

PAPELES DEL PSICÓLOGO

50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE BECK
EMANCIPAR LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



DEONTOLOGÍA PROFESIONAL - SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA
PSICOLOGÍA POSITIVA - PROTOCOLO DE PRUEBA EN VÍCTIMAS VULNERABLES

Artículos

- 161.** 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica
Jesús Sanz
- 169.** Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos
Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas
- 182.** Deontología profesional en psicología: Estudio descriptivo de las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del COPC
Mila Arch, Conchita Cartil, Pilar Solé, Victoria Lerroux, Núria Calderer y Alba Pérez-González
- 190.** DSM-5: ¿Síndrome de Psicosis Atenuada?
Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Paino y David Fraguas
- 208.** La psicología positiva y sus amigos: En evidencia
Marino Pérez-Álvarez
- 227.** Propuesta de protocolo para la conducción de la prueba preconstituida en víctimas especialmente vulnerables
José Luis González, José Manuel Muñoz, Andrés Sotoca y Antonio L. Manzanero

Articles

- 161.** 50 years of the Beck depression inventories: Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the BDI-II in clinical practice
Jesús Sanz
- 169.** Dispathologize and emancipate clinical psychology in the controversy on the training programs
Ernesto López Méndez and Miguel Costa Cabanillas
- 182.** Professional ethics in psychology: Survey of complaints received by the Ethics Committee of Catalonia (Spain)
Mila Arch, Conchita Cartil, Pilar Solé, Victoria Lerroux, Núria Calderer and Alba Pérez-González
- 190.** DSM-5: Attenuated psychotic syndrome?
Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Paino and David Fraguas
- 208.** Positive Psychology and its friends: Exposed
Marino Pérez-Álvarez
- 227.** Proposed protocol for the realization of preconstituted evidence in especially vulnerable victims
José Luis González, José Manuel Muñoz, Andrés Sotoca and Antonio L. Manzanero

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de la Psicología de España

Director

Serafín Lemos Giraldez

Directores asociados

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

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
Fernando Chacón Fuertes
Josep Vilajoana i Celaya
Manuel Mariano Vera Martínez
Alfredo Fernández Herrero
Francisco Sánchez Eizaguirre
Manuel Berdullas Temes
M^a José Catalán Frias
José Ramón Fernández Hermida
Lorenzo Gil Hernández
Dolores Gómez Castillo
M^a Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Rodolfo Ramos Álvarez
Rosa M^a Redondo Granado
Francisco Javier Torres Ailhaud
Ramón Jesús Vilalta Suárez
Rosa Álvarez Prada
Ana M^a Sánchez Alias

Consejo Asesor

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

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad

Silvia Berdullas y Cristina Castilla

Consejo General de la Psicología de España
C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@cop.es

Impresión

Villena Artes Gráficas
Avda. Cardenal Herrera Oria, 242 - Edif. B
28035 Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 3 del Vol. 34 de Papeles del Psicólogo se han editado 57.100 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 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 y EBSCO; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España:
<http://www.cop.es>



50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK: CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BDI-II EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

50 YEARS OF THE BECK DEPRESSION INVENTORY: RECOMMENDATIONS FOR USING THE SPANISH ADAPTATION OF THE BDI-II IN CLINICAL PRACTICE

Jesús Sanz

Universidad Complutense de Madrid

En 2011 se publicó la primera adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), justo cuando se cumplía el 50º aniversario de la publicación de su primera edición. En este tiempo, el BDI se ha convertido en el cuestionario autoaplicado más utilizado en España y en el mundo para evaluar la gravedad de la depresión. En este trabajo se presentan las características básicas del BDI-II en relación con sus versiones anteriores (BDI-I y BDI-IA) y el proceso de su adaptación a la población española, se resumen las propiedades psicométricas de dicha adaptación y se discute su utilización en la práctica clínica, proponiéndose pautas y puntuaciones de corte para la evaluación de la gravedad de la depresión, la evaluación de la significación clínica de los cambios terapéuticos, el cribado de personas con depresión y la ayuda en el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos.

Palabras clave: Depresión, Evaluación, BDI-II, Significación clínica, Cribado, Diagnóstico.

The first Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) was published in 2011. This year marks the 50th anniversary of the publication of its first edition. In this time, the BDI has become the most widely used self-report instrument for assessing the severity of depression in Spain and worldwide. This paper presents the basic characteristics of the BDI-II in relation with its previous versions (BDI-I and BDI-IA), describes the process of its adaptation to the Spanish population, summarizes the psychometric properties of this adaptation, and discusses its use in the clinical practice. To this use, guidelines and cut-off scores are proposed for measuring the severity of depression, for evaluating the clinical significance of therapeutic change, for screening for depression, and for aiding in the differential diagnosis of depressive disorders.

Key words: Depression, Assessment, BDI-II, Clinical significance, Screening, Diagnosis.

