datos presentados por Cipriani, Santilli et al. (2009; figura 3), se puede calcular una tasa de respuestas de 62% para el escitalopram, uno de los últimos ISRS introducidos en el mercado, y de 57,7% para el resto de ISRS. Finalmente, a partir de los datos de Cipriani et al. (2010; figuras 3 y 10), se pueden calcular tasas de respuesta de 53,7% y 64,7% para la sertralina, otro de los últimos ISRS introducidos en el mercado, de 53,4% para los antidepresivos tricíclicos y de 59,6% para el resto de ISRS. En resumen, pues, las tasas de eficacia de los fármacos antidepresivos en el postratamiento oscilan entre 50% y 60%, e incluso para aquellos fármacos que los expertos consideran hoy en día los más eficaces –escitalopram y sertralina (Cipriani, Furukawa et al., 2009)–, no pasarían de 65%. En este sentido, en un reciente metaanálisis de Johnsen y Friberg (2015) sobre los resultados de 43 estudios, se demostraba que, al finalizar la terapia cognitivo-conductual, el 57% de los pacientes podría considerarse recuperados de su depresión. Por lo tanto, la eficacia de la psicoterapia, al menos la de los tratamientos que cuentan con un aval empírico sólido al respecto como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, no es diferente de la de la medicación antidepresiva (Sanz y García-Vera, 2017).

No hay personas que finjan la depresión para conseguir la baja laboral

La idea de que, salvo excepciones, no hay personas que finjan la depresión para conseguir la baja laboral es defendida por *DMedicina* sobre la base del argumento de que, “aunque en algunos casos anecdóticos se pueda engañar al médico, lo normal es que resulte muy difícil simular una depresión” (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 15).

La afirmación, tal y como está formulada, es decir, con ese nivel de generalidad, es FALSA, ya que, con todas las limitaciones y cautelas que tiene la investigación sobre la prevalencia de la simulación (Santamaría Fernández, 2014), no hay duda de que, al menos en el campo médico-legal, existen algunas personas en un número nada despreciable que simulan depresión. Por ejemplo, Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002) estimaron, a partir de un estudio realizado en EE. UU.

con 131 neuropsicólogos, que las tasas de simulación de enfermedades, trastornos mentales y problemas de salud podían oscilar entre un 8% en las consultas de medicina general o psiquiatría hasta un 30% en contextos de solicitud de discapacidad o indemnización laboral, y entre los casos de simulación en contextos de litigación o indemnización, casi un 15% fingían un trastorno depresivo. En la misma dirección, un estudio realizado en España con 161 médicos, la mayoría de mutuas encargadas de tramitar bajas laborales, indicaba que su percepción es que el 50% de los pacientes que acuden por bajas por depresión podían estar simulando (Santamaría, Capilla Ramírez y González Ordi, 2013).

Sin embargo, si lo que se quiere decir con la afirmación que titula este epígrafe es que la inmensa mayoría de las personas que acuden a las consultas de atención primaria, psiquiatría o psicología quejándose de depresión no están simulando dicho trastorno, la tasa de simulación del 8% proporcionada por Mittenberg et al. (2002) para ese contexto justificaría adecuadamente dicha consideración.

Respecto a la argumentación de que no se puede engañar a los médicos, salvo en casos muy raros, y de que resulta muy difícil simular una depresión, es importante señalar que, aunque no existe mucha investigación al respecto, y menos aún específica sobre la simulación de depresión, los estudios sí parecen indicar la existencia de un sesgo entre los clínicos a creer que la simulación resulta evidente a un profesional bien entrenado, cuando, de hecho, los datos indican que “el «ojo clínico» es poco preciso en la correcta determinación de la simulación, pudiendo dar lugar a un elevado número tanto de falsos positivos como de falsos negativos” y, además, “la confianza del profesional en su «ojo clínico» tampoco ha resultado ser un buen predictor de su capacidad de acierto” (González Ordi, Santamaría-Fernández y Capilla Ramírez, 2013, p. 10; véase también Santamaría Fernández, 2014).

En conclusión, dadas las nada despreciables tasas de simulación en contextos clínicos tanto ordinarios como legales o forenses y dada la falibilidad del juicio clínico, habría que considerar que la idea de que no hay personas que finjan la depresión para conseguir la baja laboral es FALSA.

Las personas optimistas y extravertidas se deprimen tanto como las que no lo son

El artículo de *DMedicina* defiende que las personas optimistas y extravertidas se deprimen tanto o incluso más que las que no lo son afirmando que “precisamente el perfil de personalidad más extravertido y eufórico es el que tiene una mayor carga de afectividad y por tanto, más riesgo de sufrir una depresión” (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 17).

Es verdad que las personas optimistas y extravertidas también se pueden deprimir, pero la literatura científica señala de manera inequívoca que su riesgo es menor al de las personas pesimistas e introvertidas o al de las personas con otros rasgos de personalidad y, por lo tanto, la idea de que las personas optimistas y extravertidas se deprimen tanto o más que las personas que no lo son es FALSA y la argumentación que ofrece



*D*Medicina para defender esa idea es de nuevo incorrecta. Por ejemplo, en su metaanálisis, Kotov, Gamez, Schmidt y Watson (2010) demostraron que, en comparación con los grupos de control (p. ej., grupos de personas representativos de la población general), los pacientes con depresión unipolar y distimia mostraban niveles significativamente más bajos de extraversión, con diferencias grandes en términos de tamaño del efecto (d de Cohen = -0,92 para la depresión unipolar y d de Cohen = -1,47 para la distimia), mientras que los pacientes con trastorno depresivo mayor también mostraban niveles más bajos de extraversión, aunque la diferencia era tan solo moderada (d = -0,62) y no llegaba a ser estadísticamente significativa. Por el contrario, todos los grupos de pacientes con depresión unipolar, distimia y trastorno depresivo mayor mostraban niveles significativamente más altos de neuroticismo, con diferencias todas ellas grandes en comparación a los grupos de control (entre d = 1,33 para la depresión mayor y d = 1,93 para la distimia).

Respecto al optimismo, un metaanálisis sobre su principal medida como rasgo de personalidad, el Test de Orientación Vital, encontró una relación negativa, significativa y casi grande (r = -0,46) entre el optimismo y la depresión medida por el Inventario de Depresión de Beck (Andersson, 1996). En la misma dirección, diversos estudios han encontrado que el optimismo es un factor de protección para la aparición futura de síntomas depresivos (Giltay, Zitman y Kromhout, 2006; Vickers y Vogelanz, 2000). Además, en un estudio con parejas de gemelas monocigóticas en las cuales una de ellas había sufrido en algún momento de su vida un trastorno depresivo mayor, mientras que la otra no, se encontró que, tras controlar un buen número de posibles terceras variables, la existencia de un nivel bajo de optimismo era una de las características que mejor distinguía a las gemelas con trastorno depresivo mayor de las gemelas sin trastorno (Kendler y Gardner, 2001).

En resumen, la literatura científica demuestra que la extraversión y el optimismo son dos factores de personalidad relacionados negativamente con la depresión y, por lo tanto, la idea de que las personas optimistas y extravertidas se deprimen igual o más que las personas que no son optimistas ni extravertidas es FALSA, ya que las personas optimistas y extravertidas tienen menos riesgo de sufrir una depresión.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo y de su segunda parte (Sanz y García-Vera, 2017) era analizar, a la luz de la literatura científica actual, la veracidad de diez ideas sobre la depresión y su tratamiento que son defendidas en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o incluso en algunas guías de práctica clínica o manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio. De las cuatro ideas sobre la naturaleza de la depresión analizadas en el presente trabajo, tres son consideradas por esos medios como verdaderas o verdaderas en parte y la restante como falsa, pero, sin embargo, según la literatura científica actual, las tres ideas verdaderas o verdaderas en parte son realmente falsas o falsas en parte, y la restante era efectiva-

mente falsa, pero por razones distintas a las que se argumentaban en los medios (véase la tabla 1). En resumen, contrariamente a las ideas que defienden esos medios: a) la depresión es considerada un trastorno mental, no una enfermedad mental; b) la existencia de una causa biológica es simplemente una hipótesis más, no una realidad constatada empíricamente de una manera inequívoca; c) los acontecimientos vitales negativos aumentan el riesgo de depresión mientras que la extraversión y el optimismo lo disminuyen, y d) existen tasas de simulación de depresión pequeñas, pero nada despreciables, en contextos clínicos tanto ordinarios como legales o forenses.

El problema con estas divergencias entre lo que la literatura científica dice sobre la depresión y lo que sobre ella dicen las ideas y argumentos de algunos medios de comunicación es que estos presentan a la depresión como una enfermedad, cuando esta conceptualización es hoy en día tan solo una hipótesis. Al hacerlo así, esos medios favorecen sin fundamento científico la medicalización del tratamiento de los trastornos depresivos en perjuicio de la aplicación de la psicoterapia, incluso cuando esta, o al menos la terapia cognitivo-conductual, tiene un perfil de eficacia mejor que el de la medicación antidepresiva, tal y como se demuestra en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2017). De hecho, varios estudios han demostrado que una explicación de la depresión en términos de enfermedad como, por ejemplo, en términos de la existencia de un desequilibrio neuroquímico, favorece el que las personas sean más pesimistas sobre su posible recuperación y sobre la eficacia de los tratamientos no biológicos (Deacon y Baird, 2009).

Por otro lado, el presente trabajo y su segunda parte constatan de nuevo que no toda la información sobre la salud que se encuentra en Internet es fiable, incluso aunque proceda de un sitio especializado en información sanitaria (Conesa Fuentes et al., 2011; véase, sin embargo, Mayer, Leis y Sanz, 2009, para una valoración más positiva de la calidad en algunos ámbitos sanitarios concretos). De hecho, *D*Medicina y su actual versión, *CuidatePlus*, son portales de salud que subscriben los principios del código de conducta de *Health on Net* (HON; <http://www.hon.ch>). HON es una ONG fundada en 1995 y acreditada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Su código de conducta, HONcode, ofrece un estándar consensuado para proteger a los ciudadanos de la información errónea sobre la salud y es el sello de calidad más extendido internacionalmente (Mayer et al., 2009). Este código de conducta supuestamente garantiza la autoridad de los contenidos (es decir, las noticias y consejos publicados en el portal son facilitados por profesionales médicos) y su justificabilidad (es decir, los tratamientos, productos o servicios mencionados en el portal están respaldados por información científica contrastada y referenciada). Esto es más preocupante puesto que remite, en última instancia, a la fiabilidad de esos profesionales médicos y de esa información científica (p. ej., guías de práctica clínica, manuales de psiquiatría o psicopatología), los cuales, en algunos casos y tal como se verá en la segunda parte de este trabajo, también perpetúan ideas que no se corresponden con los conocimientos actuales sobre la depresión y su tratamiento.



No obstante, y a pesar de estas limitaciones, no se pretende con este trabajo y su segunda parte recomendar que no se consulte en Internet información sobre la salud mental, pero sí que se haga de forma crítica. Para ello, algunos consejos, en forma de pregunta, basados en los que ofrecía el Instituto Nacional de Envejecimiento de los EE. UU. (National Institute of Aging, 2014), pueden ser de gran ayuda tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud:

- ✓ ¿Puede comprobar fácilmente quién patrocina el sitio web?
 - ✓ ¿Es el patrocinador del sitio web una institución oficial (p. ej., un ministerio o consejería de sanidad), un colegio profesional, una facultad de medicina o psicología, o está relacionado con una de esas entidades?
 - ✓ ¿Puede distinguir la misión o el objetivo del patrocinador del sitio web?
 - ✓ ¿Puede identificar quién trabaja para el patrocinador y quién es el autor de la información presentada en el sitio web? ¿Se incluye información para contactar con ellos? ¿Quién revisa la información? ¿Existe un consejo editorial que revisa la información incluida en el sitio web?
 - ✓ ¿Puede determinar cuándo fue escrita la información?
 - ✓ ¿Se hacen afirmaciones que son demasiado buenas para ser ciertas? ¿Promete curas rápidas y milagrosas? ¿Esas curaciones se extienden a todo tipo de trastornos y enfermedades?
- Es más, los autores confían que al publicar este trabajo y su segunda parte en una revista con acceso abierto en Internet y patrocinada por el Consejo General de la Psicología, las respuestas correctas, dentro de los límites del conocimiento científico vigente, a las ideas que se presentan en las tablas 1 de este artículo y de su segunda parte puedan llegar tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud, y, así mismo, puedan servir de contrapunto fiable a las ideas verdaderamente equivocadas que sobre la depresión y su tratamiento proliferan en Internet.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: a meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21, 719-725. doi: 10.1016/0191-8869(96)00118-3
- Cipriani, A., La Ferla, T., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., Churchill, R., McGuire, H., y Barbui, C. (2010). Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD006117. doi:10.1002/14651858.CD006117.pub4
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P. T., Churchill, R.,..., y Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373, 746-758. doi:10.1016/S0140-6736(09)60046-5
- Cipriani, A., Santilli, C., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., McGuire, H., Churchill, R., y Barbui, C. (2009). Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD006532. doi:10.1002/14651858.CD006532.pub2
- Conesa Fuentes, M. C., Aguinaga Ontoso, E., y Hernández Morante, J. J. (2011). Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención Primaria*, 43, 33-40. doi: 10.1016/S0213-9111(04)72016-6
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846-861. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Deacon, B. J., y Baird, G. (2009). The chemical imbalance explanation of depression: reducing blame at what cost? *Journal of Clinical and Social Psychology*, 28, 415-435. doi:10.1521/jscp.2009.28.4.415
- Delgado, P. L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl. 6), 7-11.
- Delgado, P., y Moreno, F. (2000). Role of norepinephrine in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl. 1), 5-12.
- El País (2015, 5 de noviembre). El País, un año de liderazgo en la web. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2015/11/04/actualidad/1446661965_673346.html
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., y Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303, 47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943
- France, C. M., Lysaker, P. H., y Robinson, R. P. (2007). The "chemical imbalance" explanation for depression: origins, lay endorsement, and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 411-420. doi:10.1037/0735-7028.38.4.411
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid: Pirámide.
- Giltay, E. J., Zitman, F. G., y Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91, 45-52. doi:10.1016/j.jad.2005.12.027
- Gjerris, A. (1988). Baseline studies on transmitter substances in cerebrospinal fluid in depression. *Acta Psychiatrica Scandi-*



- navica, 78(suppl.), 1-35. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb10571.x
- González Ordi, H., Santamaría-Fernández, P., y Capilla Ramírez, P. (2013). Mitos y concepciones erróneas en torno a la evaluación de la simulación y la validez de los síntomas. *Infocop*, 62, 7-11.
- González Pinto, A., López Peña, P., y Zorrilla Martínez, I. (2009). Depresión unipolar y otras depresiones. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp.325-343). Madrid: ENE Publicidad.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Guías de práctica clínica en el SNS*. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) y Consellería de Sanidade.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Johnsen, T. J., y Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-768. doi:10.1037/bul0000015
- Kambeitz, J. P., y Howes, O. D. (2015). The serotonin transporter in depression: meta-analysis of in vivo and post mortem findings and implications for understanding and treating depression. *Journal of Affective Disorders*, 186, 358-366. doi:10.1016/j.jad.2015.07.034
- Kendler, K. S., y Gardner, C. O. (2001). Monozygotic twins discordant for major depression: a preliminary exploration of the role of environmental experiences in the aetiology and course of illness. *Psychological Medicine*, 31, 411-423. doi:10.1017/S0033291701003622
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821. doi:10.1037/a0020327
- Leucht, C., Huhn, M., y Leucht, S. (2012). Amitriptyline versus placebo for major depressive disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No.: CD009138. doi:10.1002/14651858.CD009138.pub2
- Magni, L. R., Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., Furukawa, T. A., Cipriani, A., y Barbui, C. (2013). Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD004185. doi:10.1002/14651858.CD004185.pub3
- Mayer, M. A., Leis, A., y Sanz, F. (2009). Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. *Atención Primaria*, 41, 534-544. doi:10.1016/j.aprim.2009.02.003
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., y Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102. doi:10.1076/j.cen.24.8.1094.8379
- National Institute of Aging (2014). *Vivir mejor la tercera edad. ¿Es confiable la información sobre la salud que se encuentra en el Internet?* Recuperado de https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/es_confiable_informacion_sobre_salud_se_encuentra_internet_nia.pdf
- Omori, I. M., Watanabe, N., Nakagawa, A., Cipriani, A., Barbui, C., McGuire, H., Churchill, R., y Furukawa, T. A. (2010). Fluvoxamine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No.: CD006114. doi:10.1002/14651858.CD006114.pub2
- Redacción de CuidatePlus (2016, 1 de octubre). *Ideas equivocadas sobre la depresión*. Recuperado de <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>
- Redacción de DMedicina (2015, 8 de septiembre). *Ideas equivocadas sobre la depresión*. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>
- Ruhé, H. G., Mason, N. S., y Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular Psychiatry*, 12, 331-359. doi:10.1038/sj.mp.4001949
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento [Misconceptions about depression and its treatment.] (III). *Papeles del Psicólogo*, 38, 177-184. doi:10.23923/pap.psicol2017.2834.
- Santamaría Fernández, P. (2014). *Utilidad diagnóstica del inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) en población española*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/28412/1/T35741.pdf>
- Santamaría, P., Capilla Ramírez, P., y González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24, 139-151. doi:10.1016/S1130-5274(13)70015-X
- Steffens, D. C., Krishnan, K. R., y Helms, M. J. (1997). Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 6, 10-18. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:1<10::AID-DA2>3.0.CO;2-9
- Vallejo Ruiloba, J. (Ed.). (2005). *Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Ars Medica.
- Vallejo, J., y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 8ª ed. (pp. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.
- Vickers, K. S., y Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences*, 28, 259-272. doi:10.1016/S0191-8869(99)00095-1
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: World Health Organization.



IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO (II)

MISCONCEPTIONS ABOUT DEPRESSION AND ITS TREATMENT (II)

Jesús Sanz y María Paz García-Vera
Universidad Complutense de Madrid

Este trabajo y su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017) analizan la veracidad de diez ideas sobre la depresión y su tratamiento que se defienden en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o en algunas guías de práctica clínica y manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio. Estas ideas obstaculizan que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión y favorecen la medicalización del mismo en detrimento de los tratamientos psicológicos. En este segundo trabajo se contrastan seis ideas sobre el tratamiento de la depresión con los resultados de la literatura científica. Una revisión de esta literatura indica que, contrariamente a esas ideas, la psicoterapia cura la depresión y, al menos en el caso de la terapia cognitivo-conductual, es eficaz tanto en la depresión leve o moderada como en la grave, es igual de eficaz que la medicación antidepresiva, previene mejor que esta las recaídas y recurrencias, y suele ser un tratamiento de corta duración. Los resultados de esta revisión se discuten en el contexto de la necesidad y de las dificultades para transmitir información sobre la salud basada en los conocimientos científicos vigentes.

Palabras clave: Depresión, Psicoterapia, Medicación antidepresiva, Eficacia, Conocimientos sobre salud.

This paper and its first part (Sanz & García-Vera, 2017) analyze the veracity of ten ideas about depression and its treatment that are defended in media widely available on the Internet or in some prestigious clinical practice guidelines or manuals of psychopathology or psychiatry. These ideas hinder patients' access to appropriate treatment for their depression and favor the medicalization of this treatment over the use of psychological therapies. In this second paper, six ideas about the treatment of depression are contrasted with the results of the scientific literature. A review of this literature indicates that, contrary to these ideas, psychotherapy cures depression and, at least in the case of cognitive-behavioral therapy, is efficacious in both mild-to-moderate and severe depression, is equally as efficacious as antidepressant medication, prevents relapse and recurrences better than antidepressant medication, and is usually a short-term treatment. The results of this review are discussed in the context of the need for and difficulties in transmitting health information based on existing scientific knowledge.

Key words: Depression, Psychotherapy, Antidepressant medication, Efficacy, Health literacy.

El objetivo de este trabajo y su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017) era contrastar con los conocimientos científicos actuales algunas ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento que obstaculizan que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión, que favorecen la medicalización del mismo en detrimento de los tratamientos psicológicos y que son defendidas por medios de comunicación de amplia difusión en Internet como, por ejemplo, el portal de Internet *DMedicina* asociado al diario *El Mundo*, o por algunas guías de práctica clínica o manuales de psicopatología o psiquiatría de prestigio y amplia difusión (p. ej., American Psychiatric Association, 2010; González Pinto, López Peña y Zorrilla Martínez, 2009; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Grupo de trabajo], 2014; Valle-

jo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Para ello, en la primera parte de este trabajo se revisaron, a la luz de los datos que actualmente ofrece la literatura científica, cuatro de esas ideas relacionadas con la naturaleza de la depresión. En esta segunda parte, se hará lo mismo con seis de esas ideas que versan sobre el tratamiento de la depresión. Estas últimas se recogen en la tabla 1, así como las respuestas a las mismas que, como se mostrará más adelante, se corresponden con la literatura científica actual.

IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La psicoterapia no cura la depresión

Para *DMedicina* la psicoterapia no cura la depresión y sus argumentos para justificar esa afirmación son que:

No hay ningún estudio que demuestre que las técnicas psicológicas erradicar una depresión mayor. Sin embargo, son muy útiles en las personas que sufren ciertos síntomas depresivos, como los trastornos de adaptación (efectos de alguna circunstancia personal adversa). En los casos de depresión mayor lo único que se ha demostrado eficaz es el tratamiento farmacológico. (Re-dacción de *DMedicina*, 2015, párr. 13)

Recibido: 7 agosto 2016 - Aceptado: 21 abril 2017

Correspondencia: Jesús Sanz. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón. Madrid. España. E-mail: jsanz@psi.ucm.es

Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P).



Sin embargo, contrariamente a lo argumentado por *DMedicina*, es falso que no haya estudios que demuestren que las terapias psicológicas son eficaces para la depresión mayor. Por ejemplo, en el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013) sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la depresión en adultos, se analizaron los resultados de 115 estudios, de los cuales 50 se habían realizado con pacientes con un trastorno depresivo mayor diagnosticado y 29 con pacientes con un trastorno del estado de ánimo diagnosticado. Los resultados de este metaanálisis mostraron claramente que la TCC era significativamente más eficaz que la condición de lista de espera (g de Hedges = 0,83), el placebo ($g = 0,51$) o el tratamiento habitual ($g = 0,59$). Este último englobaba intervenciones muy diversas, desde antidepresivos u otros psicofármacos recetados por médicos de familia hasta sesiones únicas de psicoeducación o folletos con información sobre recursos terapéuticos. Los resultados también mostraron que la TCC era igualmente eficaz en pacientes con niveles altos de sintomatología depresiva medida por un cuestionario ($g = 0,71$) que en pacientes con un trastorno diagnosticado ($g = 0,70$). El estadístico g de Hedges es una variante del estadístico de tamaño del efecto d de Cohen que en su cálculo tiene en cuenta el tamaño de las muestras para así corregir los sesgos debidos al uso de muestras pequeñas. Ambos estadísticos representan la diferencia estandarizada entre dos medias, de manera que un valor de g o d igual a 1 indicaría, por ejemplo, que, en el postratamiento, la puntuación media en una medida de depresión del grupo de pacientes en lista de espera es una desviación típica mayor que la puntuación media del grupo de paciente que recibe TCC. Habitualmente, se considera que un valor de g o d igual a 0,20 representa un tamaño del efecto pequeño, un valor de 0,50 un tamaño medio o moderado y un valor de 0,80 un tamaño grande (Co-

hen, 1988), por lo que las diferencias en beneficios terapéuticos que antes se mencionaban entre la TCC y la condición de lista de espera, la intervención habitual o el placebo (entre $g = 0,51$ y $g = 0,83$) pueden considerarse entre moderadas y grandes según los estándares del tamaño del efecto.

En la misma dirección que el estudio de Cuijpers, Berking et al. (2013), en un reciente metaanálisis de Johnsen y Friborg (2015) se demostraba, a partir de los resultados de 43 estudios, que, al finalizar la TCC, el 57% de los pacientes podría considerarse recuperados de su depresión, definida dicha recuperación como una puntuación postratamiento en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) menor de 10 o incluso menor de 7.

Aunque la TCC es la terapia psicológica sobre la que existen más estudios que demuestran su eficacia para la depresión, no es la única que cuenta con tales estudios. En las revisiones metaanalíticas realizadas por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido para elaborar su guía de práctica clínica para la depresión en adultos, se analizaron un total de 64 ensayos clínicos sobre la eficacia de tres tipos de terapias: 46 sobre la TCC, 4 sobre la terapia de activación conductual y 14 sobre la terapia interpersonal, de los cuales 41, 4 y 12 ensayos, respectivamente, fueron realizados exclusivamente con pacientes que tenían un trastorno depresivo mayor diagnosticado (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Además, los resultados de las revisiones del NICE confirmaron la eficacia de las tres terapias, de ahí que fueran recomendadas por su guía como tratamientos para la depresión en adultos.

Es más, en la actualidad, la lista de terapias psicológicas que curan la depresión es aún más larga. La División 12 (Sociedad de Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha propuesto una serie de criterios para establecer los tratamientos psicológicos “bien establecidos” en cuanto a su eficacia para un trastorno psicológico (ahora denominados tratamientos con “apoyo fuerte de la investigación”), el primero de los cuales es que deben existir al menos dos estudios experimentales intergrupos bien realizados (estudios con grupo de control y aleatorización de los pacientes a los grupos, también denominados ensayos clínicos controlados) que demuestren la eficacia del tratamiento psicológico bien mostrando su superioridad (estadísticamente significativa) frente a un tratamiento farmacológico, un placebo psicológico u otro tratamiento psicológico, o bien mostrando su equivalencia frente a un tratamiento ya establecido en experimentos con muestras de tamaño adecuado. Teniendo en cuenta esos criterios, la División 12 considera que, actualmente, las siguientes terapias psicológicas han demostrado empíricamente su eficacia para la depresión en adultos (Division 12 of the APA, 2016):

- ✓ Terapia de activación conductual (o terapia de conducta)
- ✓ Terapia cognitivo-conductual (o terapia cognitiva)
- ✓ Terapia interpersonal
- ✓ Terapia de solución de problemas
- ✓ Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual de McCollough
- ✓ Terapia de autocontrol de Rehm

Idea	Respuesta supuestamente correcta	Respuesta según la literatura científica
1. La psicoterapia no cura la depresión.	Verdadera	Falsa
2. La psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva.	Verdadera	Falsa
3. La psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada.	Verdadera	Falsa
4. La psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva.	Verdadera	Falsa
5. El tratamiento de la depresión es largo.	Verdadera	Falsa en parte
6. El psicólogo no es el profesional que trata la depresión.	Verdadera en parte	Falsa



Por su parte, Barth et al. (2013) realizaron un metaanálisis clásico y otro en red sobre la eficacia de la psicoterapia para pacientes adultos con depresión. En los metaanálisis en red se utilizan técnicas novedosas de análisis que, a partir de una red de estudios que examinan los efectos de diversos tratamientos, permiten incorporar la información procedente de comparaciones directas (p. ej., la comparación entre el tratamiento A y el B analizada en un mismo estudio) y la procedente de comparaciones indirectas (p. ej., la comparación de los tratamientos A y B derivada de estudios que comparan cualquiera de esos dos tratamientos con una condición común C, por ejemplo, con una condición de control o con otro tratamiento). Barth et al. (2013) identificaron 198 ensayos clínicos, con un total de 15.118 pacientes, en los que se había comparado una intervención psicoterapéutica con una condición de control de lista de espera, de atención habitual o de placebo o con otro tratamiento psicológico. Como ocurría en el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013), la atención habitual era una categoría muy heterogénea que comprendía desde intervenciones con antidepresivos u otros psicofármacos recetados por médicos de familia hasta sesiones únicas de psicoeducación o folletos con información sobre recursos terapéuticos. Los resultados del metaanálisis en red revelaron que siete psicoterapias mostraban beneficios terapéuticos superiores significativamente a la condición de lista de espera y con una diferencia entre moderada y grande (entre $d = -0,62$ y $d = -0,92$, ya que en estas comparaciones un tamaño del efecto menor que 0 indicaba que la psicoterapia era más eficaz que la lista de espera). De esas siete psicoterapias, cuatro eran las ya mencionadas antes: TCC, activación conductual, terapia interpersonal y terapia de solución de problemas, a las cuales habría que añadir la terapia psicodinámica, el entrenamiento en habilidades sociales y el consejo psicológico. Es más, la eficacia de la psicoterapia fue similar en los estudios con pacientes con niveles elevados de sintomatología depresiva que en los estudios con pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo, de manera que en estos últimos, y a excepción del entrenamiento en habilidades sociales, todas las psicoterapias mostraron beneficios terapéuticos superiores a las condiciones de control en su conjunto, y con diferencias entre moderadas y grandes (entre $d = -0,69$ y $d = -1,14$). No obstante, de las siete psicoterapias, la TCC fue la que mostraba los resultados de eficacia más robustos. Así, la TCC fue la única psicoterapia que en ambos tipos de metaanálisis (clásico y en red) se mostró significativamente superior a los tres tipos de condiciones de control: lista de espera, atención usual y placebo (tabla 3 de Barth et al., 2013). Además, la TCC fue una de las tres psicoterapias que se mostraron eficaces (junto a la interpersonal y la de solución de problemas) cuando los análisis se restringieron a los estudios que habían incluido grupos de tratamiento de al menos 50 pacientes, para así poder controlar los sesgos encontrados debidos al uso de muestras pequeñas.

En resumen, con los datos actualmente disponibles, se puede concluir que la psicoterapia sí cura la depresión, o al menos sí lo hacen las terapias que han demostrado empíricamente su

eficacia. Por tanto, la idea de que la psicoterapia no cura la depresión es FALSA.

La psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva

Al contrario de lo que sugieren ciertas guías de práctica clínica y ciertos manuales de psiquiatría o psicopatología (American Psychiatric Association, 2010; González Pinto et al., 2009; Vallejo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015), la literatura científica actual demuestra que algunas de las terapias psicológicas que han demostrado sólidamente su eficacia para la depresión mayor son iguales de eficaces que los antidepresivos. En el metaanálisis de Cuijpers, Berking et al. (2013) se identificaron 20 estudios que habían comparado la eficacia de la TCC respecto a los antidepresivos y la diferencia entre ambas terapias resultó ser no significativa y de un tamaño del efecto casi nulo ($g = 0,03$). Esta ausencia de diferencias significativas fue independiente del tipo de instrumento de medida ($g = 0,06$ y $0,13$ para la HRSD y el BDI, respectivamente), del tipo de medicación antidepresiva de comparación ($g = 0,15$ y $0,05$ para, respectivamente, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o ISRS), del tipo de TCC ($g = 0,0$ y $0,07$ para la terapia cognitiva de Beck y otros tipos de TCC, respectivamente) o del procedimiento de reclutamiento de los pacientes ($g = -0,08$ y $0,04$ para muestras comunitarias y clínicas, respectivamente). En todas esas comparaciones, un tamaño del efecto (g) mayor que 0 indicaba que la TCC era más eficaz, aunque no de forma estadísticamente significativa, que la medicación antidepresiva.

Es cierto que en el caso de la terapia interpersonal los resultados son menos claros. En su metaanálisis sobre su eficacia para la depresión, Cuijpers et al. (2011) tan solo encontraron 10 estudios que habían comparado dicha terapia con la medicación antidepresiva y, aunque la diferencia entre ambas resultó ser no significativa ($p > ,05$) y muy por debajo del criterio para un tamaño del efecto pequeño ($g = -0,12$), incluso cuando únicamente se tuvieron en cuenta los pacientes con trastorno depresivo mayor y se excluyeron los pacientes con trastorno distímico ($p > ,05$; $g = -0,12$) o cuando únicamente se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos con la HRSD ($p > ,05$; $g = -0,16$), en los tres casos la tendencia favorecía a los antidepresivos, tendencia que en la comparación global llegó a ser significativa cuando se eliminó un estudio con resultados atípicos ($p < ,05$; $g = -0,19$). En todas estas comparaciones, un tamaño del efecto (g) menor que 0 indicaba que la medicación antidepresiva era más eficaz que la terapia interpersonal, aunque no necesariamente de forma estadísticamente significativa; esto solo ocurrió cuando se eliminó el estudio con resultados atípicos.

En cualquier caso, los resultados para la TCC claramente indican que esta terapia psicológica es igual de eficaz para la depresión que los antidepresivos y, por tanto, la idea de que la psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva es FALSA, ya que al menos es falsa en relación con la TCC.



La psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada

La idea errónea de que los tratamientos psicológicos solo son eficaces para los trastornos depresivos leves o moderados, pero no para los graves, se ha perpetuado en algunas guías de práctica clínica de prestigio (American Psychiatric Association, 2010; Grupo de trabajo, 2014; Vallejo Ruiloba, 2005) y en algunos manuales de psicopatología o psiquiatría de amplia difusión (González Pinto et al., 2009; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Sin embargo, esa idea no se corresponde con lo que indica la literatura científica disponible. Por ejemplo, Driessen, Cuijpers, Hollon y Dekker (2010) analizaron los resultados de 132 estudios aleatorizados en los cuales se había comparado un tratamiento psicológico (la mayoría TCC) con una condición de control y que sumaban en total 10.134 pacientes. En su metaanálisis, no encontraron ningún dato que indicara que el nivel inicial de sintomatología depresiva predijera el tamaño de la diferencia postratamiento entre los beneficios terapéuticos del tratamiento psicológico y los de la condición de control, incluso tras controlar las características más relevantes de dichos estudios y constatar que los niveles iniciales de depresión en esos estudios oscilaban entre niveles leves y niveles muy graves de sintomatología depresiva según los criterios de diferentes instrumentos (las puntuaciones medias en el pretratamiento en los diferentes estudios oscilaron en el BDI entre 14 y 36, en el BDI-II entre 18 y 36, y en la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton o HRSD entre 8 y 31, siendo las puntuaciones de corte que indican depresión grave, según diversos criterios, de 24 o 30 para el BDI, de 29 para el BDI-II y de 18, 19, 23 o 25 para la HRSD; Sanz, 2013).

De hecho, entre los estudios que compararon directamente la diferencia entre el tratamiento psicológico y la condición de control en pacientes con niveles más graves y menos graves de depresión, Driessen et al. (2010) no encontraron que la diferencia tratamiento-control fuera significativamente distinta para los pacientes con depresión más grave que para los pacientes con depresión menos grave ($d = 0,39$ frente a $0,23$, respectivamente; $p = ,31$), siendo, además, ambas diferencias tratamiento-control estadísticamente significativas ($p = ,01$ y $p = ,03$, respectivamente). Es más, contrariamente a lo que defiende la idea errónea de que el tratamiento psicológico no es eficaz para la depresión grave, entre los estudios que en concreto hallaron que el tratamiento psicológico era significativamente superior a la condición de control y que compararon directamente esa diferencia en pacientes con niveles más graves y menos graves de depresión, Driessen et al. (2010) encontraron que la diferencia tratamiento-control fue significativamente mayor para los pacientes con depresión más grave que para los pacientes con depresión menos grave ($d = 0,63$ frente a $0,22$, respectivamente; $p = ,05$).

Sin embargo, el origen de la idea errónea de que los tratamientos psicológicos no son eficaces para los trastornos depresivos graves no parece estar basada en los estudios que comparan la eficacia de los tratamientos psicológicos para pacientes con distinto nivel de gravedad en su depresión, sino

que probablemente se remonta a algunos de los resultados del clásico estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin et al., 1995) que comparaban la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos frente a la medicación antidepressiva en pacientes con depresión grave. En este estudio se encontró que, entre los pacientes con depresión grave según la HRSD (con una puntuación pretratamiento ≥ 20), la medicación antidepressiva (la imipramina, un antidepressivo tricíclico) fue más eficaz que la TCC ($p < ,03$), obteniéndose en el postratamiento una puntuación media en la HRSD, ajustada por las puntuaciones pretratamiento, significativamente menor con la imipramina que con la TCC (14 frente a 10,7; DeRubeis, Gelfand, Taung y Simons, 1999). Sin embargo, estos resultados han sido muy cuestionados ya que, en primer lugar, en dicho estudio no estaba claro que se encontraran tales diferencias cuando la depresión se midió con el BDI (Elkin et al., 1995, pero véase DeRubeis et al., 1999). Efectivamente, según DeRubeis et al. (1999), entre los pacientes con depresión grave en el BDI (con una puntuación pretratamiento ≥ 30), la imipramina no fue más eficaz que la TCC, obteniéndose en el postratamiento una puntuación media en el BDI, ajustada por las puntuaciones pretratamiento, similar con la imipramina que con la TCC (17,5 frente a 18). En segundo lugar, en un seguimiento realizado a los 18 meses (Shea et al., 1992), no se encontraron diferencias entre la imipramina y la TCC en los beneficios terapéuticos obtenidos, independientemente de que tales beneficios fueran medidos con la HRSD o el BDI o lo fueran en pacientes con una depresión menos grave o más grave.

Pero más allá de los diferentes análisis realizados en el estudio del NIMH, lo importante es que estudios posteriores han confirmado que no existen diferencias entre la medicación antidepressiva y la TCC en cuanto a su eficacia en pacientes con trastorno depresivo mayor grave. Por ejemplo, DeRubeis et al. (1999) realizaron un metaanálisis de cuatro estudios realizados al respecto, incluyendo estudio del NIMH, es decir, un análisis sobre los datos originales de los pacientes con depresión grave de esos cuatro estudios. Los resultados de su metaanálisis indicaban que entre los pacientes con depresión grave, tanto según la HRSD (puntuación pretratamiento ≥ 20) como según el BDI (puntuación pretratamiento ≥ 30), la medicación antidepressiva no fue más eficaz que la TCC, obteniéndose en el postratamiento unas puntuaciones medias, ajustadas por las puntuaciones pretratamiento, similares en la HRSD (12,7 frente a 12,1), e incluso con una tendencia a una mayor eficacia de la TCC en el BDI (18 frente a 14,5), aunque en ambos casos las diferencias fueron estadísticamente no significativas ($p = ,67$ para la HRSD y $p = ,21$ para el BDI).

Más recientemente, en un metaanálisis de Weitz et al. (2015) sobre los datos individuales de los pacientes de 16 ensayos clínicos en los cuales se comparó la eficacia de la TCC y la medicación antidepressiva en un total de 1.700 pacientes ambulatorios con un trastorno depresivo diagnosticado, se encontró que la gravedad de la depresión no moderaba las diferencias entre ambos tratamientos en la reducción de síntomas



depresivos o en la probabilidad de respuesta o remisión tras dichos tratamientos. Por consiguiente, estos datos demuestran, tal y como concluían sus autores, que “no hay datos suficientes para recomendar la ADM [medicación antidepresiva] sobre la CBT [TCC] en pacientes ambulatorios en función únicamente de la gravedad en la línea base” (Weitz et al., 2015, p. 1108).

En definitiva, según la literatura científica actual: (a) los tratamientos psicológicos son iguales de eficaces para la depresión menos grave que para la más grave, y (b) la medicación antidepresiva y la TCC no difieren en su eficacia en el tratamiento agudo de los pacientes con trastorno depresivo mayor grave. Por tanto, la idea de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan solo en la leve o moderada, es FALSA, ya que es eficaz en todos los niveles de gravedad de la depresión y, en el caso de la TCC, es igual de eficaz para la depresión grave que la medicación antidepresiva.

La psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva

En algunos manuales de psiquiatría y psicopatología se afirma que la terapia farmacológica de larga duración es el único tratamiento que se ha mostrado eficaz para la prevención de las recaídas y recurrencias de la depresión; en otros, se cuestiona el papel de la psicoterapia en los tratamientos de continuación y mantenimiento dirigidos a la prevención de las recaídas/recurrencias de la depresión, y, finalmente, en otros, simplemente no se menciona a la psicoterapia cuando se exponen las alternativas para esos tratamientos (González Pinto et al., 2009; Vallejo Ruiloba, 2005; Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Por esta razón, es probable que a muchos profesionales clínicos les sorprenda saber que la idea de que la psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva es realmente una idea equivocada. Sin embargo, a pesar de que hay mucha menos investigación sobre los efectos preventivos de los tratamientos que sobre sus efectos agudos, la literatura científica actual sugiere claramente que la TCC es más eficaz para prevenir las recaídas y recurrencias de la depresión que la administración aguda de medicación antidepresiva, y que su eficacia en este aspecto es igual, o incluso mayor, que la administración continuada de medicación antidepresiva durante 6 o 12 meses adicionales tras la finalización del tratamiento agudo. Así, en un metaanálisis de Cuijpers, Hollon et al. (2013) se demostró que, entre los pacientes con un trastorno depresivo diagnosticado, aquellos tratados con TCC tenían, al año de haber acabado el tratamiento y de manera significativa, casi tres veces (OR = 2,6) más probabilidades de no sufrir una recaída o de haberse recuperado de la depresión que los pacientes tratados con antidepresivos, y casi dos veces (OR = 1,62) más probabilidades de no sufrir una recaída o de haberse recuperado que los pacientes tratados con antidepresivos de manera continuada durante 6 meses a un año, aunque esta última diferencia no alcanzó el nivel convencional de significación estadística ($p = ,07$).

Dada la escasez de investigación respecto a los efectos preventivos de los tratamientos, no es posible actualmente saber si esa superioridad que muestra la TCC es también generalizable

a otras terapias psicológicas que han demostrado empíricamente su eficacia en el tratamiento agudo de la depresión (p. ej., la terapia interpersonal). Sin embargo, es probable que esto sea así, ya que en un reciente metaanálisis sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para prevenir las recaídas en adultos que se habían recuperado de una depresión, tanto la TCC como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en la atención plena (*mindfulness*) consiguieron, a los 12 meses, una reducción significativa del 22% de las recaídas en comparación con las condiciones de control, entre las cuales se incluía el tratamiento habitual, el apoyo no específico y la evaluación continuada, pero también los fármacos antidepresivos (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny y Pilling, 2015). En cualquier caso, el hecho de que la TCC sí haya demostrado esa superioridad permite concluir que la idea de que la psicoterapia previene peor las recaídas y recurrencias que la medicación antidepresiva es FALSA, ya que al menos la TCC es más eficaz previniendo las recaídas y recurrencias de la depresión que el tratamiento agudo con medicación y, cuanto menos, es igual de eficaz que el tratamiento continuado con medicación.

El tratamiento de la depresión es largo

La idea de que el tratamiento de la depresión es largo es defendida por *DMedicina* basándose en los siguientes argumentos:

La terapia de una depresión mayor (grave) debe realizarse durante al menos un año. Esta duración se debe a que es una enfermedad recurrente (que vuelve a aparecer). Por eso cuando surge por primera vez, la terapia se prolonga un año y en las sucesivas recidivas (reapariciones de la enfermedad) aún serán más prolongadas. (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 5)

Es cierto que el trastorno depresivo mayor muestra una tasa muy elevada de recaídas y recurrencias. Entre el 40% y el 60% de los pacientes que han sufrido un primer episodio depresivo mayor, tendrán en el futuro al menos otro episodio, y, tras el segundo y tercer episodio, el riesgo de recaída o recurrencia asciende al 60 y 90%, respectivamente (Eaton et al., 2008; Solomon et al., 2000). También es cierto que para combatir esas elevadas tasas de recaídas/recurrencias, la continuación de la medicación antidepresiva durante al menos 6 meses tras la remisión de un episodio depresivo se ha mostrado eficaz, e incluso su continuación durante al menos 2 años si hay un riesgo muy alto de recaídas/recurrencias (p. ej., si se han sufrido dos o más episodios depresivos en el pasado reciente y durante los mismos se ha experimentado un deterioro funcional significativo) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

Sin embargo, las terapias psicológicas que actualmente se consideran eficaces para la depresión y que se mencionaron antes, son terapias breves que, habitualmente, se aplican en 16-20 sesiones, a razón de una sesión semanal, realizadas durante 3-4 meses. Por ejemplo, en el metaanálisis de Johnsen y Friborg (2015), la duración media de la TCC fue de aproximadamente 15 sesiones; en el de Cuijpers, Berking et al. (2013), casi dos tercios de los estudios aplicaron la TCC entre 8 y 16 sesiones, y, en el de Cuijpers et al. (2011), más del



70% de los estudios aplicaron la terapia interpersonal entre 8 y 16 sesiones.

Es más, tal y como se comentó en un punto anterior, la TCC tiene con esa corta duración o, como mucho, con la inclusión de 3 o 4 sesiones de refuerzo adicionales, efectos preventivos que reducen significativamente el riesgo de recaídas o recurrencias, de manera que su eficacia al respecto es igual, o incluso mayor, que la administración continuada de antidepressivos durante 6-12 meses adicionales. Por ejemplo, Hollon et al. (2005; DeRubeis et al., 2005) encontraron, en una muestra de pacientes con un trastorno depresivo mayor moderado o grave, que con 16 sesiones de TCC, el 58% de los pacientes mejoraron y, con tan solo 3 sesiones de TCC de refuerzo durante el siguiente año, el 69,2% de los pacientes que habían mejorado no recayeron a los dos años de haber finalizado el tratamiento inicial, porcentaje significativamente mayor que el encontrado entre los pacientes que habían recibido inicialmente medicación antidepressiva (23,8%), y también mayor, aunque no significativamente, que el encontrado entre los pacientes que además habían recibido medicación antidepressiva de forma continuada durante el siguiente año (52,8%).

En resumen, aunque el tratamiento psicológico de la depresión podría alargarse en función de las características del caso (p. ej., con una comorbilidad elevada y un deterioro funcional muy importante), habitualmente es un tratamiento corto y, por tanto, la idea de que el tratamiento de la depresión es largo es FALSA EN PARTE, al menos en lo tocante a la psicoterapia.

El psicólogo no es el profesional que trata la depresión

Los argumentos de *DMedicina* para defender la idea de que el psicólogo no es el profesional que trata la depresión son los siguientes:

El psicólogo puede hacerse cargo de los trastornos depresivos, un cuadro de alteraciones menos grave que la depresión. Esta es objeto de los psiquiatras, aunque los médicos de familia son los que detectan con más frecuencia la enfermedad (Redacción de *DMedicina*, 2015, párr. 11)

Más allá de la confusión respecto a las diferencias entre los conceptos de depresión, trastorno depresivo y trastorno depresivo mayor (García-Vera y Sanz, 2016), lo que subyace tras esa argumentación y otras mencionadas anteriormente son dos ideas erróneas. La primera, que los tratamientos psicológicos solo son eficaces para los trastornos depresivos leves o moderados, pero no para los graves (idea ya desmentida en el apartado 3). La segunda, que la depresión grave es una enfermedad y, por lo tanto, solo puede tratarse con fármacos y, por ende, solo la pueden tratar los médicos. Sin embargo, como ya se vio de forma más detallada en la primera parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2017), esta segunda idea es una hipótesis que no ha sido demostrada aun.

Incluso en algunos ámbitos psicológicos forenses y en el contexto de la discusión del famoso caso conocido como "Osheroff contra el Hospital Chesnut Lodge" (Klerman, 1990), los autores de este artículo tienen la experiencia de haber oído afirmaciones

del tipo "se puede demandar a un psicólogo o psiquiatra por tratar solo con psicoterapia un trastorno depresivo mayor". En 1982, un nefrólogo estadounidense llamado Raphael Osheroff y que sufría una depresión mayor, demandó al hospital en el que había estado recibiendo durante siete meses psicoterapia psicoanalítica intensiva (4 sesiones a la semana), porque esta terapia no le había hecho mejorar de su depresión y, por el contrario, sí había mejorado cuando fue posteriormente transferido a otro hospital y recibió medicación antidepressiva. Además, la demanda de Osheroff también estaba centrada en el hecho de que el hospital no le había dado información sobre otras alternativas terapéuticas para su trastorno y, en particular, sobre la medicación antidepressiva, incluso cuando después de siete meses la psicoterapia psicoanalítica no estaba funcionando (Klerman, 1990). Dejando al margen este último aspecto de la demanda relacionado con la falta de información, el estado actual de los conocimientos científicos permite afirmar que, hoy en día, no sería posible demandar a un psicólogo o psiquiatra por tratar un trastorno depresivo mayor únicamente con terapia psicológica, en concreto con una de las terapias mencionadas más arriba y que tienen un apoyo empírico fuerte respecto a su eficacia para la depresión. Estas terapias, en solitario, son un tratamiento de primera elección para el trastorno depresivo mayor. Esto no implica que no se pueda plantear una demanda a un profesional por no ofrecer al paciente información sobre otras alternativas terapéuticas, especialmente si el tratamiento no está funcionando, pero esta posibilidad hay que contemplarla tanto para la psicoterapia como para la medicación antidepressiva, y, por supuesto, eso no implica que, después de un tiempo razonable sin obtener los resultados esperados, no se deba modificar el tratamiento y utilizar otras alternativas terapéuticas eficaces como, por ejemplo, la combinación de psicoterapia y medicación antidepressiva. Sin embargo, esta modificación y esta combinación hay que contemplarlas, de nuevo, tanto cuando falla la psicoterapia como cuando lo hace la medicación.

En resumen, volviendo a la idea de que el psicólogo no es el profesional que trata la depresión, esta idea es FALSA, ya que, al contrario de lo que argumentaba *DMedicina*, la depresión es considerada actualmente un trastorno mental, no una enfermedad mental y, por tanto, también es objeto de atención de los psicólogos, los cuales, además, pueden hacerse cargo en solitario tanto de los trastornos depresivos menos graves como de los más graves. Por supuesto, el hecho de que esa idea sea falsa no implica que no haya otros profesionales de la salud mental, además del psicólogo, que pueden tratar la depresión, en concreto, los que menciona *DMedicina*: psiquiatras y médicos de familia.

CONCLUSIONES

Siguiendo la línea de su primera parte (Sanz y García-Vera, 2017), el presente trabajo pretendía analizar, a la luz de la literatura científica más actual, la veracidad de seis ideas sobre el tratamiento de la depresión que son defendidas en medios de comunicación de amplia difusión en Internet o en algunas guías de práctica clínica y manuales de psicopatología/psi-



quiatria de prestigio. De esas seis ideas, cinco eran, según la literatura científica actual, falsas, y la restante, falsa en parte (véase la tabla 1). Además, los argumentos en que se basaban esas ideas equivocadas del tratamiento de la depresión estaban plagados de errores, imprecisiones y datos desfasados.

El problema con estas discrepancias en ideas y argumentos entre lo que dice la literatura científica actual sobre el tratamiento de la depresión y lo que dicen algunos medios de comunicación, guías clínicas o manuales, es que estos últimos minusvaloran, e incluso desprestigian, la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión y, por tanto, colaboran en impedir que los pacientes accedan a un tratamiento adecuado para su depresión, ya que favorecen el que los propios pacientes no exijan un tratamiento psicológico o favorecen el que los médicos y psiquiatras no se lo ofrezcan o no les remitan a los profesionales adecuados para aplicarlo. Es más, esas ideas y sus argumentos fomentan, sin fundamento científico, la medicalización del tratamiento de los trastornos depresivos en detrimento de la aplicación de tratamientos psicológicos, incluso cuando estos, o al menos la TCC, tiene un perfil de eficacia mejor que el de la medicación antidepresiva: igualdad de eficacia en el tratamiento agudo, menores tasas de recaídas, menor riesgo de abandono precoz del tratamiento, menor duración y prácticamente ausencia de efectos adversos.

Como se discutía con más detalle en la primera parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2017), la constatación de que en Internet existen ideas equivocadas sobre el tratamiento de la depresión, incluso en portales y medios de comunicación especializados en información sanitaria, no debería resultar novedosa, aunque sí preocupante. Sin embargo, más novedosa y aún más preocupante debería resultar la constatación de que algunas de esas ideas equivocadas sobre el tratamiento de la depresión aparecen en guías clínicas y manuales de psicopatología o psiquiatría de referencia, ya que, además, estas guías y manuales suelen ser las fuentes primarias que respaldan la información que ofrecen los portales y medios de comunicación de Internet que tratan de seguir códigos de conducta para proteger a los ciudadanos de la información errónea sobre la salud.

En consecuencia, es importante que los autores de las guías clínicas y de los manuales sobre la depresión y su tratamiento estén al tanto de los últimos avances en ese ámbito, ya que en los últimos años la literatura científica al respecto ha crecido de manera considerable. Es más, es importante que los autores de esas guías y manuales estén dispuestos a cambiar sus ideas previas sobre la depresión y su tratamiento en función del conocimiento vigente y que sean conscientes de que este cambio a veces es difícil cuando dichos conocimientos no gustan o no coinciden con la propia práctica profesional actual. De hecho, existe a veces una gran inercia y una gran resistencia al cambio entre los especialistas, incluso aun siendo conocedores de los datos que avalan dicho cambio. Por ejemplo, respecto a la idea equivocada de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, es curioso que la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto del Sistema Nacional de Salud (Grupo de trabajo, 2014), aun reconociendo en sus argumentos que la TCC

es eficaz para la depresión grave, finalmente incida en esa idea equivocada y no recomiende la TCC como tratamiento en solitario para la depresión grave. En concreto, dicha guía (Grupo de trabajo, 2014, pp. 83-84, 88, 171) reconoce que “la TCC obtuvo puntuaciones similares al tratamiento farmacológico antidepresivo (fundamentalmente ISRS y ADT) en las escalas HRSD y BDI, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, mientras que a los 12 meses de tratamiento se observó cierta superioridad de la TCC”, que “la TCC presentó menor riesgo de discontinuación, en términos de abandono precoz del tratamiento, que el tratamiento antidepresivo farmacológico, y menores tasas de recaídas al año de seguimiento”, y que “no se observó ningún beneficio en añadir tratamiento antidepresivo a la TCC al finalizar el tratamiento o al mes”; además, dicha guía recomienda que “el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal” y que “debe considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales”. Sin embargo, al proponer su algoritmo terapéutico, la guía finalmente descarta la utilización de la TCC (o de otro tipo de psicoterapia) como tratamiento único para la depresión grave y tan solo recomienda para este tipo de depresión la utilización de medicación antidepresiva o de medicación combinada con TCC o terapia interpersonal. Es decir, la guía finalmente persiste en la idea equivocada de que la psicoterapia no es eficaz para la depresión grave, cuando, en función de los datos que en la propia guía se revisan y en función de los datos de la literatura científica actual, debería también recomendar la TCC como tratamiento único para la depresión grave.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*, 3^{er} ed. Recuperado de http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., y Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10, e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., y Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 39, 58-70. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2^{er} ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson,



- G., Markowitz, J. C., y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 581-592. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101411
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376-85. doi:10.1177/070674371305800702
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., y Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, e002542. doi:10.1136/bmjopen-2012-002542
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., y Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013. doi:10.1176/ajp.156.7.1007
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M.,..., y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., y Dekker, J. J. M. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 668-680. doi:10.1037/a0020570
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., y Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 513-520. doi:10.1001/archpsyc.65.5.513
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., y Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid: Pirámide.
- González Pinto, A., López Peña, P., y Zorrilla Martínez, I. (2009). Depresión unipolar y otras depresiones. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 325-343). Madrid: ENE Publicidad.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Guías de práctica clínica en el SNS*. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) y Consellería de Sanidade.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P.,..., y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417
- Johnsen, T. J., y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-768. doi:10.1037/bul0000015
- Klerman, G. L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409-418. doi:10.1176/ajp.147.4.409
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated edition*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk>
- Redacción de DMedicina (2015, 8 de septiembre). *Ideas equivocadas sobre la depresión*. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>
- Sanz, J. (2013). Evaluación de los trastornos del estado de ánimo en adultos: la depresión. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (Eds.), *Manual docente de psicología clínica legal y forense, 2ª ed., reimpresión* (vol. 2, pp. 165-227). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I) [Misconceptions about depression and its treatment (I)]. *Papeles del Psicólogo*, 38, 169-176. doi:10.23923/pap.psicol2017.2833.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F.,..., y Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100026006
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T.,..., y Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Vallejo Ruiloba, J. (Ed.). (2005). *Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Ars Medica.
- Vallejo, J., y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª ed.* (pp. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D.,..., y Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: an individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 1102-1109. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516



DEL LIBRO BLANCO DEL TÍTULO DE GRADO EN PSICOLOGÍA AL NEGOCIO DE LA DESESPERACIÓN: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA EN ESPAÑA DURANTE LA DÉCADA 2005-2015

FROM THE WHITE PAPER ON THE QUALIFICATION OF THE DEGREE IN PSYCHOLOGY TO THE BUSINESS OF DESPERATION: A QUANTITATIVE ANALYSIS OF PSYCHOLOGY STUDIES IN SPAIN OVER THE DECADE OF 2005-2015

Sergio Sánchez-Reales¹, Javier Prado-Abril², Felix Inchausti², Xacobe Fernández-García³, Carlos J. Losada⁴ y José Antonio Aldaz-Armendáriz⁵

¹Servicio Murciano de Salud. ²Servicio Navarro de Salud. ³Institut Municipal Serveis Personals de Badalona. ⁴Servicio Gallego de Salud. ⁵Servicio Aragónés de Salud

El proceso de convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior motivó la publicación del Libro Blanco del Título de Grado en Psicología (ANECA, 2005) donde se desglosa un análisis de la situación de los estudios de Psicología en España y se enumera una serie de recomendaciones para adecuar la titulación a los requisitos europeos. El presente trabajo pretende, diez años después, analizar el grado de implementación de las medidas y propuestas incluidas en el Libro Blanco, así como presentar modelos pronósticos en base a las tendencias observadas mediante análisis de series temporales. Los resultados muestran un incremento progresivo y constante de la oferta formativa, del número de nuevos centros donde se imparte el Grado de Psicología así como de otros indicadores estrechamente relacionados con dicho crecimiento. Por último, se discuten los posibles motivos y se reflexiona sobre el impacto en la precariedad laboral, las elevadas tasas de desempleo y las consecuencias nocivas para un modelo sostenible de la profesión.
Palabras Clave: Grado en Psicología, Libro Blanco, Desempleo, Expectativa profesional, Identidad profesional.

The process of convergence with the European Higher Education Area led to the publication of the White Paper on the qualification of the Degree in Psychology (ANECA, 2005) in which an extensive analysis was carried out of the situation of university studies in psychology in Spain and guidelines were produced to adapt the degree to the European requirements. Ten years later, the present paper aims to analyze the implementation rate of the guidelines included in the White Paper, as well as to develop prognostic models based on the trends observed using time series analyses. The results show a constant and progressive increase in the educational training offered, the number of new faculties, and other closely associated indicators related to this growth. Different explanations and reasons for these results are discussed. We also reflect on the detrimental impact on job security amongst psychologists, the high unemployment rates, and the negative consequences for a sustainable model of professional development.
Key Words: Psychology degree, White paper, Unemployment, Professional expectation, Professional identity.

La última década, en materia educativa, se ha caracterizado por el proceso de convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), cuya instauración en nuestro entorno supuso asumir cambios organizativos de gran calado en lo referido a la educación universitaria. Con anterioridad, y en previsión de la citada convergencia, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) promovió la II Convocatoria de Ayudas para el Diseño de Planes de Estudio y Títulos de Grado que, en el ámbito de la Psicología, cristalizó en la publicación del llamado *Libro Blanco del Título de Grado en Psicología* (ANECA, 2005). El concepto de *Libro Blanco* hace referencia a la elaboración de un documento, por lo general a instancias del Gobierno, en el que se describe una situación particular junto con los procesos y procedimientos que auxilian la toma de decisiones (Stelzner, 2006). Este concepto no es baladí ya que remite a documentos

donde se exponen propuestas para la futura legislación, orientando los cambios y ajustes pertinentes (e.g., British Parliament, 2016). No obstante, en nuestro caso particular y como señala la propia ANECA (2005), el *Libro Blanco* pretendió realizar una propuesta no vinculante, cuyo valor radica en servir como instrumento informativo y de reflexión ante las instancias universitarias y ministeriales implicadas en el proceso de toma de decisiones.

La Dra. Montserrat Freixa fue la responsable de la coordinación de un trabajo en el que tomaron parte hasta 31 centros que entonces impartían la titulación de Psicología (Freixa, 2005). El resultado, en palabras de la propia autora, fue: “un esfuerzo de reflexión acerca de lo que representa la formación en Psicología, que no había tenido lugar hasta el momento” (ANECA, 2005; p. 181). En síntesis, el documento analizó las características diferenciales de la formación en Psicología en España, diseñando una secuencia a seguir por las diferentes universidades en la adaptación del contenido curricular del grado de Psicología al EEES. Para ello, se estableció como punto de partida el análisis de la situación de los estudios de

Recibido: 26 marzo 2017 - Aceptado: 8 junio 2017

Correspondencia: Sergio Sánchez-Reales. CSM Jumilla, Servicio Murciano de Salud. Calle Infante Don Fadrique 1. 30528 Jumilla. Murcia. España. E-mail: s_sanchez_reales@hotmail.com



Psicología en Europa, detallando las similitudes y diferencias con el modelo español que ya entonces presentaba una notable idiosincrasia respecto al resto de países de nuestro entorno. Por ejemplo, España era el único de los países estudiados que capacitaba para el ejercicio profesional desde el título de licenciado; en cambio, en Europa se tendía a planes de estudio de 3 años que no permitían el ejercicio profesional ni, en consecuencia, la inserción en el mercado laboral. En segundo lugar, el *Libro Blanco* profundiza en otras cuestiones fundamentales, como la demanda social de la formación y la inserción laboral de los egresados de Psicología. Por aquel entonces, Psicología presentaba la tercera mayor demanda de matrículas de entre todas las licenciaturas, con una absorción de la misma en torno al 30%, apuntando una ligera tendencia decreciente en la matriculación en universidad pública pero creciente en la privada, y un destacadísimo desequilibrio entre nuevas matriculaciones y número final de egresados (Hernández Gordillo, 2003; Gil Roales-Nieto, 2005). En relación al nivel de inserción laboral, por ejemplo, el informe recoge un índice de inserción aproximado del 80% a los tres años de la finalización de los estudios, caracterizando a los licenciados en psicología como profesionales versátiles que en torno al 50-60% ejerce con funciones propias de la psicología. El documento destaca, sin embargo, que únicamente en un 20-25% de las ocasiones a los egresados de Psicología se les ha requerido su titulación universitaria. Por último, en aquel tiempo, el ritmo de crecimiento del número de colegiados era continuo y la precariedad laboral, definida por el tipo de contratación y los emolumentos, la característica principal de las condiciones laborales.

El *Libro Blanco* enumera las competencias necesarias para conseguir el título de Graduado en Psicología, reconociendo explícitamente la confusión entre competencias y conocimientos académicos en la fundamentación de los estudios de Psicología (ANECA, 2005). Por tanto, no se aclara en forma alguna la relación entre competencias de naturaleza académica y otro tipo de competencias, como las de naturaleza aplicada y profesional. No obstante, se intentó consensuar las competencias necesarias que debían adquirirse en el nivel de Grado, diferenciándolas de las que deben desarrollarse posteriormente durante el postgrado. La propuesta final plantea que la formación para adquirir competencias va a tener lugar en dos niveles (grado-postgrado), incidiendo en la secuencialidad de la adquisición de competencias profesionales: *“La capacitación profesional plena debería depender de la formación recibida a través del postgrado”* (ANECA, 2005; p. 185). Por lo tanto, el *Libro Blanco* ya apunta a la necesidad de ampliar los estudios más allá de la obtención del título de grado, mediante la formación de postgrado, para obtener competencias profesionales plenas.

Siguiendo la lógica del proyecto, el *Libro Blanco* concreta los objetivos de la titulación y su relación con los bloques de contenidos formativos del futuro plan de estudios que esboza un grado de carácter fundamentalmente generalista en el que *“se pretende que el estudiante adquiera los fundamentos científicos de la disciplina y las competencias específicas y transversales*

que le permitan su incorporación al mercado laboral” (ANECA, 2005; p. 149). Como todos conocemos, *“se propone un título de grado generalista de 4 años (240 créditos europeos), con el fin de dar al título un carácter profesionalizador básico, de acuerdo con lo planteado en el Decreto de grado y en la normativa vigente de nuestro país. En aquellos países en los que el grado se ha planteado con una duración de 3 años (180 créditos europeos) se deja claro que este título no prepara para el ejercicio profesional independiente como psicólogo, es decir, sin supervisión”* (ANECA, 2005; p. 162).

Finalmente, el *Libro Blanco* realiza una serie de propuestas a modo de recomendaciones que se derivan de la situación analizada. Una de las más destacadas aborda específicamente la cuestión del tamaño de la oferta formativa en Psicología señalando lo *“excesivo y desajustado”* del volumen de estudiantes y profesionales existentes en España (ANECA, 2005; p. 65). Motivo por el que propone explícitamente la reducción del número de alumnos que acceden a la titulación. Varios datos justificaban entonces la propuesta; por una parte, el tamaño del alumnado, 55.590 alumnos en el curso académico 2004-05, y por otra, el elevado índice de fracaso académico, superior al 50%. Dichas cifras se entendían como incompatibles con la propuesta de calidad que se desprendía de la convergencia con el EEES, que planteaba una educación universitaria más personalizada e individualizada (ANECA, 2005). Por otra parte, los indicadores de inserción laboral señalaban que *“la oferta de licenciados y la demanda real de dichos profesionales en la sociedad no están equilibradas”* (ANECA, 2005; p. 183). El propio documento esboza un posible origen de esta coyuntura al relacionarla con la elevada demanda social de la titulación que convierte a la licenciatura en psicología en *“una titulación política, social y económicamente rentable que ha dado lugar a la proliferación de Facultades de Psicología en las universidades españolas. Este hecho no ha ocurrido normalmente en el resto de Europa”* (ANECA, 2005; p. 182). Los autores, por lo tanto, no dudan en enfatizar la idoneidad y necesidad de establecer *“numerus clausus”* (ANECA, 2005; p. 65). Abordar la elevada tasa de fracaso académico y restringir el número de estudiantes se señalaba como esencial para lograr converger con los criterios de excelencia formativa delineados por el EEES, así como para mejorar las tasas de inserción laboral de los egresados. En consecuencia, 10 años después, el propósito del presente trabajo consiste en analizar el grado de implementación de las medidas y propuestas del *Libro Blanco* hasta el 2015, y presentar modelos de pronóstico en base a las tendencias. Con estos objetivos, se recopilan y presentan datos similares a los contemplados en el *Libro Blanco*, analizando la tendencia de los últimos 10 años en cuanto al número de matriculados, egresados, profesores universitarios y demandantes de empleo en el ámbito de la Psicología.

MÉTODO

Procedimiento

Para valorar el nivel de aplicación de las medidas propuestas en el *Libro Blanco* se analiza la evolución de las variables que



dieron lugar a las mismas entre los cursos académicos 2005-06 y 2015-16. En este sentido, se tienen en cuenta: a) el número de centros donde se imparte el Grado de Psicología en España; b) el número de matriculados y egresados en Psicología procedentes de estos centros; c) el número de profesores universitarios y la ratio profesor-alumno en las universidades públicas; d) la ratio de alumnos matriculados por egresados; y e) los demandantes de empleo como psicólogo según organismos oficiales.

La recogida de datos se realizó en enero de 2016. La información relacionada con las variables universitarias fue extraída de las correspondientes bases de datos anuales del Instituto Nacional de Estadística (2012), del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2016a) y de trabajos previos realizados sobre esta temática (Hernández Gordillo, 2003; Sardiña, 2014). Los datos referentes a demandantes de empleo proceden del *Servicio Público de Empleo Estatal* (SEPE, 2017), adscrito al *Ministerio de Empleo* del Gobierno de España. Esta institución comenzó a ofrecer oficialmente la serie desde septiembre de 2009.

Análisis estadísticos

El análisis descriptivo de las series temporales se basa en la tasa de variación de las distintas variables consideradas en los cursos académicos desde 2005-06 hasta 2015-16. La tasa media de variación se calculó a partir de la media geométrica de los valores de las series temporales. El análisis de la tendencia de las series se estima mediante procedimientos de regresión curvilínea y el coeficiente de determinación, éste último para cuantificar la bondad de ajuste de la estimación de la tendencia. Los modelos de predicción para las series temporales se llevaron a cabo para las variables "Matriculados Universitarios en Psicología", "Egresados en Psicología" y "Demandantes de Empleo como Psicólogo" en el SEPE. Para proponer modelos de pronósticos se utilizan los datos de matriculados disponibles desde el curso académico 1980-81, mientras que en el caso de los egresados se consideran datos desde el curso académico 1987-88 hasta el presente, procedentes de las fuentes arriba señaladas.

Para la realización de los pronósticos de series temporales se utilizaron modelos autorregresivos integrados de medias móviles (ARIMA), así como de suavizado exponencial (Box, Jenkins, y Reinsel, 2008; Gardner, 1985). Los modelos ARIMA (p ; d ; q) utilizados difieren: (1) en el número de parámetros autorregresivos utilizados (p), (2) en el número de diferenciaciones empleadas (d), y (3) en el orden de las medias móviles en el proceso (q). Por otra parte, se consideran tres modelos de suavizado exponencial, que ponderan observaciones recientes de forma exponencialmente más alta que las observaciones remotas. Tres parámetros generales caracterizan a estos modelos: (1), que refiere el peso relativo dado a las observaciones más recientes frente a la media general de la serie, (2), que controla el peso relativo dado a las observaciones recientes en la estimación de la tendencia de la serie en el momento actual y (3), que controla el peso relativo dado a las observaciones recientes

en la estimación de la estacionalidad actual. Los modelos de alisado considerados fueron el modelo de Brown para series temporales no estacionales de tendencia lineal y el modelo de Holt. El modelo de Winters se consideró en los casos en los que se objetivaban variaciones estacionales (Gardner, 1985; Hyndman y Athanasopoulos, 2013). En todos los cálculos, los modelos de pronóstico seleccionados corresponden a aquellos que optimizan la bondad de ajuste como criterio principal (Billah, King, Snyder, y Koehler, 2006; Gardner y Dannenbring, 1980).

Se realizan análisis preliminares de las series temporales previo cálculo de modelos pronósticos. Cuando fue preciso, el estudio de la estacionalidad se realizó a partir de correlogramas, periodogramas, función de autocorrelación, autocorrelación parcial y análisis de los índices estacionales. Se consideró el box-plot en el estudio de la relación entre nivel y variabilidad (formulación de un modelo aditivo versus sumativo). En todos los casos, la aleatoriedad e independencia de los errores se consideró a partir del estadístico Ljung-Box-Q. Como indicadores de bondad de ajuste en la construcción del modelo de predicción se emplean la R^2 estacionaria, la raíz del error cuadrático medio (RMSE), el error absoluto medio (MAE), el porcentaje de error medio absoluto (MAPE), el error máximo absoluto (MaxAE) y el porcentaje de error máximo absoluto (MaxAPE) (Box et al., 2008). Una vez seleccionado el modelo de predicción, se realiza el pronóstico de evolución a 3 años de las variables estudiadas, señalando un intervalo de confianza del 95% en los valores pronosticados.

Todos los cálculos del presente trabajo de investigación han sido realizados mediante el programa estadístico SPSS versión 17 (SPSS Inc., 2008). Por razones de ahorro, en la representación de los datos en gráficos o tablas, los cursos académicos se denominarán por el año de inicio del mismo.

RESULTADOS

Número y naturaleza de los centros donde se imparte el Grado de Psicología en España entre 2005 y 2015

Desde el año 2005, se incrementa el número total de centros donde se imparte el Grado de Psicología en España desde 33 hasta 52, lo que supone un incremento del 57% en una década (Figura 1). Este incremento es más acentuado para los centros adscritos a universidades privadas, que pasaron de 10 a 23, lo que supone un crecimiento del 130%. Respecto a los centros adscritos a universidades públicas, el incremento es de 23 en el curso 2005-06 a 29 en el curso 2015-16, lo que supone un crecimiento del 26,08%.

Número de estudiantes matriculados entre los cursos 2005-06 y 2015-16

El espacio sombreado de la Figura 2 recoge los datos referentes a la serie de estudiantes matriculados en los centros donde se imparte el Grado de Psicología entre los cursos 2005-06 y 2015-16, distinguiendo matriculaciones en universidad pública, privada y matriculación total. La variable Matriculación Total es una serie temporal no estacionaria, carente



de efectos estacionales, de tendencia lineal y creciente, siendo la recta $TM(t)=51.829,06+270,35t$ ($F_{(1,9)}= 47,25$; $p<0,01$) la que presenta mejor ajuste ($R^2=0,84$) a los datos de la serie. La media a lo largo de la serie considerada es de 62.977,81 ($DT=6.724,10$). La variable oscila desde las 55.979 matriculaciones del curso 2005-06 hasta las 70.077 del curso 2015-16, una variación del 25,18% entre extremos de la serie. La tasa media de variación de la Matriculación Total a lo largo de la década se situó en el 2,06% anual.

La Matriculación en Universidad Pública presenta una media de 53.565,45 ($DT=5.528,18$) alumnos por año académico. La tasa de variación de la matriculación entre los extremos de la serie señala un incremento del 18,95%, desde las 49.046 matriculas a las 58.340. Se trata de una serie temporal no estacionaria, sin efectos estacionales y tendencia creciente. La tendencia de la serie se optimiza ($R^2=0,74$.) en la recta $MPu(t)=4.4952,51+1.435,49t$ ($F_{(1,9)}= 25,84$; $p=0,01$). La tasa media de variación anual de la variable durante la década ascendió hasta el 1,45%.

La Matriculación en Universidad Privada presenta una media de 9.412,36 ($DT=1.435,57$) alumnos por año durante la década analizada. Durante este tiempo, las matrículas evolucionaron desde las 6.933 a las 11.737, lo cual representa una tasa de variación del 69,29%. Se trata de una serie temporal no estacionaria, carente de efectos estacionales, de tendencia creciente, optimizada ($R^2=0,95$) en la función $MPr(t)=6.876,54+422,63t$ ($F_{(1,9)}= 184,11$; $p<0,01$). La tasa media de variación anual de la Matriculación en Universidad Privada ascendió hasta el 6,02%.

De entre los modelos de predicción de las series temporales considerados en el método, el que presenta un mejor ajuste fue un modelo ARIMA (1,1,0). La bondad de ajuste mediante R^2 estacionaria es de 0,54, con una MAPE de 3,53% y una MAxAPE del 19,48%. El pronóstico a tres cursos académicos supera los 70.000 alumnos por año, aproximándose a los 75.000 en el curso 2018-19. La Tabla 1 resume las características estadísticas del modelo, predicción e intervalos de confianza al 95% (IC 95%), representado en la Figura 2.

FIGURA 1
CENTROS DONDE SE IMPARTE EL GRADO DE PSICOLOGÍA EN ESPAÑA ENTRE 2005-2015

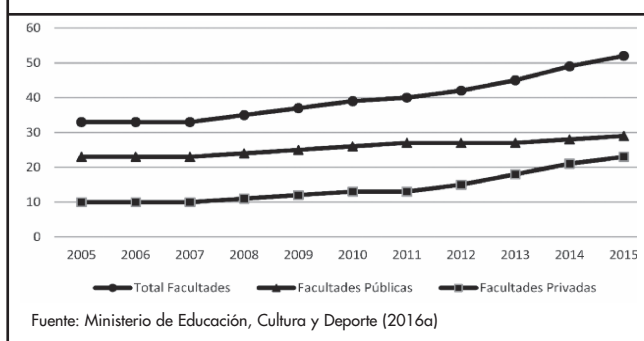
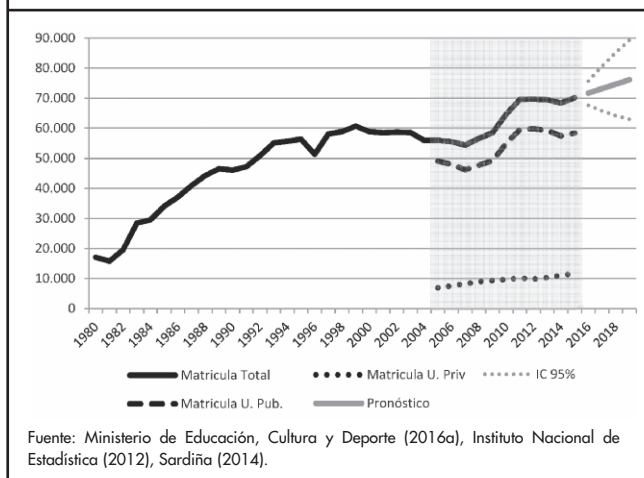


FIGURA 2
MATRICULACIÓN EN PSICOLOGÍA DESDE 1980-81



Estudiantes egresados entre los cursos 2005-06 y 2014-15

La serie temporal de egresados en el momento en el que se realiza la recogida dispone de datos entre los cursos 2005-06 y 2014-15 (Figura 3, espacio sombreado). En relación al Total de Egresados, durante la década analizada la media anual es de 6.297,70, con una desviación típica de 1.126,57. Los cursos extremos de la serie señalan una diferencia de 1.353 egresados, evolucionando desde los iniciales 5.815 a los 7.168 egresados del curso 2014-15, lo cual supone una tasa de variación del 23,26% entre ambas fechas. La representación de los datos muestra una serie de comportamiento no estacionaria, con dos cambios de tendencia, en general, de naturaleza creciente. El ajuste al modelo de tendencia óptimo ($R^2=0,61$) respondió a la recta $ET(t)=4.657,13+293,07t$ ($F_{(1,8)}=12,50$; $p<0,01$). La tasa media de variación anual durante la década analizada creció hasta el 2,12%.

En relación a los Egresados de la Universidad Pública, la media durante la década analizada se sitúa en 5.459,80 ($DT=974,10$). Los extremos de la serie señalan una diferencia de 728 egresados, evolucionando desde los iniciales 5.447 a los 6.175 egresados por año del curso 2014-15, lo que refleja una tasa de variación del 17,15%. De forma similar a la serie general, se trata de una serie temporal no estacionaria, de comportamiento anómalo, con dos cambios de tendencia durante la última década. El ajuste al modelo de tendencia óptimo ($R^2=0,52$) responde a la recta $EPu(t)=4.174,86 +233,62 t$ ($F_{(1,8)}= 8,92$; $p=0,02$). La tasa media de variación anual durante la década en relación al número total de Egresados en la Universidad Pública es del 1,45%.

El promedio anual de alumnos Egresados de la Universidad Privada fue de 809,20 ($DT=194,71$). Los extremos de la serie señalan una diferencia de 496 egresados, evolucionando desde los iniciales 524 a los 993 egresados por año, lo que refleja una tasa de variación del 89,50%. A nivel descriptivo, es una serie temporal no estacionaria, carente de efectos estacionales, de tendencia lineal creciente, siendo la recta

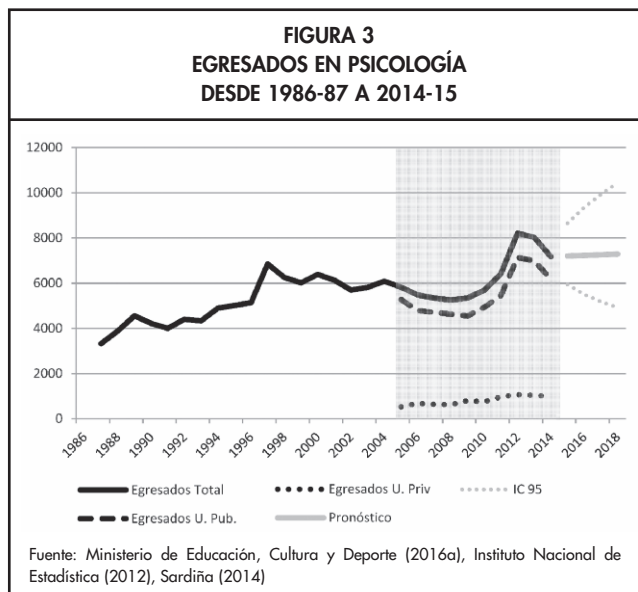


$EPr(t)=482,27+59,44t$ ($F_{(1,8)}=49,92$; $p<0,01$) la que presenta mejor ajuste ($R^2=0,85$) a los datos de la serie. La tasa media de variación anual durante la década en relación al número total de egresados asciende hasta el 7,92%.

De entre los modelos de predicción de la series temporales considerados en el método, el que presenta un mejor ajuste fue un modelo ARIMA (0,1,0). La bondad de ajuste mediante R^2 estacionaria es de 0,19, con una MAPE de 6,90% y una MaxAPE del 21,52%. Los pronósticos hasta el curso académico 2018-19 superan los 7.200 egresados, mostrando una serie bastante estabilizada, aunque la horquilla de valores del intervalo de confianza es bastante amplia. La Tabla 1 enumera las características del modelo, junto a las predicciones e intervalos de confianza, representado en Figura 2.

Recursos en los centros públicos donde se imparte el Grado de Psicología en España: Número de profesores contratados, ratio Alumnos/Profesor entre los cursos 2005-06 y 2014-15

Tal como refleja la Figura 4, durante la década analizada el



**TABLA 1
MODELOS DE PRONÓSTICO DE LAS VARIABLES ANALIZADAS**

Curso	Matriculación ^a (Δ)	Matriculación IC95%	Egresados ^a (Δ)	Egresados IC95%	Demandantes Empleo ^b ** (Δ)	Demandantes Empleo ^b ** IC95%
2005	55979 (0)	51219,02-59305,80	5815 (0)	5040,41-7338,83	--	--
2006	55523 (-0,81)	52612,87-60699,65	5476 (-5,83)	4819,14-7016,65	--	--
2007	54391 (-2,04)	51902,66-59989,45	5337 (-2,54)	4538,20-6607,60	--	--
2008	56561 (3,99)	50408,89-58495,67	5249 (-1,65)	4423,00-6439,87	--	--
2009	58492 (3,41)	54346,02-62432,80	5342 (1,77)	4350,07-6333,69	16017,00	15575,15-16489,51
2010	64665 (10,55)	56149,11-64235,89	5682 (6,36)	4427,14-6445,91	16818,25 (5,00)	16353,45-17,267,81
2011	69571 (7,59)	64592,30-72679,08	6413 (12,87)	4708,92-6856,17	19175,50 (14,01)	18679,26-19593,62
2012	69650 (0,11)	68820,24-76907,02	8206 (27,96)	5314,73-7738,23	22083,83 (15,16)	21595,83-22510,18
2013	69476 (-0,25)	66315,98-74402,76	8022 (-2,24)	6800,66-9901,74	23262,25 (5,33)	22939,45-23853,80
2014	68371 (-1,59)	66006,58-74093,36	7168 (-10,65)	6648,17-9679,72	22362,58 (-3,87)	21946,48-22860,83
2015	70077 (2,5)	64403,34-72490,12	7197,99*	5940,43-8649,25*	21657,92 (-3,16)	21143,12-22057,47
2016	71657,09*	67613,70-75700,48*	7228,11*	5495,74-9349,10*	21275,00 (-1,77)	20797,13-21711,48
2017	73169,80*	65761,73-80577,86*	7258,36*	5177,22-9924,28*	21499,46*	19895,91-23103,01*
2018	74646,44*	64200,03-85092,86*	--	--	21641,75*	17186,02-26097,47*
2019	--	--	--	--	21514,57*	14475,25-28553,30*
R ² Estac.	0,540		0,190		0,189	
R ²	0,981		0,798		0,991	
RMSE	1999,593		535,268		229,937	
MAE	1472,830		399,822		186,813	
MAPE	3,533		6,907		0,908	
MaxAE	4472,497		1766,166		601,442	
MaxAPE	19,484		21,523		11,028	

Nota: * Valor pronosticado
 ** Los datos de demanda de empleo, de naturaleza mensual, se resumen como media anual
 Δ Tasa de Variación respecto a año previo.
 IC95% Intervalo de Confianza al 95% de probabilidad
 Fuente: ^aMinisterio de Educación, Cultura y Deporte (2016a), ^bSEPE (2017)



número total de personal docente de psicología ascendió de 3.308 a 3.826 en el curso 2014-15; esto es, un ascenso de 520 docentes lo que supone un incremento del 15,65% entre los valores extremos de la serie. Durante este periodo, la media de docentes se situó en los 3.745,70 ($DT=279,59$). La serie es temporal no estacionaria, sin efectos estacionales y de tendencia creciente, con dos cambios de tendencia. La ecuación de regresión que presentó mejor bondad de ajuste ($R^2=0,70$) a la tendencia fue $PPu(t)=3.264,21+318,77 \ln(t)$ ($F_{(1,8)}= 18,53$; $p<0,01$).

FIGURA 4
PROFESORES UNIVERSITARIOS Y RATIO ALUMNO/PROFESOR EN UNIVERSIDAD PÚBLICA

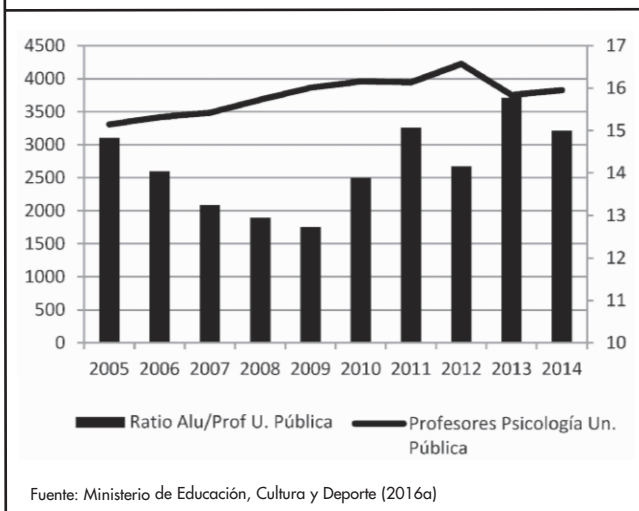
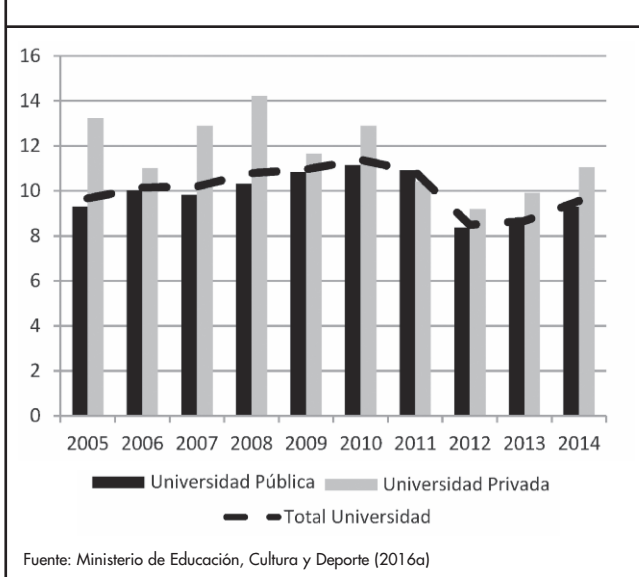


FIGURA 5
RATIO EGRESADOS/MATRICULADOS ENTRE 2005-06 Y 2014-15



La ratio alumno por docente en la universidad pública oscila entre valores de 13 y 16 alumnos por docente siendo la media 14,17 ($DT=1,00$). La tasa media de variación anual durante la década en relación al número de profesores universitario en la universidad pública fue del 1,68%.

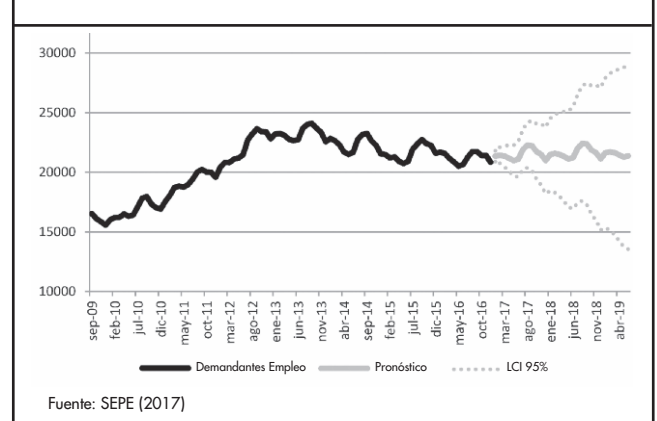
Indicadores de fracaso académico: Ratio egresados/matriculados entre los cursos 2005-06 y 2014-15

Hasta el curso académico 2014-15, para el Total de Universidades, la diferencia en la ratio de egresados/matriculados en los cursos extremos de la serie es de 0,12, lo cual representa una tasa de variación negativa del -1,24%. La tasa media de variación anual es de -0,83%. En el caso de la Universidad Pública, la ratio es 9,3, exactamente la misma en ambos valores extremos de la serie, con una tasa media de variación anual de -0,01%. Respecto a la Universidad Privada, la ratio egresados/matriculados desciende desde los 13,23 hasta los 11,05, una tasa de variación del 16,45% entre los extremos de la serie; es decir, una tasa media de variación anual del 1,85%. La evolución de la variable en la década analizada se representa en la Figura 5.

Mercado laboral: Demanda de empleo como psicólogo en el Servicio Público de Empleo Estatal

La Figura 6 recoge el número de demandantes de empleo como psicólogo desde septiembre de 2009 hasta el final del año 2016, un total de 88 registros mensuales. Durante este periodo, el promedio de demandantes es de 20.718,83 ($DT=2.372,31$). La serie parte desde los 16.534 demandantes de empleo y finaliza en los 21.411 de noviembre de 2016, lo cual representa una tasa de variación del 29,49% entre los extremos de la serie, y una tasa media de variación mensual del 0,27%. Respecto al rango la serie, esta encuentra su valor mínimo en diciembre de 2009, con 15.572 demandantes frente al máximo de 24.090 demandantes en septiembre de 2013.

FIGURA 6
DEMANDANTES DE EMPLEO COMO PSICÓLOGOS DESDE SEPTIEMBRE DE 2009 HASTA DICIEMBRE DE 2017





Como confirma la comparación de medias a través del ANOVA y el box-plot, el comportamiento de la serie es complejo, con tendencia positiva y mayor inestabilidad hasta finales del año 2013, punto de inflexión que inicia una tendencia descendente que se estabiliza en torno al nivel de los 21.000 demandantes en los años 2015 y 2016. Frente al resto de las comparaciones anuales del promedio de demandantes, no existen diferencias significativas en el número de demandantes entre los años 2015 y 2016 (HSD de Tuckey $p=0,22$). El análisis de la estacionalidad puso de manifiesto un sensible incremento en la demanda durante los meses de verano (julio, agosto y septiembre). La ecuación de regresión que presentó mejor bondad de ajuste ($R^2=0,87$) a la tendencia de la serie fue $DEP(t)=14.414,76+295,46t-2,61t^2$.

El modelo de predicción que optimiza la bondad de ajuste a la serie temporal es el alisado estacional de Winters ($\alpha 0,97$; $\beta 0,06$; $\gamma 0,97$). La Tabla 1 describe el modelo de pronóstico propuesto limitado, por razones de espacio, a medias anuales. El modelo presenta una R^2 estacionaria de 0,19, con una MAPE de 0,91% y una MAxAPE del 3,21%. Este modelo asume una tendencia lineal y una variación estacional sumativa. El pronóstico, limitado hasta el sexto mes del año 2019 (fecha en la que finalizaría el curso académico 2018-19), muestra una serie estabilizada en torno a los 21.000 demandantes de empleo. La Figura 6 representa el pronóstico propuesto.

DISCUSIÓN

El presente estudio ha pretendido profundizar de forma cuantitativa en la implementación del conjunto de medidas derivadas de las conclusiones enumeradas en el *Libro Blanco* (ANECA, 2005), así como presentar modelos de pronóstico en base a las tendencias. A la luz de los resultados, sobresale una clara discrepancia entre lo recomendado en dicho documento y las medidas adoptadas en cuanto a la oferta docente y al crecimiento del número de graduados. En la última década, marcada en lo económico por una de las mayores crisis económicas de la historia de España, se ha experimentado un incremento superior al 26% en el número total de centros donde se imparte el Grado de Psicología, un 130% en las de naturaleza privada, lo cual caracteriza la década 2005-15 como una de las más fructíferas en este sentido. Similarmente, el número de alumnos matriculados evolucionó con una tasa de incremento anual superior al 2%, por encima del 6% en el caso de la matriculación en universidades privadas.

A pesar de la exigencia del EEES, el incremento de la plantilla docente de la última década no ha mejorado ni los indicadores de calidad en la enseñanza (al menos, en la universidad pública) ni los de fracaso académico. De hecho, estudios recientes confirman que el paso de la licenciatura al grado ni mejora ni empeora la formación recibida (Ramiro-Sánchez, Paz Bermúdez y Buela-Casal, 2016), aspectos que cuestionan la eficacia del salto al EEES. El comportamiento de las cifras de egresados, con una tendencia decreciente al inicio de la serie, finaliza la década con tasas de crecimiento superiores al 2%, y próximas al 8% en universidades privadas, instigados por el

efecto de extinción del título de licenciado alrededor del curso académico 2011-12. El éxito de este crecimiento ha sido tal que, en el curso 2014-15, más de 1 de cada 4 (27,72%) de los alumnos matriculados en cualquier carrera adscrita a la rama sanitaria eran de Psicología (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2016b), una cifra que anuncia limitaciones en la generalización al mercado trabajo. Actualmente, los demandantes de empleo como psicólogos representan más de tres generaciones completas de egresados. Los modelos pronósticos propuestos anticipan el mantenimiento de la tendencia previa: a finales de la década actual, las matriculaciones se situarán por encima de los 75.000 matriculados anuales, con una serie de egresados estabilizada en torno a los 7.500 anuales y de demandantes de empleo estabilizada alrededor de los 21.000 profesionales. Esta propuesta es conservadora si tenemos en cuenta datos obviados como la próxima incorporación de dos nuevos centros privados donde se imparte el Grado de Psicología (Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila y Universidad Europea Miguel de Cervantes) o la aceleración de la tasa de variación anual de la primera matrícula en la carrera en 2015-16, que ascendió hasta el 6,74% (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2016a). Los modelos mejoraron el ajuste sobre predicciones realizadas en base a medidas promedio, no obstante, el propio comportamiento de las variables modelizadas no permite grandes cifras en parámetros de ajuste de la predicción.

Este escenario coincide con cualquiera de los realizados previamente, tanto desde propuestas académicas (ANECA, 2005; Gil Roales-Nieto, 2005) como profesionales (Hernández Gordillo, 2003; González-Blanch, 2015). En otras palabras, a pesar de que todos los sectores son conscientes del diagnóstico y propuestas de intervención, esto es, la reducción del número de alumnos para equilibrar el acceso al mercado de trabajo a corto y medio plazo, la pasividad cómplice desde los estamentos decisores impulsa la coyuntura hacia estadios de mayor gravedad. Es preocupante no encontrar visos de corrección en la actualidad. La proliferación de centros continuará a corto plazo. La solución propuesta por los sectores de mayor visibilidad y capacidad para ejercer la presión política, principalmente los sectores académico y estudiantil, además del propio colegio profesional (Comunicado del Foro de la Psicología, 2017; Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas, 2016, CEP-PIE, 2016; Vera, 2017), pasa por regulaciones específicas y estudios de máster para cada una de las ramas de la disciplina. Esta solución consideramos que mantendrá e incluso incrementará el problema a corto, medio y largo plazo.

La última década muestra una apuesta de la política universitaria por el crecimiento de los estudios de Psicología. La lectura del *Libro Blanco* vincula este crecimiento a la propia demanda del estudio, la escasa inversión requerida y a los réditos de naturaleza política y social en su desarrollo. Por ejemplo, durante la reciente I Jornada de la División de Psicología Clínica y de la Salud: *Actualidad y retos*, organizada por el Consejo General de la Psicología, el Dr. Núñez Partido, en representación de la Junta Directiva de la Conferencia de Decanos de Psicología de



las Universidades Españolas, profundizaba de forma meridiana en esta rentabilidad con las siguientes palabras: “como los alumnos dan dinero [...] lógicamente parar eso [el número de alumnos] ahora mismo, con este nivel de demanda, es como pretender cerrar una tienda de caramelos que está siendo un éxito” (ver en Consejo General de la Psicología, 2016, 1:12:41; Núñez Partido, 2016). Estas palabras describen un sistema de formación universitario centrado en la consolidación del poder de la propia facultad de psicología en el acceso a recursos frente a amenazas internas (diferentes facultades dentro de la misma universidad) y externas (competencia frente a otras facultades de psicología) a través del incremento de la oferta de estudios. Si bien es comprensible la aspiración de cualquier organización a sobrevivir en un entorno competitivo, no lo es la aspiración al crecimiento por el crecimiento al margen de la responsabilidad social de la Universidad. Genera desconcierto que la propia universidad entienda el problema como ajeno a la dinámica profesional; el propio Dr. Núñez Partido añade lo siguiente aludiendo a la reducción del número de estudiantes mediante números clausus: “...no es razonable, no es práctico y no tiene sentido. Puede que esto no beneficie a los colectivos profesionales, pero pararlo no lo veo plausible...” (Consejo General de la Psicología, 2016, 1:13:00).

Recientemente, Terry Eagleton (2017) describe el proceso de decadencia global de las universidades como uno de los acontecimientos trascendentales de nuestra época. Este autor señala la transición de las universidades desde centros de la crítica humana a meros órganos de mercado, valoradas en función del impacto económico que genera su actividad (pp. 168-169). Estas condiciones imponen una función básica de soporte económico al rol propio del alumno. Crecimientos como el analizado, describen un sistema universitario mercantilizado que corre el riesgo de alejarse de la búsqueda del conocimiento, de la excelencia, de la investigación, distorsionando en última instancia el desarrollo profesional que justifica su existencia. Esta hipertrofia necesita incorporar progresivamente más alumnos para mantener la dinámica económica, cristalizando en un funcionamiento decadente que pone en jaque a la demanda profesional real que no es proporcional y en riesgo de colapso a la disciplina misma.

La universidad, por lo tanto, impresiona de asumir una visión escindida entre aspectos formativos y profesionales que compromete al desarrollo de la disciplina en su conjunto, actuando como un “generador de conflictos” (Carrobes, 2015; González-Blanch, 2015; Prado-Abril, Sánchez-Reales, y Aldaz-Armendáriz, 2014; Sánchez-Reales, Prado-Abril, y Aldaz-Armendáriz, 2013). Esto viene, además, alimentado por un discurso frecuente en los foros universitarios y colegiales que transmite expectativas distorsionadas sobre el mercado laboral y las posibilidades de inserción en el mismo, junto con la devaluación del título de Especialista en Psicología Clínica –título que, recordemos, se obtiene fuera del contexto universitario, mediante el sistema de residencia en el Sistema Nacional de Salud, con contrato de trabajo y remuneración económica–, a la vez que se disimulan las limitaciones propias al grado

enumeradas en el propio *Libro Blanco* (ANECA, 2005; Almen-dros et al., 2017; Molins, 2017; Infocop, 2017). Desde nuestro punto de vista, entendemos como prioritaria la gestión de las expectativas del alumnado en base a la realidad, el desarrollo de competencias y su encaje en el mercado laboral como variables básicas y relevantes en la composición de una oferta formativa universitaria de calidad, moral y ética para la sociedad en la que se insertará el egresado.

No obstante, hemos de reconocer el valor intrínseco a la propia titulación, independiente de variables como la demanda real en el mercado de trabajo o respecto a la propia retribución económica del ejercicio frente a profesiones que exigen el mismo o incluso menor nivel de preparación (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Prueba de ello es que la década analizada ha intensificado el crecimiento del sector universitario privado en psicología hasta más allá del doble de su tamaño. Actualmente, la demanda en el grado de psicología continúa superando la oferta formativa, generando las condiciones para un mercado amplio que garantiza cubrir la oferta ofrecida, motivación fundamental que atrae la participación de la iniciativa privada. Frente al interés particular, entendemos que cualquier decisión de una parte de la profesión que afecte a otros ámbitos de la disciplina, ha de ser considerada y consensuada con el conjunto de los agentes participantes en la misma. Cualquier alternativa distinta a esta solución genera desequilibrios que arriesgan la salud general de la Psicología.

En el presente, estos desequilibrios se representan en el crecimiento asimétrico de las distintas ramas de la profesión. Por ejemplo, entre los cursos académicos 2005-06 y 2014-15, la plantilla docente en la universidad pública se incrementó en 520 docentes, hasta un total de 3.826, mientras que el Sistema Nacional de Salud, que atiende al global de la población española, únicamente formó a 1.213 residentes en psicología clínica, de los cuales solo algo más del 50% se habrán desempeñado en la sanidad pública a los 3 años de terminar la especialidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). La prosperidad académica descrita, en un escenario de constantes regulaciones del ejercicio profesional ha dado lugar a enfrentamientos entre sectores de la psicología por competencias y ámbitos de actuación en los que es necesario una inversión complementaria en formación para aspirar a la inserción laboral. Más allá del peso específico del sector docente en organismos políticos y de toma de decisiones (un porcentaje elevado de los miembros del Consejo General del COP presenta vinculaciones con instituciones universitarias), esta situación refuerza a lo formativo y académico como una de las principales salidas profesionales. El exceso de profesionales o el incipiente intrusismo frente a las regulaciones profesionales completan un panorama profesional de franca descomposición, en el que las consecuencias inmediatas son precariedad laboral y la denigración del significado de lo que es ser psicólogo. No son datos tolerables en absoluto para una disciplina que aspira a encontrar reconocimiento social. Es preciso, sin embargo, señalar que el establecimiento de “*numerus clausus*” en los estudios de



Psicología para regular la oferta formativa, como ya ocurre por ejemplo en Medicina, chocaría con la visión de una parte de la sociedad que considera que cerrar estos accesos va en contra del derecho a la formación de los ciudadanos y que las políticas universitarias no deben regirse por los designios del mercado laboral. Esta cuestión sin duda pone de relieve la necesidad de iniciar un debate profundo en la profesión que consiga aunar ambas posturas; es decir, tanto el derecho a la formación de los ciudadanos como el derecho al trabajo digno de los profesionales de la Psicología.

Entre las limitaciones del presente estudio destaca la calidad de los datos empleados en la variable demandantes de empleo como psicólogo. Somos conscientes que no es una variable exhaustiva, en el sentido de que no todas las personas que alcanzan su titulación profesionalizante demandan trabajo en instituciones oficiales. Hemos recogido datos accesibles ofrecidos por instituciones públicas, por lo que el cálculo de predicciones ha de ser entendido como una aproximación al panorama real más que como un reflejo de la situación. Por otra parte, cabe destacar que el comportamiento de las variables aquí analizadas puede estar influenciado por diversos factores externos de carácter político, administrativo o social que no se han tenido en cuenta. Por ejemplo, este trabajo no ha examinado la evolución del resto de titulaciones universitarias como consecuencia del proceso de descentralización de las competencias educativas a las Comunidades Autónomas, ni del proceso de acomodación al EEES.

CONCLUSIONES

El análisis del *Libro Blanco*, a pesar del paso del tiempo, ofrece conclusiones y propuestas contemporáneas ante lo reiterativo de una situación que lejos de haber mejorado se ha agravado. Ante esta dinámica, nos preguntamos a qué responde que algunas de las propuestas del texto se hayan seguido estrictamente mientras que otras han sido ignoradas sistemáticamente. Profundizar sobre los beneficiados de la situación puede ayudar a esclarecer el lugar donde solicitar responsabilidades.

Como ya se adelantaba en otro trabajo (Fernández-García, Sánchez-Reales, Prado-Abril, Carreras, Gimeno-Peón y Bermúdez-Míguez, 2017), la gestión de la riqueza y polivalencia de la psicología se revelan como asuntos controvertidos y de difícil manejo. Una de las mayores riquezas de la disciplina radica en el interés de nuestra cultura por el comportamiento, lo que hace de la carrera en psicología una aspiración personal y profesional muy frecuente. Si tenemos en cuenta el bajo coste de la inversión necesaria, la formación en psicología rinde rédito político, económico y social, prueba de ello son las escasas universidades que carecen de facultad de Psicología. En cambio, el mercado laboral presenta indicadores radicalmente opuestos respecto a su funcionamiento, un total de demandantes de empleo por encima de tres promociones completas de egresados convierten una elección inicialmente atractiva en una fuente de frustración y desesperación, para muchos, crónica. Deseamos sacar a debate el ámbito de los números, sin ol-

vidar que tras las cifras hay personas. No es posible elaborar una solución a la coyuntura que no contemple el compromiso de todos los sectores de la disciplina hacia una propuesta sostenible de profesión. Las sinergias derivadas del crecimiento excesivo del sector de la formación dan lugar en la actualidad a lobbies de presión que ponen en riesgo este desarrollo sostenible y el equilibrio interno. Se está construyendo una burbuja de la formación que desvaloriza al propio título, donde la alternativa es la obtención de más títulos para diferenciarse del resto de aspirantes, bosquejando un lucrativo negocio de la desesperación.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). *Libro Blanco del Título del Grado en Psicología*. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, desde http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psi_cologia_def.pdf
- Almendros, C., Carroles, J.A., Costa, M. Godoy, J.F., López, E., Olivares, J... Vallejo, M.A. (noviembre de 2016). *Consideraciones sobre la propuesta de Itinerario secuenciado: Grado en Psicología + Master PGS + PIR*. Seminario Interuniversitario para el Progreso de la Psicología y la Calidad de la Atención Psicológica. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 11 de Marzo de 2017, desde <http://www.infocop.es/pdf/ConsideracionesitinerarioSIPPC-AP2017.pdf>
- Billah, B., King, M.L., Snyder, R.D., & Koehler, A.B. (2006). Exponential smoothing model selection for forecasting. *International Journal of Forecasting*, 22(2), 239-247.
- Box, G.E.P., Jenkins, G.M., & Reinsel, G.C. (2008). *Time series analysis: forecasting and control*, (4ª Ed.). New Jersey: Wiley.
- Carroles, J. A. (2015). Presente y futuro de la Psicología Clínica y Sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 19-32.
- CEP-PIE (2016). *Comunicado del colectivo de estudiantes de psicología sobre defensa del itinerario Grado-PIR*. Recuperado el 14 de noviembre de 2016 desde: <http://www.ceppie.org/wp-content/uploads/2012/07/Ratificaci%C3%B3n-del-Comunicado-del-CEP-PIE-sobre-defensa-Grado-PIR.pdf>
- Comunicado del Foro de la Psicología (26 de Enero de 2017). *Infocop*. Recuperado el 20 de febrero de 2017 desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6626&cat=9
- Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas, (2016). Conclusiones/ Acuerdos. Reunión Ordinaria de la Conferencia de Decanos de Psicología. Madrid, 17 y 18 de noviembre de 2016. Recuperado el 27 de noviembre de 2016 desde: http://www.cdpu.es/wp-content/uploads/2016/03/16-11-17_18-Madrid-Acuerdos-CDPUE.pdf



- Consejo General de la Psicología, (8 de Noviembre de 2016). *Mesa Redonda: La formación sanitaria de los profesionales de la Psicología* [archivo de video]. Recuperado desde <https://www.youtube.com/watch?v=sB9pWCvS3YY&t=1s>
- Eagleton, T. (2017). *Cultura*. Barcelona: Taurus.
- Fernández-García, X., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Carreras, B., Gimeno-Peón, A., & Bermúdez-Míguez, S. (2017). Nuevas controversias en Psicología Sanitaria: Un análisis libre de ruido. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 189-200.
- Freixa, M. (2005). El espacio europeo de Educación Superior en Psicología: Memoria de los inicios de un proceso. *Anuario de Psicología*, 36(2), 225-229.
- Gardner, E.S. (1985). Exponential smoothing: the state of the art. *Journal of Forecasting*, 4(1), 1-28.
- Gardner, E.S., & Dannenbring, D.G. (1980). Forecasting with exponential smoothing: some guidelines for model selection. *Decision Sciences* 11(2), 370-383.
- Gil Roales-Nieto J. (2005). Los estudios universitarios de Psicología en España. Análisis de su distribución geográfica, de la relación oferta-demanda y de la movilidad del alumnado. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 265-308.
- González-Blanch, C. (2015). La Psicología Clínica después de la Psicología General Sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles Del Psicólogo*, 36(1), 9-18.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España. Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- Hyndman, R.J., & Athanasopoulos, G. (2013). *Forecasting: principles and practice*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2014, desde <https://www.otexts.org/book/fpp>.
- Infocop (10 de marzo de 2017). Aclaraciones del decano del COP Cataluña al artículo "El psicólogo en el diván". Recuperado el 11 de Marzo de 2017 desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6694
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Estadística de enseñanza universitaria* [Base de datos]. Recuperado el 2 de febrero de 2017, desde http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176744&menu=resultados&idp=1254735573113
- Instituto Nacional de Estadística (2015). *Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios* [Base de datos]. Recuperado el 20 de febrero de 2017 desde http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176991&menu=ultiDatos&idp=1254735976597
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2016a). *Estadísticas universitarias* [Base de datos]. Recuperado el 2 de febrero de 2017, desde <https://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/estadisticas.html>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2016b). *Serie de estudiantes. Evolución de los estudiantes matriculados y egresados por titulación. Cursos 2008 a 2015* [Base de datos]. Recuperado el 2 de febrero de 2017, desde <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/estadisticas/alumnado/Series.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2014). *Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la Formación Sanitaria Especializada entre 2009 y 2012*. Recuperado el 20 de febrero de 2017 desde <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/EstudioFSE20092012.pdf>
- Molins, A. (21 de febrero de 2017). El psicólogo en el diván. La Vanguardia. Recuperado el 11 de Marzo de 2017 desde <http://www.lavanguardia.com/edicion-impresa/20170221/42187330955/el-psicologo-en-el-divan.html>
- Núñez Partido, P. (octubre, 2016). En Santolaya Ochando, F. (Presidencia). *La formación sanitaria de los profesionales de la Psicología*. Mesa redonda llevada a cabo en la I Jornada de la División de Psicología Clínica y de la Salud: Actualidad y retos. Madrid, España.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., & Aldaz-Armendáriz, J. A. (2014). Psicología sanitaria: En busca de identidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 153-160.
- Ramiro-Sánchez, T., Paz Bermudez, M. P., & Buela Casal G. (2016). Titulación de Psicología en el EEES: comparación entre licenciados y graduados españoles. *Revista de psicodidáctica*, 21(1), 175-189.
- Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Aldaz-Armendáriz, J. A. (2014). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: Una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(1), 189-200.
- Sardiña, J. (noviembre de 2014). Series de datos de Psicología. Poster presentado en las XIX Jornadas da sección de Psicología e Saúde do Colexio Oficial de Psicología de Galicia: "Xénero e identidade: olladas desde a clínica". Colexio Oficial de Psicología de Galicia. Pontevedra.
- SEPE (2017). *Información mensual de mercado de trabajo de titulados universitarios* [Base de datos]. Recuperado el 2 de febrero de 2017, desde <http://www.sepe.es/indiceTitulaciones/indiceTitulaciones.d?tipo=titulados&idioma=es>
- SPSS Inc. (2008). *SPSS Statistics for Windows, Version 17.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Stelzner, M. (2007). *Writing White Papers: How to capture readers and keep them engaged*. Poway, California: WhitePaperSource Publishing.
- UK Parliament, (2016). *White Papers - Glossary page*. Recuperado el 15 de diciembre de 2016 de <http://www.parliament.uk/site-information/glossary/white-paper/>
- Vera Martínez, M.M. (10 de marzo de 2017). En Quintana, M. (Presidencia). *Acreditación en Neuropsicología Clínica y Ejercicio Profesional*. Mesa llevada a cabo en el IX Congreso Nacional de Neuropsicología: Red de Redes. Barcelona, España.



UTILIDAD DE LA BATERÍA LURIA DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS

THE UTILITY OF THE LURIA BATTERY FOR NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ADULTS

Laura Rueda-Revé¹, Israel Contador¹, Bernardino Fernández-Calvo², Francisco Ramos¹,
Dionisio Manga³ y Alberto Villarejo⁴

¹Universidad de Salamanca. ²Universidad de Paraíba, Brasil. ³Universidad de León. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre

Actualmente existen diferentes herramientas basadas en el enfoque de evaluación neuropsicológica de Luria, pero los datos empíricos sobre las poblaciones españolas son limitados. El objetivo principal de este estudio es revisar evidencias científicas sobre las propiedades psicométricas del Luria Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Luria DNA). Este estudio agregativo revisa sistemáticamente 14 investigaciones científicas (artículos y tesis doctorales) utilizando la "Luria DNA". De acuerdo con esta revisión, la batería "Luria DNA" permite detectar cambios neuropsicológicos en personas con diferentes tipos de patologías y discapacidad intelectual. Sin embargo, las evidencias normativas y clínicas son aún escasas. Se hacen necesarias futuras investigaciones para aclarar la sensibilidad y la especificidad de esta batería para discriminar entre personas mayores con deterioro cognitivo y personas cognitivamente sanas.
Palabras Clave: Neuropsicología, Evaluación, Luria, Luria DNA, Revisión.

Currently there are various tools based on Luria's neuropsychological assessment approach, but the empirical data on Spanish populations are limited. The main objective of this study is to review the scientific evidence on the psychometric properties of the Luria Spanish Battery for the Neuropsychological Diagnosis of Adults (Luria DNA). This aggregative study systematically reviews 14 scientific investigations (articles and doctoral dissertations) that use the Luria DNA. According to this review, the Luria DNA battery allows the detection of neuropsychological changes in people with different types of pathologies and intellectual disability. However, the normative evidence and clinical data are still scarce. Further investigations are needed in order to clarify the sensitivity and specificity of this battery in discriminating between older individuals with cognitive impairment and those that are cognitively healthy.

Key words: Neuropsychology, Assessment, Luria, Luria DNA, Review.

La neuropsicología estudia las relaciones entre el cerebro y la actividad cognitiva en personas sanas y aquellas que presentan algún tipo de daño cerebral (Ardila y Rosselli, 2007). Uno de los principales objetivos de la neuropsicología es la evaluación de fortalezas y debilidades relacionadas con el perfil cognitivo (Manga y Ramos, 1999; Herreras, 2008), que puede realizarse desde diferentes paradigmas de estudio. Por un lado, el paradigma conductual, más cualitativo, se interesa por cómo el evaluado resuelve las diferentes tareas que se le van presentando. Por otro lado, el paradigma psicométrico busca una evaluación estandarizada, lo que aporta algunas ventajas metodológicas; sin embargo, en ocasiones carece de un sustento teórico definido (Sergui, 2003).

El enfoque de Alexander Romanovich Luria (1902-1977) hizo posible el desarrollo del método de investigación clínica basada en el estudio de caso. Este autor trabajó junto a Vi-

gotsky (1886-1934) y ambos avanzaron hacia una reformulación de los conceptos de "localización" y "función", dando paso a una nueva perspectiva sobre las relaciones cerebro-conducta (Peña-Casanova y Pàmies, 1985). Luria es uno de los padres de la neuropsicología moderna y su teoría de los tres bloques o sistemas funcionales del cerebro ha sido uno de los pilares más importantes de esta disciplina (Tupper, 1999a). Este autor congenió la influencia de diferentes paradigmas y sus mayores aportaciones a la neuropsicología fueron las siguientes (véase Cole, 2005): a) la propuesta teórica de los tres bloques funcionales corticales y su organización en sistemas cerebrales; b) los sistemas funcionales incluyen la organización cultural del ambiente como clave constituyente de los mismos; c) la necesidad de un método de evaluación que combinara teoría y práctica. Luria defiende que el funcionamiento cerebral superior existe gracias a la interacción de estructuras cerebrales diferenciadas, cada una de las cuales hacen un aporte específico propio al todo dinámico y participa en el funcionamiento del sistema cumpliendo funciones propias. Este planteamiento difiere de los modelos localizacionistas, de la neurología clásica, y el psicométrico (Bilder, 2011).

Recibido: 1 junio 2017 - Aceptado: 12 junio 2017

Correspondencia: Francisco Ramos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced 109-131. 37005 Salamanca. España. E-mail: frc@usal.es



Según Luria (1980) pueden diferenciarse tres sistemas funcionales: el bloque de la activación, cuya estructura representativa es la formación reticular y se encarga de regular el estado de activación en el cerebro (i.e. nivel de alerta, el tono de la corteza y el estado de vigilia); el bloque funcional de los "inputs", que se encuentra a nivel cortical en los lóbulos parietal, temporal y occipital, encargados de la recepción, procesamiento y almacén de la información sensorial. Este bloque se organiza según la ley de estructura jerárquica y de especificidad decreciente: con una estructura de áreas primarias (recepción de la información), secundarias (codificación) y terciarias ("outputs"), siendo estas últimas las que ya no son específicas de una modalidad sensorial (son supramodales). Finalmente, el bloque funcional de la programación conductual, intencionalidad y control de la actividad (e.g., atención y la concentración), que está asociado con la actividad de las zonas corticales más anteriores del cerebro, por encima de la cisura de Rolando. El sistema es autoregulatorio, una vez el cerebro ha realizado una acción, juzga los resultados en relación con el plan básico, y termina la acción cuando ha completado satisfactoriamente el programa (Luria, 1980).

Esta perspectiva permite predecir que la probabilidad de daño cognitivo es consecuencia de una lesión en una zona específica correspondiente a un bloque funcional concreto. De esta forma, una lesión en las áreas del tronco del encéfalo o del sistema reticular (primer bloque) provocaría con mayor probabilidad un deterioro en ese estado de vigilia, una pérdida de la selectividad o de la discriminación de estímulos. Con respecto al segundo bloque, una lesión en las áreas primarias supondrá un deterioro sensorial de una modalidad específica; en las secundarias, la lesión probablemente provocará una pérdida de la capacidad de análisis y un deterioro en la codificación, así como una desorganización conductual cuando el daño está en las áreas terciarias de este segundo bloque funcional. Finalmente, en el tercer bloque funcional convergerá con mayor probabilidad en una alteración de la conducta intencional, una pérdida de la iniciativa y una incapacidad para la expresión del pensamiento (Ardila y Ostrosky-Solis, 1991; Manga y Ramos, 2000; Xomskaya, 2002).

Esta teoría de las unidades funcionales supone un recurso educativo para explicar el funcionamiento cerebral (Tupper, 1999a), disponiendo de un gran apoyo empírico basado en técnicas de neuroimagen (Ardila y Bernal, 2007; Cagigas y Bilder, 2009; Palchaska y Kaczmarck, 2012), con las que se ha contrastado su utilidad para estudiar las fases del sueño (Arnoldo y Sánchez, 2016). La teoría de Luria ha sido la base de teorías cognitivas posteriores sobre el procesamiento en paralelo y redes neuronales (Tupper, 1999b), siendo el tercer bloque funcional el germen del concepto de funciones ejecutivas (Ardila, 2008). Sus planteamientos originales han avanzado hacia el denominado Neuro-lurianismo (Ardila, 1995), sobre la que se construyó el Test Barcelona (Peña-Cassanova, 1991), y se reformulan en teorías neuropsicológicas (Atención, Simultaneidad y Procesamiento Su-

cesivo y Planificación) sobre la inteligencia (Das, 1999). Finalmente, destacar que la teoría de los tres bloques funcionales de Luria es actualizada por Mesulam (2000), que defiende la organización de sistemas funcionales en diferentes niveles del Sistema Nervioso Central. Así, las funciones cognitivas dependen de redes neuronales y cada región cerebral está integrada en diferentes redes neuronales que sustentan procesos cognitivos. En muchas ocasiones, lesiones en diferentes lugares provocarán el mismo déficit cognitivo o lesiones en un único punto, donde confluyan varias redes neurales, puede suscitar un trastorno en diferentes funciones cognitivas.

Baterías Neuropsicológicas en español

La perspectiva neuropsicológica de Luria se basa en el análisis sindrómico con un enfoque eminentemente clínico (Tupper, 1999b; Cole, 2005). Las características del examen neuropsicológico de Luria podrían resumirse en la orientación al proceso cognitivo subyacente a la tarea, la aproximación cualitativa al caso, una administración centrada en el paciente y comprobación de hipótesis neuropsicológicas (Bornschlegl y Petermann, 2013). Así, el examen neuropsicológico se concibe como un estudio adaptado al paciente (i.e., no estandarizado) de modo que no es tan importante la prueba específica *per se* sino el modo de administración para descubrir cuáles son los procesos cognitivos afectados (Deegener, Dietel, Kassel, Matthai y Nödl, 1992).

La influencia de la teoría de Luria y su método de evaluación es muy amplia. La primera prueba desarrollada desde la teoría de Luria fue la batería "Luria- Christensen" (1975), que sistematizó las pruebas que Luria usaba en sus evaluaciones. Por otro lado, Golden, Purisch, y Hammeke (1979) desarrollaron la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska, traducida y adaptada para España y América Latina (Ardila, 1999), con 269 ítems, distribuidos en 11 escalas (duración: dos y tres horas), para personas a partir de los quince años (Golden, Purisch, y Hammeke, 1979). Sin embargo, esta batería no ha logrado una correcta adaptación del método original cualitativo propuesto, ya que se da prioridad a la cantidad de pruebas realizadas y no al correcto análisis de errores. Otras pruebas que caben destacar basadas en el método de Luria son: "Luria Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos" (Luria DNA; Manga y Ramos, 2000), "Kaplan Baycrest Neurocognitive Assessment" (KBNA; Leach, 2000) y Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure (K-SNAP; Kaufman, 1994).

La Luria DNA es la única batería de adultos hispana con validación en castellano, ya que las baterías Luria Diagnóstico Neuropsicológico Infantil (Luria DNI; Manga y Ramos, 1991) y Luria Inicial (Manga y Ramos, 2006) están enfocadas a la población infantil. La KBNA (Leach, 2000) es una batería destinada a edades comprendidas entre los 20 y 89 años, cuyos test combinan la neurología comportamental y la aproximación neuropsicológica. Las grandes áreas de eva-



luación que contempla son la atención-concentración, la memoria inmediata y demorada, el procesamiento espacial, la fluencia verbal, y el razonamiento. En el caso de la K-SNAP (Kaufman, 1994), es una batería de tres niveles de complejidad para la evaluación de individuos con una edad comprendida entre los 11 y 85 años y se usa como evaluación cognitiva rápida o como parte de un proceso más complejo de la evaluación neuropsicológica.

La batería Luria DNA es una batería que aúna la perspectiva cualitativa y cuantitativa (compuesta por 8 subtest - dos por cada área explorada) y la prueba de atención (Manga y Ramos, 2000; Osmon, 1989). Fue desarrollada por Manga y Ramos (2000) a partir del material de Christensen (1978). La puntuación máxima de la batería es de 229 puntos con duración de unos cincuenta minutos y está destinada para el diagnóstico de adultos y niños a partir de los siete años. Las áreas que explora son las siguientes: 1) área visoespacial: evalúa funciones visuales superiores; 2) área de lenguaje: pone a prueba la producción y comprensión del habla; 3) área de memoria: compuesta por un conjunto de pruebas ligadas a percepción y formas intelectuales complejas; 4) área de procesos intelectuales: evalúa actividad constructiva y deterioro intelectual general; 5) prueba de atención: compuesto por un conjunto de ítems sobre el estado de alerta, la atención selectiva, la capacidad de distracción, la atención focalizada y la interferencia.

La batería considera una serie de *vacilaciones* para sistematizar las observaciones cualitativas mientras se resuelve un ítem. Este concepto hace referencia a la realización del ítem correctamente pero en condiciones especiales, éstas se categorizan en tres tipos y deben ser especificadas de la siguiente manera: A) Vacilación de imprecisión: cualquier duda, titubeo, imprecisiones o correcciones válidas dentro del tiempo asignado; B) Vacilación de atención: en algunos ítems en los que no se especifique lo contrario, se puede repetir las instrucciones si se ha observado falta de atención en el sujeto o si éste lo solicita; C) Vacilación de tiempo: a no ser que en el ítem se diga otra cosa, no se conceden más de 10 segundos para una respuesta. Una contestación fuera del tiempo puntúa como correcta si así lo es, pero se anota este tipo de vacilación.

El objetivo principal de este estudio es revisar evidencias científicas sobre las propiedades psicométricas del Luria Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Luria DNA) en la población española adulta.

MÉTODO

Materiales

Este estudio pretende recopilar información de modo agregativo sobre el uso de la Batería Luria DNA en la población española. Se han revisado un total de 14 estudios donde se utilizó la Batería Luria DNA para la evaluación neuropsicológica. De ellos, tres fueron estudios normativos en población sana, cuatro

estudios de caso, tres tesis doctorales, dos estudios de grupo caso-control, uno sobre población clínica y uno de intervención con diseño pre-post, todos ellos, resumidos en la Tabla 1.

Procedimiento

Se realizaron diferentes búsquedas en las bases de datos PsycInfo, PubMed y Google Scholar utilizando los términos "Luria DNA" & "Evaluación Neuropsicológica" (or Neuropsychological Assessment). Google Scholar fue la única base con bibliografía disponible. En total se encontraron 260 resultados y, de ellos, 31 eran estudios realizados con población adulta.

Dentro de los 31 estudios, sólo 17 resultaron ser estudios en los que se usó la Batería Luria DNA. Además, se incluyó una tesis doctoral de la base Teseo que no apareció en la búsqueda y sólo se tuvieron en cuenta aquellos trabajos con grupo control que incluyeran participantes sanos. Se excluyeron aquellos trabajos meramente descriptivos, sin grupos equiparados, orientados al estudio de problemas de índole psicosocial (e.g., maltrato; Torres García 2014) o patologías periféricas (Jurado-Gámez, Guglielmi, Gude, y Buela-Casal, 2016). Todos los estudios encontrados aparecen en la tabla 1.

Análisis de la información

Se estructuró la información en los siguientes bloques: estudios normativos en población sana, personas que han sufrido daño cerebral (déficit funcional adquirido), trastornos psiquiátricos, trastornos del neurodesarrollo (personas que han nacido con un déficit funcional) y estudios sobre la eficacia de planes de rehabilitación en personas con Parkinson y con discapacidad intelectual.

RESULTADOS

Estudios de validez en personas sanas

La batería cuenta con datos normativos validados en España para diferentes niveles educativos (BUP, estudiantes cursando estudios universitarios y ya graduados) y ejemplos de casos de análisis clínicos neuropsicológicos. Además de análisis de la fiabilidad test-retest (.83) y validez concurrente con la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (véase Manga y Ramos, 2000).

Bausela-Herreras (2007a) y Herreras (2007ab) realizó un estudio en estudiantes universitarios ($N = 115$, 83.5 % mujeres) donde encontró: a) la estructura factorial de la batería Luria DNA está formada por cinco factores con una varianza explicada del 79.33%; b) la batería Luria DNA tiene una adecuada validez convergente con la escala de inteligencia Wechsler abreviada (Bausela-Herreras, 2007b y Herreras, 2010a), encontrándose índices de correlación moderados entre las áreas de la Luria DNA y los subtest del WAIS III ($r = .69$), las áreas de la Luria DNA y las escalas ($r = .57$), así como con los factores del WAIS III ($r = .652$). La correlación entre el área de memoria (Luria-DNA) y el factor memoria de trabajo (WAIS-III) fue $r = .441$,



**TABLA 1
RESUMEN DE LOS ESTUDIOS REVISADOS**

Estudio	Objetivo	Muestra	Socio-demográficas	Grupo Control	Resultados
Estudios normativos Bausela-Herreras (2007), Herreras (2010)	Estudio factorial, validez concurrente	115 estudiantes universitarios	Un 74.8% entre 19-24 años, 17.4% entre 25-30 años y el resto entre 31 y 48 años.	No	5 factores (79.3% de varianza explicada) adecuada validez concurrente con WAIS.
Estudios en personas con enfermedad neurológica Bausela-Herreras (2009) y Herreras (2010)	Estudio del déficit neuropsicológico y curva de aprendizaje	15 pacientes con daño cerebral frontal con diferente etiopatogenia: traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular y neuropsiquiátricos (esquizofrenia)	Desconocido	No	Atenuación de la curva de aprendizaje. Mayor puntuación en lenguaje, menor puntuación en memoria y control atencional. Mayor presencia de vacilaciones de atención y de precisión.
Bausela-Herreras (2009)	Estudio de casos sobre el perfil cognitivo de dos personas con daño cerebral	Hombre de 35 años y hombre de 70 años	52.5 años	No	Hombre de 35 años tenía afectadas las áreas de atención, memoria y actividad conceptual y hombre de 70 la memoria lógica.
Zamora y Rivera (2012)	Estudio de caso	Daño cerebral de diversa etiología y localización	29.3 años (6 hombres y 2 mujeres)	No	Concordancia resultados de la Luria DNA y zonas cerebrales dañadas.
Estrada (2014)	Perfil cognitivo	7 pacientes con Esclerosis Múltiple, divididos en dos grupos: cuatro pacientes con un daño cerebral mayor y otro con tres pacientes con menor afectación	37 años (2 hombres y 5 mujeres)	No	Alteraciones significativas en percepción visual con respecto a la normalidad.
Pacientes psiquiátricos García-Pérez et al. (2011, 2012)	Rendimiento neuropsicológico	149 participantes en tratamiento combinado con antipsicóticos	38.5 años (38.7% mujeres) con estudios de bachillerato (42%)	No	Puntuaciones más bajas que el promedio de personas sin afectación mental en la subprueba de control atencional. El inicio tardío se asocia con peores puntuaciones en percepción visual. Enfermos de aparición temprana puntúan más bajo en dibujos temáticos (procesos intelectuales).
Herreras (2007)	Estudio de caso	Trastorno de personalidad	19 años (un hombre) con la Educación Secundaria Obligatoria	No	Neuroticismo y psicoticismo se asocia a dificultades de inhibición y <i>working memory</i> .
Antoraz, Vicente, Moreo y Recio (2004)	Rendimiento cognitivo	30 participantes: 6 con síndrome de Asperger, 18 con Esquizofrenia y 6 con Trastorno Afectivo Bipolar	Síndrome de Asperger: 25.5 años (DT= 4.9) (1 con estudios superiores) Esquizofrenia: 29.5 años (DT= 5.3) (4 con estudios superiores) Trastorno Afectivo Bipolar: 29.16 años (DT= 6.1) (ninguno con estudios superiores)	No	No se encontró diferencias significativas entre los tres grupos en la Batería tanto en puntuación total como en subtest.
Adicciones Belda (2015)	Rendimiento cognitivo	144 participantes que demandaban tratamiento por adicción (alcohol, estimulantes, policonsumidores) grupo control	Grupo de pacientes :37.93 años (DT=11,3) (28,93% mujeres, 45,6% con estudios primarios). Grupo control: 38.39 años (DT=12.4) (33.3% mujeres, 41.7 con estudios secundarios)	Sí, equiparado en sexo y la edad. Diferenciados en situación laboral: mayor porcentaje de estudiantes en el grupo control (33.3%).	Los consumidores de alcohol puntuaban estadísticamente menos en percepción visual, en dibujos temáticos y control atencional. Las vacilaciones de tiempo eran significativamente mayores en el grupo de alcohol que en los otros dos.
Trastornos del desarrollo García-Alba (1996), García-Alba, Portellano y Díaz-Otero (2010)	Rendimiento cognitivo	179 participantes (43 con síndrome de Down vs. 136 control)	-	Sí. No existen datos sobre variables sociodemográficas.	Se observaron puntuaciones significativamente inferiores en el grupo con síndrome de Down con respecto al control en todas las áreas ($p < .05$).
García-Alba, Portellano y Martín-Palacio (2011) y García-Alba, Portellano-Pérez y García-Pérez (2011)		105 participantes, 22 participantes con síndrome de Down en edad adulta (59% mujeres) vs. 30 controles (60% mujeres)	Adultos con síndrome de Down: 19,7 años (DT=1,3) (59% mujeres). Grupo control adulto: 19,2 años (DT=1.3) (60% mujeres)	Sí, equiparados en sexo y edad.	Puntuaciones significativamente inferiores en síndrome de Down que en controles. Áreas más afectadas: Percepción visual, orientación espacial, habla receptiva y habla expresiva, memoria inmediata, dibujos temáticos y textos y actividad conceptual.
Estudios de rehabilitación Sánchez-Menárguez (2015)	Eficacia de un programa de musicoterapia	Enfermedad de Parkinson	54.83 años (4 hombres y dos mujeres)	No	Las puntuaciones del Luria DNA mejoran tras tratamiento menos en el área visoespacial.
Gómez-Jarabo, et al., (2008)	Eficacia programa de integración laboral	117 participantes con discapacidad intelectual (retraso mental ligero, 70.6%)	28.47 años (DT= 5.7) (35.3% mujeres)	No	Mejoras significativas en las puntuaciones de orientación espacial (área visoespacial), dibujos temáticos y texto y actividad conceptual y discursiva (área de procesos intelectuales).

Desviación Típica (DT), Batería Luria Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Luria DNA)



mientras que el área de visoespacial (Luria-DNA) correlacionó con el factor organización perceptiva (WAIS-III) de $r = .41$. En el área de lenguaje, también se encontró una correlación significativa del factor comprensión verbal (WAIS-III) y los subtests habla receptiva ($r = .177$, $p = .059$) y habla expresiva ($r = .182$, $p = .05$) de Luria- DNA. Estas correlaciones son congruentes con los resultados que obtuvieron Manga y Ramos (2000) cuando validaron la prueba.

Estudios en personas con daño cerebral

Un estudio, donde se analizó el déficit neuropsicológico de 15 pacientes con daño cerebral (accidente cerebrovascular, tumor, traumatismo craneoencefálico y esquizofrenia) de diferente etiología (Bausela-Herreras, 2009a; Herreras, 2010b), reveló una disminución en la curva de aprendizaje (ensayos) en la prueba de memoria de la batería Luria DNA. Utilizando la misma muestra, se describe en otro estudio que estos pacientes presentan un mayor deterioro en las áreas de memoria y control atencional en comparación con el lenguaje. También, observó una menor puntuación de la muestra respecto a la puntuación total en los subtest de habla expresiva y en memorización lógica, así como alto número de vacilaciones atencionales y de imprecisión. Sin embargo, los resultados son meramente descriptivos, la muestra del estudio es muy heterogénea, lo cual no permite determinar su capacidad de diagnóstico en una determinada población y el trabajo no revela la capacidad discriminativa de la prueba (sensibilidad y especificidad).

En un estudio de casos, de pacientes con accidentes cerebrovasculares (un hombre de 35 años diestro con daño en el hemisferio izquierdo y un hombre de 70 años con afectación en áreas subcorticales por ictus, Bausela-Herreras (2009b) encontró que en el primer caso estaban afectadas las áreas de atención, memoria y actividad conceptual y en el segundo la memoria lógica con un centil inferior a dos. Así, se observó una concordancia con los bloques funcionales de Luria entre el perfiles neuropsicológico y las áreas afectadas en una muestra de 8 pacientes (seis hombres y dos mujeres) con traumatismo craneoencefálico (TCE) de localización heterogénea (escala de Glasgow inferior a 8), donde se excluyeron pacientes con una afectación psiquiátrica, enfermedad congénita, fármaco dependientes o retraso mental (Zamora y Rivera, 2012).

Finalmente, la Luria DNA se empleó para el análisis del deterioro neuropsicológico en pacientes con esclerosis múltiple (Estrada, 2014). Particularmente, se tuvieron en cuenta 16 pacientes con forma secundaria progresiva, 49 pacientes con forma recidivante y 15 participantes controles. Los resultados indicaron alteraciones significativas en percepción visual con respecto a la normalidad. Con respecto a la curva de aprendizaje, cabe mencionar una ventaja en el recuerdo de palabras a partir del segundo ensayo en las formas recidivantes respecto a las secundarias progresivas. Mediante un análisis

de cluster, se formaron dos grupos con diferente nivel de deterioro cognitivo (poco severo y más severo), ello a partir de 7 pacientes con EM, el primero con cuatro pacientes con un daño cerebral mayor (un hombre de 27 años con esclerosis secundaria progresiva con paraparesia, una mujer de 37 años con esclerosis múltiple Recurrente-Remitente (RR), un hombre de 46 años con esclerosis múltiple RR y una mujer de 39 años con esclerosis múltiple RR) y un segundo grupo formado por tres pacientes (una mujer de 36 años con esclerosis secundaria progresiva, una mujer de 41 años con esclerosis múltiple RR y otra mujer de 33 años con esclerosis secundaria progresiva).

Pacientes psiquiátricos

En un estudio con 150 participantes con esquizofrenia según los criterios del DSM- IV (García-Pérez, 2011; García-Pérez, 2012), en su mayoría paranoide (65,3%), se compararon las medias de puntuación en las diferentes áreas de la batería Luria DNA según la edad de inicio del trastorno. Los resultados revelaron que los pacientes puntuaban más bajo ($M = 19.18$) que el promedio de personas sin esquizofrenia en la subprueba de control atencional de la Luria DNA. Junto a ello, se estudió mediante diferencias en desviaciones típicas las pruebas que resultaban más difíciles para los pacientes, encontrándose la subprueba de Memoria inmediata como la más compleja, seguida de la subprueba de Memorización lógica y el Habla receptiva. Por su parte, la prueba de percepción visual es la que menos dificultades supuso para la muestra. Además, en el mismo trabajo, también se describe que la aparición tardía de la enfermedad repercute negativamente en percepción visual, siendo significativamente más bajas las puntuaciones en esta área en el grupo de personas con esquizofrenia de aparición tardía que en el de temprana ($F = 6.414$; $p < .002$). Sin embargo, los pacientes de aparición temprana puntuaban significativamente más bajo ($F = 4.618$, $p < .011$) en la tarea de dibujos temáticos (área de procesos intelectuales) (grupo menos de 20 años $M = 57.39$, $DT = 13.69$) en comparación con las puntuaciones de los otros grupos en el mismo área (grupo de 21 a 24 años $M = 62.59$ $DT = 8.44$; grupo mayor de 25 años: $M = 63.04$; $DT = 7.26$).

Por otro lado, en un estudio de caso de un chico de 19 años (Herreras, 2007c), se encontró una vinculación del neuroticismo y psicoticismo con las capacidades de atención y funciones ejecutivas (*inhibición y memoria de trabajo*). Sin embargo, los resultados de este trabajo son los derivados del estudio de caso único y no es posible generalizar las conclusiones del mismo. Finalmente, algunos estudios, con mayor muestra, realizados en personas con esquizofrenia y síndrome de Asperger encuentran que el rendimiento en tareas relacionadas con la teoría de la mente se relaciona con dificultades en la actividad conceptual y subtest de dibujos y texto, que estudia la comprensión de mensajes en diferente formato y necesita un especial esfuerzo analítico.



co-sintético para llegar a la solución (Antoraz, Vicente, Moreo y Recio, 2004).

Trastornos del neurodesarrollo

Existen varios estudios donde se concluye que la batería Luria DNA es sensible a los déficits neuropsicológicos del síndrome de Down (García-Alba, Portellano y Díaz-Otero, 2010; García-Alba, Portellano y Martín-Palacio, 2011; García-Alba, Portellano-Pérez y García-Pérez, 2011). García-Alba (1996) y García-Alba, Portellano y Díaz-Otero (2010) observaron que la orientación espacial, la memoria inmediata y el control atencional eran las áreas más afectadas en este colectivo respecto los controles, sin embargo, el rango de edad de los participantes no se especifica, lo cual impide conocer la equiparación de los grupos. Recientemente, García-Alba et al. (2011) desarrollaron un estudio con una muestra de 22 participantes con síndrome de Down (59% mujeres) y 30 participantes de grupo control (60% mujeres) en edad adulta (17-21 años). El estudio concluye que las puntuaciones en la Luria DNA eran significativamente inferiores, respecto al grupo control, en todas las áreas. Además, el estudio no encontró diferencias significativas entre mujeres y hombres con síndrome de Down en ningún área.

Por último, el estudio de Antoraz, Vicente, Moreo y Recio (2004) en 6 pacientes con Asperger (6 varones), 18 pacientes con esquizofrenia (10 varones) y 6 pacientes con trastorno afectivo bipolar (3 varones) no encontró diferencias significativas entre los tres grupos en la Batería tanto en la puntuación total como en los subtest. Sin embargo, se observan menores puntuaciones escalares en los pacientes con Asperger en la puntuación total, habla expresiva, memoria lógica, en dibujos y textos y actividad conceptual respecto a los pacientes con esquizofrenia. A su vez, las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia eran inferiores en comparación con los pacientes bipolares. Además, hay que tener en cuenta que los grupos no estaban del todo equiparados en edad, el grupo de TGD tenía de media cinco años menos que la media de edad de los otros dos grupos, así como el nivel socioeconómico también difería en el grupo de TGD donde ningún participante tenía un nivel alto.

Adicciones

Los estudios aquí recogidos tienen como principal objetivo analizar cómo afecta el consumo de drogas al rendimiento neuropsicológico de la Luria DNA.

En un trabajo de Sanz (1997) en el que participaron 15 individuos politoxicómanos activos (12 varones), 34 politoxicómanos abstinentes (28 varones) y 24 controles (20 varones), que no habían consumido drogas con anterioridad, se concluye que existen alteraciones en dominios cognitivos específicos de la batería y una preservación de la capacidad intelectual general. Estos participantes tenían una edad entre los 18 y 35 años y provenían de diferentes instituciones sociales implicadas con

este colectivo. Por áreas, los politoxicómanos activos puntuaban menos que el grupo control en el área visoespacial ($t = 2.22, p < .05$), del lenguaje ($t = 2.21, p < .05$) y en la de procesos intelectuales ($t = 2.60, p < .05$). Además, en la puntuación total de la batería con respecto al grupo control también era inferior en politoxicómanos ($t = 2.65, p < .05$). Con respecto al grupo de politoxicómanos abstinentes, también se observaban puntuaciones inferiores que en el grupo control en percepción visual ($t = 2.71, p < .01$), memoria inmediata ($t = 2.32, p < .05$) y memorización lógica ($t = 2.14, p < .05$), así como el total de la batería Luria DNA ($t = 2.44, p < .05$). En general, el grupo de politoxicómanos abstinentes puntuaba menos que el grupo control en las áreas de memoria ($t = 2.15, p < .05$), sin embargo, no en otras áreas como visoespacial y lenguaje.

En un estudio más reciente, Belda (2015) contó con 144 participantes (34% mujeres) que demandaban tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas y 36 de grupo control (33.3% mujeres). El grupo control consumía drogas una media de una vez a la semana y no estaba sujeto a ningún tratamiento farmacológico. Los grupos estaban equiparados en sexo, edad y situación civil según análisis estadísticos, sin embargo, se encuentran diferencias en la situación laboral y en nivel de estudios: el grupo de consumo de drogas tenía menos nivel de estudios y mayor situación de desempleo. En el estudio, los consumidores de alcohol obtenían un peor rendimiento en percepción visual, procesamiento visual, memoria inmediata, memorización lógica, dibujos temáticos, actividad conceptual y prueba de atención, mientras que mantenían una puntuación dentro de la normalidad en lenguaje oral. Por otro lado, los policonsumidores puntuaban menos en memoria lógica que el grupo control, mientras que mantenían inalterados percepción visual, orientación espacial, dibujos temáticos y actividad conceptual, así como su atención y el subtest habla expresiva. Tras comparar los grupos se encuentra que los consumidores de alcohol puntuaban significativamente menos en percepción visual ($M=23.48; F=4.313; p=.015$), en dibujos temáticos ($M=27.32; F=3.186; p=.044$) y control atencional ($M=27.19; F=4.276; p=.016$), así como las vacilaciones de tiempo son significativamente a mayores en el grupo de alcohol que en policonsumidores y control ($M=2.68; F=5.180; p=.007$). Se concluyó que la batería “Luria DNA” es sensible a los daños neuropsicológicos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias.

Estudios de rehabilitación

La batería Luria DNA también se ha usado como instrumento para medir la eficacia de tratamientos de rehabilitación. En el caso de ancianos con Parkinson, donde se analiza la eficacia de un programa de musicoterapia (Sánchez-Menárguez, 2016), se encontraron que las puntuaciones en la Luria DNA mejoran tras la intervención en seis pacientes con Parkinson. En todos los pacientes, el área de memoria (inmediata y memoria lógica) y el área visoespacial eran las más deterioradas.



Sin embargo, el área del lenguaje y el habla (expresiva o narrativa) eran las áreas menos deterioradas en la muestra. Después de las sesiones con musicoterapia, en el área de memoria, aunque las puntuaciones mejoraron, seguían estando por debajo de la normalidad, mientras que en el área visoespacial no se encontró mejoría. Por otro lado, en el caso del área intelectual y área del lenguaje, las puntuaciones se situaron dentro del rango de puntuaciones medias y el resto de puntuaciones mejoraron lentamente durante la intervención. Finalmente, el número de vacilaciones de atención e imprecisión disminuyó a lo largo del estudio.

La misma batería se ha usado para la evaluación neuropsicológica de personas con discapacidad intelectual ($N= 117$) tras aplicar un programa de integración laboral (Gómez-Jarabo, et al., 2008). Se encontró una mejora significativa de las puntuaciones tras el programa en orientación espacial ($p= .001$), dibujos temáticos y texto ($p=.003$) y actividad conceptual y discursiva ($p=.008$).

DISCUSIÓN

La batería Luria DNA es una batería neuropsicológica con un respaldo empírico para la evaluación neuropsicológica de adultos. Existen múltiples estudios publicados que avalan la presencia de déficits cognitivos en diferentes condiciones neurológicas, psiquiátricas y otras condiciones médicas y sociales, como en TCE (Zamora y Rivera, 2012), personas con esquizofrenia (García-Pérez, 2012), esclerosis múltiple (Estrada, 2014) o discapacidad intelectual (Gómez-Jarabo, et al., 2008). La batería cuenta buenas propiedades psicométricas relacionadas con la fiabilidad test-retest y validez convergente con la escala de inteligencia de Wechsler (WAIS-III). No obstante, es preciso profundizar en propiedades psicométricas como el nivel de consistencia interna de la prueba, la sensibilidad y especificidad en los diferentes trastornos estudiados. Además, no existen puntos de corte que permitan establecer la presencia de alteraciones neuropsicológicas en personas con diferente bagaje sociocultural. Actualmente, el único baremo normativo que existe ha sido realizado con estudiantes universitarios. Por tanto, se precisan estudios normativos en adultos con diferentes características sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo). Lo que es más, su validez para evaluar resultados de intervención es casi desconocida y debe ser confirmada en ensayos clínicos aleatorios controlados.

En relación con el resto de baterías neuropsicológicas, la "Luria DNA" encuentran correlaciones congruentes con los resultados de los diferentes subtest y las pruebas del WAIS III, por lo que la información que aportan las dos pruebas es perfectamente compatible, pudiendo verse como complementaria, ya que la principal diferencia entre ambas pruebas es que la "Luria DNA" parte de una base teórica sobre la organización cerebral que está contrastada empíricamente (Ardila y Bernal, 2007; Cagigas y Bilder, 2009; Palchaska y Kaczmarck, 2012)

que ayuda al neuropsicólogo a localizar el posible daño cerebral sin necesidad de esperar a las pruebas de neuroimagen. Por otro lado, con respecto al resto de baterías enmarcadas en la teoría de Luria, la "Luria DNA" es más exhaustiva y más fiel al método de evaluación original de Luria que las otras baterías, como la Luria-Nebraska, además la evaluación que aporta se debe utilizar para posteriormente seleccionar las estrategias de rehabilitación neuropsicológica (i.e. estimulación cognitiva y entrenamiento cognitivo) más eficaces.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, los artículos revisados pertenecen todos a *Google Scholar* puesto que no se encontró ningún trabajo con las mismas referencias en otras bases de datos. Esto puede ser debido a que las bases consultadas son de origen anglosajón y la "Luria DNA" está desarrollada y normalizada en castellano, por lo que su utilidad en países de habla inglesa no se ha planteado.

Finalmente, el posible uso de la "Luria DNA" en personas mayores requiere la revisión de las tareas para disminuir su complejidad y tiempo de aplicación. En suma, los estudios clínicos realizados abarcan esencialmente casos aislados o grupos heterogéneo de pacientes, que no establecen valores diagnósticos de la prueba (e.g., sensibilidad o especificidad) o valores de referencia para un grupo normativo (Bausela-Herreas, 2009b; Zamora y Rivera, 2012; Herreras, 2007c).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Alba, J. G. (1996). Déficit neuropsicológicos en síndrome de Down y valoración por doppler. *Neuropsychologia*, 34, 987-991.
- Alba, J. G., Portellano-Pérez, J., y García-Pérez, J. (2011). Estudio comparativo neuropsicológico en edad infantil y adulta y diferencias de género en síndrome de Down. *Revista Española de Pediatría clínica e Investigación*, 67, 22-27.
- Alba, J. G., Pérez, J. A. P., Y Palacio, M. E. M. (2011). Evolución de la función cognitiva en Síndrome de Down: Comparación entre la edad infantil y la edad adulta. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42(240), 79-91.
- Antoranz, A. V., Vicente, M. P., Moreo, L. G., y Recio, A. G. (2004) Evaluación neuropsicológica y déficit en teoría de la mente: estudio comparativo preliminar entre esquizofrenia y síndrome de Asperger. *Psiquiatría Biológica*, 11, 219-26.
- Ardila, A., y Ostrosky-Solís, F. (1991). *Diagnóstico del daño cerebral: Enfoque neuropsicológico*. México, DF: Trillas.
- Ardila, A. (1995). Estructura de la actividad cognoscitiva: Hacia una teoría neuropsicológica. *Neuropsychologia Latina*, 2, 21-32.
- Ardila, A. (1999). Spanish applications of Luria's assessment methods. *Neuropsychology Review*, 9, 63-69.



- Ardila, A., y Bernal, B. (2007). What can be localized in the brain? Toward a "factor" theory on brain organization of cognition. *International Journal of Neuroscience*, 117, 935-969.
- Ardila, A., y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Ardila, A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain and Cognition*, 68, 92-99. doi:10.1016/j.bandc.2008.03.003
- Arnoldo, T., y Sánchez, T. J. (2016). Luria's model of the functional units of the brain and the neuropsychology of dreaming. *Psychology in Russia*, 9(4), 80-93.
- Bausela-Herrerías, E. (2007a). Análisis de la estructura factorial de la batería LURIA-DNA en estudiantes universitarios. *Revista de Psicodidáctica*, 143-152.
- Bausela-Herrerías, E. (2007b). Estudio de validación de la batería Luria-DNA frente a las escalas de inteligencia Wechsler (WAIS-III) en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 8, 531-538.
- Bausela-Herrerías, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta; instrumentos de evaluación. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2, 136-149.
- Bausela-Herrerías, E. (2009a). *Perfil neuropsicológico en pacientes con daño cerebral a través de la batería LURIA-DNA*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Bausela-Herrerías, E. (2009b). Evaluación neuropsicológica y accidente cerebrovascular. *Psicología y Psicopedagogía*, 8. Descargado de http://fleo.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/evaluacion_accidente_cerebrovascular_bausela.pdf
- Belda Ferri, L. (2015). *Rendimiento neuropsicológico en pacientes que demandan tratamiento por consumo de drogas*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Bilder, R. M. (2011). Neuropsychology 3.0: evidence-based science and practice. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 7-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617710001396>.
- Bornschelegl, M., y Petermann, F. (2013). Luria and His Lasting Influence on Test Batteries in Neuropsychological and Intelligence Assessment. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 24, 201-215.
- Cagigas, X. E., y Bilder, R. M. (2009). Where culture meets neuroimaging: the intersection of Luria's method with modern neuroimaging and cognitive neuroscience research. En A-L Christensen (Ed.), *Luria's Legacy in the 21st Century*. Nueva York: Oxford University Press.
- Casanova, J. P., y Pàmies, M. P. (1985). La neuropsicología de Vigotski y Luria: el cerebro lesionado. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 33, 29-42.
- Cole, M. (2005). A. R. Luria and the Cultural-Historical Approach in Psychology. En T. Akhutin, J.M. Glzman, y L. Moskovich, L. (Eds.), *A.R. Luria and Contemporary Psychology* (pp. 35-41). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Das, J. P. (1999). A neo-Lurian approach to assessment and remediation. *Neuropsychology Review*, 9, 107-116.
- Deegener, G., Diesel, B., Kassel, H., Matthaei, R., y Nödl, H. (1992). *Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Handbuch zur TÜKI Tübinger Luria-Christensen neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Estrada López, M. (2014). *Deterioro cognitivo, impacto emocional y social de la Esclerosis Múltiple. Eficacia diagnóstica neuropsicológica y utilidad clínica*. Tesis doctoral. Universidad de León, León, España.
- García-Alba, J., Pérez, J. A. P., y Otero, F. D. (2010). Aspectos neuropsicológicos y hemodinámicos en el síndrome de Down: nuevas aportaciones. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 149-158.
- García-Alba, J., Portellano, J.A. y Martín-Palacio, M. E. (2011) Evolución de la función cognitiva en Síndrome de Down: comparación entre la edad infantil y la edad adulta. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42, 79-91.
- García Pérez, M. C. (2011). *Perfiles neuropsicológicos de pacientes esquizofrénicos en la batería de Luria-DNA*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- García-Pérez, M. D. (2012) Evaluación Neuropsicológica en la Enfermedad Mental: Implicaciones para la Provisión de Apoyos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2, 173-182.
- Gómez-Jarabo, G., Olavarrieta, B. S., de Cabo Astorga, M. A., Besteiro López, B., Chervinsky, M., y López Sánchez, J. (2008). Indicadores de mejora cognitiva en el Proyecto Urbanita, modelo específico de integración sociolaboral de personas con discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 17, 75-89.
- Golden, C. J., Purisch, A. D., y Hammeke, T. A. (1979). *The Luria-Nebraska neuropsychological battery: a manual for clinical and experimental uses*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Glozman, J. (2002). La valoración cuantitativa de los datos de la evaluación neuropsicológica de Luria. *Revista Española de Neuropsicología*, 4, 179-196.
- Herrerías, E. B. (2007a). Análisis de la estructura factorial de la batería Luria-DNA en estudiantes universitarios. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 6, 123-132.
- Herrerías, E. B. (2007b). Evaluación neuropsicológica en educación superior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (3), 89-99.
- Herrerías, E. B. (2007c). Estudio de caso: alteraciones en la función ejecutiva y trastornos de personalidad. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 7, 69-79.



- Herreras, E. B. (2010a). Validación concurrente de la batería Luria-DNA frente a las escalas de inteligencia Wechsler (WAIS-III). *Archivos de Neurociencias*, 15(1), 17-24.
- Herreras, E. B. (2010b). Curva de Aprendizaje de Luria en Personas con Daño Cerebral. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 147-158.
- Jurado-Gámez, B., Guglielmi, O., Gude, F., y Buela-Casal, G. (2016). Efectos del tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea sobre las funciones cognitivas en pacientes con apnea del sueño grave. *Neurología*, 31, 311-318.
- Kaufman, A. S. (1994). *Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure: KSNAP*. AGS. Nueva York: Pearson.
- Leach, L. (2000). *Kaplan Baycrest Neurocognitive Assessment*. Nueva York: Pearson.
- Luria, A. R. (1980). *Higher Cortical Functions in Man*. (2ª Ed.). New York: Basic Books.
- Manga, D. y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria a niños a través de la batería Luria-DNI*. Madrid: Visor.
- Manga, D. y Ramos, F. (1999). Evaluación neuropsicológica. *Clínica y Salud*, 3, 331-376.
- Manga, D. y Ramos, F. (2000). *Luria DNA: Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos*. Madrid: TEA.
- Manga, D. y Ramos, F. (2006). *Luria Inicial. Evaluación neuropsicológica en la edad preescolar*. Madrid: TEA.
- Mesulam, M. M. (2000). *Principles of behavioral and cognitive neurology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Osmon, D. C. (1989). The neuropsychological examination. En L. C. Hartlage, M. J. Asken y J. L. Hornsby (Eds.), *Essentials of neuropsychological assessment* (pp. 71-121). New York: Springer Publishing Company.
- Polchalska, M. y Kaczmarck, B. L. J. (2012). Alexander Romanovich Luria (1902-1977) and the microgenetic approach to the diagnosis and rehabilitation of TBI patients. *Acta Neuropsychologica*, 10, 341-369.
- Peña-Casanova, J. (1991). *Test Barcelona. Programa integrado de exploración neuropsicológica*. Barcelona: Masson.
- Sánchez Menárguez, M. (2016). *Musicoterapia en la enfermedad de Parkinson*. Tesis doctoral. Universidad Católica de Murcia, Murcia, España.
- Sanz Martín, M. (1997). *Deterioro de la capacidad atencional como consecuencia del consumo de drogas: estudio neurocognitivo en politoxicómanos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Seguí, J. (2003). Psicología y neuropsicología: pasado, presente y futuro. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 1, 1-7.
- Torres García, A. V. (2014). *Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Tupper, D. E. (1999a). Introduction: Alexander Luria's continuing influence on worldwide neuropsychology. *Neuropsychology Review*, 9, 1-7.
- Tupper, D. E. (1999b). Introduction: neuropsychological assessment apres Luria. *Neuropsychology Review*, 9, 57-61.
- Xomskaya, E. (2002). El problema de los factores en la neuropsicología. *Revista Española de Neuropsicología*, 4, 151-167.
- Vergara-Moragues, E., de Campos, A. V., y Girón-González, J. A. (2010). Deterioro neuropsicológico asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida en pacientes expolitoxicómanos con exclusión social. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28, 294-296.
- Zamora Moreno, A., Rivera Pineda, F. S., y Vega, A. (2012). *Perfil neuropsicológico de pacientes adultos con trauma craneoencefálico*. Tesis doctoral. Universidad de la Sabana. Chía, Colombia.



ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES ORIENTADO A LA METACOGNICIÓN (MOSST): MARCO TEÓRICO, METODOLOGÍA DE TRABAJO Y DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

METACOGNITION-ORIENTED SOCIAL SKILLS TRAINING (MOSST): THEORETICAL FRAMEWORK, WORKING METHODOLOGY AND TREATMENT DESCRIPTION FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Felix Inchausti¹, Nancy V. García-Poveda², Javier Prado-Abril³, Javier Ortuño-Sierra⁴ e Ignacio Gáinza-Tejedor¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra, CSM Ermitagaña. ²Unidad de Psiquiatría, Hospital San Juan de Dios de Santurce.

³Complejo Hospitalario de Navarra, CSMIJ Natividad Zubieta. ⁴Universidad de La Rioja

Los déficits en el funcionamiento social son un síntoma característico de la esquizofrenia y han sido ampliamente descritos en la literatura. Como resultado, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se considera una parte esencial del tratamiento integral para la esquizofrenia y su inclusión se recomienda en diversas guías clínicas internacionales del trastorno. Sin embargo, diferentes estudios han revelado que los programas actuales de EHS tienen un efecto limitado en cuanto a sus beneficios potenciales sobre el funcionamiento psicosocial cotidiano de los pacientes. El presente trabajo tiene por objetivo presentar un nuevo marco de intervención que integra el entrenamiento metacognitivo y el EHS para pacientes con esquizofrenia: el entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST). La justificación teórica de MOSST se sustenta en los recientes hallazgos que sugieren el papel central de los déficits metacognitivos en el funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Por este motivo, MOSST pretende no solo entrenar las habilidades interpersonales sino también mejorar la comprensión de los estados mentales propios y ajenos, así como la relación entre estos y el comportamiento social efectivo. Para facilitar la descripción de MOSST, su implementación se ilustra a través de un paciente con esquizofrenia que finalizó con éxito el programa completo. Por último, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados disponibles hasta la fecha con MOSST, sus limitaciones y las direcciones futuras de investigación.

Palabras clave: Entrenamiento en habilidades sociales, Metacognición, Esquizofrenia, Rehabilitación.

Metacognition-oriented Social Skills Training (MOSST): Theoretical Framework, Working Methodology and Treatment Description for Patients with Schizophrenia. The presence of social deficits in schizophrenia has been widely described in literature as well as the negative impact of these deficits on psychosocial functioning. As a result, social skills training (SST) has emerged as a well-validated intervention that is recommended in several treatment guidelines for schizophrenia. However, different studies have found that the effects and generalizability of current SST programmes are limited regarding the potential benefits on daily psychosocial functioning of these patients. This paper aims to describe a newly developed intervention model that integrates metacognitive remediation into SST for patients affected by schizophrenia: metacognition-oriented social skills training (MOSST). Theoretical model of MOSST is based on recent findings suggesting the central role of metacognitive deficits to successful psychosocial functioning in schizophrenia. Thereby, MOSST focuses not only on train interpersonal skills but also on improving the understanding of one's own mental states and those of the others as well as the connection between mental states and effective social behaviour. In order to facilitate the treatment description, a case report of an adult diagnosed by schizophrenia who successfully completed the programme is presented. Finally, clinical implications and limitations of available evidence on MOSST are discussed, and future research directions with this programme are pointed out.

Key Words: Social skills training, Metacognition, Schizophrenia, Rehabilitation.

Las dificultades interpersonales han sido ampliamente descritas en individuos con trastornos del espectro de la psicosis y, específicamente, constituyen una característica principal de la esquizofrenia (Bellack, Mueser, Ginge-

rich, y Agresta, 2004). Dentro de estas dificultades se incluyen, por ejemplo, los problemas para conversar, manejar conflictos o actuar de manera asertiva con familiares, amigos, miembros de la comunidad o compañeros de trabajo (Bellack et al., 2007). Como resultado, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se considera una parte esencial del tratamiento de la esquizofrenia y su inclusión se recomienda en múltiples guías clínicas del trastorno (Almerie et al., 2015; Dixon et al., 2010).

Recibido: 7 febrero 2017 - Aceptado: 22 mayo 2017

Correspondencia: Felix Inchausti. Complejo Hospitalario de Navarra, CSM Ermitagaña. C/ Ermitagaña 20, Planta Baja. 31008 Pamplona. España. E-mail: felixinchausti@usal.es



El propósito principal de este es presentar al profesional de la psicología clínica la adaptación al castellano del programa de EHS orientado a la metacognición (en inglés, *Metacognition-Oriented Social Skills Training*, MOSST) desarrollado recientemente por Ottavi et al. (2014a). Con tal objetivo, el artículo se estructura en cinco subapartados. En primer lugar se revisan brevemente los principales modelos de intervención disponibles en la actualidad para el EHS en pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar se presenta el constructo de metacognición, los hallazgos más representativos en el campo de la esquizofrenia y la justificación teórica de la integración del entrenamiento metacognitivo y en habilidades sociales propuesto en MOSST. En tercer lugar se hace una descripción detallada del programa. Se presenta, a continuación, el caso de un joven con esquizofrenia que finalizó con éxito la adaptación al castellano del programa. Por último, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados disponibles hasta la fecha con el programa, sus limitaciones prácticas y las direcciones futuras de investigación con MOSST.

MODELOS ACTUALES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA LA ESQUIZOFRENIA

Los tratamientos actuales disponibles para mejorar el funcionamiento interpersonal en la esquizofrenia pueden dividirse en dos grupos: los derivados del conductismo y los basados en el entrenamiento de la cognición social. El objetivo general del primer grupo de tratamientos consiste en mejorar el funcionamiento social de los pacientes mediante el entrenamiento sistemático de conductas socialmente efectivas, siguiendo las teorías de la modificación de conducta (Bandura, 1969) y el aprendizaje social (Bandura, 1977). Algunos estudios apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar el funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia (Heinsen, Liberman, y Kopelowicz, 2000), e incluso para reducir los síntomas psicóticos, la tasa de recaídas y las hospitalizaciones (Benton y Schroeder, 1990; Dilk y Bond, 1996). Sin embargo, hallazgos más recientes han señalado que sus efectos y capacidad de generalización son limitados (Tungpunkom, Maayan, y Soares-Weiser, 2012). Por ejemplo, un metanálisis de Pilling et al. (2002) no encontró ningún beneficio significativo en los ensayos clínicos con programas conductuales de EHS. De forma similar, Kurtz y Mueser (2008) demostraron que este tipo de intervenciones tienen un efecto moderado sobre el funcionamiento psicosocial ($d = 0,52$) y pequeño en la reducción de recaídas ($d = 0,23$). En esta dirección, una reciente revisión de colaboración Cochrane (Almerie et al., 2015) ha concluido que aún no queda claro si los programas actuales de EHS producen resultados superiores a los cuidados convencionales. Debido al escaso impacto de estos programas, diversos autores han propuesto algunas mejoras para incrementar su eficacia. Por ejemplo, Granholm et al. (2014; 2013; 2007) han obtenido resultados prometedores combinando el EHS con la terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos con esquizofrenia.

El segundo grupo de tratamientos, desarrollados más recientemente, se han centrado en entrenar distintas áreas de

la cognición social con el propósito de mejorar el funcionamiento interpersonal de los pacientes con esquizofrenia (Moritz y Woodward, 2007; Penn, Roberts, Combs, y Sterne, 2007). De forma general, el término de cognición social hace referencia al conjunto de habilidades mentales que subyacen a las interacciones sociales efectivas. Las que más interés han suscitado en el campo de la esquizofrenia son la teoría de la mente (ToM), el reconocimiento emocional y los estilos de atribución (Kern, Glynn, Horan, y Marder, 2009; Nakagami, Hoe, y Brekke, 2010). Una de las intervenciones de este tipo que más interés ha suscitado es el *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) (Penn et al., 2007). Existen datos que apoyan la eficacia del SCIT en pacientes con esquizofrenia (Roberts et al., 2014) así como de otros programas similares dirigidos a mejorar el reconocimiento facial de emociones, la ToM o los estilos de atribución (Horan et al., 2009; Roder, Mueller, y Schmidt, 2011). Sin embargo, Kurtz y Richardson (2012) han encontrado que este tipo de programas tienen un impacto desigual sobre la cognición social. En este sentido, se ha observado que sus efectos sobre el reconocimiento facial de emociones son entre moderados y altos (identificación, $d = 0,71$ y discriminación, $d = 1,01$), inferiores sobre la ToM ($d = 0,46$) y nulos en la percepción social, el estilo de atribución y los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. A nivel clínico, se ha cuestionado además el excesivo uso que este tipo de programas hace de las tareas informatizadas para el entrenamiento social. Parece lógico suponer que para poder mejorar de manera efectiva las habilidades mentales que dan sentido a las interacciones sociales, es preciso practicarlas en contextos interpersonales reales, similares a los que viven cotidianamente los pacientes (Combs, Drake, y Basso, 2014). Por otro lado, a nivel teórico existe abundante evidencia que señala que los déficits sociales de la esquizofrenia se relacionan de forma más consistente con dificultades de comprensión e integración de los estados mentales propios y ajenos en situaciones interpersonales con alto contenido emocional, y no tanto con déficits neurocognitivos aislados (James et al., 2016; Lysaker et al., 2015).

DÉFICITS METACOGNITIVOS EN ESQUIZOFRENIA Y SUS IMPLICACIONES PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Además de presentar problemas con ciertas habilidades sociales específicas, los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades importantes para reflexionar sobre los pensamientos, emociones e intenciones propios y ajenos, así como para integrar esta información en representaciones amplias y complejas de uno mismo, los demás y el mundo (Barbato et al., 2015; Brekke, Hoe, Long, y Green, 2007; Inchausti, Ortuño-Sierra, García-Poveda, y Ballesteros-Prados, 2016; Lysaker et al., 2015). Por este motivo, los pacientes con esquizofrenia se esfuerzan por dar sentido a los desafíos que la vida les presenta, percibirse como agentes activos del mundo o comprender de forma amplia y no egocéntrica sus relaciones sociales (Harvey



y Penn, 2010). Los constructos de ToM (Brüne, 2005), cognición social (Pinkham, 2014) o metacognición (Semerari et al., 2003) se han utilizado en la literatura para aludir a algunos de los procesos mentales que subyacen a este conjunto de habilidades mentales. En este trabajo, el término de metacognición se utiliza de forma amplia para aludir tanto a los procesos mentales simples encargados, por ejemplo, de identificar los propios deseos, pensamientos o emociones, como los procesos complejos que nos permiten integrar la información intersubjetiva para crear representaciones amplias sobre uno mismo, los demás y el mundo (Inchausti et al., 2016). Tal y como propone Lysaker et al. (2005), bajo el término de metacognición se incluyen cuatro grandes habilidades que, a su vez, se ordenan de forma jerárquica: (1) la autorreflexividad o capacidad para pensar sobre los propios estados mentales; (2) la diferenciación o capacidad para pensar sobre los estados mentales ajenos; (3) el descentramiento o capacidad para comprender que uno no es el centro del mundo y que existen formas distintas de entender la realidad; y (4) el dominio o capacidad para integrar la información intersubjetiva en definiciones amplias de

los problemas que permitan responder de manera adaptativa (véase la Tabla 1).

Los déficits metacognitivos tienen una especial relevancia en la esquizofrenia puesto que se han relacionado consistentemente con el funcionamiento psicosocial y los síntomas psicóticos, independientemente del funcionamiento neurocognitivo (Macbeth et al., 2014; McLeod, Gumley, Macbeth, Schwanauer, y Lysaker, 2014). Como consecuencia, en los últimos años se han desarrollado numerosos tratamientos dirigidos específicamente a entrenar las habilidades metacognitivas en psicosis. Por ejemplo, se han propuesto psicoterapias para desarrollar la capacidad de reflexión sobre uno mismo y los demás (Lysaker et al., 2011) o programas de entrenamiento metacognitivo orientados a mejorar la capacidad para identificar y corregir estilos disfuncionales de razonamiento tales como, por ejemplo, la tendencia a sacar conclusiones precipitadas (Moritz y Woodward, 2007).

Bajo el prisma de estos hallazgos, Ottavi et al. (2014a; 2014b) han desarrollado el programa MOSST. El objetivo de MOSST no es solo desarrollar conductas sociales concretas y

TABLA 1
ESTRUCTURA DE LA ESCALA ABREVIADA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN (MAS-A; LYSAKER ET AL., 2005)

Nivel	Autorreflexividad	Diferenciación	Descentramiento	Dominio
0	Ausencia total de conciencia sobre la propia actividad mental	Ausencia total de conciencia de la actividad mental de otros	Considerar que uno es el centro de todo lo que ocurre	Ausencia de conciencia de los problemas
1	Ligera conciencia sobre la propia actividad mental	Ligera conciencia de la actividad mental de otros	Reconocer que los otros tienen vidas independientes	Conciencia de los problemas como irresolubles
2	Conciencia de que los pensamientos son propios	Conciencia de que los otros tienen actividad mental propia	Conciencia de que existen formas diferentes de entender un mismo suceso	Conciencia de los problemas como resolubles pero con ausencia de respuesta
3	Distinción de diferentes operaciones cognitivas propias (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Distinción de diferentes operaciones cognitivas en los otros (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Conciencia de que los hechos son el resultado de factores múltiples y complejos	Respuestas pasivas
4	Distinción de diferentes estados emocionales	Reconocimiento de diferentes estados emocionales en los otros	—	Respuestas de búsqueda de ayuda
5	Reconocimiento de que los propios pensamientos son falibles	Suposiciones plausibles sobre el estado mental de los otros	—	Respuestas con acciones específicas
6	Reconocimiento de que el deseo no es la realidad	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo del tiempo	—	Respuestas con cambios
7	Integración de los propios pensamientos y emociones en una narración	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo de sus vidas	—	Respuestas basadas en los propios conocimientos
8	Integración de varias narraciones reconociendo patrones a lo largo del tiempo	—	—	Respuestas basadas en el conocimiento de los otros
9	Reconocimiento de pensamientos y emociones conectadas a través de su propia vida	—	—	Respuestas basadas en una comprensión amplia de la vida



efectivas sino también ayudar a los pacientes a entender mejor sus propios estados mentales y los de los demás. Las habilidades sociales entrenadas en MOSST son similares a las de otros programas convencionales de EHS (Bellack et al., 2004) y, al igual que estos, enfatiza el papel esencial del modelado y la generalización para el aprendizaje. Sin embargo, MOSST se centra de manera específica en que los participantes comprendan correctamente los procesos mentales que subyacen a los escenarios interpersonales en los juegos de roles y entre los propios miembros del grupo, incluyendo los terapeutas. MOSST ofrece, asimismo, un enfoque único para desarrollar las habilidades de autorreflexividad, potenciando el desarrollo de representaciones mentales cada vez más complejas sobre uno mismo, con pensamientos, intenciones, emociones o deseos propios. Esto, a su vez, permite a los participantes entender que sus propios pensamientos son experiencias subjetivas diferentes de las de los otros y que sus expectativas internas no tienen un efecto directo sobre la realidad.

A diferencia de los programas que combinan el EHS con la TCC (Granhölm et al., 2013), MOSST pretende: (1) entrenar la función metacognitiva y no solo cambiar pensamientos disfuncionales. En este sentido, la confrontación de este tipo de pensamientos suele resultar compleja e incluso contraproducente en pacientes con tendencias delirantes (Seikkula y Olson, 2003); (2) capacitar a los participantes para que conozcan sus propios estados mentales (Caponigro, Moran, Kring, y Moskowitz, 2014) con el objetivo de dotarles de un mayor acceso a sus deseos y necesidades y, por lo tanto, de comprometerse en entornos sociales significativos dirigidos a objetivos; y por último, (3) entrenar tanto al terapeuta como a los pacientes para que verbalicen constantemente su funcionamiento mental a través del uso estratégico de la metacomunicación en las interacciones. Este principio es esencial y se fundamenta en los hallazgos que sugieren que los problemas de tipo intersubjetivo dependen en mayor medida de los déficits metacognitivos (Salvatore, Dimaggio, y Lysaker, 2007; Salvatore, Dimaggio, Popolo, y Lysaker, 2008; Stanghellini y Lysaker, 2007) y no tanto de habilidades cognitivas aisladas susceptibles de aprenderse. En esta dirección, tal y como propone Ottavi et al. (2014a), el terapeuta no debería expresar simplemente a un paciente que tiene que sonreír más cuando estrecha su mano, sino que sería conveniente utilizar frases con contenido metacognitivo, como por ejemplo: “me he sentido algo inquieto cuando me estrechabas la mano al no saber cómo te sentías en ese momento”.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MOSST

Marco teórico y consideraciones previas

El programa MOSST se articula en base a un modelo jerárquico de la metacognición en la esquizofrenia donde los individuos deben ser capaces de realizar primero tareas metacognitivas simples (p.ej., reconocer que los pensamientos son propios) antes de llevar a cabo tareas más complejas (p.ej., reconocer que los pensamientos y las emociones se conectan en el día a día) (Lysaker et al., 2005). Al igual que en otras psicoterapias de orientación metacognitiva (Dimaggio, Montano, Popolo, y Salvatore, 2015; Ribeiro, Ribeiro, Goncal-

ves, Horvath, y Stiles, 2013), MOSST se conceptualiza como un tratamiento que ayuda progresivamente a los pacientes a adquirir habilidades metacognitivas cada vez más avanzadas (Tabla 1).

Para que se produzca el crecimiento metacognitivo se requieren, además, ciertas condiciones (Dimaggio et al., 2015). En primer lugar, el grupo debe desarrollarse en un espacio físico seguro y libre de interrupciones molestas o inesperadas de otros pacientes. Segundo, los terapeutas deben promover una expresión sosegada y adecuada de las emociones para no comprometer el desarrollo de las habilidades metacognitivas de los miembros del grupo (Dimaggio et al., 2015). Cualquier percepción de inseguridad, ya sea por el entorno físico o por las interacciones negativas entre los miembros del grupo (p.ej., con críticas, faltas de respeto o excesiva emocionalidad) o con los terapeutas (p.ej., haciendo uso del sarcasmo o de un estilo de comunicación provocativo), imposibilitará el avance metacognitivo (Fonagy, Luyten, y Bateman, 2015). Tercero, debe adoptarse una actitud de validación que cree un entorno seguro (Linehan, 1997). Cuarto, los terapeutas deben hacer un uso estratégico y estructurado de la autorrevelación, autoparticipación (Sturges, 2012) y metacomunicación para ayudar a los pacientes a reflexionar sobre la relación terapéutica y la intersubjetividad con el objetivo de desarrollar una relación de colaboración y sentido de pertenencia (Safran y Muran, 2000). Por ejemplo, el terapeuta puede normalizar las dificultades de un paciente para recibir elogios indicando cómo se sintió avergonzado en una situación personal similar (autorrevelación). Puede informar abiertamente, además, de sus propios sentimientos ante una actitud de desconfianza de un paciente afirmando que le incomoda o le hace sentirse tenso y poco motivado a abrirse (autoparticipación). Asimismo, puede enfatizar una situación conflictiva con un paciente: “tengo la sensación de estar inmerso en un tira y afloja donde cada uno intenta imponer su punto de vista al otro” (metacomunicación). Quinto, la comunicación debe ser clara y sencilla, evitando el uso de las metáforas o la ironía, ya que pueden resultar difíciles de entender para este tipo de pacientes. Además, esta debe focalizarse lo máximo posible en contenidos de tipo metacognitivo (Ottavi et al., 2014b). Por ejemplo, si un paciente pide salir del grupo para fumar cuando un compañero está haciendo una revelación importante, el terapeuta puede responder: “creo que tu compañero y yo podríamos ofendernos si abandonas ahora el grupo. Preferiría que terminaríamos todos juntos la sesión y escuchar tu opinión sobre lo que nos ha contado tu compañero. Además, me preocuparía no poder mantener a todo el grupo unido y motivado” (p. 297). Por último, debe alentarse el carácter lúdico del tratamiento para favorecer la libre reflexión de las emociones y pensamientos que emergen en situaciones de la vida cotidiana (Brown, Donelan-McCall, y Dunn, 1996; Fonagy, Bateman, y Bateman, 2011).

El uso de estas estrategias lo que en definitiva pretende es (1) potenciar el uso de retroalimentaciones adecuadas de tipo metacognitivo acerca del desempeño de los pacientes en los juegos de roles, (2) fortalecer la alianza terapéutica y (3) aumentar la sensación de seguridad, igualdad y cooperación en la relación. Esto, a su vez, se ha visto que puede producir



mejoras en las habilidades de autorreflexividad y ofrecer una oportunidad para entender el flujo de pensamientos y emociones de los terapeutas e imitar sus mecanismos de regulación.

El formato de las sesiones de MOSST es grupal. De forma general, se recomienda que las sesiones sean dirigidas por, al menos, dos psicoterapeutas expertos en el manejo de grupos de EHS y con formación específica en terapia metacognitiva para la psicosis (van Donkersgoed, de Jong, y Pijnenborg, 2016). La formación metacognitiva debe incluir métodos para ayudar a los pacientes a producir narraciones vividas sobre episodios interpersonales significativos y para deducir las habilidades metacognitivas puestas en marcha en ellos (Inchausti et al., 2016). El objetivo es que los terapeutas actúen como “facilitadores metacognitivos” (FM), sobre todo con aquellos participantes que demuestren importantes dificultades para reflexionar sobre sus propios estados mentales. Estos apoyos deben incluir indicaciones adecuadas para desarrollar narraciones metacognitivas sobre episodios interpersonales, tanto de manera oral como escrita, para dar retroalimentaciones claras y para hacer uso de las autorrevelaciones durante los juegos de roles. La inclusión de los FM viene motivada por la observación clínica de que muchos pacientes presentan niveles superiores de metacognición en interacciones individuales frente a grupales. Puesto que, además, lo más común es que los participantes tengan capacidades metacognitivas dispares, la presencia de FM ayuda a lograr un ritmo de aprendizaje más equilibrado y permite un entrenamiento más intensivo en los pacientes con mayores dificultades cognitivas y/o metacognitivas.

El programa está dirigido principalmente a pacientes ambulatorios con esquizofrenia, con una cierta estabilidad clínica y que presentan dificultades a nivel interpersonal y/o tendencia al aislamiento. Los criterios generales de exclusión incluyen retraso mental, presencia de síndromes neurológicos (p.ej., demencias, epilepsia, etc.), psicosis afectivas, alucinaciones o delirios graves o extremos, e ideación autolítica o heteroagresiva graves. El número de participantes por grupo es flexible y puede oscilar entre 5 y 10, en función de sus perfiles. La frecuencia de las sesiones es igualmente flexible, aunque se recomienda que sea como mínimo semanal, con una duración aproximada de 90 minutos. Antes de dar comienzo al grupo, es necesario llevar a cabo dos sesiones introductorias. En la primera, se recomienda evaluar las habilidades sociales que los participantes son capaces de poner en marcha en su vida diaria. En la segunda, de carácter motivacional, se describe con mayor detalle el entrenamiento y las ventajas potenciales de finalizar con éxito el programa. En ambas sesiones iniciales, se aconseja también explorar la conciencia sobre los propios pensamientos y emociones, especialmente en aquellos participantes que presenten escasas habilidades de autorreflexión. Tras estas sesiones individuales, se inician las sesiones de entrenamiento grupal.

Estructura general de las sesiones

El protocolo original consta de un total de 16 sesiones en las que se entrenan distintas habilidades sociales de manera espe-

cífica, una habilidad por sesión, siguiendo un criterio de dificultad ascendente (Figura 1). Las habilidades sociales entrenadas en MOSST pueden dividirse en 3 grupos: (1) habilidades de conversación, tales como la escucha activa, saludar a otros e iniciar, mantener y finalizar conversaciones; (2) habilidades de asertividad, tales como hacer y rechazar peticiones, dar y recibir elogios, pedir información, sugerir actividades a otras personas y expresar sentimientos desagradables y positivos; (3) habilidades para el manejo de conflictos, tales como el compromiso y la negociación, hacer quejas productivas, responder a quejas negativas y pedir disculpas.

Todas las sesiones del programa se dividen en dos partes bien diferenciadas, con ejercicios de reflexión independientes. En la primera parte de la sesión se incluyen dos módulos independientes: el de autorreflexión (AR) y el de diferenciación (DIF) (véase la Figura 2). El objetivo del primer módulo es aumentar la conciencia de los propios estados mentales y, el del segundo módulo, enriquecer la perspectiva de los participantes sobre el funcionamiento mental de los demás.

Primera parte: Observación/Reflexión

El módulo de autorreflexividad (AR) pretende estimular a los pacientes para que relaten un episodio interpersonal reciente en el que hayan intentado utilizar la habilidad social correspondiente a la sesión. El episodio debe incluir tanto emociones positivas como moderadamente negativas. Los FM deben guiar a los participantes haciendo uso de preguntas concretas sobre el episodio que potencien su recuerdo así como el de las emociones, sensaciones físicas o pensamientos que aparecieron a lo largo del mismo. Los FM deben ayudar también a su redacción y posterior puesta en común en el grupo. Tras este primer ejercicio (Fig. 2, Ejercicio 1: “recuerdo de un episodio”), comienza el primer ejercicio de reflexión (Fig. 2, Ejercicio 2: “preguntas y respuestas”). En este, los terapeutas hacen preguntas con el objetivo de desarrollar la comprensión interna de los propios pensamientos, emociones, estados físicos y tendencias de respuesta antes, durante y después del episodio. Posteriormente, se discuten en grupo los distintos episodios y se aporta información para examinar los contenidos del ejercicio de reflexión.

El módulo de diferenciación (DIF) consiste en observar un escenario de juego de roles organizado por los terapeutas en el que se representa una situación cotidiana donde el protagonista experimenta un estado mental concreto. A continuación, los miembros del grupo deben trabajar para identificar el estado mental del protagonista (Fig. 2, Ejercicio 3a: “análisis de un escenario”). De forma alternativa, la tarea puede incluir la escucha activa de un episodio narrado por los terapeutas en el que es preciso identificar los diferentes estados mentales presentados por el personaje principal de la historia (Fig. 2, Ejercicio 3b: “análisis de una narración”). La complejidad de los juegos de roles (Ejercicio 3a) y de las narraciones (Ejercicio 3b) debe incrementarse a lo largo del programa de forma que las emociones experimentadas por los personajes aumenten en número y dificultad.



Tras ver los escenarios o escuchar las narraciones, los participantes completan una hoja de trabajo con preguntas que indaguen sobre los estados mentales y comportamientos de los personajes. En este punto, los FM pueden trabajar de nuevo con los pacientes individualmente o en grupos más pequeños para identificar los estados mentales relevantes o para examinar otros aspectos metacognitivos presentados en el módulo. Por ejemplo, los FM pueden adaptar las preguntas al nivel de destreza metacognitiva de los pacientes. Una vez respondidas por escrito las preguntas con la ayuda de los FM, los pacientes tienen que reflexionar de nuevo sobre los estados mentales presentes en los juegos de roles o en las narraciones (Figura 2, Ejercicio 4: Preguntas y respuestas).

Al final de los ejercicios 1 y 3a ó 3b, los terapeutas deben estimular a los participantes a reflexionar sobre los episodios autobiográficos o interpersonales que recordaron o presenciaron. De esta manera, los terapeutas hacen preguntas sobre la relación entre las emociones, pensamientos, comportamientos y acontecimientos, o sobre las diferencias entre los distintos estados mentales que aparecen en los escenarios o la historia. Estas preguntas tienen el propósito de ayudar a los pacientes a identificar los estados mentales que pueden deducirse directa-

mente de la conducta observable (p.ej., las emociones) y de las señales contextuales.

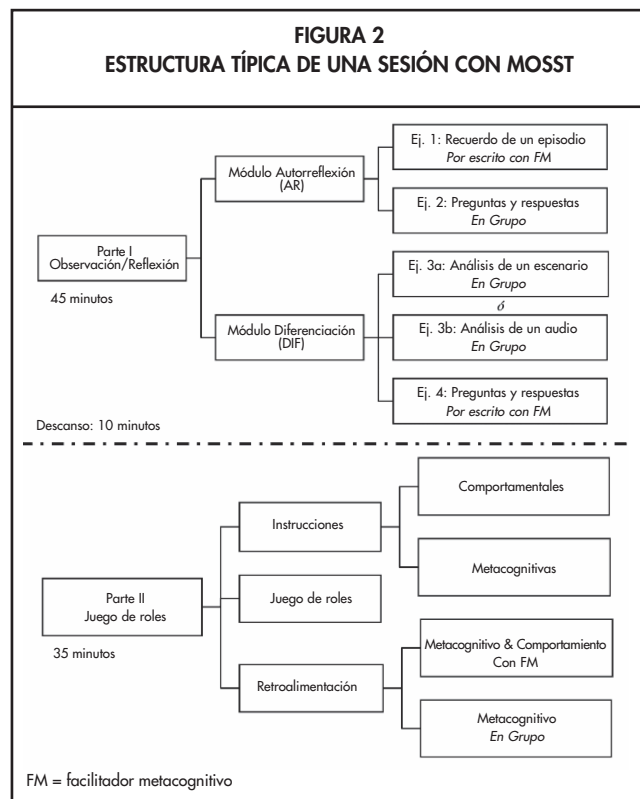
Las preguntas habituales de los módulos AR y DIF estimulan la identificación de los elementos básicos de la actividad mental, es decir, los pensamientos y las emociones, así como la comprensión de la relación entre estos elementos y el comportamiento. Se pide a los pacientes, por ejemplo, que identifiquen las emociones (“¿Qué emoción siente X en esa situación?” o “¿Qué sentiste en esa situación?”), los pensamientos (“¿Qué crees que pensó?”), las conductas (“¿Cuál fue la conducta de X durante el acontecimiento que acabas de ver?”), así como la relación entre ellos (“¿Qué emociones pudieron haber causado el comportamiento de X?” o “¿Qué estabas pensando cuando actuaste de esa manera?”). En el módulo de AR, el objetivo es promover la capacidad para distinguir entre diferentes contenidos mentales, por ejemplo: “Describe un proyecto, un sueño y una fantasía propias”, “¿Qué esperas que va a suceder en tu trabajo?” o “¿Qué esperas conseguir con esta terapia?”. En etapas más avanzadas, los terapeutas deben esforzarse por estimular la interpretación de los estados mentales más complejos, tales como pedir a los pacientes que describan una situación en la que se hayan sentido contentos y ansiosos al mismo tiempo.

En el módulo de DIF, se presenta una pregunta adicional: “¿Cómo te habrías sentido en la situación del personaje principal de la historia?”. Si de las respuestas se deduce una ausencia de comprensión de las experiencias internas propias o de los otros, el terapeuta inicia un diálogo con los pacientes para

FIGURA 1
LISTADO DE LAS HABILIDADES SOCIALES
ENTRENADAS EN MOSST

1	• Saludar a otros
2	• Escuchar a otros
3	• Pedir información
4	• Iniciar y finalizar conversaciones
5	• Mantener conversaciones
6	• Recibir elogios
7	• Dar elogios
8	• Hacer peticiones
9	• Rechazar peticiones
10	• Comprometerse y negociar
11	• Sugerir actividades
12	• Hacer críticas constructivas
13	• Responder a críticas negativas
14	• Pedir disculpas
15	• Expresar sentimientos desagradables
16	• Expresar sentimientos positivos

FIGURA 2
ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN CON MOSST



tratar de promover la habilidad metacognitiva inmediatamente por encima del nivel alcanzado previamente. Por ejemplo, si el paciente no es capaz de identificar las emociones ajenas, se promueve el conocimiento de las señales verbales y no verbales hasta lograr una adecuada comprensión de las emociones e intenciones de los otros. La retroalimentación de otros participantes es importante para comprobar si las conjeturas de los pacientes coinciden con el estado interno real de los demás.

Segunda parte: Juegos de roles

La segunda parte consiste básicamente en trabajar con ejercicios de juego de roles similares a los incluidos en otros programas convencionales de EHS. En esta parte, se solicita a los participantes que se involucren con los terapeutas en juegos de roles donde deben asumir diferentes papeles en función de la habilidad social a entrenar. Por lo general, los ejercicios se basan en las historias descritas en el ejercicio 1 del módulo de AR. Sin embargo, a diferencia de los programas convencionales de EHS, en MOSST no solo se trabajan las conductas observables que se pretenden adquirir, sino que se aporta información metacognitiva detallada para lograr actuar de una forma adecuada con la habilidad social correspondiente. Por lo tanto, antes de comenzar con los juegos de roles, los terapeutas aportan instrucciones precisas sobre el comportamiento social a entrenar (p.ej., saludar a un amigo) y sobre los estados mentales que subyacen al comportamiento exitoso de los personajes (p.ej., cuando se desea la aprobación o se teme una crítica). Además de sugerir explícitamente los estados mentales en los juegos de roles, los terapeutas también invitan a los participantes a recordar sus propios estados mentales en situaciones similares de su vida diaria a las del escenario simulado. Posteriormente, se lleva a cabo una discusión sobre los estados mentales que emergieron durante el módulo para mejorar la comprensión y el procesamiento de los contenidos presentados.

Con el objetivo de facilitar la retroalimentación durante los juegos de roles, los FM deben estructurarlo y formalizarlo siguiendo el modelo MATER, un acrónimo que secuencia la retroalimentación en 4 partes: el Marcador o comportamiento observable del paciente; los Pensamientos Automáticos del FM inmediatos al comportamiento observable del paciente; la Emoción o estados afectivos del FM asociados al pensamiento automático y al comportamiento observable; y la Respuesta potencial del ambiente en una situación real. El objetivo del modelo MATER es promover la conciencia de los estados mentales a través de una interacción interpersonal que (1) incluya lo que está sucediendo en la mente del FM, (2) ayude a los pacientes a tomar conciencia del impacto de su comportamiento sobre los demás, y (3) permita a los pacientes anticipar las consecuencias de forma más precisa en el mundo real. Un ejemplo de retroalimentación siguiendo el modelo MATER podría ser como sigue:

“Marcos, en primer lugar te felicito por cómo has realizado el ejercicio a pesar de sentirte nervioso, algo que, por cierto, es totalmente comprensible teniendo en cuenta que yo también hubiera sentido cierta vergüenza (retroalimentación metacogni-

tiva de validación)... Voy a comentar algunas cosas que he visto y he sentido cuando estábamos haciendo el juego de roles y luego, por favor, me dices lo que piensas. Ten en cuenta que lo que voy a decirte se refiere a lo que podrías haber pensado y sentido en una situación real, en la que uno no es tan consciente de la tensión y de la situación... Mientras estabas expresando tu alegría, me di cuenta de que tu mirada se dirigía hacia arriba y que me mirabas seriamente (Marcador). Esto me confundió porque estaba esperando que me miraras a los ojos y me sonrieras. Tenía la sensación de que no estabas siendo sincero. Por un momento pensé que incluso estabas enfadado. Ya sabes, como cuando tenemos que fingir, por necesidad, que estamos alegres y, en lugar de eso, uno está irritado (Pensamiento Automático). Por supuesto, ahora sé que estabas tenso y no irritado. Sin embargo, en ese momento, estos pensamientos me hicieron sentir incómodo, con un poco de ansiedad, como cuando no podemos lograr captar con claridad lo que el otro realmente quiere de nosotros (Emoción). Probablemente, si se tratara de una situación real y yo no te conociera de nada, pensaría que no estás interesado en verme, y yo no me sentiría muy motivado para volver a hacerlo (Respuesta)”.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA DE MOSST: EL CASO DE MARCOS

Marcos es un joven de 24 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide que se encuentra en seguimiento por los servicios de salud mental de Navarra. Siempre ha convivido con sus padres y su hermano mayor. Su primer contacto con salud mental fue hace unos 2 años, cuando es valorado a nivel ambulatorio por iniciativa propia al sentirse observado por otros, tener la sensación de que los demás podían leer sus propios pensamientos y de que él mismo tenía la capacidad para saber lo que los demás piensan. Desde aquel momento, Marcos ha mantenido un seguimiento ambulatorio con escasa adherencia a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos prescritos. En su historia aparecen antecedentes de consumo de cannabis desde los 15 años, sufriendo lo que, tras un análisis retrospectivo, parece un primer episodio psicótico en el contexto de estos consumos a los 18 años. Niega consumos en la actualidad. En un informe social se describe una situación familiar caracterizada por una elevada emoción expresada, que oscila entre la hostilidad y el criticismo hasta la sobreimplicación emocional. Ha mantenido tratamiento con diversos antipsicóticos, en concreto Sulpiride, Pimozide, Risperidona, Olanzapina, Aripiprazol, Quetiapina y Asenapina.

Perfil metacognitivo

La entrevista clínica reveló que Marcos presentaba déficits metacognitivos en las habilidades de autorreflexividad. No parecía estar familiarizado con ciertos estados mentales fundamentales (p.ej., los sueños: “nunca he soñado... los sueños no existen”) y tampoco creía que poseyera deseos, expectativas o metas. Manifestaba, además, fenómenos delirantes de inserción del pensamiento y la idea de que sus acciones y sensaciones eran inducidas por su hermano: “mi hermano me manipula la mente”. Marcos tenía la convicción de que su hermano con-



trolaba su mente y su cuerpo. Tenía serias dificultades para nombrar sus propias emociones: "No siento nada en mi cuerpo, eso me hace fuerte ante a los demás". Por otro lado, experimentaba dificultades para vincular su comportamiento o sus decisiones con cualquier estado mental tangible: "No quedo con mis amigos porque no les necesito, vivo mejor solo". Marcos era prácticamente incapaz de formar ideas complejas sobre los estados mentales de las personas de su entorno. Asimismo, presentaba una personalización excesiva sobre los sucesos que ocurrían a su alrededor y tenía serias dificultades para reconocer que los otros podían tener percepciones del mundo diferentes a la suya. Su capacidad para empatizar era también limitada, lo que se evidenciaba en comportamientos tales como las discusiones reiteradas con sus padres y su hermano a quienes, además, robaba dinero para comprar cigarrillos, comida o juegos de ordenador sin considerar las consecuencias para su familia, que no atravesaba un buen momento económico.

Primera parte: módulo de Autorreflexividad

Marcos encontró difícil seleccionar episodios interpersonales emocionalmente relevantes en las sesiones debido a su limitada capacidad para identificar y nombrar sus emociones. Por este motivo, fue necesario que los FM estimularán su memoria autobiográfica para recordar fragmentos de episodios previos ocurridos en las sesiones: "¿Cuándo fue la última vez que sentiste que conversabas y bromeabas con otra persona, tal y como vimos la semana pasada? Al comienzo de la sesión no tenías ganas de hablar y querías quedarte solo, ¿recuerdas si te sucedió lo mismo esta semana?". Este tipo de apoyos le permitieron recordar episodios significativos, describir en detalle las circunstancias en los que se produjeron y sus estados mentales asociados. Una vez evocado y escrito el suceso, estos fueron leídos en grupo. Marcos parecía satisfecho de compartir sus recuerdos a pesar de que el proceso de recordarlos le resultó costoso. Además, Marcos respondió a muchas de las preguntas mentalistas planteadas por el terapeuta, tales como: "¿Qué hubieras preferido en esa ocasión?" y "¿Qué esperabas que hiciera tu hermano?". Cuando trataba de responder, los terapeutas animaban a sus compañeros de grupo a que plantearan hipótesis sobre lo que Marcos pudo haber pensado y sentido durante un suceso particular, al tiempo que se subrayaba el carácter plausible pero hipotético de estas consideraciones y se enfatizaba la necesidad de considerar únicamente la información aportada por Marcos.

Módulo de Diferenciación

Marcos se mostró interesado en los juegos de roles realizados por los terapeutas e hizo numerosas autorrevelaciones, tales como compartir sus planes de fin de semana en grupo. Con la ayuda de los FM, fue capaz de identificar en las hojas de trabajo sus propios estados mentales, algo que inicialmente no podía hacer. Fue capaz, por ejemplo, de identificar la emoción de enfado en una persona furiosa porque alguien no había respetado su turno en una panadería. Además, gracias al apo-

yo adicional de los FM, pudo aumentar su comprensión de los estados mentales más complejos. Por ejemplo, un FM le planteó que pasaba gran parte de su tiempo sin ninguna ocupación, viendo la TV o en el sofá tumbado. El FM solicitó a Marcos que "se pusiera en el lugar del personaje" o que tratara de recordar una situación propia similar: "¿Cómo te sentirías en esa situación?" y "¿Qué te gustaría que cambiase de tu estado?". Finalmente, Marcos comenzó a comprender verdaderamente la importancia de los estados mentales en los comportamientos dirigidos a metas, así como la universalidad de ciertos estados mentales. Por ejemplo, fue capaz de entender que la rabia que siente cuando su madre le grita por no ayudar con las tareas de la casa, es la misma que ella siente cuando tiene que limpiar el salón mientras él mira la TV. Los ejercicios de este módulo resultaron bastante fructíferos para Marcos, que nunca antes había experimentado una perspectiva en tercera persona. El desarrollo de sus habilidades para identificar y nombrar diversas emociones también le ayudaron a establecer relaciones entre sus propias experiencias y las de otros, así como para comprender que había similitudes entre sus propios estados internos y los de los otros.

Segunda parte: juegos de roles

En un primer momento, Marcos presentó dificultades en los juegos de roles a pesar de que dijo entender los objetivos de la actividad. A medida que progresaba en los ejercicios de la primera parte en los que exploraba sistemáticamente sus propios estados mentales y los de los otros, y reflexionaba sobre sus recuerdos autobiográficos, su desempeño en los juegos de roles fue mejorando hasta ser más sutil y flexible. El siguiente ejemplo ilustra la clara diferencia en las habilidades de Marcos en los juegos de roles entre una situación en la que llevó a cabo un comportamiento social sin mentalización y otra en la que hizo referencia a los estados mentales propios y ajenos tras ser guiado metacognitivamente por los FM.

Marcos solicitó hacer una representación sobre una situación particularmente delicada para él: tenía que explicar las razones por las cuales había olvidado acompañar a su hermano al médico. En este caso, los comportamientos sociales objetivo fueron "justificarse" y "dar razones". Marcos estaba muy motivado con la actividad porque sabía que esa tarde iba a enfrentarse a esa situación: tendría que tratar de convencer a su hermano y manejar su probable decepción o irritación ante el incumplimiento de su compromiso. Para satisfacer su petición, y tras completar los módulos de la primera parte, los terapeutas pasaron directamente al juego de roles propuesto por Marcos sin proporcionar las instrucciones de mentalización. De esta manera, los terapeutas simplemente procedieron a describir con la ayuda de los miembros del grupo los pasos necesarios para llevar a cabo la habilidad (mantener el contacto visual, el tono de voz "serio", cómo justificarse y explicar los motivos por los que no le había acompañado al médico) sin activar la función metacognitiva. A continuación se solicitó al propio Marcos que desempeñara su papel en el juego de roles. Aunque se encontraba muy motivado, Marcos tuvo grandes di-



ficultades para llevar a cabo el ejercicio y lo realizó de manera mecánica, revisando continuamente el listado de pasos a seguir descrito en la pizarra y con abundantes pausas al no saber qué decir. Una vez finalizado, Marcos manifestó no sentirse satisfecho con su actuación y atribuyó sus dificultades al cansancio y a una "distracción" general. En este contexto, los terapeutas decidieron ayudarlo a explorar los posibles estados mentales de su hermano en esa situación (p.ej., decepción e irritación, pero también su probable disposición a aceptar sus excusas y mejorar la relación entre ambos) y los suyos (p.ej., las anticipaciones negativas de discusión o de no aceptación de sus excusas, o la posibilidad más razonable de que las aceptara si las explicaba correctamente). Los FM tuvieron un papel fundamental en la exploración de los estados mentales posibles en esta interacción social. A continuación, el juego de roles se repitió con el terapeuta inicialmente verbalizando en alto los estados mentales presentes en ambos personajes y posteriormente sin su apoyo. En esta ocasión, Marcos se involucró más activamente en el juego de roles, no utilizó la lista de pasos e incluso logró hacer frente con éxito a objeciones imprevistas del otro actor. En esta ocasión, Marcos pareció sentirse más cómodo al lograr entender los aspectos metacognitivos de la situación social. Es importante subrayar que parecía haber creado una versión propia diferente a la propuesta por los facilitadores sobre cómo manejar la situación de forma eficaz. Cuando finalizó el juego de roles, Marcos declaró sentirse satisfecho con su actuación y destacó haber disminuido notablemente su miedo ante esa situación, desde una valoración subjetiva inicial de 9 a un 3 una vez finalizado el ejercicio.

Resultado social

En una comparativa pre-post MOSST, los terapeutas observaron que Marcos mejoró notablemente sus habilidades de conversación, para actuar de manera asertiva y para manejar los conflictos. En concreto, Marcos mejoró sus habilidades de escucha activa en las conversaciones, de autopercepción y presentación a otros, para iniciar y finalizar conversaciones, participar en actividades sociales, plantear preguntas y pedir favores de manera correcta, dar y aceptar cumplidos, y para excusarse. En cuanto a su capacidad metacognitiva, Marcos fue capaz de identificar que tenía pensamientos ("creía que mi relación con mi hermano no me ayudaba"); fue capaz de nombrar la mayoría de sus emociones básicas; entender la influencia limitada de sus expectativas y deseos sobre la realidad (p.ej., fue capaz de bromear acerca de sus deseos de tener una novia) y podía captar la naturaleza multifacética de los diferentes puntos de vista ("la mayoría de las discusiones con mi hermano se deben a que tenemos puntos de vista diferentes sobre muchas cosas"). Como resultado de esta mayor capacidad para entender los pensamientos propios y ajenos, Marcos desarrolló su comprensión del impacto de sus comportamientos sobre su familia y de explicar el comportamiento de los demás en términos mentalistas.

Fruto de estos avances, el nivel de aceptabilidad social de los comportamientos de Marcos mejoró a la par que disminuyeron

de manera significativa sus comportamientos disruptivos (p.ej., las discusiones, gritos o chantajes hacia su madre), lo que redujo de forma sustancial la emoción expresada en el núcleo familiar, tal y como reflejó la trabajadora social que llevaba su caso en las notas de seguimiento.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido presentar a los profesionales de la psicología clínica la adaptación al castellano del programa MOSST. Este programa se ha desarrollado específicamente para hacer frente a las limitaciones detectadas en los programas actuales de EHS y en el contexto de los recientes hallazgos que sugieren un papel relevante de los déficits metacognitivos en el funcionamiento psicosocial efectivo en la esquizofrenia. Bajo esta perspectiva, MOSST es un programa de EHS que incluye tanto los juegos de roles prototípicos de los programas conductuales de EHS como el entrenamiento estructurado de las habilidades metacognitivas en contextos interpersonales reales.

La integración de ambos modelos se justifica en la premisa de que un funcionamiento social adaptativo requiere tener primero un dominio adecuado de los estados mentales propios y de los demás. De esta manera, es preciso potenciar las habilidades de diferenciación, es decir, la capacidad para detectar las intenciones y necesidades de los demás, o de autorregulación emocional en situaciones interpersonales relevantes. A su vez, para poder comprender a los demás se requiere compartir experiencias en contextos interpersonales reales, entender y compartir los sentimientos de los otros —y no solo adivinarlos—, y manejar las emociones resultantes. La mejora de las habilidades metacognitivas es esencial para alcanzar un funcionamiento interpersonal óptimo. Con respecto al entrenamiento en autorreflexividad, algunos autores han señalado que los pacientes con esquizofrenia presentan una autoconciencia exagerada en los momentos de crisis (o hiperreflexividad) como consecuencia de una disminución del sentido implícito de existir como agente activo que posee una conciencia y afectos propios (Sass y Parnas, 2003). En este sentido, MOSST podría ser una herramienta eficaz para prevenir este tipo de fenómenos patognomónicos asociados con la esquizofrenia.

Es preciso señalar nuevamente la relevancia del "facilitador metacognitivo" en MOSST. Como se ha descrito anteriormente, el FM es el encargado de estimular las habilidades metacognitivas de los participantes mediante la potenciación del uso de las narrativas intersubjetivas en las sesiones, tanto orales como escritas. Su figura enlaza con las aportaciones de otros modelos psicoterapéuticos, tales como la terapia narrativa, donde el terapeuta estimula al paciente la creación de descripciones vívidas sobre acontecimientos personales relevantes pasados (Payne, 2002).

Debido a las características del programa, cabe suponer que MOSST es un tratamiento de primera línea para mejorar la capacidad metacognitiva de los participantes y, en particular, las habilidades de autorreflexividad y diferenciación. Se espera también que la mejora de estas habilidades se traduzca en



cambios más rápidos, estables en el tiempo y generalizados de las habilidades sociales. Los datos obtenidos hasta la fecha con MOSST son prometedores y apuntan a su alto grado de aceptabilidad y eficacia en grupos pequeños de pacientes con primeros episodios psicóticos y esquizofrenia crónica (Ottavi et al., 2014b). Un estudio piloto reciente realizado con la adaptación castellana del programa en una muestra de 10 pacientes con esquizofrenia ha demostrado su potencial aceptabilidad y efectividad en el contexto de la sanidad pública española (Inchausti et al., en revisión). En concreto, tras finalizar el tratamiento con MOSST, los participantes demostraron un incremento significativo en la realización de actividades interpersonales habituales, una mejora en las relaciones sociales y personales, y un descenso de las conductas sociales disruptivas y/o agresivas, en base a las puntuaciones obtenidas mediante evaluadores ciegos con la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) (Apiquian et al., 2009). A nivel metacognitivo, se observó además un aumento en las habilidades de autorreflexividad y descentramiento evaluadas con la Escala Abreviada de Evaluación de la Metacognición (MAS-A) (Semerari et al., 2003). Sin embargo, estos hallazgos, aunque prometedores, son metodológicamente insuficientes para determinar la eficacia de MOSST por varias razones, entre las que cabe señalar el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control (Inchausti et al., en revisión). Por este motivo, actualmente se encuentra en curso un ensayo clínico aleatorizado de ciego único donde se examinan estos resultados preliminares con MOSST (referencia del ensayo para más información: ISRCTN10917911).

Una vez clarificada la eficacia de MOSST, futuras líneas de investigación deberían analizar su efecto combinado con otras psicoterapias de tipo metacognitivo (de Jong, van Donkersgoed, Pijnenborg, y Lysaker, 2016). Este tipo de investigaciones podrían ayudarnos a esclarecer si los distintos dominios metacognitivos se entrenan más eficazmente con un tipo u otro de programas (individuales, grupales, combinados...), o si MOSST y otras terapias del mismo enfoque actúan sinérgicamente para mejorar el nivel de funcionamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. Además, debido al impacto significativo de los déficits neurocognitivos sobre las habilidades sociales y el funcionamiento en la esquizofrenia (Lysaker et al., 2010), resulta relevante determinar los efectos potenciales de combinar MOSST y la rehabilitación neurocognitiva, tal y como apuntan Ottavi et al. (2014a). Cabe resaltar que el enfoque de trabajo que propone MOSST es susceptible de generalizarse al tratamiento rehabilitador general de otros trastornos mentales graves, aplicando sus principios metacognitivos al resto de tratamientos psicosociales. Esto permitiría crear un "ambiente metacognitivo" en las estructuras organizativas de los centros terapéutico-rehabilitadores que estimularía la recuperación global de las funciones metacognitivas afectadas en este grupo de trastornos.

Por último, como limitaciones de MOSST es preciso señalar que, desde un punto de vista práctico, su puesta en marcha requiere un entrenamiento intensivo de los terapeutas. La falta de

un manual en castellano con el programa y los costes que supone entrenar a los terapeutas en el modelo metacognitivo son obstáculos reseñables para el desarrollo de este tipo de intervenciones en España.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Almerie, M. Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., y Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), Cd009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2
- Apiquian, R., Elena Ulloa, R., Herrera-Estrella, M., Moreno-Gomez, A., Erosa, S., Contreras, V., y Nicolini, H. (2009). Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 181-186. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.028
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barbato, M., Liu, L., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., . . . Addington, J. (2015). Theory of Mind, Emotion Recognition and Social Perception in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: findings from the NAPLS-2 cohort. *Schizophrenia Research. Cognition*, 2(3), 133-139. doi: 10.1016/j.scog.2015.04.004
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., . . . Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805-822. doi: 10.1093/schbul/sbl035
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., y Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Benton, M. K., y Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 741-747.
- Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J., y Green, M. F. (2007). How Neurocognition and Social Cognition Influence Functional Change During Community-Based Psychosocial Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247-1256. doi: 10.1093/schbul/sbl072
- Brown, J. R., Donelan-McCall, N., y Dunn, J. (1996). Why talk about mental states? The significance of children's conversations with friends, siblings, and mothers. *Child Development*, 67(3), 836-849.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42. doi: 10.1093/schbul/sbi002
- Caponigro, J. M., Moran, E. K., Kring, A. M., y Moskowitz, J.



- T. (2014). Awareness and coping with emotion in schizophrenia: acceptability, feasibility and case illustrations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 371-380. doi: 10.1002/cpp.1839
- Combs, D. R., Drake, E., y Basso, M. R. (2014). An Overview of Social Cognitive Treatment Interventions. In P. H. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 163-178). San Diego: Academic Press.
- de Jong, S., van Donkersgoed, R., Pijnenborg, G. H., y Lysaker, P. H. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) With a Patient With Severe Symptoms of Disorganization. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 164-174. doi: 10.1002/jclp.22249
- Dilk, M. N., y Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. London: Routledge.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., . . . Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115
- Fonagy, P., Bateman, A., y Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
- Fonagy, P., Luyten, P., y Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 6(4), 380-392. doi: 10.1037/per0000113
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., y McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173-1185. doi: 10.1037/a0037098
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., McQuaid, J. R., y Jeste, D. V. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 251-262. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.014
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Link, P. C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J. D., . . . Jeste, D. V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 730-737.
- Harvey, P. D., y Penn, D. (2010). Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry (Edgmont)*, 7(2), 41-44.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 47-54. doi: 10.1016/j.schres.2008.09.006
- Inchausti, F., Garcia-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., . . . Mole, J. (en revisión). A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia.
- Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., Garcia-Poveda, N. V., y Ballesteros-Prados, A. (2016). Metacognitive abilities in adults with substance abuse treated in therapeutic community. *Adicciones*, 719. doi: 10.20882/adicciones.719
- James, A. V., Hasson-Ohayon, I., Vohs, J., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., Buck, K. D., . . . Lysaker, P. H. (2016). Metacognition moderates the relationship between dysfunctional self-appraisal and social functioning in prolonged schizophrenia independent of psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 62-70. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.05.008
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., y Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361. doi: 10.1093/schbul/sbn177
- Kurtz, M. M., y Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491-504. doi: 10.1037/0022-006x.76.3.491
- Kurtz, M. M., y Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. doi: 10.1093/schbul/sbr036
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart y L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolo, G., y Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy*, 84(1), 58-69; discussion 98-110. doi: 10.1348/147608310x520436
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolo, G., Procacci, M., y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Dubreucq, J., Gumley, A., McLeod, H., Vohs, J. L., . . . Dimaggio, G. (2015). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and



- self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 267-272. doi: 10.1016/j.schres.2015.06.015
- Lysaker, P. H., Shea, A. M., Buck, K. D., Dimaggio, G., Nicolo, G., Procacci, M., . . . Rand, K. L. (2010). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 405-413. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01554.x
- Macbeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., Fisher, R., McLeod, H. J., y Dimaggio, G. (2014). Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 268-273. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.027
- McLeod, H. J., Gumley, A. I., Macbeth, A., Schwannauer, M., y Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 109-115. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.018
- Moritz, S., y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed
- Nakagami, E., Hoe, M., y Brekke, J. S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 935-948. doi: 10.1093/schbul/sbq043
- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2014a). Metacognition-oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 465-473. doi: 10.1002/cpp.1850
- Ottavi, P., Pasinetti, M., Popolo, R., Salvatore, G., Lysaker, P. H., y Dimaggio, G. (2014b). Metacognition-Oriented Social Skills Training. In P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 285-300). San Diego: Academic Press.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Madrid: Editorial Paidós
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., y Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.449
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., . . . Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 783-791.
- Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75 Suppl 2, 14-19. doi: 10.4088/JCP.13065su1.04
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Goncalves, M. M., Horvath, A. O., y Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: the therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy*, 86(3), 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. doi: 10.1111/bjc.12044
- Roder, V., Mueller, D. R., y Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37 Suppl 2, S71-79. doi: 10.1093/schbul/sbr072
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., y Lysaker, P. H. (2007). An intersubjective perspective on negative symptoms of schizophrenia: implications of simulation theory. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 144-164. doi: 10.1080/13546800600819921
- Salvatore, G., Dimaggio, G., Popolo, R., y Lysaker, P. H. (2008). Deficits in mindreading in stressful contexts and their relationships to social withdrawal in schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(3), 191-209. doi: 10.1521/bumc.2008.72.3.191
- Sass, L.A., y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Seikkula, J., y Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognitive assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi: 10.1002/cpp.362
- Stanghellini, G., y Lysaker, P. H. (2007). The psychotherapy of schizophrenia through the lens of phenomenology: intersubjectivity and the search for the recovery of first- and second-person awareness. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 163-179.
- Sturges, J. W. (2012). Use of therapist self-disclosure and self-involving statements. *the Behavior Therapist*, 35(5), 90-93.
- Tungpunkom, P., Maayan, N., y Soares-Weiser, K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, Cd000381. doi: 10.1002/14651858.CD000381.pub3
- van Donkersgoed, R. J., de Jong, S., y Pijnenborg, G. H. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a Patient with Persistent Negative Symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 245-253. doi: 10.1007/s10879-016-9333-8



PROPUESTA DE DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: CONSENSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL (SEVIFIP)

PROPOSAL FOR A DEFINITION OF FILIO-PARENTAL VIOLENCE: CONSENSUS OF THE SPANISH SOCIETY FOR THE STUDY OF FILIO-PARENTAL VIOLENCE (SEVIFIP)

Roberto Pereira¹, Ismael Loinaz², Joana del Hoyo-Bilbao³, Josu Arrospide¹, Lorena Bertino¹,
Ana Calvo⁴, Yadira Montes¹ y Mari Mar Gutiérrez¹

¹Euskarri. ²Universidad de Barcelona. ³Universidad de Deusto. ⁴Fundación Pioneros

La Violencia Filio-parental (VFP) ha suscitado en los últimos años el interés de numerosos investigadores y profesionales del ámbito socio-sanitario, educativo y judicial. Sin embargo, no existe un consenso sobre el concepto, encontrándonos en la literatura científica diferentes definiciones sobre esta problemática. La confusión y la disparidad de resultados encontrados en las diferentes investigaciones, induce a preguntarse si en todos los casos se está hablando del mismo problema. El presente artículo tiene como objetivo: presentar a aquellas personas interesadas en este problema, una definición que sirva de herramienta para futuras investigaciones y propuestas de intervención que posibilite delimitar lo que es y no es VFP. Tras una revisión de la literatura específica, la recopilación y selección de las principales definiciones disponibles y su análisis y codificación, se crearon diferentes categorías que fueron debatidas por los 11 profesionales que formaron el panel de expertos. El resultado obtenido es una definición consensuada, precisa y práctica sobre VFP expresada en un lenguaje con perspectiva de género.

Palabras clave: Violencia Filio-parental, Definición, Investigación VFP, Criterios de exclusión.

In the last years, many scholars and professionals from the socio-sanitary, educational and judicial environments have started to pay increasing attention to Child to Parent Violence (CPV). This emerging phenomenon, however, does not seem to find a consensuated definition in the relevant scientific literature. The confusion found around this concept, as well as the disparate results arising from different research projects, lead us to wonder whether they are all referring to the same problem. The aim of this paper is to clearly establish what is Child to Parent Violence, as well as to provide a definition of the term as neutral and clear as possible, that can become useful and accessible to everyone interested in this problem. This definition can also play a significant role as a tool in future research and intervention proposals. After selecting the main definitions among those available in the specific literature, they were scrutinized and codified to find those categories relevant to the analysis, which were in turn debated by 11 experts in a discussion forum. As a result, we provide a precise and useful definition of CPV phrased employing a gender perspective language.

Keywords: Child to Parent Violence, Definition, Research on CPV, Exclusion criteria.

La violencia en el ámbito familiar, también conocida como violencia intrafamiliar o doméstica, ha existido desde hace siglos, pero sólo hace unas décadas ha generado preocupación social y despertado interés académico y profesional. Las formas de violencia intrafamiliar que más atención han suscitado han sido, por orden cronológico y de emergencia social, el maltrato infantil, la violencia de pareja y, muy recientemente, la de hijos/as a progenitores, ascendente o Violencia Filio-Parental (VFP). A pesar de su corto recorrido, la visibilidad del problema ha emergido con fuerza en los últimos años, en especial en España (Pereira y Bertino, 2009). Ejemplo de ello fue la fundación en 2013 de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP).

Las estadísticas disponibles hasta el momento sobre este fenó-

meno pueden llevar a contemplar distintos grados de prevalencia dependiendo de la selección de los criterios adoptados. Así, si analizamos una única agresión encontramos en la población general una prevalencia del 93,8% para la violencia psicológica en adolescentes de 13-18 años y del 8,9% si analizamos la violencia física. Sin embargo, si atendemos al criterio de reiteración (al menos 3 agresiones físicas y 6 psicológicas durante el último año) los datos se moderan, con un 14,2% de agresiones psicológicas y un 3,2% físicas (Calvete et al., 2013).

Por otra parte las Cifras oficiales de la Fiscalía General muestran un incremento en la detección en los primeros años de registro y cierta estabilidad en las cifras en los últimos años (4898 en 2015; 4.753 en 2014; 4.659 en 2013; 4936 en 2012; 5377 en 2011; 4995 en 2010; 5209 en 2009; 4211 en 2008 y 2683 en 2007), estos datos reflejan la relevancia judicial del problema, máxime si se tiene en cuenta el hecho de que una gran parte de los casos no se denuncian o bien son inimputables por la edad del perpetrador (menores de 14) por lo que no se contabilizan en las estadísticas judiciales.

Recibido: 23 diciembre 2016 - Aceptado: 22 mayo 2017

Correspondencia: Roberto Pereira. Euskarri. Calle Luzarra, 18, 1º.
48014 Bilbao. España. E-mail: euskarri@avntf-evntf.com



Al margen de las definiciones que posteriormente describiremos, en España el volumen de investigación ha crecido exponencialmente, tanto que sobrepasaría los objetivos de este trabajo resumir el estado de la cuestión. Solo como ejemplo, podemos mencionar algunas de las líneas de investigación desarrolladas que incluyen desde el análisis de las familias (p.ej., Bertino, Calvete, Pereira, Orue y Montes, 2011; Calvete, Orue, Bertino, González, Montes, Padilla y Pereira, 2014; Calvete, Orue, Gámez-Guadix, Del Hoyo-Bilbao y López de Arroyabe, 2015; Contreras y Cano, 2014; Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros y Carrobles, 2012; García y Gracia, 2010), pasando por las características de los agresores (p.ej., Calvete, Orue y Gámez-Guadix, 2013; Calvete, Orue y Sampedro, 2011; Contreras y Cano, 2015; Cuervo y Rechea, 2010; González-Álvarez, Morán y García-Vera, 2011; Ibabe y Jaureguizar, 2011a; Ibabe, Jaureguizar y Bentler, 2013) o la intervención (p.ej., Aroca, Bellver y Alba, 2013; Pereira, 2011; Pereira, Bertino, Romero y Llorente, 2006) hasta aspectos concretos como el papel de la bidireccionalidad de la violencia o el aprendizaje social (p.ej., Aroca, Bellver y Alba, 2012; Gámez-Guadix y Calvete, 2012; Ibabe y Jaureguizar, 2011b). El análisis de factores de riesgo está cobrando un especial interés en los últimos años (Ibabe et al., 2013; Lozano-Martínez, Estévez y Carballo, 2013; Martínez, Estévez, Jiménez y Velilla, 2015). Aunque todos estos trabajos tienen como objeto de estudio la VFP no parten de una misma definición, lo que puede ser un factor explicativo de la disparidad de resultados que muestran.

La primera referencia publicada sobre VFP se atribuye al trabajo de Harbin y Madden (1979), quienes describieron un nuevo síndrome de la violencia familiar, el maltrato a los padres. Pese a que desde su publicación han transcurrido más de tres décadas, los problemas de definición de este tipo de violencia y la determinación de características son constantes en distintos trabajos (p.ej., Aroca, Lorenzo-Moledo, y Miró-Pérez, 2014; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007; Jaureguizar y Ibabe, 2014; Tew y Nixon, 2010). y, en la actualidad, sigue siendo un fenómeno poco conocido y en ocasiones confuso. En este sentido, Tew y Nixon (2010) señalan que hay poco consenso en cuanto a qué es la VFP y Morán, González-Álvarez, Gesteira y García-Vera (2012) exponen que el hecho de que no exista una única definición consensuada está generando confusión pudiendo ser uno de los factores responsables de la amplia variabilidad de los datos de prevalencia. El incremento notable del interés por el problema conlleva la necesidad de definir con precisión la cuestión de la que se está hablando. Se ha manifestado incluso en las bases de datos científicas, como PsycINFO, con una gran variedad de conceptos que en inglés pueden confundirse con casos de VFP pero que en algunos casos hacen alusión incluso al aspecto contrario (p.ej., "Parent abuse" versus "Child-parent abuse") (Fernández, Fernández, Salvador, Cano y Contreras, 2014). Los problemas referentes a conceptos y definiciones son frecuentes en el ámbito de la violencia familiar, algo que afecta especialmente a la comparabilidad de los distintos es-

tudios, modelos, estadísticas o propuestas, tal y como refleja el Informe de la OMS sobre Violencia y Salud de 2002 (McCue, 2008).

A nivel internacional se consideran referentes los trabajos de Cottrell en Canadá (Cottrell, 2001, 2005; Cottrell y Monk, 2004), Gallagher en Australia (Gallagher, 2004, 2008) y más próximos en el tiempo los de Holt en Inglaterra (Holt, 2012, 2016). En el contexto español comenzamos a tener referencias hace 11 años, con algunos manuales específicos sobre el tema que abordaban conceptos o tipos de violencia de hijos hacia padres, como el "síndrome del emperador" (Garrido, 2005), y el "pequeño dictador" (Urrea, 2006). En 2006, Pereira introdujo el término "Violencia Filio-Parental" que es el que en la actualidad se utiliza en español para hacer referencia a este fenómeno. Sin embargo, aunque existen diversas propuestas de definición, en muchos casos es fácil confundir el tipo de problema del que se está hablando.

Cottrell (2005) analizó las cuestiones de fondo a la hora de definir la VFP. Partiendo de su propia definición de 2001 (ver tabla 1), señaló una serie de limitaciones que convenía mejorar en futuras propuestas: 1) no podemos estar seguros de que todos los adolescentes que agreden traten de buscar control (puede ser simplemente una expresión de ira); 2) hay acciones que no tienen la intención de dañar (p.ej., en niños con discapacidad o conductas de jóvenes en general causadas por su irresponsabilidad); 3) la percepción de abuso es subjetiva: hay profesionales que pueden entender la conducta del adolescente como abusiva y progenitores que no; 4) debe incluirse "cualquier acto" (hecho único) o debe ser necesario una serie de actos en un periodo de tiempo. Teniendo en cuenta estas limitaciones propias de una definición, la autora afirmó que las definiciones pueden ser meras palabras pero que, sin embargo, son imprescindibles para dar significado a lo que ocurre. Por tanto, resulta indispensable establecer quién, cómo y por qué se ve implicado en este tipo de violencia, aspectos que se busca concretar con este trabajo (atendiendo en especial el tipo de limitaciones señaladas en estudios previos).

Por ello, la adopción de una definición concreta y clara es imprescindible para delimitar a qué nos estamos refiriendo cuando se habla de VFP. El objetivo de este artículo es presentar la propuesta de definición consensuada desde SEVIFIP, con el objetivo de que pueda ser utilizada por todos los profesionales que trabajan con VFP.

MÉTODO

Participantes

El panel de expertos estuvo formado por 11 profesionales: ocho clínicos y tres docentes e investigadores de diferentes instituciones. Entre los clínicos que formaron parte estuvieron cuatro psicoterapeutas y el director del centro Euskarri (centro de intervención en VFP, Bilbao). El director clínico y el director general del centro terapéutico residencial Campus Unidos (ReC-Urra, Madrid) también formaron parte del panel de expertos, además de la directora clínica del programa de VFP de la Fundación Pioneros (Logroño). Respecto a los investigadores que



fueron parte del panel de expertos participaron dos docentes/investigadoras de la Universidad de Deusto (Bilbao) y un docente/investigador especializado en VFP de la Universidad de Barcelona (Barcelona).

Procedimiento

Desde SEVIFIP se propuso iniciar un panel de expertos (entendido según los términos definidos por la Comisión Europea, 2014) con el fin de consensuar una definición de VFP. En pri-

TABLA 1
PRINCIPALES DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Referencia	Definición	*
Harbin y Madden (1979)	Ataques físicos o amenazas verbales y no verbales o daño físico. (p.1288)	
Straus (1979)	Comportamientos violentos como morder, golpear, arañar, lanzar objetos, empujar, maltrato verbal y amenazas.	
Kumagai (1981)	Los actos violentos del niño contra los miembros de su familia directa como los padres, hermanos o abuelos.	
Dugas, Mouren y Halfon (1985)	Aquellos actos de agresividad acompañados o no de amenazas verbales y de insultos, acompañados de acciones repetitivas en contra de uno o los dos padres o de sus sustitutos con la exclusión del parricidio.	
Urra (1994)	Adolecen hasta del intento de comprender qué piensa y siente su interlocutor "domado". Poseen escasa capacidad de introspección y autodomínio. (p.1)	
Herzberger (1996)	Es normalmente la respuesta del niño a un patrón consistente de crianza violenta. (p.345)	
Cottrell (2001)	Cualquier acto de un hijo [o hija] dirigido a causar daño físico, psicológico o económico para ganar poder y control sobre un progenitor (p.3)	
Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton (2002)	Se considera violencia hacia los padres si los miembros de la familia se sienten amenazados, intimidados o controlados por la conducta violenta y si ellos creen que deben ajustar su propia conducta para acomodarse a las amenazas o anticiparse a la violencia. (p. 90)	1
Cottrell y Monk (2004)	Cualquier acción de los adolescentes dirigidas a causar daño económico, psicológico o físico a padres y/o a las personas que ocupan su lugar (p.1080)	2
Gallagher (2004)	La violencia física de los niños, la agresión verbal, la tendencia destructiva y el abuso emocional son parte de un patrón de conducta aparentemente dirigido al control, o al menos a desempoderar, a los padres. (p.5)	
Garrido (2005)	Un chico (también chica) de clase no marginal (aunque pueda ser humilde) que mientras vive en su casa extorsiona a sus padres para obtener cosas o privilegios, mediante el empleo de amenazas explícitas o veladas, o bien se hace servir de una violencia verbal explícita e incluso física para lograr ese objetivo. Con el tiempo, y en los casos de mayor gravedad (que son los psicópatas), puede estar más motivado por el mero hecho de disfrutar del control y el dominio de la situación. Se creen con derecho a imponer su voluntad sobre unos padres a los que considera que son indignos de cuidarle.	3
Pereira (2006)	Conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar. (p.8)	4
Roperti (2006)	Es aquel que emite comportamientos de maltrato hacia sus padres, que resuelve los problemas o descarga la tensión emitiendo conductas destructivas hacia el hogar, preferiblemente contra sus progenitores. (p.26)	5
Altea (2008)	Todo acto realizado por los hijos contra sus padres, tutores o guardadores, con la finalidad de utilizarlos o tiranizarlos. Con esta actuación los hijos buscan causar molestia permanente, utilizando la incomprensión como axioma; amenazan o agreden para dar respuesta a un hedonismo y nihilismo creciente; muestran conductas de desapego transmitiendo a los padres que no les quieren. (p.15)	6
Aroca (2010)	Es aquella donde el hijo o la hija actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio o sufrimiento en sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea por medio de la violencia psicológica, económica o física. (p.136)	7
Coogan (2011)	Un abuso de poder a través del cual el niño o adolescente intenta dominar, coaccionar y controlar a los otros en la familia. (p.349)	8
Holt (2013)	Un patrón de comportamiento que usa medios verbales, económicos, físicos o emocionales para practicar poder y ejercer control sobre los padres. (p.1)	9
Urra (2015)	"Todo acto realizado por los hijos contra los padres, con la finalidad de tiranizarlos. Buscando causar daño y/o molestia permanente, utilizando la incomprensión como axioma. Amenazan o agreden para imponer su poder y control. Muestran desapego. Transmitiendo a los padres que no les quieren. Ocasionalmente puede relacionarse con trastornos y adicciones, pero estas no son la causa de esta violencia que tiene por objeto la sumisión absoluta de la víctima" (p.9)	10

*Nota: Las definiciones numeradas fueron debatidas en el panel de expertos.



mer lugar, se hizo una búsqueda de las principales definiciones disponibles en la bibliografía nacional e internacional. Para ello, se revisaron los marcos teóricos de los estudios disponibles en las principales bases de datos (PsycInfo; Scopus; Editorial Sage; Google Académico; Psycodoc) y manuales publicados en español o inglés, recopilando las definiciones más relevantes. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: violencia filio-parental; maltrato de progenitores/padres; child-to-parent violence; child/adolescent/youth violence towards parents.

Tras la recopilación de las principales definiciones se procedió a analizar y valorar de forma independiente cada una de ellas para extraer los criterios de inclusión y exclusión indicados en el apartado de los Resultados.

Este proceso (panel de expertos) se materializó mediante un intercambio de información directo entre todos los participantes a través de un foro online entre octubre de 2014 y enero de 2015.

Análisis de datos

Se aplicaron técnicas cualitativas de análisis y codificación del contenido (Hsieh y Shannon, 2005; Miles y Huberman, 1994). A partir de las definiciones recopiladas el panel de expertos analizó y codificó las definiciones de manera independiente, poniendo posteriormente en común las categorías creadas sobre los aspectos contenidos en las definiciones (p. ej., tipo de violencia, tipo de víctima), identificando conjuntamente aquellas cuestiones comunes a todas. Las categorías fueron formadas de manera inductiva, es decir, a partir del análisis del material obtenido en la revisión bibliográfica (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005), presentado en un primer momento. Tras la puesta en común de estas categorías, su comprobación, reflexión y discusión por parte de los 11 expertos, se alcanzó un acuerdo que dio lugar a la definición de la VFP, aumentando así la validez interna (Suárez, del Moral y González, 2013).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la recopilación de las definiciones publicadas hasta la fecha de la revisión. Los criterios de exclusión fueron: las definiciones reiterativas, las corregidas posteriormente por el propio autor y las incompletas en comparación con el resto de definiciones disponibles. Los criterios de inclusión fueron: el uso frecuente en la literatura científica y el aumento de información en comparación con las definiciones disponibles. Tras la recopilación se mostraron al panel de expertos numeradas según su orden cronológico.

A partir del análisis de las definiciones se identificaron diez categorías, que posteriormente se redujeron a la mitad. El criterio de admisión de cada uno de los componentes de la definición final fue la aceptación por la mayoría de los expertos desde un juicio clínico y/o experiencial. Las extracciones literales de comentarios se presentan en cursiva.

Categorías a incluir

En primer lugar, se valoró la necesidad de incluir aspectos

considerados imprescindibles en la definición de VFP. Estos fueron los siguientes:

- ✓ **Frecuencia de la conducta agresiva:** si ésta es reiterada o se trata de un hecho aislado. Todos los componentes del grupo de expertos acordaron que la violencia debía ser reiterada: *“Este punto es especialmente importante en investigación, de este modo las prevalencias no se disparan y son lo más representativas posibles, sin sobrestimar el fenómeno y dándole la importancia que se merece”*.
- ✓ **Receptor de la agresión:** se discutió la opción de especificar a quién va dirigida la violencia y hubo acuerdo unánime sobre la necesidad de concreción. El concepto progenitor debía aludir a ambos sexos y, además, se insistió en la necesidad de *“incluir la posibilidad de que la víctima no sea solo un progenitor, sino también quien ocupe su lugar.”* (otro familiar o un cuidador, por ejemplo), así como incluir *“a los padres y madres y a las parejas de progenitores que están formadas por dos personas del mismo sexo”*.
- ✓ **Tipos de violencia:** se debatió la posibilidad de incluir los tipos de violencia que podía abarcar la VFP, al igual que se hace al delimitar otros tipos de violencia intrafamiliar. En esta ocasión la opinión también fue unánime respecto a la inclusión de grandes categorías de violencia (física, psicológica y económica) y no conductas específicas, con argumentos como los siguientes: *“hay situaciones en las que los hijos deciden y fuerzan gastos que generan endeudamiento, a los que los padres no quieren someterse, pero frente a los que no pueden hacer otra cosa”*.
- ✓ **Criterios de exclusión:** todos los expertos estuvieron de acuerdo en que un aporte de gran valor en la definición era la inclusión de criterios de exclusión con el fin precisar aquellos casos que entran bajo la etiqueta. Partiendo de los criterios disponibles en otras definiciones, de los propios clínicos y experienciales propios, y de aquello que se considera que no hace referencia a VFP, se acordó señalar la exclusión de la definición de: agresiones aisladas, las causadas por alteraciones psicológicas (transitorias o estables) o los homicidios que no tengan historia de violencia. Aunque se debatió el solapamiento de la VFP con el maltrato a ancianos por parte de los hijos (con argumentos como que la diferencia está en el rol de dependencia que ejerzan víctimas y agresores) no se pudo alcanzar un consenso respecto a qué alusión permitiría una mejor diferenciación.
- ✓ **Lenguaje con perspectiva de género:** finalmente, por unanimidad se aceptó la importancia de utilizar un lenguaje inclusivo y no sexista en la definición. La mayoría de las utilizadas hasta el momento no cuidan este aspecto que parece relevante contemplar.

Categorías a excluir

Partiendo de las definiciones existentes se propusieron una serie de aspectos que no era necesario mantener en la nueva definición. A continuación, detallamos las categorías que se excluyeron:

- ✓ **La edad:** se valoró la opción de especificar *la edad* del



agresor, puesto que puede ser una cuestión que influya a la hora de determinar si existe o no un problema de VFP. Tras ser debatido, 7 de los 11 participantes apoyaron la idea de no especificarla por no existir un criterio científico para ello. Se remarcó la posibilidad de que, con independencia de la edad, pudiera existir VFP siempre que víctima y agresor ejercieran roles de cuidador y cuidado respectivamente. *“Sería conveniente delimitar la edad del agresor (...), pero si una persona de 50 años mantiene los roles de dependiente y ejerce este tipo de conductas contra sus progenitores también está ejerciendo VFP, por lo que la edad no es un criterio excluyente”*. Por otro lado, aunque las definiciones existentes puedan hacer alusión a un grupo de edad como los “adolescentes”, no hay un criterio objetivo para delimitar una edad concreta y la experiencia nos indica que se rebasa ampliamente en ambos sentidos esa etapa del ciclo vital.

- ✓ **Intencionalidad o control/poder:** se analizó la posibilidad de indicar la intencionalidad o el control/poder por parte del agresor. Sin embargo, 9 profesionales plantearon excluir este criterio por la dificultad de establecer la intención y objetivo de las agresiones. *“Hemos hecho muchas entrevistas en profundidad a adolescentes que han ejercido VFP severa y [...] hemos evaluado precisamente aspectos como la intencionalidad y la conclusión es que no siempre está presente. Recuerdo algún adolescente que actuaba en un estado de ira en el que era incapaz de explicar por qué actuaba como actuaba”*. La experiencia clínica mostraría la dificultad de concretar la intencionalidad específica en muchos casos de violencia. En su lugar, se optó por incluir motivos de exclusión que ayudaran a diferenciar aquellos casos que no muestren intencionalidad por distintas cuestiones.
- ✓ **Convivencia:** se analizó la posibilidad de incluir la convivencia en la definición, pero todos los integrantes del grupo consideraron que no era un aspecto imprescindible. *“Respecto a la convivencia, he tenido contacto con padres que siguen experimentando relaciones violentas y de dominio por parte de sus hijos que llevan viviendo fuera más de un año”*.
- ✓ **Motivación y tipo de agresión:** se discutió la necesidad de especificar si la violencia era reactiva o instrumental. Finalmente, todos los miembros del panel de expertos creyeron conveniente no incluir dicha especificación. *“Estoy conforme con omitir la cuestión reactiva/proactiva pues como bien se indica en muchas familias o contextos es una dinámica de interacción normalizada y es casi imposible distinguir reacción de uso instrumental”*.

Propuesta de definición

Una vez realizado el análisis de las definiciones y llegado a un consenso sobre las categorías a excluir e incluir, la definición final de VFP propuesta por el Grupo de Expertos de SEVIFIP fue la siguiente: Conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar. Se excluyen las agresiones puntuales, las que se producen en un estado de disminución de la conciencia que desaparecen

cuando esta se recupera (intoxicaciones, síndromes de abstinencia, estados delirantes o alucinaciones), las causadas por alteraciones psicológicas (transitorias o estables) (el autismo o la deficiencia mental severa) y el parricidio sin historia de agresiones previas.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido presentar la propuesta de definición de VFP consensuada desde SEVIFIP, con el objetivo de que pueda ser utilizada por todos los y las profesionales que trabajan con VFP. Coincidiendo con la mayoría de definiciones disponibles (excepto Straus, 1979 y Pereira, 2006), se optó por no incluir ejemplos concretos de conductas violentas. Se decidió discriminar modalidades de violencia, incluyendo el daño físico y el psicológico, el cual puede ser verbal (insultos, amenazas, etc.) o no verbal (arrojar objetos, amenazas gestuales, etc.) añadiendo el daño económico (romper objetos preciados o valiosos, endeudamientos). La necesidad de reiteración de la violencia y exclusión de hechos puntuales también coincide con criterios previos (Aroca, 2010; Dugas et al, 1985; Holt, 2013; Pereira, 2006). Respecto a las víctimas, la definición se apoya en trabajos realizados por distintos autores en los que se incluye a miembros de la familia directa (Coogan, 2011; Kumagai, 1981) o aquellos que ocupan su lugar como tutores o cuidadores (Altea, 2008; Dugas et al., 1985; Pereira, 2006).

A diferencia de la mayoría de las definiciones, se optó por incluir criterios de exclusión disponibles en algunos trabajos (Dugas et al., 1985; Pereira 2006). Tampoco se consideró determinante señalar la intencionalidad del agresor de producir daño o la búsqueda de control y poder, a diferencia de muchas de las definiciones recientes (Altea, 2008; Aroca, 2010; Coogan, 2011; Cottrell, 2001; Gallagher, 2004; Holt, 2013; Urra, Sancho, Atarés, Buale y Isabel, 2015), debido a la dificultad para identificar dicha intencionalidad y por establecerse un punto de partida culpabilizador para las y los hijos cuando en un importante número de casos se dan agresiones bidireccionales (Gámez-Guadix y Calvete, 2012; Ibabe y Jaureguizar, 2011b; Bertino et al., 2011; Bertino y García de Galdeano, 2011).

Respecto a las y los agresores, los estudios señalan como edades más prevalentes el rango entre 12 y 17 años (Cottrell y Monk, 2004; Romero, Melero, Cánovas, Antolin, 2005; Routt y Anderson, 2011; Sheehan, 1997; Walsh y Krienert, 2007). Inicialmente, el panel de expertos señaló la idea de que el agresor fuese “menor o adulto joven”, pero se optó finalmente por no incluirlo por la existencia de casos que sobrepasan esas edades.

Este estudio no está exento de limitaciones y entre ellas destaca el número relativamente pequeño de participantes en el panel de expertos, que debería ser ampliado en futuros planteamientos. Respecto a los resultados, es importante citar que si bien desde algunos centros los distintos profesionales expresaron su opinión individual y dispusieron de un voto para la decisión, desde otros centros lo consensuaron previamente



en grupo y después uno o dos expertos expresaron la opinión recogida, contabilizándose uno o dos votos, sin que se ponderara el número de expertos que habían participado en ese centro.

Por último, señalar que, si bien el "Informe mundial sobre la violencia y la salud" sugiere el riesgo de fragmentar el fenómeno de la violencia a través de la especialización (OMS, 2002), consideramos oportuno recoger las diferencias que presenta el fenómeno de la VFP respecto a otros modelos intrafamiliares.

AGRADECIMIENTOS

Los autores reconocen y agradecen la cooperación de personas e instituciones que hicieron posible el desarrollo del presente artículo, con especial mención a Eduardo Ataers (Recurra, Madrid), Esther Calvete (Universidad de Deusto, Bilbao) y Jose Luis Sancho (Recurra, Madrid).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Altea, A. (2008). *Violencia filio-parental: menores que agreden a sus padres (informe proyecto DAPHNE II)*. Alicante: Asociación Altea-España para la Investigación y Formación en la Acción Social.
- Aroca, C. (2010). *Violencia filio-parental: una aproximación a sus claves*. (Tesis doctoral), Universidad de Valencia.
- Aroca, C., Bellver, M. C. y Alba, J. L. (2013). Revisión de programas de intervención para el tratamiento de la violencia filio-parental. Una guía para la confección de un nuevo programa. *Educación XX1*, 16(1), 281-304.
- Aroca, C., Bellver, M.C. y Alba, J.L. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. *Revista Complutense de Educación*, 23(2), 487-511. doi: 10.5209/rev_RCED.2012.v23.n2.40039.
- Aroca, C., Lorenzo-Moledo, M. y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de Psicología*, 30(1), 157-170.
- Bertino, L. (2011). La familia que se amaba con locura. Fusión emocional en familia monoparental. En R. Pereira (Comp.), *Psicoterapia de la Violencia Filio-Parental. Entre el secreto y la vergüenza* (pp. 126-152). Madrid: Morata.
- Bertino, L. y García de Galdeano, P. (2011). De víctimas y verdugos. En R. Pereira (Comp.), *Psicoterapia de la Violencia Filio-Parental. Entre el secreto y la vergüenza* (pp. 176-198). Madrid: Morata.
- Bertino, L., Calvete, E., Pereira, R., Orue, I. y Montes, Y. (2011). El prisma de la violencia filio-parental: diferentes visiones de un mismo fenómeno. En Pereira, R. (Ed.) *Entre impotencia, resiliencia y poder. Adolescentes del siglo XXI* (pp. 361-384). Madrid: Morata.
- Bertino, L., Montes, Y. y Arnaiz, V.M. (2014). *Del dolor a la agresión. Situaciones de VFP en familias migrantes extranjeras reagrupadas. Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 30, 91-116.

- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., Orue, I., González-Diez, Z., López de Arroyabe E., Sampedro, R., Pereira, R. y Borrajo E. (2013a). Brief report: The Adolescent Child-to-Parent Aggression Questionnaire: An examination of aggressions against parents in Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 1077-1081. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.08.017
- Calvete, E., Orue, I. y Gámez-Guadix, M. (2013b). Child-to-parent violence: Emotional and Behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 755-772. doi: 10.1177/0886260512455869
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34(3), 349-363. doi: 10.1174/021037011797238577
- Calvete, E., Orue, I., Bertino, L., González, Z., Montes, Y., Pardiña, P., y Pereira, R. (2014) Child-to-parent abuse: the perspectives of the parents, children, and professionals in a Sample of Spanish Focus Group Participants. *Journal of Family Violence*, 29(3), 343-352. doi: 10.1007/s10896-014-9578-5
- Calvete, E., Orue, I., Gámez-Guadix, M., Del Hoyo-Bilbao, J. y López de Arroyabe, E. (2015). Child-to-parent violence: An exploratory study of the roles of family violence and parental discipline through the stories told by Spanish children and their parents. *Violence and Victims*. 30(6), 935-947. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-14-00105
- Comisión Europea (2014). Panel de expertos. Visto en: ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/.../too_pan_res_es.pdf
- Contreras, L. y Cano, C. (2014). Family profile of young offenders who abuse their parents: A comparison with general offenders and non-offenders. *Journal of Family Violence*, 29(8), 901-910. doi: 10.1007/s10896-014-9637-y
- Contreras, L. y Cano, M.C. (2015). Exploring psychological features in adolescents who assault their parents: a different profile of young offenders? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(1), 224-241. doi: 10.1080/14789949.2015.1004634
- Coogan, D. (2011). Child-to-parent Violence: Challenging Perspectives on Family Violence. *Child Care in Practice*, 17(4), 347-358. doi: 10.1080/13575279.2011.596815
- Cottrell, B. (2001). *Parent Abuse: The abuse of parents by their teenage children*. Ottawa, ON: Health Canada, Population and Public Health Branch, National Clearinghouse on Family Violence.
- Cottrell, B. (2005). *When teens abuse their parents*. Halifax, Nova Scotia: Fernwood Publishing.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse - A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095. doi: 10.1177/0192513X03261330
- Cuervo, A. L. y Rechea, C. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Un estudio de casos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3ª época (nº 3), 353-375.



- Dugas, M., Mouren, M.C. y Halfon, O. (1985). Les parents battus et leurs enfants. *La Psychiatrie de l'enfant*, 28, 185-220.
- Fernández, L., Fernández, A., Salvador, B., Cano, C. y Contreras, L. (2014). *La confusión conceptual del fenómeno de la violencia filio-parental en la base de datos PsycINFO*. Comunicación presentada en VIII Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense, Santiago de Compostela.
- Gallagher, E. (2004). Parents Victimized by their Children. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(1), 1-12.
- Gallagher, E. (2008). Children's violence to parents: a critical literature review. Master thesis. Monash University. Recuperado de <http://www.eddiegallagher.com.au/Child%20Parent%20Violence%20Masters%20Thesis%20Gallagher%202008.pdf> (20/09/12)
- Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24(2), 277-283.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C. y Carrolles, J.A. (2012). Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20(3), 585-602.
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33(3), 365-384.
- Garrido, V. (2005). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.
- Gesteira, C., González, M., García-Vera, M.P., Fernández, I. y Graña, J.L. (2012). Violencia ascendente: los hijos que agreden a sus padres. En L.M. Llavona y F.X. Méndez (Eds.), *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 189-213). Madrid: Pirámide.
- González-Álvarez, M., Morán, N. y García-Vera, M.P. (2011). Violencia de hijos a padres: revisión teórica de las variables clínicas descriptoras de los menores agresores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11, 101-121.
- González-Álvarez, N., Gesteira, C. y García-Vera, M. (2012). Menores que agreden a sus padres: análisis de los datos de prevalencia a nivel nacional e internacional. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 101-120.
- Harbin, H. y Madden, D. (1979). Battered parents: A new syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1288-1291. doi: 10.1176/ajp.136.10.1288
- Herzberger, S.D. (1996). *Violence within the family: Social Psychological Perspectives*. Boulder, CO.: Westview Press.
- Holt, A. (2012). Researching parent abuse: A critical review of the methods. *Social Policy and Society*, 11(2), 289-298. doi: 10.1017/S1474746411000625
- Holt, A. (2013). *Adolescent-to-parent abuse*. Bristol, UK: Policy Press.
- Holt, A. (2016). Adolescent-to-Parent abuse as a form of "domestic violence": A conceptual review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 490-499. doi: 10.1177/1524838015584372
- Holt, A. (Ed.). (2016). *Working with adolescent violence and abuse towards parents: Approaches and contexts for intervention*. Oxon, UK: Routledge
- Hsieh, H-F. y Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011a). El perfil psicológico de los menores denunciados por violencia filio-paternal. *REIC Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, artículo 6.
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011b). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional?. *Anales de Psicología*, 27(2), 265-277.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Bentler, P.M. (2013). Risk Factors for child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 28(5), 523-534. doi: 10.1007/s10896-013-9512-2
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2007). *Violencia filio-parental: conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Jaureguizar, J. y Ibabe, I. (2014). Cuando los padres son las víctimas: violencia filio-parental. En J. M. Tamarit & N. Pereda (Eds.), *La respuesta de la victimología ante las nuevas formas de victimización* (pp. 37-72). Madrid: EDISOFER.
- Kumagai, F. (1981). Filial violence - a peculiar parent-child relationship in the Japanese family today. *Journal of Comparative Family Studies*, 12(3), 337-349.
- Lozano-Martínez, S., Estévez, E. y Carballo, J.L. (2013). Factores individuales y familiares de riesgo en casos de violencia filio-parental. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 239-254.
- Martínez, M.L., Estévez, E., Jiménez, T.I. y Velilla, C. (2015). Violencia filio-parental: principales características, factores de riesgo y claves para la intervención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 216-223.
- McCue, M.L. (2008). *Domestic violence: A reference handbook* (2ª ed.). Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.
- Micucci, J. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Morán, N., González-Álvarez, M., Gesteira, C. y García-Vera, M.P. (2012). Menores que agreden a sus padres: análisis de los datos de prevalencia a nivel nacional e internacional. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 101-120.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23(2), 90-100. doi: 10.1002/j.1467-8438.2002.tb00493.x
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: un fenómeno emergente. *Mosaico*, 36, 8-9.



- Pereira, R. (Coord.)(2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Morata.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes*, 21, 69 -90.
- Pereira, R., Bertino, L., Romero, J. C. y Llorente, M. L. (2006). Protocolo de intervención en Violencia Filio-Parental. *Revista Mosaico*, 36.
- Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15, 133-154.
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005): *La violencia de los jóvenes en la familia: Una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Documentos de Trabajo. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos del departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.
- Roperti, E. (2006). Padres víctimas, hijos maltratadores. pautas para controlar y erradicar la violencia en los adolescentes. Madrid: Espasa Calpe.
- Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 20(1), 1-18. doi: 10.1080/10926771.2011.537595
- Sheehan, M. (1997). Adolescent violence: Strategies, outcomes and dilemmas in working with young people and their families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(2), 80-91. 10.1002/j.1467-8438.1997.tb00274.x
- Straus, M. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the family*, 41(1), 75-88
- Suarez, C., Del Moral, G. y González M.T. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Psychosocial Intervention*, 22, 71-79. doi: 10.5093/in2013a9
- Tew, J. y Nixon, J. (2010). Parent abuse: opening up a discussion of a complex instance of family power relations. *Social, Policy and Society*, 9(4), 579-589. doi: 10.1017/S1474746410000291
- Urra, J. (1994). Violencia de los hijos hacia sus padres. *Papeles del Psicólogo*, 59, 85-90.
- Urra, J. (2006). *El pequeño dictador: cuando los padres son las víctimas*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Urra, J., Sancho, J.L., Atarés, E., Buale, A. y Isabel, C. (2015). *Violencia Filio-parental. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Klinik.
- Walsh, J. y Krienert, J. (2007). Child-parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents. *Journal of Family Violence*, 22(7), 563-574. doi: 10.1007/s10896-007-9108-9



SOBRE EL MITO DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP) Y EL DSM-5

ON THE MYTH OF PARENTAL ALIENATION SYNDROME (PAS) AND THE DSM-5

Ramón Vilalta¹ y Maxime Winberg Nodal²

¹Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de los Juzgados de Oviedo. ²Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de los Juzgados de Toledo

El presente artículo aborda la controversia surgida sobre la existencia del Síndrome de Alienación Parental (SAP) o cualquiera de sus denominaciones alternativas. Las críticas al SAP comprenden argumentos de diferente naturaleza: desde las críticas sobre la personalidad del creador del término, hasta la más repetida de que el SAP no consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. En este artículo se analizan algunas de esas críticas en el contexto judicial español, en particular por su relevancia, las expuestas en la Guía práctica del Grupo de Expertas y Expertos en violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), publicada en 2016; y se argumenta cómo el SAP sí que es ampliamente reconocido por la comunidad científica y profesional, y puede ser descrito y clasificado en el DSM-5 como un "Problema de relación entre padres e hijos V61.20 (Z62.820)".

Palabras clave: Síndrome de Alienación Parental, DSM, Divorcio, Niños, Distanciamiento afectivo.

This paper discusses the controversy over the existence of the Parental Alienation Syndrome (PAS) or any other name it may be given. The negative judgements over PAS are different in nature: from criticism about the personality of the term's creator, to the most repeated one that says PAS does not exist in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. This paper analyses some of these criticisms in the Spanish judicial context, especially those exposed in the Guidelines of the Group of Experts on the Fight against Domestic and Gender Violence of the General Council of the Judiciary (CGPJ), published in 2016; and shows how the PAS is widely recognized by the professional and scientific community and it may be described and classified in the DSM-5 as a "Parent-Child Relational Problem V61.20 (Z62.820)".

Key words: Parental Alienation Syndrome, DSM, Divorce, Children, Estrangement.

Los Magistrados del Grupo de Expertas y Expertos en violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), en reunión celebrada el día 13 de octubre de 2016 aprobaron la *Guía práctica* de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Carmona et al., 2016). En el capítulo X de la misma, bajo el título: Otros aspectos a tener en cuenta en la Actividad Jurisdiccional, incluyen cuatro páginas de comentarios acerca del llamado Síndrome de Alienación Parental (SAP). Sometemos a análisis el apartado X de esta Guía pues -en su brevedad- pretende dictar doctrina en el ámbito forense y puede servir a nuestro análisis del mito sobre la inexistencia del fenómeno SAP, basado -entre otros argumentos- en su falta de inclusión en las clasificaciones diagnósticas, cuestión concreta sobre la que se centra este artículo. El problema resulta de gran interés para el trabajo de todos los actores jurídicos afectados por estas cuestiones, dado el prestigio del

CGPJ y las posibles implicaciones de esta Guía a nivel de práctica jurídica y forense.

DEFINICIÓN DEL SAP

Gardner (1985) acuñó el posteriormente controvertido término *Síndrome de Alienación Parental* (SAP), que aquí consideraremos equivalente al más empleado actualmente de *Alienación Parental* (AP), enmarcándolo principalmente dentro del contexto de un divorcio contencioso. Lo típico del SAP es que el hijo rechace y critique reiteradamente a uno de sus progenitores. Tales críticas son injustificadas o claramente exageradas. El menor habla de ese progenitor "odiado" en términos despectivos, sin avergonzarse ni sentir culpa por hacerlo. A veces su discurso brota a la primera pregunta de alguien relacionado con el conflicto (letrados, jueces, profesionales de salud mental, etc.) y adquiere la apariencia de "una letanía". En ocasiones incluso puede observarse que el discurso y el léxico del menor es muy similar al que usa el otro progenitor, al que afirma sentirse unido en exclusividad. Este rechazo es un proceso complejo, en el que juegan su papel ambos progenitores y el propio hijo. En el SAP un progenitor modela o programa al hijo para que rechace al otro. Además de los mensajes procedentes del lavado de cerebro

Recibido: 21 abril 2017 - Aceptado: 22 mayo 2017

Correspondencia: Maxime Winberg Nodal. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de los Juzgados de Toledo. C/ Marqués de Mendigorría s/n. 45007 Toledo. España.
E-mail: maximo.winberg@justicia.es



del adulto, el niño debe realizar aportaciones propias al rechazo, dando cuenta de haber adquirido independencia en su discurso y conducta para mantenerlo. Evidentemente, durante la evaluación debe descartarse la existencia de un maltrato real, que haría incompatible la determinación de un SAP (Gardner, 1992).

Esta situación fue tratada con otros vocablos y matices por muchos otros autores antes y después de Gardner. A ello se refería la descripción del «progenitor programador» de Duncan (1978), o a lo que Wallerstein y Kelly (1980) llamaron «Síndrome de Medea», terminología que también adoptó Jacobs (1988). También se han propuesto otros términos que aluden parcialmente al mismo concepto, como: el «síndrome SAID» (*Sexual Allegations In Divorce*) de Blush y Ross (1987); el término «parentectomy» de Williams (1990); el «síndrome de la madre maliciosa» de Turkat (1995); la «alienación parental» de Darnall (1999); o la reformulación del «niño alienado» de Kelly y Johnston (2001). En España, Granados (1987) definió algunas características de estas situaciones de alta conflictividad destacando los aspectos irracionales de tales conflictos familiares. Posteriormente, Ramírez, de Luis e Ibáñez (1994) se refirieron a estas situaciones comparándolas con el «síndrome de Estocolmo». Durante los últimos años, el estudio del término SAP se ha extendido en nuestro país (Arce, Fariña y Seijo, 2005; Aguilar, 2004, 2014; Bolaños, 2002; Junco, Nieves y Fernández, 2014; Luengo y Coica, 2007; Muñoz, 2011; Segura, Gil y Sepúlveda, 2006; Tejedor, 2006; Vallejo, Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2004; Vilalta, 2011).

Pese a tal variedad de trabajos y terminología sobre el SAP, la referida Guía pretende censurar su uso en cualquiera que sea su denominación, a saber: «La utilización del llamado «Síndrome de Alienación Parental» (en adelante, SAP), o la de una denominación alternativa pero con la misma virtualidad...» (Carmona et al., 2016, p. 271). Esta premisa imposibilitaría cualquier análisis del problema y entraría dentro de la corriente que Carbó (2011) denomina *negacionismo fanatizado del SAP*, emulando controversias de tinte nominalista que ya fueron bien abordadas por otros (Arch, Molina y Jarné, 2008; Chacón, 2008), y que centrarían el estudio del asunto en términos filosóficos y no como un problema de conducta de índole psicológica.

Independientemente del debate nominalista, si en el contexto forense el bien jurídico superior está en proteger a los menores de cualesquiera malos tratos, resulta necesario describir las conductas y manifestaciones que definen cada caso concreto. Es ésta la cuidada tarea que se lleva a cabo por parte de los operadores de la Administración de Justicia, sin entrar en discusiones nosológicas, y dedicándose con cautela a comprobar que cuando un rechazo se dé, no suceda por haber sufrido ese menor una situación de malos tratos, lo que justificaría su protección inmediata.

CRÍTICAS CONTRA LA EXISTENCIA DEL SAP

Las críticas al SAP que vamos a examinar siguiendo el capítulo X de la Guía Práctica (Carmona et al., 2016), se pueden agrupar en tres diferentes argumentaciones: las que incluyen descalificaciones a la personalidad de Gardner y a la orientación de su trabajo; las críticas de corte clínico y sobre el consenso científico al respecto del constructo SAP; y, por último, las que pretenden fundamentarse en contenidos jurisprudenciales.

CRÍTICAS «AD HOMINEN»

El citado Grupo de expertos del CGPJ mantiene que la Ley Integral 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género ha supuesto la aparición en escena de reacciones para su minimización, considerando la utilización del llamado «Síndrome de Alienación Parental» una de estas reacciones. Se refieren al SAP como un recurso que habría sido creado por Richard Gardner (1985), un psiquiatra al que a pie de página (citando una sentencia de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Vizcaya de 27-3-2008), se le imputa pedofilia (Carmona et al., 2016). Sorprende que no se le tache también de adivino, pues se advierte que el psiquiatra habría formulado su *recurso* en Estados Unidos, unos 19 años antes de que en España se publicase dicha Ley Integral. Emplear la falacia *ad hominem* para criticar la obra de alguien es un recurso falto de sutileza, pues quien lo emplea no parece tener a su alcance otra argumentación sustantiva.

Tal falacia parece ser un recurso frecuente. El texto del Grupo de Expertos cita a pie de página al Dr. Fink, ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana, quien declaró en marzo de 2010, que los «grupos de defensa de los derechos de los padres» habían pedido al grupo de trabajo del DSM que incluyeran el SAP porque no les gustaba ser molestados cuando estaban abusando de sus hijos (Fink 2010). Sin embargo, en mayo se retractó en la misma publicación:

«Pido disculpas por sugerir que los padres que acusan a las madres de SAP están abusando sexualmente de sus hijos. Fue claramente un exceso del que me retracto... Yo no niego que la alienación parental suceda y que un montón de gente resulta dañada cuando existe un alienador» (citado en Lorandos, Bernet y Sauber, 2013, p. 494).

Sin embargo, procede señalar aquí uno de los aciertos conceptuales del texto del citado Grupo de Expertos, que también serviría para desligar definitivamente este supuesto síndrome del objeto de la Ley contra la Violencia de Género, cuando -en contradicción con lo previo- reconoce que incluso Gardner excluía la aplicación de su teoría en los casos en que se evidenciaba una situación de violencia, abuso o negligencia. Efectivamente, Gardner (1985, 1992) señala desde su introducción, que el término solo es aplicable cuando el progenitor rechazado no ha mostrado conductas que justifi-



quen dicho rechazo filial, dejando claro que hablaba de otras situaciones con las que establecía una clara diferenciación.

De todos modos, el citado Grupo insiste en ligar el denominado SAP con la Ley de Violencia de Género, y alude al trabajo de Escudero, Aguilar, y de la Cruz (2008a, 2008b) en el que negaban la existencia del SAP como una patología que implicase tratamiento médico, algo que a la sazón resulta irrelevante en términos DSM-5 pues: *“el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento”* (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014, p. 20); aunque sí salvaban la denominación del fenómeno como AP: *“El presente trabajo se centra exclusivamente en la construcción del «síndrome de alienación parental» de Gardner o SAP. No alude por tanto al concepto de «alienación parental» con el cual puede confundirse, en gran medida por su similitud gramatical”* (Escudero et al., 2008b, p. 286).

También se publicó en 2009 un libro desaconsejando emplear el diagnóstico SAP por *pretendido* (Váccaro y Barea, 2009), autoras que al final del mismo también reconocían ese tipo de manipulación infantil. Véase en su *Apéndice 1-Algunas Consideraciones*:

“Nada en este libro niega que en algunos divorcios controvertidos, los hijos no puedan ser manipulados/os por uno o ambos progenitores. Por mi parte, sé que esto ocurre -aunque en menor medida de lo que se cree y supone- y en general, este accionar termina haciendo crónico un litigio que parece tener como único objetivo desde la pareja, el “no separarse” nunca, aunque el vínculo que establezcan a partir de ese momento, sea el judicial y ya no esté en juego el amor sino el poder” (Váccaro y Barea, 2009).

Efectivamente, aunque el dinero sea el reforzador generalizado por excelencia, quizás en esta casuística lo sea *el poder*, a saber: *“la posibilidad de disponer de las contingencias que afectan a las conductas de los demás”* (Pérez, 2004).

El poder, reforzador generalizado de uno u otro progenitor y la contingencia de su acción, es además una motivación cuya interpretación puede ser contemplada desde la Psicología normal sin recurso a la psicopatología. Estamos plenamente de acuerdo con dichas autoras cuando recomiendan un estudio individualizado de cada caso.

CRÍTICAS PSEUDO-CLÍNICAS

Entrando en el núcleo del debate, el mencionado Grupo de Expertos pretende emitir un argumento de autoridad que afecte a la práctica forense general, y lo hace mediante este otro tipo de falacia, que consiste concretamente en afirmar que tal Síndrome de Alienación Parental no figura en ninguna de las clasificaciones diagnósticas estadísticas internacionales sobre trastornos mentales y del comportamiento, y por lo tanto que pese a su resonancia no existe:

“No obstante, a pesar de la difusión y popularización de este pretendido síndrome en nuestro país, el SAP no ha sido reconocido por ninguna asociación profesional ni científica, habiendo sido rechazada su inclusión en los dos grandes sistemas diagnósticos de salud mental utilizados en todo el mundo, el DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría, y el ICE-10 de la Organización Mundial de la Salud” (Carmona, et al., 2016, p. 272).

Un “síndrome” se definía por el DSM-IV-TR como: *“una agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que pueden sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes”* (APA, 2002, p. 921). Admitimos el uso de tal término en múltiples ocasiones, sin ir más lejos en la propia Ley Integral 1/2004, cuando en el apartado primero de su Exposición de Motivos hace mención a otro:

“Existe ya incluso una definición técnica del síndrome de la mujer maltratada que consiste en “las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral” (Ley Integral 1/2004, p. 42166).

Todos estaríamos de acuerdo en el despropósito que sería pretender negar la existencia de mujeres maltratadas por el mero hecho de que tal *síndrome* no apareciera en una clasificación médica.

En realidad, la nueva versión del DSM-5 deja de distinguir entre trastornos y síndromes, y, en cualquiera de sus versiones, es básicamente una convención de los especialistas sobre el estado de la cuestión en un momento determinado, pues sus criterios son variables en el tiempo.

Así, el sistema DSM incluía la homosexualidad entre sus trastornos hasta el año 1973, y hubo de esperarse 17 años más para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la excluyera de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (Colegio Oficial de Psicólogos COP, 2017). Por otra parte, distintos problemas que no figuran entre los trastornos incluidos en estas clasificaciones, también ocupan a investigadores y merecen la atención de los profesionales de salud mental, sin que por ello tenga que considerarse que el profesional deba evitar describirlos. Pongamos un novísimo ejemplo, la *“adicción a Internet”*, bajo cuya denominación se convocan congresos y jornadas, se escriben artículos científicos y se dispensa atención clínica, sin que nadie se preocupe de elaborar documentos ni peticiones públicas para que se suspendan tales estudios, evaluaciones o tratamientos psicológicos por no constar aún en los manuales diagnósticos y estadísticos DSM o



CIE. Véase por último, cómo el DSM-5 sigue manteniendo como trastorno la «disforia de género» que antes figuraba clasificada como F64.x «Trastorno de la identidad sexual» (DSM-IV-TR, 2002) patologizando aún a personas transgénero y transexuales.

En conclusión, todos los manuales de clasificación incluyeron trastornos que más tarde eliminaron; también existen trastornos que actualmente no constan pero que probablemente figuren más adelante; y quizás mantienen otros que luego no lo serán. Por lo tanto, no se puede considerar que la inclusión o no de **un fenómeno relacional y conductual complejo** en estas clasificaciones, permita concluir fehacientemente sobre su existencia.

Por otra parte, el Grupo de Expertos y Expertas (Carmona et al., 2016) también apoya su argumentación en una declaración de 1996 del Grupo de Trabajo sobre “Violencia y Familia” de la Asociación Americana de Psicología (APA), que pretenden hacer pasar como su postura oficial. Sin embargo, omiten citar la nota de prensa de 1 de enero de 2008, en la que la APA afirmaba que no tiene posición oficial sobre tal pretendido síndrome, y en la que, como es lógico, apela a los profesionales a tomar seriamente cualquier denuncia de violencia dentro de la familia (APA, 2008).

Podría argumentarse por el contrario, que varias asociaciones incluyen este problema del SAP como propio del estudio psicológico forense (Asociación de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia, 2016; Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica y Forense, 2016), y que aparece en distintos manuales de psicología (Puckering 2010; Venzke 2010). También podemos señalar la extensa bibliografía que figura en los artículos de Bernet, Von Boch-Galhau, Baker y Morrison (2010) y de Bernet y Baker (2013).

Comienzan también a aparecer estudios meta-analíticos en los que se reconoce la creciente cantidad de trabajos al respecto del fenómeno y las limitaciones en el estatus empírico de la investigación en Alienación Parental (Mendes, Bucher-Maluschke, Vasconcelos, Fernandes y Costa, 2016; Saini, Johnston, Fidler y Bala, 2012). Estas limitaciones serían intrínsecas a la dificultad del estudio empírico de tales situaciones:

“Como señala el artículo de Saini, Johnston, Fidler y Bala (2012), existen limitaciones metodológicas significativas en la investigación realizada sobre el SAP, pero también es difícil pensar en cómo obtener una muestra aleatoria de casos de alienación parental que cumpliría con tales exigencias. Las limitaciones de la investigación no cuestionan que existan investigaciones relevantes respecto al fenómeno, que van mucho más allá de observaciones informales o casos anecdóticos”.
(Hynan 2015, p. 201)

Es decir, viene a ser otro Mito que exista tal consenso en el rechazo de las asociaciones profesionales o la comunidad científica hacia el fenómeno del SAP o de la AP, más bien pa-

rece todo lo contrario. Incluso los más críticos vienen a reconocer en contradicción su existencia: *“La mayor paradoja del SAP es que ayuda a generar las condiciones de un segundo SAP, sólo que ahora inverso contra el progenitor diagnosticado como alienador y sobre el niño, ...”* (Escudero et al., 2008b, p. 307).

La situación planteada por los detractores del SAP con este argumento pseudo-clínico, recuerda a la disputa que mantuvieron los catedráticos jesuitas con Galileo sobre la existencia de las manchas solares, porque éstas no aparecían en la Biblia y suponían reconocerle un defecto a la “perfección” del sol. Carecía de interés para ellos mirar por un buen telescopio para verlas y extraer las lógicas consecuencias. Las manchas solares existieron para ellos, cuando finalmente la autoridad eclesiástica concluyó, independientemente de las observaciones de Galileo, que el sol podía tener defectos porque en la Biblia ya constaba que Josué había hecho parar el sol (un defecto) cuando solicitó a Yahvé que le dejara disponer de un horario más amplio para matar amorreos (Josué 10:13); y porque si Job obtuvo que el sol dejase de brillar (Job 9:7), sería también por alguna mancha (Beltrán Martí, 2005).

CRÍTICAS DE ARGUMENTO PSEUDO-JURISPRUDENCIAL

El Grupo de Expertos del CGPJ expone también en sus recomendaciones una línea argumental jurídica o jurisprudencial. En primer lugar citan la ya mencionada Sentencia de la Sección 6ª de la Ilma. Audiencia Provincial de Vizcaya, de 27 de marzo de 2.008; reiterando además los mismos argumentos de su anterior exposición de 2013 (Montalbán et al., 2013) que ya han sido comentados. Añaden referencia a dos Sentencias posteriores:

“En este sentido rechaza el citado síndrome la Sentencia 162/2016 del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016, así como la Sentencia 399/2015 de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Málaga de 30 de junio, cuando señala que “el denominado síndrome de alienación parental, conocido como el conjunto de síntomas que resultan del proceso por el cual un progenitor, mediante distintas estrategias, transforma la conciencia de sus hijos con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor, hasta hacerla contradictoria con lo que se esperaría de su condición, logrando provocar el progenitor alienador mediante un mensaje y un programa constituyendo lo que normalmente se denomina “lavado de cerebro”, desarrollando los hijos que sufren este síndrome un odio patológico e injustificados hacia el progenitor alienado”. Esta Sala comparte las profundas dudas científicas sobre la existencia de ese síndrome, y, en su caso, sus causas, consecuencias y soluciones, no obstante, sin entrar en dicho debate (...)” (Carmona et al., 2016, p. 274).



Adviértase que la Sentencia que se transcribe no entra en el debate sobre la existencia o no del mencionado síndrome, pero es llamativo que la primera que citan tampoco lo haga, pues lo que consta allí es que los informes descartan que los niños de ese caso lo padezcan, sin entrar en su negación universal (Tribunal Supremo, 2016). No se presenta en realidad ninguna sentencia del Supremo que en su texto niegue explícitamente la existencia del SAP, algo además irrelevante en términos científicos. Por lo tanto, esta argumentación pseudo-jurisprudencial del Grupo de Expertos y Expertas, se vuelve autorreferencial (a su propio escrito de 2013) y yerma de contenido.

En sentido contrario, puede hacerse referencia a otras sentencias españolas y del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo, en las que se ha reconocido o rechazado la existencia de problemas de Alienación Parental o SAP en varios juicios concretos (Gaffal, 2012). De hecho, la propia Ley de Enjuiciamiento Civil española prevé medidas para solucionar situaciones de interferencia en las relaciones paternofiliales, a saber: "El incumplimiento reiterado de las obligaciones derivadas del régimen de visitas, tanto por parte del progenitor guardador como del no guardador, podrá dar lugar a la modificación por el Tribunal del régimen de guarda y visitas" (Ley de Enjuiciamiento Civil, Art. 766.3, 2000)

Resulta interesante también constatar la existencia de leyes que abordan específicamente el fenómeno de la alienación parental en otros países: como la Ley nº 12.318 de 26 de agosto de 2010 de la República de Brasil; o la adición en 2014 del artículo 323 septimus, al Código Civil del Distrito Federal de México, en el que también se define y aborda tal problemática (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2014).

EL SAP EN EL DSM-5

Lo cierto es que ya Jarné y Arch (2009) señalaban la posible inclusión del SAP dentro de la categoría del DSM-IV denominada *Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]*, lo que ponía en entredicho que los comportamientos que describe el SAP no encontrasen acomodo en dicha clasificación diagnóstica. Esta categoría que ellos señalaban debería usarse cuando el objeto de atención clínica fuese el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) y estaría asociada a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos, especificando *Z63.1* si el objeto de atención clínica fuera el niño.

El grupo de trabajo de revisión del DSM-5 excluyó considerar la *Alienación Parental* como un trastorno mental, pero el Dr. Regier, vicepresidente del grupo de trabajo que redactaba el manual, consideró en una entrevista que se trataba de un problema relacional (Crary, 2012). La Asociación Americana de Psiquiatría editó finalmente la revisión de su Manual DSM-5

(2013) sin incluir el trastorno de alienación parental, pero realizando una notable actualización de la notación *Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]* dentro del epígrafe de: *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* y dentro un apartado que denomina: *Problemas relacionados con la educación familiar*, introduciendo el mismo código *V61.20 (Z62.820): Problema de relación entre padres e hijos*. Esta categoría *V61.20*, notablemente más detallada que en la anterior versión DSM-IV, permite diagnosticar lo que sigue (subrayado nuestro) y que parece corresponderse fielmente con lo que se conoce principalmente como SAP, a saber:

"En esta categoría el término "padre" se utiliza para referirse a cualquier cuidador principal del niño, ya sea un progenitor biológico, un padre adoptivo o de acogida, o cualquier otro familiar (como un abuelo) que desempeñe un papel parental para el niño. Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres e hijos o cuando la calidad de la relación padres e hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico. Habitualmente un "problema de la relación padres e hijos" va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos.

Son ejemplos de problemas conductuales: el inadecuado control, supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin la resolución de los problemas. Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo. Los problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación. Los clínicos han de tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y su contexto cultural". (APA, 2014, p. 396).

Efectivamente, el SAP sólo es clasificable en el DSM-5 como un problema relacional o de interacción familiar desajustada, pues no es una enfermedad mental (Bernet y Baker, 2013; Lorandos et al., 2013; Siracusano, Barone, Lisi y Niolu, 2015).

La quinta edición del DSM describe los criterios diagnósticos que definen la existencia de un problema de relación entre progenitores e hijos de base psicológica, relacionado con la educación familiar; que causa un deterioro funcional definido en términos conductuales, en los tres posibles tipos de respuesta: conductual, cognitiva y emocional. Tiene valor que un manual de origen eminentemente psiquiátrico recurra a esta descripción funcional psicológica, lo que enmarca bastante adecuadamente la naturaleza del problema. Éste puede deberse a la existencia de una presión excesiva de algún cuidador



principal para que el hijo o menor a su cuidado, haga atribuciones negativas a las intenciones de otro familiar (un rechazo injustificado) apareciendo un distanciamiento afectivo inmotivado y apatía o rabia contra el otro miembro de la relación.

La definición original de Gardner (1985) del SAP como una alteración que usualmente aparece en el contexto de un divorcio, en la que el niño desprecia y critica a uno de sus progenitores, cuando tal valoración negativa está injustificada o es exagerada, parece ajustarse a esta entrada, que resulta más concreta que la anterior al respecto del problema descrito con la notación V61.20.

Una palabra clave de la versión original en inglés del DSM-5 (APA, 2013) es el sustantivo *estrangement*, que ha sido traducido en la versión española como *distanciamiento*. Consultada la edición de 1989 de la Enciclopedia Webster, Diccionario Extenso del Idioma Inglés, el verbo *estrangle*, raíz del sustantivo *estrangement*, se define como "cambiar los sentimientos o los afectos" y en segunda acepción "alienar los afectos". De hecho, la versión italiana del DSM-5 utiliza tal vocablo cuando traduce: "*sentimenti non giustificati di alienazione*" (APA, 2014b, p. 382). Sea distanciamiento sin motivo, destrucción de los afectos o alienación, la categorización del SAP puede ser efectuada en términos DSM-5 (APA, 2013) y, por lo tanto, parece otra falacia pretender utilizar tal argumento de autoridad para negar su existencia.

CONCLUSIONES

El capítulo X sobre el SAP de la *Guía práctica* aprobada por el CGPJ no incluye revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios empíricos, ni argumentación jurisprudencial o legislativa que sustente sus afirmaciones. Resulta curioso que en un contexto que debe ser exigente a la hora de la aceptación de pruebas científicas, los autores de una Guía práctica basen una consideración de importantes consecuencias de práctica jurídica, en argumentos tan débilmente sustentados.

El patrón relacional y contextual descrito bajo el concepto SAP, o cualquiera de las denominaciones alternativas previas o posteriores, no es ningún recurso creado para ocultar situaciones de malos tratos familiares contra las mujeres o los propios niños. De hecho, no se contempla su consideración en situaciones con constancia de tales malos tratos.

Las clasificaciones diagnóstico estadísticas de trastornos mentales y del comportamiento no agotan la descripción de las dinámicas conductuales y relacionales, sean éstas psicopatológicas o no. En realidad estas clasificaciones diagnósticas están en constante revisión, pues solo suponen cierto consenso ligado a un momento y contexto determinados. Apelar a ellas para negar o constatar un trastorno, un síndrome o una descripción conductual, relacional y contextual, tiene por lo tanto un valor muy relativo y, en todo caso, no es un argumento que deba ser utilizado para impedir la descripción de estas dinámicas si son detectadas en una valoración forense rigurosa.

El patrón relacional, contextual y conductual descrito bajo el concepto de SAP, o cualquiera de las denominaciones alternativas previas o posteriores, parece encontrar acomodo en la clasificación internacional de trastornos del DSM-5 descrito como un problema que puede ser objeto de atención clínica relacionado con la educación familiar. En concreto, dentro del código V61.20 (Z62.820) *Problema de relación entre padres e hijos*.

Tal vez debamos considerar si la descripción y el estudio de las características del llamado SAP, podrían haber logrado aportar al contexto judicial y psicológico-forense un marco psicodiagnóstico para la comprensión de tal fenómeno relacional; y si la comprensión de éste ha facilitado que menores envueltos en esas desajustadas dinámicas familiares hayan podido sustraerse a las mismas. Así parece desprenderse de una encuesta realizada en 2010 con ocasión de un encuentro de la *Asociación de Juzgados de Familia y Conciliación* cumplimentada por cerca de 300 asistentes, quienes en un 98% afirmaron creer que algunos niños son manipulados por un progenitor para rechazar irracional e injustificadamente al otro (Baker, Jaffee, Bernet y Johnston, 2011)

En la primera carta que Galileo le remite a Marco Velsari el 4 de mayo de 1612 sobre el mentado tema de las manchas solares, el genial astrónomo escribe: "Los nombres y los atributos de las cosas tienen que adaptarse a su esencia, y no la esencia a los nombres; porque primero existieron las cosas y después los nombres." (Panebianco, Gineprini y Seminara, 2011, p. 3).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Aguilar, J. M. (2004). *S.A.P., Síndrome de alienación parental: Hijos manipulados por un cónyuge para odiar a otro*. Córdoba: Almuzara.
- Aguilar, J. M. (2014). *Síndrome de Alienación Parental*. Madrid: Síntesis.
- Arce, R., Fariña, F., y Seijo, D. (2005). Razonamientos judiciales en procesos de separación. *Psicothema*, 17, 57-63.
- Arch, M., Molina, A., y Jarné, A. (2008). Aceptación y controversia del Síndrome de Alienación Parental. *Revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, 213, 30-33.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publication.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.



- American Psychiatric Association (2014b). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milán: Edizione Cortina Raffaello.
- American Psychological Association (2008). *Statement on Parental Alienation Syndrome*. Recuperado de <http://www.apa.org/news/press/releases/2008/01/pas-syndrome.aspx>
- Asociación Española de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia (2016). *Comunicado de la APF ante las críticas a los psicólogos forenses públicos en relación con el SAP*. Recuperado de <https://www.psicologosforenses.org/comunicado-de-la-apf-ante-las-criticas-a-los-psicologos-forenses-publicos-en-relacion-con-el-sap/#more-837>
- Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica (2016). *Declaración Asociación Iberoamericana de Psicología jurídica y forense -La vida en familia es un derecho humano*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.familiaenderechos.es/2016/06/08/la-asociacion-iberoamericana-de-psicologia-juridica-impulsan-un-manifiesto-para-denunciar-la-alienacion-parental/>
- Baker, A., Jaffee, P., Bernet, W., y Johnston, J. (2011). Brief Report on Parental Alienation Survey. *The Association of Family and Conciliation Courts eNEWS*, 30 (2).
- Beltrán Martí, A. (2005). *Talento y poder*. Pamplona: Editorial Laetoli.
- Bernet, W., Von Boch-Galhau, W., Baker, A., y Morrison, S. (2010). Parental Alienation, DSM-V, and ICD-11. *The American Journal of Family Therapy*, 38, 76-187.
- Bernet, W., y Baker, A. (2013). Parental Alienation, DSM-5, and ICD-11: Response to critics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41, 98-104.
- Bolaños, I. (2002). El Síndrome de Alienación Parental. Descripción y abordajes psico-legales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 25-45.
- Blush, G. L., y Ross, K. L. (1987). Sexual allegations in divorce: The SAID syndrome. *Family Court Review*, 25(1), 1-11.
- Carbó, E. (2011). *Dos hipótesis sobre el negacionismo fanatizado del Síndrome de Alienación Parental*. Recuperado de <http://www.filo.cat/wp-content/uploads/2013/04/Carb%C3%B3-Dos-hipotesis-SAP-mayo-2011.pdf>
- Carmona, M. A., Llobart, C., Nadal, A., Gallego, G., Gómez, J.M., Magro, V., ... Lorente, M. (2016). *Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Chacón, F. (2008). El conceptualismo de Guillermo de Ockham y el debate sobre la existencia del Síndrome de Alienación Parental (SAP). *Guía del Psicólogo*, 284, 3.
- Consejo Oficial de la Psicología (2017). *Comunicado del COP sobre las "terapias de conversión" de la homosexualidad*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6660&cat=9
- Crary, D. (2012). *Parental alienation not a mental disorder, American Psychiatric association says*. Recuperado de <http://www.washingtontimes.com/news/2012/sep/21/psychiatric-group-parental-alienation-no-disorder/>
- Darnall, D. (1999). Parental alienation: Not in the best interest of the children. *North Dakota Law Review*, 75, 323-364.
- Duncan, J.W. (1978). Medical, psychological and legal aspects of the child custody disputes. *Mayo Clinic Proceedings*, 53, 463-468.
- Escudero, A.; Aguilar, L., y de la Cruz, J. (2008a). *La construcción teórica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de su aplicación*. Recuperado de <https://heterodoxia.files.wordpress.com/2009/08/sap-y-falacias.pdf>
- Escudro, A.; Aguilar, L., y de la Cruz, J. (2008b). La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28, 102, 283-305.
- Fink, P.J. (2010a, March) Fink! Still at large. *Clinical Psychiatry News*, p. 6. Recuperado de <http://www.medge.com/clinicalpsychiatrynews/article/23932/pediatrics/fink-still-large-dsm-5-promises-change-practice/page/0/1>
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014). *Decreto por el que se adicionan Diversas Disposiciones al Código Civil para el Distrito Federal*. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo95006.pdf.>
- Gaffal, M. (2012). Parental alienation in divorce judgments. *Revista para el Análisis del Derecho Indret*, 4, 1-23. Recuperado de <http://www.indret.com/pdf/929.en.pdf.pdf>
- Gardner, R. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum*, 29(2), 3-7.
- Gardner, R. (1992). *The parental alienation syndrome, a guide for mental health and legal professionals*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Granados, F. (1987). Lo irracional en el conflicto familiar. *Actualidad Civil*, 35, 2087-2095.
- Hynan, D. J. (2015). *Child custody evaluation: New theoretical applications and Research*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Jacobs, J.W. (1988). Euripides' Medea: A psychodynamic model of severe divorce pathology. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 308-319.
- Jarné, A., y Arch, M. (2009). *DSM, salud mental y síndrome de alineación parental*. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 86-91.



- Junco, T., Nieves, V. E., y Fernández, P. F. (2014). Parental Alienation Gradient: Strategies for a syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, 42(3), 217-231.
- Kelly, J.B., y Johnston, J.R. (2001). The alienated child: A reformulation of parental alienation syndrome. *Family Court Review*, 39, 249-265.
- Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 8 de enero de 2000.
- Ley nº 12.318 de 26 de agosto de 2010 de la República de Brasil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112318.htm
- Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, de 29 de diciembre de 2004.
- Lorandos, D., Bernet, W., y Sauber, S. R. (2013). *Parental alienation: The handbook for mental health and legal professionals*. Springfield, IL: Charles Thomas Publisher.
- Luengo, D., y Coca, A. (2007). *Hijos manipulados tras la separación: cómo detectar y tratar la alienación parental*. Barcelona: Viena Ediciones.
- Mendes, J. A., Bucher-Maluschke, J. S., Vasconcelos, D. F., Fernandes, G. A., y Costa, P. V. (2016). Psycho-legal publications about parental alienation: an integrative review of literature in Portuguese. *Psicologia em Estudo* 21,161-174.
- Montalbán, I., Bayo, J., Cueto, C., Gómez, J.M., Erice, E., Llop, P.,... Tardón, M. (2013). *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género (Actualización-2013)*, 166-169. Consejo General del Poder Judicial. Recuperado de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionales-Investigacion/juridico/protocolos/docs/GuiaActuacionjudicial2013.pdf>
- Muñoz Vicente, J.M. (2011). El constructo Síndrome de Alienación Parental (S.A.P) en Psicología Forense: Una propuesta de abordaje desde la evaluación pericial psicológica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 20, 5-14.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama: La Psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Panebianco, B., Gineprini, M., y Seminara, S. (2011). *La rivoluzione scientifica - La teoria copernicana*. Recuperado de http://online.scuola.zanichelli.it/letterautori-files/volume--2/pdf-online/3-galilei_tema.pdf
- Puckering, C. (2010). Parenting capacity and conduct. En J. M. Brown y E. A. Campbell (Ed.), *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology* (pp. 242-250). Cambridge: University Press.
- Ramírez, M., de Luis, P., e Ibáñez, V. (1994). Percepciones parentales en niños de familias separadas: ¿Una nueva versión del síndrome de Estocolmo? *Anuario de Psicología Jurídica*, 25-41.
- Saini, M., Johnston, J. R., Fidler, B. J., y Bala. (2012). Empirical studies of alienation. En K. Kuehnle y L. Drozd (Eds.), *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court* (pp. 399-441). New York: Oxford University Press.
- Segura, C., Gil, M.J., y Sepúlveda, M.A. (2006). El Síndrome de Alienación Parental: una forma de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 117-128.
- Siracusano, A., Barone, Y., Lisi, G., y Niolu, C. (2015). Parental alienation syndrome or alienating parental relational behaviour disorder: a critical overview. *Journal of Psychopathology*, 21, 231-238.
- Tejedor, A. (2006). *El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato*. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica.
- Tribunal Supremo (2016). *Sentencia nº 162/2016 de TS, Sala 1ª, de lo Civil, 16 de Marzo de 2016*. Recuperado en <http://supremo.vlex.es/vid/632399177>
- Turkat, I. (1995). Divorce related malicious mother syndrome. *Journal of Family Violence*, 10, 253-264.
- Váccaro, S., y Barea, C. (2009). *El pretendido Síndrome de Alienación Parental*. Madrid: Desclée de Brower.
- Vallejo, R., Sánchez-Barranco, F., y Sánchez-Barranco, P. (2004). Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 91-110.
- Venzke (2010). Parental Alienation Syndrome. En Weiner y Craighead (Ed.) .*Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1157-1159). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Vilalta, R. J. (2011). Descripción del Síndrome de Alienación Parental en una muestra forense. *Psicothema*, 23(4), 636-641.
- Wallerstein, J.S. y Kelly, J.B. (1980). *Surviving the break up: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Williams, F. (1990). *Preventing parentectomy after divorce*. Fifth Annual Conference National Council for Children's Rights, Washington D.C.





QUÉ FÁCIL GANARLO, QUÉ DIFÍCIL PERDERLO. DAR SENTIDO A LA VIDA CUANDO EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD NOS LA COMPLICAN

López, E. y Costa, M.
Madrid: Pirámide, 2016

José Javier Moreno Arnedillo
Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Siempre es para mí un placer presentar en esta revista un libro de Miguel Costa y Ernesto López. Más aún en este caso, por haber formado parte del equipo del Centro de Promoción de Hábitos Saludables del Ayuntamiento de Madrid en los años en que se puso en marcha el Programa de alimentación saludable y actividad física, siendo Miguel Costa responsable del centro. Este programa no es para mí, por tanto, solo algo de lo que trata un libro, sino una actividad a cuyo nacimiento y desarrollo asistí día a día.

El libro incluye, ciertamente, un conjunto de procedimientos para promover el cambio de hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física, y por lo tanto con el sobrepeso. Pero es mucho más que eso.

La parte del libro dedicada específicamente a pautas y procedimientos detallados, esa a la que, tal vez, un lector apresurado iría de inmediato buscando (equivocadamente) lo “práctico”, ocupa los capítulos 4, 5 y 6. Allí encontramos información actualizada y sumamente recomendable sobre nutrición (capítulo 4) y sobre actividad física (capítulo 5) y especialmente, orientaciones específicas sobre cómo promover cambios en ambos ámbitos del comportamiento. Las estrategias de rediseño ambiental, orientadas a “hacer más fáciles” los cambios de hábitos, adquieren en este libro tanta importancia que cuentan con un capítulo específico, el 6.

Sin embargo, y como señalaba anteriormente, este libro es mucho más que un conjunto de pautas para perder peso, por muy eficaces y atinadas que estas sean. Si así fuera, no sería muy diferente de tantas otras publicaciones. Los capítulos 2 y 3 plantean el fundamento conceptual y estratégico de los apartados a los que ya me he referido. Son, a mi juicio, la parte más “jugosa” del libro, porque consiste en un planteamiento de la cuestión completamente diferente del tradicional, y a ellos voy a dedicar sobre todo el escaso espacio de que dispongo.

La propuesta estratégica de los autores se fundamenta en una teoría del comportamiento, el “modelo A-B-C”, cuya exposición ocupa siempre un lugar destacado en todas sus publicaciones porque es lo que otorga sentido y fundamento a los aspectos aplicados. A esta cuestión se dedica el capítulo 2. En síntesis, se subraya que los comportamientos que están en el origen del sobrepeso no pueden entenderse de forma aislada, sino que forman parte de constelaciones de conductas unidas por implicaciones mutuas, de estilos de vida que son complejos y únicos y que están firmemente arraigados en los contextos y circunstancias de la vida. Es una perspectiva radicalmente contextual. Así, se nos muestra el poder de las desigualdades socioeconómicas sobre la “epidemia” de obesidad, o el papel determinante de los ambientes obesogénicos en el que a menudo habitan los niños: entornos poco amigables para jugar en la calle, déficits de equipamientos deportivos o de ocio, accesibilidad de alimentos y bebidas hipercalóricos, uso del ordenador o de teléfono móvil, hábitos de ocio sedentario, prácticas familiares de riesgo, modelado familiar... Se señala asimismo el papel de la dimensión perceptiva, de determinadas reglas verbales (como el planteamiento dicotómico) o del carácter operante, funcional, adaptativo, que en las transacciones con los contextos pueden adquirir determinados hábitos de alimentación poco saludable o de restricción de la actividad física.

Pero el núcleo del libro es, a mi juicio, el capítulo 3 (*Cambiar la manera de vivir y dar sentido a la vida*) donde se sintetizan las líneas estratégicas que proponen los autores, derivadas de los principios explicativos expuestos en el capítulo anterior, y de las cuales se deducen las pautas que se proponen en los capítulos posteriores. Se ofrece

en él una veintena de principios estratégicos para “reorientar la vida”, de los que me gustaría destacar algunos:

- ✓ *Adoptar un enfoque integral, que incluya cambios en los contextos y en los estilos de vida más allá de la focalización en las recomendaciones dietéticas y en los recuentos de calorías.* El objetivo que se propone es un objetivo positivo, que no se reduce meramente a la pérdida de peso, y mucho menos a la pérdida rápida de peso. Acostumbramos a pensar que se trata de un problema cuya solución tiene que ver con recuentos de calorías, con dietas inflexibles y con planes de ejercicio físico severo. Este libro incluye también orientaciones dietéticas y de actividad física, pero, a mi juicio, no es ese su elemento fundamental. El libro va más allá y pretende, como dice el título, dar sentido a la vida cuando el sobrepeso la complica; lo cual implica una parte de aceptación (que no de resignación), pero también una parte de invitación al cambio. Se invita a contemplar el proceso del cambio y de la pérdida de peso no como una lucha, un sacrificio y una renuncia, sino como una oportunidad para *enriquecer y llenar de sentido la vida*, incluso aunque el objetivo de la pérdida de peso se demore o incluso no se alcance. Se trata, pues, de un enfoque *integral*, que tiene que ver con el estilo de vida y con una reorientación del proyecto vital en su conjunto.
- ✓ *Adoptar un enfoque de decisiones flexibles, contrario a las prohibiciones absolutas.* Esta es una aportación de particular interés porque plantea un cuestionamiento y un cambio respecto del enfoque tradicional, restrictivo, rígido y basado en prohibiciones dietéticas, que tanto asusta a quienes se enfrentan a este problema, y que está en la base del interminable ciclo de dieta restrictiva y rígida – sufrimiento – saltarse la dieta – vuelta a los viejos hábitos – recuperación del peso – nueva dieta, también llamado “efecto yoyó”. Frente a este enfoque, en el libro los autores plantean lo que llaman “enfoque amplio, tranquilo y flexible”, centrado en el concepto de *decisiones en verde* y *decisiones en rojo*: en lugar de ofrecer un listado de alimentos prohibidos, que en ningún caso deben probarse, y de obligaciones de actividad física de elevada exigencia, es el propio usuario quien, en cada momento de su día a día, va tomando decisiones sobre si comer o no un determinado alimento, y en qué cantidad, o sobre si salir a dar un paseo o quedarse en el sofá viendo un programa interesante de televisión. El objetivo, por supuesto, es que la frecuencia de decisiones “en verde” sea superior a la de decisiones “en rojo”, pero sin prohibiciones absolutas, porque estas están en el origen del fracaso de las dietas restrictivas. Cuando se trabaja a largo plazo, existe evidencia de mejores resultados de este enfoque flexible.
- ✓ *Aprender que son las decisiones personales las que, en cada momento, determinan que uno coma un trozo de pastel o se quede en el sofá viendo la televisión.* El individuo experimenta determinados pensamientos, emociones o deseos, incluso muy intensos, pero no son ellos quienes gobiernan el comportamiento. De este modo, el objetivo de la intervención no se centra en luchar contra las ganas de comer un apetitoso pastel o contra la tentación de un cómodo sofá, deseos y tentaciones que, inevitablemente, van a seguir existiendo, sino en tomar decisiones personales, contando con esos deseos y tentaciones, en orden a conseguir un objetivo que es valioso. Todo lo cual no excluye, obviamente, la adopción de medidas necesarias (control estimular y otras) para *hacer más fáciles y probables* las elecciones saludables.
- ✓ *Adoptar un enfoque lento, tranquilo, a largo plazo,* contrario a la pretensión frecuente y alimentada por tantos vendedores de dietas milagro, de perder la mayor cantidad posible de kilos en el menor plazo posible de tiempo, y que está en el origen de tantos riesgos nutricionales y de la rápida recuperación del peso perdido al cabo de cierto tiempo. No se trata solo de perder kilos, sino de adoptar un estilo de vida activo y que incluya alimentación saludable, lo cual, a medio y largo plazo, implicará una pérdida de peso, pérdida que probablemente se mantendrá en el tiempo.



- ✓ *Reivindicar y aceptar el propio cuerpo tal como es, así como las competencias y habilidades personales, conciliando esta aceptación con la admisión, igualmente, de la posibilidad de cambio. Independientemente de que se produzca la pérdida de peso, se trata de aprender a convivir con el sobrepeso y la obesidad, desde un cuestionamiento de las exigencias sociales de delgadez.*
- ✓ *Centrar la atención de los profesionales y dedicar tiempo y esfuerzos al objetivo, a menudo descuidado, de conseguir ante todo una decisión y un compromiso personal con el cambio. Este objetivo es prioritario sobre todo al principio del proceso y una referencia constante a lo largo del mismo. Conseguir este compromiso con una decisión personal de calidad supone por parte del profesional la adopción de una estrategia de validación de las frecuentes (y legítimas) ambivalencias, dudas y temores del usuario.*
- ✓ *Esta decisión y compromiso personales parten de la identificación de aquello que constituye objetivos vitales valiosos para el individuo, desde los cuales (y no desde imposiciones externas por bienintencionadas que sean) se plantea el fundamento, la dirección y la persistencia del proceso de cambio. El proceso de ayuda profesional, incluye, por lo tanto, una indagación sobre los propios valores, sobre hacia dónde quiere orientar uno la propia vida, y un proceso de promoción de la toma de decisiones personal. Ciertamente, es un proceso complejo. La construcción de esta decisión personal y el conjunto de procesos que la llevan a término no es algo que se consiga meramente, como habitualmente se pretende, con información y advertencias bienintencionadas.*
- ✓ *Vigilar el lenguaje y, en particular, replantear determinadas reglas verbales. El lenguaje tiene un importante papel en los procesos de toma de decisiones, y determinadas reglas verbales (como el planteamiento de "todo o nada" o la sustitución del "me apetece mucho" por el "necesito") han de ser cuestionadas.*

Dejo para el final la referencia a dos cuestiones tratadas en el libro que podrían considerarse secundarias o complementarias, y que aparecen al principio y al final (capítulos 1 y 7, respectivamente), pero sin las cuales no podría entenderse plenamente el problema que nos ocupa. El capítulo 1 plantea la magnitud del fenómeno del sobrepeso y lo explica, desde

una perspectiva evolutiva, en el contexto del drástico cambio de las condiciones de vida de la humanidad en lo que se refiere a la disponibilidad de alimentos y al esfuerzo físico necesario para conseguirlos, un cambio que arranca hace solo unos pocos miles de años, con la invención de la agricultura en el Neolítico y se intensifica vertiginosamente en las últimas décadas, al menos en el mundo desarrollado. Pensemos, sin remontarnos demasiado, en el espectacular aumento de la proporción de personas con sobrepeso en los últimos 50 años en nuestro país, un fenómeno difícil de entender sin referencia a los cambios en las condiciones de vida en ese mismo período. Más allá de la estéril visión de la obesidad como "enfermedad" o de la fácil atribución de sus causas a factores genéticos, se impone una visión evolutiva y contextual tanto en su perspectiva poblacional como en su perspectiva individual. El capítulo 7, que cierra el libro, es una síntesis magistral a la que acudir para conocer con cierto detalle los procesos biológicos que intervienen en el balance de energía y, por lo tanto, en el sobrepeso.

No me resisto a terminar con una reflexión sobre el papel y la actitud de los psicólogos en todo esto. El problema del sobrepeso es abordado casi exclusivamente por profesionales de la medicina y la enfermería, cuya opinión más frecuente puede resumirse en la idea de que los "aspectos psicológicos" o "las emociones" son "muy importantes" en estos procesos y, por lo tanto, deben ser "tenidos en cuenta". En todo caso, la intervención del psicólogo se dirigiría a aspectos periféricos o complementarios del problema, lo cual puede concretarse en una o dos sesiones del programa en las cuales se abordan específicamente estas cuestiones "psicológicas" (definidas de modo ambiguo e interpretable en función del profesional de turno) mientras que los aspectos nucleares del problema, lo verdaderamente importante, serían de otro tipo y correspondería a otros profesionales su abordaje. Lamentablemente, numerosos psicólogos parecen sentirse identificados y cómodos con este planteamiento. Es mérito de este libro, escrito por psicólogos, recordarnos que el sobrepeso tiene su origen explicativo en determinados comportamientos, y que es precisamente la Psicología la ciencia que se ocupa de desentrañar los misterios del comportamiento y de apuntar las estrategias para su modificación.

EDUCACIÓN EMOCIONAL CON Y SIN TDAH

Gallego, M.
Madrid: EOS, 2014

José Miguel Toribio Guzmán

Neuropsicólogo Investigador. Fundación INTRAS

La educación emocional surge en los años 90 y ha ido adquiriendo sucesivamente la relevancia que merece. La educación emocional, como constructo diferenciado adquiere sentido por el importante papel que adquieren las emociones en el desarrollo positivo y el bienestar integral de las personas y su repercusión en el conjunto de la sociedad. Dentro del progresivo interés que ha despertado este tema, se han ido generando abundantes publicaciones, la mayoría de los trabajos publicados están destinados a promover la puesta en marcha de intervenciones que favorezcan la educación emocional en entornos académicos, sin embargo, aunque es bien sabida la necesidad de una coeducación que implique tanto a la familia como a la escuela, y la necesidad de instrucciones en este sentido para ambos colectivos, existen pocas publicaciones que promuevan la educación emocional en el entorno familiar, encontrándose aún menos aquellas que prestan una atención dirigida a la diversidad.

En este contexto la editorial EOS, ha publicado recientemente el libro "Educación emocional con y sin TDAH" de Mar Gallego Matellán. El título declara el contenido del libro; que la educación emocional es necesaria

con y sin TDAH y que nos ofrece pautas de educación emocional aplicables igualmente a las personas que no tienen TDAH. Si bien el libro tiene como fondo el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), un trastorno del neurodesarrollo de alta prevalencia en la población infantojuvenil y que ha recibido especial atención por la comunidad científica internacional dando lugar a numerosas publicaciones, este trabajo aborda de un modo prioritario la educación emocional con abundantes propuestas para su práctica, dando de este modo respuesta a los problemas de regulación emocional que se manifiestan en la población con TDAH y en otros colectivos que presentan síntomas próximos.

El libro comienza adentrando al lector en la noción de educación emocional y la importancia de la adquisición de habilidades emocionales para el desarrollo de una conducta adaptada con la que desenvolverse de forma satisfactoria en las situaciones de interacción social. También nos habla de una "relación bidireccional" que revela la influencia del entorno en las manifestaciones disfuncionales del TDAH y por tanto en la capacidad del contexto para amortiguarlas. Continúa exponiendo las características de los niños desde una perspectiva del desarrollo que abarca desde la infancia a la adolescencia, encuadrándola en los distintos itinerarios escolares, teniendo en cuenta no solo las características salientes que acompañan al TDAH en cada etapa del ciclo vital, sino también las peculiaridades que acompañan a todos los niños en general, al margen de su condición, pretendiendo con ello "que los padres no vean como patológicos todos los comportamientos del niño por el hecho de que tenga TDAH". Mar Gallego expone las necesi-

dades del niño, en las que además de las necesidades básicas que acompañan a cualquier ser humano reivindica el respeto que merecen los menores, un respeto que muchas veces no se considera adecuadamente por los adultos, hace una especial referencia también al derecho a jugar que tienen los niños, de escasa presencia en sus apretadas agendas, reclamando este derecho al juego no como un divertimento sino como una herramienta esencial de socialización en la niñez destacando su inestimable aportación al desarrollo óptimo del individuo. Menciona la necesidad de intervenciones psicológicas y psicopedagógicas como un componente necesario en el tratamiento del TDAH, para el que, con frecuencia, solo se aplica el tratamiento farmacológico.

La importancia de la vida académica en todos los niños y adolescentes es tratada en un capítulo diferenciado, Mar Gallego dedica este capítulo completo a *la escuela* y apela a la necesaria colaboración entre el "tutor escolar y el tutor familiar" aportando instrucciones precisas para potenciar relaciones positivas entre escuela y familia. También en este capítulo aborda de un modo preciso el acoso escolar, de bien sabida ocurrencia en el alumnado con necesidades de apoyo educativo. Dentro de la convivencia familiar acomete la importancia de la interacción entre hermanos, poniendo de manifiesto las dificultades y fricciones de las relaciones fraternas, que, aunque frecuentes, reciben poca atención en la literatura. El libro de Mar Gallego no se centra exclusivamente en buscar respuestas a las necesidades de los niños y adolescentes, toma muy en cuenta las nece-

sidades de los padres con un capítulo dedicado a ello en el que fomenta la necesaria práctica de autoeducación emocional en los adultos. De esta manera hace una llamada a la necesaria implicación de los adultos como agentes activos eficientes en las habituales intervenciones con los niños y no solo como meros administradores de recursos.

El capítulo más extenso es el dedicado al abordaje de situaciones, en este capítulo se concretan estrategias de intervención con soporte empírico, en la que los educadores pueden apoyarse para guiar su actuación. Rebate la frecuente aceptación de disciplinas punitivas, argumentando que otro estilo de educación es posible si los encargados de administrar la están preparados para ofrecer otras opciones educativas aparte del castigo como habitual recurso, advirtiendo que el castigo inevitablemente conlleva daños colaterales que actúan en detrimento de una deseable relación positiva. El libro, impregnado claramente del paradigma de la psicología positiva, ofrece recursos tanto a los padres como a los profesionales, orientadores y psicólogos, que tienen que asesorarlos.

El prólogo de Rafael Bisquerra avala este trabajo que la autora acompaña de abundante bibliografía que da rigor a sus aportaciones. Entre los enunciados cargados de reflexión que aparecen en este libro me quedo con uno en el que Mar Gallego realiza una llamada de atención a los adultos que desempeñamos el papel de educadores o terapeutas: "Los sentimientos de los niños y su expresión emocional deben ser entendidos antes que entrenados".

SALDREMOS DE ESTA. GUÍA DE SALUD MENTAL PARA EL ENTORNO DE LA PERSONA EN CRISIS

Javier Erro

Granada: Biblioteca Social Hnos. Quero, 2016

Belén Pascual-Vera
Universidad de Valencia

Javier Erro es Licenciado en Psicología y se ha formado en diferentes áreas de la psicología sanitaria. Su trayectoria profesional ha ido de la mano de su implicación y participación en diferentes movimientos sociales. Si bien la presente obra está escrita por un psicólogo, cabe mencionar que en *"Saldremos de esta"* han participado activamente distintos supervivientes a la psiquiatría, por lo que es resultado de un trabajo colectivo.

Colectivizar la Salud Mental es en mi opinión una de las potencialidades de la presente obra. Estamos inmersos en una sociedad en la que los cuidados en este y otros ámbitos se han centralizado y profesionalizado (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales...) y se ha desligado al "entorno" de su papel dentro del engranaje que compone la Salud Mental de una persona. Además, el reduccionismo por concebir el malestar como "dentro del individuo" ha promovido entre otras cosas el estigma y el desconocimiento, pero fundamentalmente el aislamiento social y emocional. Con ello, es habitual que nos "sintamos emocionalmente solos/as dentro de nuestras cabezas" y la única herramienta que nos queda es la profesional.

Recuperar el papel del entorno social y revalorizar formas diferentes de concebir los cuidados no es excluyente con el rol de los/as profesionales, pero sí es necesario proponer herramientas de gestión colectiva del malestar. Escuchar la voz de las personas con sufrimiento psíquico y fortalecer los recursos sociales del entorno y la persona, han sido y siguen

siendo piezas olvidadas por la psicología/psiquiatría convencional. Sin embargo, gracias al discurso y a las propuestas de personas directamente afectadas y de colectivos críticos se está consolidando una nueva dirección en la gestión del sufrimiento psíquico que pretende ir más allá de los modelos hegemónicos de atención en Salud Mental.

Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis, es una aportación en esta dirección. No es única ni suficiente, pero sí necesaria.

Desde un enfoque social, el libro se centra en el apoyo que el "entorno", entendido como amigos/as, familiares, compañeros/as de trabajo... desempeñamos cuando una persona de nuestro contexto cercano se encuentra en una situación de crisis. Destaca la labor del autor por integrar con exactitud un trabajo práctico, acompañado de un sutil proceso reflexivo, y que más allá de su propósito aplicado y de ofrecer soluciones concretas, permite cuestionar y repensar la Salud Mental en la actualidad.

En mi opinión es también una invitación a que profesionales del campo, como yo misma, nos planteemos la necesidad de parar, criticar y reflexionar acerca de nuestro rol en Salud Mental.

El presente libro está compuesto por 74 páginas, agrupadas en un total de 10 capítulos. Pese a que no hay una división establecida por apartados podemos apreciar tres partes. La primera esta compuesta por el prólogo y la introducción y gracias a la colaboración de *Primera Voz*, desde el principio se explicitan el objetivo y perspectiva central del trabajo. La introducción, en palabras del autor, es un reclamo a *"Perder el Miedo"* y acerca al lector a la comprensión de una realidad compleja, proponiendo alternativas a la conceptualización de Salud Mental y gestión colectiva.

La segunda parte está compuesta por cuatro capítulos, que constituyen el cuerpo de la obra. En el primer capítulo, se plantean algunas preguntas de reflexión para el entorno de la persona, tales como la coordinación con los implicados/as (familiares, amigos...) y el cuestionamiento de los propios límites y/o disponibilidad. El segundo, titulado *"Principales formas de sufrimiento psicológico que pueden requerir nuestra atención"*, incluye una breve descripción e información práctica sobre una serie de problemáticas, que podrían considerarse afectadas por el estigma y desconocimiento de forma más generalizada y/o donde la implicación por parte del entorno es fundamental. De forma clara y no exhaustiva se exponen los delirios, las alucinaciones, los episodios mani-

Correspondencia: Belén Pascual-Vera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez 21. 46010 Valencia. España. Email: belen.pascual@uv.es

aco y depresivos, la autolesión, el consumo de drogas y la agresividad. Sin pretender catalogar en términos diagnósticos, este apartado pretende contextualizar “aquello de lo que se habla” y romper la barrera del desconocimiento asociada a estas circunstancias. El tercer y cuarto capítulos están dedicados a la comunicación y los recursos prácticos, respectivamente. El tercero resalta la importancia de la comunicación y la escucha como ejes centrales del cuidado y expone diferentes formatos de comunicación entre la persona con sufrimiento y el entorno, desde la interacción diádica y la grupal hasta la comunicación del entorno con sí mismo. En el cuarto capítulo se presentan algunas herramientas prácticas, tales como los pactos de cuidado, el concretar situaciones y estrategias, los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), el acompañamiento, y compartir la problemática e información con el entorno.

En el último apartado, compuesto por cuatro capítulos, el autor ofrece pautas generales a considerar sobre los cuidados profesionalizados (farmacoterapia y psicoterapia) y expone algunas reflexiones de carácter personal sobre el objetivo y sus limitaciones. Para terminar se incluye un listado de referencias.

El presente libro sirve a dos propósitos fundamentales, el personal y el

profesional. El lenguaje cuidado y cercano lo hace accesible para todos los públicos, vinculados o no con el campo. Además la exactitud y síntesis de los contenidos lo hacen idóneo para estudiantes y profesionales de Salud Mental y/o para aquellos que de una forma u otra sientan la necesidad de introducirse en ella. Cabe destacar que la publicación ha sido fruto de un proceso de autogestión y los beneficios del mismo están destinados a proyectos colectivos análogos, no recibiendo ni la autoría ni los/as editores beneficios económicos personales.

En definitiva y siguiendo a Javier, pese a que el subtítulo de la obra lo define como una guía, *Saldremos de esta* no pretende solucionar todas las dudas, ya que precisamente, ha sido escrita a raíz de estas. No es, ni procura ser un nuevo modelo, sino “sólo los cimientos básicos al cómo decidir o hacer”. Además, es un reclamo para que “volvamos a hablar de personas” cuando trabajemos, apoyemos, reivindicemos, hablemos o escribamos sobre Salud Mental.

Saldremos de esta es un recurso de gestión colectiva y defensa de los derechos humanos de todos aquellos/as que, inevitablemente sentimos la necesidad de cuidar-nos entre nosotros/as en lo que concierne a la Salud Mental.

TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS. UN TRATAMIENTO INFANTIL BASADO EN LA EVIDENCIA

Ferro García, R y Ascanio Velasco, L.

Madrid: Editorial Síntesis, 2017

Javier Herruzo Cabrera

Catedrático de la Universidad de Córdoba

No es lo mismo que te enseñe una casa el empleado de una inmobiliaria o que lo haga alguien que habita en la misma. Sus habitantes podrán mostrarte lo que ni la mirada del recién llegado ni del empleado pueden ver, la magia de las puestas de sol, o la mezcla irreplicable de luces y aromas en una mañana con chubascos en la primavera, esas historias que no se presencian en la visita de cinco minutos, pero que pueden darte la clave para saber que estás ante lo que buscas. Esta sensación es la que uno experimenta cuando lee el libro que Rafael Ferro y Lourdes Ascanio nos han preparado sobre la Terapia de interacción padres-hijos, PCIT (de sus iniciales en inglés, *Parent Child Interaction Therapy*) en la editorial Síntesis: a lo largo de sus ocho capítulos nos invitan a un recorrido por las dependencias de una “vivienda” desconocida para muchos en nuestro país, los que la conocen desde dentro, en primera persona. Quienes trabajamos en la clínica infantil, y hemos lidiado con la necesidad de intentar ayudar a cambiar el comportamiento en la infancia a sabiendas de la importancia clave que van a tener en el proceso los padres, apreciamos enormemente el esfuerzo realizado por clínicos pioneros como Rafael y Lourdes por sistematizar y proporcionar las claves para animarnos a vivir en esta casa y experimentar las ventajas de contar con una terapia que desde su mismo nombre nos orienta hacia la variable clave en génesis del comportamiento y en cualquier intento de cambio: las interacciones entre los padres y sus hijos.

Por tanto, estamos ante una magnífica revisión de la literatura sobre PCIT realizada no desde la mirada del académico, sino desde quien la está usando. Y este es un lujo que no estamos acostumbrados a tener de forma simultánea: rigor científico unido a la práctica habitual y profesional (a menudo podemos encontrarlos por separado, provenientes de la universidad y de la práctica, por otro).

De esta manera, encontramos un primer capítulo dedicado al origen y

desarrollo de la PCIT, así como la exposición de sus características más relevantes. El segundo capítulo comienza exponiendo los principios psicológicos de la conducta que sustentan la PCIT antes de presentar al lector la terapia propiamente, con sus componentes y fases, estructura temporal, etc., insistiéndonos en la necesidad de personalización de la intervención desde esta perspectiva. El siguiente capítulo nos presentan una exhaustiva revisión de los materiales de evaluación e intervención, descendiendo a ejemplos de aplicación de los propios autores.

En el cuarto capítulo podemos encontrar una excelente revisión bibliográfica de la efectividad, eficacia y eficiencia de la PCIT, datos donde los profesionales pueden apreciar la solidez científica que avala esta terapia, a la vez que resulta útil para estudiantes y profesores. Esta casa parece estar bien cimentada.

Un capítulo, el quinto, dedicado a las aplicaciones a la escuela, lo hace útil para el colectivo de profesionales de la orientación y de la escuela, cada vez más expuestos a tener que tratar con conductas disruptivas, negativistas y externalizantes en su ámbito profesional. Y en el siguiente se presentan la amplia variedad de contextos y problemáticas en los que se ha aplicado con éxito: ansiedad y estrés postraumático, retraso global del desarrollo, niños y niñas hospitalizados, depresión infantil, etc.

El viaje por la casa acaba con una vuelta por el barrio, y los autores nos sitúan a la PCIT en relación con las terapias contextuales y de tercera generación, de lo que pueden hablar con propiedad puesto que Rafael Ferro es una de las figuras más relevantes en el ámbito español de estas terapias, en especial de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Y el capítulo final, dedicado a las nuevas direcciones de la terapia, presenta el exponencial crecimiento en su uso, así como la aplicación online de la misma, aspecto sin duda interesante y clara muestra de su versatilidad.

No debe extrañarnos que esta terapia funcione en tantísimos problemas infantiles (desde la conducta disruptiva a los problemas del lenguaje) y contextos (clínico, escolar, hogar, online...), porque lo único que pone de manifiesto es que interviniendo o mejorando la interacción padres-hijos, mejorará la amplia variedad de aspectos de la conducta de los hijos en los que dicha interacción resulta relevante. Lo mismo puede decirse de la interacción entre el profesorado y el alumnado y el terapeuta y su cliente. Y creo, con los autores, que aquí está el secreto de su gran versatilidad y adaptabilidad: se estudia la interacción y se interviene para cambiarla. Y al respecto de esta interacción entre clientes y terapeutas, en este libro también podemos encontrar una interesante reflexión sobre las habilidades terapéuticas, que lleva a los autores incluso a hablarnos del “amor terapéutico” como modelo de la relación o alianza entre ambos.

Sin duda, la visita a esta casa se pone interesante...

Correspondencia: Javier Herruzo Cabrera. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Educación. 14071 Córdoba. España. Email: jherruzo@uco.es

www.cop.es

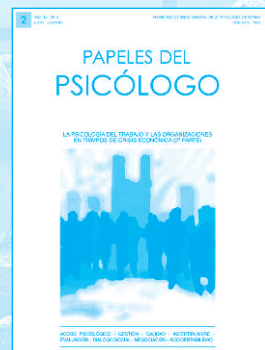
La Web de todos los
profesionales de la Psicología



www.papelesdelpsicologo.es

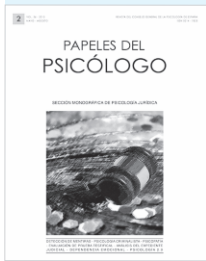
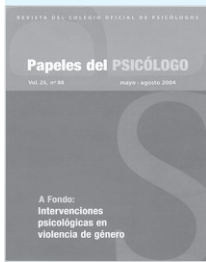
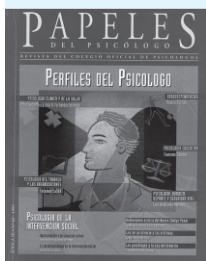
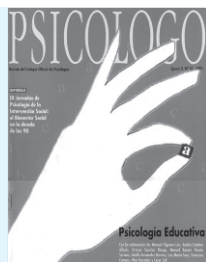
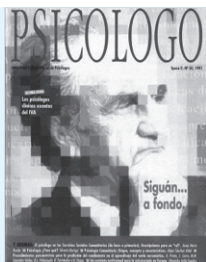
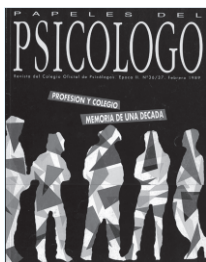
Todos los Contenidos publicados
On line

Miles de artículos de Psicología
a tu alcance



www.infocop.es

*Tus noticias siempre
al día*



Papeles del Psicólogo

hace una apuesta por los soportes digitales

La revista *Papeles del Psicólogo* nació hace 30 años como una apuesta del Consejo General de la Psicología (COP) por difundir el conocimiento psicológico a través de la producción de publicaciones, manteniendo siempre una perspectiva de rigor profesional y científico.

Desde entonces hasta ahora, la aparición primero de la web y, más tarde, de los teléfonos móviles y los nuevos dispositivos portátiles, ha venido revolucionando la manera en que nos acercamos a la lectura en todos los ámbitos de la vida, y ha supuesto una transferencia progresiva e incremental de lectores del papel a otros soportes. Ese paso del papel a lo digital es solo uno de los muchos retos que las publicaciones venimos enfrentando y deberemos seguir enfrentando en el futuro.

Con la idea de aprovechar las numerosas ventajas que ofrecen las tecnologías digitales y de alentar la eficiencia de recursos, la dirección de Publicaciones del COP y de la revista *Papeles del Psicólogo*, ha decidido hacer una apuesta por el trasvase progresivo a los soportes digitales. La idea es que, en los próximos meses, el soporte mayoritario de lectura de la revista sea primordialmente digital.

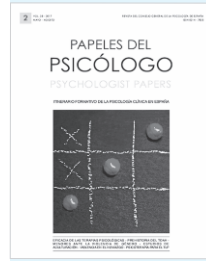
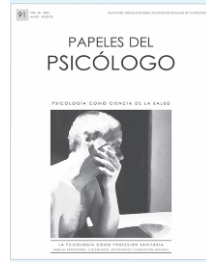
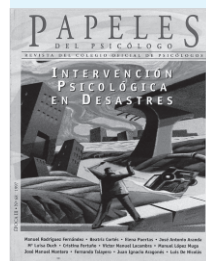
Con esta idea en mente, a partir del próximo número, únicamente aquellos colegiados que lo soliciten expresamente, continuarán recibiendo la edición impresa de *Papeles del Psicólogo*. **Para realizar la solicitud de mantener la recepción postal de la edición impresa**, las personas interesadas deberán dirigirse a la web de *Papeles del Psicólogo*: www.papelesdelpsicologo.es/distribucion y rellenar el formulario que allí aparece.

Enfrentamos este reto con ilusión y ganas. Los recursos que optimicemos con este cambio servirán para seguir promoviendo nuestra ciencia y profesión a través de las publicaciones del COP.

Desde aquí, nuestro agradecimiento a todos nuestros lectores por su colaboración y apoyo.

José Ramón Fernández Hermida
Director de Publicaciones del COP

Serafín Lemos
Director de la revista *Papeles del Psicólogo*



Solicita TU CORREO ELECTRÓNICO cop.es

El Consejo General de la Psicología de España facilita una cuenta de correo electrónico micuenta@cop.es totalmente gratuita para todos los colegiados que lo soliciten.

¡Infórmate en tu Colegio!



Normas para la publicidad en las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España

La Junta de Gobierno del COP ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

La publicidad que se inserte en los medios de comunicación del COP se atenderá, en todos los casos, a los principios éticos, de decoro y de defensa de la Psicología como ciencia y profesión que son exigibles a una organización como el COP.

En este sentido, y desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-grado, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, debería estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el COP, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, la publicidad de post-grado que se inserte en las publicaciones del COP deberá guardar las siguientes normas:

1 Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.

2 Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a médicos y psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.

3 En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de la Psicología de España. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.

Consejo General de la Psicología de España

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta
28006 Madrid - España
Tels.: +34 91 444 90 20
Fax: +34 91 309 56 15
E-mail: secop@cop.es
Web: <http://www.cop.es>

El Miembro Asociado Internacional se creó con la pretensión de apoyar el desarrollo de la ciencia y la profesión, así como la ampliación y mejora de las relaciones interprofesionales en el ámbito de la Psicología. Esta figura supone el establecimiento de una relación entre quienes se encuentran interesados en relacionarse con el Consejo General de La Psicología de España con el objeto de recibir del mismo información y publicaciones, así como obtener ventajas en la asistencia y participación en las actividades organizadas por la Corporación. Para acceder a la condición de Asociado Internacional del Consejo, los interesados deberán residir fuera del territorio español (artículo 1.b, del Reglamento Regulator).

SOLICITUD

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Sólo para
residentes fuera
del territorio
español

NOMBRE Y APELLIDOS _____
ORGANIZACIÓN _____
DIRECCIÓN DE CONTACTO _____ CIUDAD _____
ESTADO/PROVINCIA _____ C.P. _____ PAÍS _____
E-MAIL _____ TELÉFONO _____

FORMA DE PAGO: 20 euros (25 dólares USA)

Transferencia bancaria a la cuenta corriente IBAN: ES89 0075 0125 4706 0117 9770 BIC: POPUESMM del Banco Popular Español Ag.14, C/José Ortega y Gasset, 29, 28006 Madrid (España). Enviar fotocopia del ingreso al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Tarjeta de crédito: Visa MasterCard American Express

Titular de la tarjeta _____ Nº de tarjeta _____ Fecha de caducidad _____

Firma _____

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta • 28006 Madrid - España • Tels.: +34 91 444 90 20 • Fax: +34 91 309 56 15 • E-mail: secop@cop.es • Web: <http://www.cop.es>

FOCAD

INFÓRMATE

Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

El Consejo General de la Psicología de España ya ha puesto en marcha el Programa de Formación Continua a Distancia en Psicología (FOCAD).

Esta iniciativa tiene como finalidad promover la *actualización científico-profesional* de los psicólogos y psicólogas colegiados españoles, en diferentes campos de intervención psicológica, entre otros, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Educativa y Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos.



FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA



Bienvenidos a las
actividades de Formación
Continuada a Distancia del
Consejo General de la Psicología
de España

www.cop.es/focad

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"). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación.

Una vez que un manuscrito ha sido remitido con éxito a través del sistema online, los autores pueden hacer un seguimiento de su estado mediante el sistema de envío online (por correo electrónico se proporcionarán los detalles al respecto).

Una vez completado el envío, el sistema genera automáticamente un documento electrónico (PDF), que será utilizado para la revisión. Toda correspondencia, incluida la decisión del Director y la propuesta de modificaciones se procesarán por el sistema y serán recibidas por el autor, mediante correo electrónico.

Los autores podrán enviar dudas acerca del proceso de envío o los procesos de publicación a los Editores mediante el siguiente formulario:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/contacto>

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.

Otro aspecto de la nueva política de la revista tiene que ver con **Conflicto de Intereses**. Todos los autores deben manifestar si existe algún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones.

Los puntos de vista, opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones planteados en cualquier artículo remitido a Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan posiciones de la Revista o de sus Editores.