En 2011 se publicó la primera adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 2011), internacionalmente conocido por el acrónimo de su nombre original en inglés: BDI-II (*Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996). Curiosamente, ese año se cumplía el 50º aniversario de la publicación de su primera edición (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), efeméride que consagra al BDI como un clásico entre los instrumentos de evaluación de la depresión y que también refleja su adaptación a las concepciones más actuales de este constructo. En el presente trabajo se presentan las características básicas del BDI-II, se resumen su proceso de adaptación a la población española y las propiedades psicométricas de esta adaptación y se discute su utilización en la práctica clínica para la evaluación del progreso terapéutico y el cribado y diagnóstico de la depresión.

1961-2011: 50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK

En los 50 años transcurridos desde su primera publicación, el BDI, tanto en su versión original (BDI-I) como en su versión revisada (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y en su segunda edición (BDI-II), se ha convertido en el instrumento para evaluar la depresión más utilizado en el mundo y en España. Los datos bibliográficos de PsycINFO y Psycodoc (véase la Tabla 1) indican que el número de trabajos publicados en los últimos años sobre el BDI supera con creces a los publicados sobre la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1960), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) o la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS; Zung, 1965), tres de los instrumentos con mayor reputación en el ámbito de la depresión (Nezu, Nezu, Friedman y Lee, 2009). Es más, recientemente, Muñiz y Fernández-Hermida (2010) encontraron que el BDI es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles en su práctica diaria, consolidándose en la misma posición que tenía diez años atrás (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000), lo cual no debería sorprender ya que cuenta con

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



traducciones castellanas validadas en España para todas sus versiones: BDI-I (Conde y Useros, 1974), BDI-IA (Vázquez y Sanz, 1997) y BDI-II (Beck et al., 2011).

Es difícil determinar las razones de esta popularidad. El hecho de que el BDI original se publicara como anexo de un artículo en una revista científica de amplia audiencia y reputación y de que esa versión pudiera utilizarse gratuitamente quizás contribuyó inicialmente a su popularidad. Sin embargo, las dos versiones más recientes (BDI-IA y BDI-II) tuvieron, desde sus inicios, todos los derechos reservados y fueron comercializadas por una editorial. Además, otros instrumentos autoaplicados para la depresión como la SDS tienen una antigüedad similar, fueron publicados originalmente en la misma revista o en otras de audiencia y reputación parecidas y también podían utilizarse de manera gratuita, e incluso aún pueden, y, sin embargo, no han alcanzado la popularidad del BDI. Otras razones para su popularidad residen en el creciente prestigio que fue adquiriendo su creador, Aaron Beck, y la progresiva difusión y éxito de su teoría y terapia cognitivas de la depresión. El BDI fue adoptado como el instrumento estándar en los numerosos estudios diseñados para comprobar los modelos cognitivos de la depresión, incluido la teoría de Beck, que dominaron el campo de las teorías psicológicas de este trastorno durante los años 80 y 90 del siglo XX, y aún siguen haciéndolo (Sanz y Vázquez, 2008; Tennen, Hall y Affleck, 1995), así como en los abundantes estudios realizados sobre la eficacia para la depresión de la terapia cognitiva de Beck y, en general, de la psicoterapia, estudios que también empezaron a proliferar en esas décadas y han aumentado constantemente hasta la actualidad

(Cuijpers, Li, Hofmann y Andersson, 2010). Finalmente, las propias características del BDI (p. ej., brevedad, fácil aplicación, corrección e interpretación) y sus buenas propiedades psicométricas también han contribuido a su popularidad, aunque quizás solo parcialmente, ya que hay otros instrumentos como la CES-D o la SDS que tienen características y propiedades psicométricas parecidas y no son, sin embargo, tan populares.

LAS DIFERENTES VERSIONES DEL BDI: BDI-I, BDI-IA Y BDI-II

Muchas de las características del BDI se han mantenido constantes en sus tres versiones (véase la Tabla 2). Por ejemplo, todas contienen 21 ítems, cada uno de ellos compuesto por varias afirmaciones sobre un mismo síntoma depresivo que se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad y entre las cuales la persona evaluada debe escoger la que mejor describa su estado; además, en cada ítem las diferentes afirmaciones se puntúan de 0 a 3, por lo que el rango de puntuación del inventario es el mismo, 0 a 63. Sin embargo, las tres versiones también presentan diferencias importantes en su contenido (p. ej., marco temporal de sus instrucciones, contenido de sus ítems, número de alternativas de cada ítem) que han dado lugar a diferencias en la interpretación de sus puntuaciones (p. ej., las puntuaciones de corte para distintos niveles de gravedad depresiva son ligeramente más altas en el BDI-II que en el BDI-I) o en sus propiedades psicométricas (p. ej., los índices de consistencia interna y validez factorial del BDI-II son superiores a los del BDI-I y BDI-IA; Beck et al., 2011; Botella y Ponte, 2011; Sanz y García-Vera, 2009) (véase la Tabla 2).

En cuanto al BDI-II, esta versión presenta modificaciones sustanciales respecto al BDI-I y BDI-IA encaminadas a cubrir todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM-IV (APA, 1995) (véase la Tabla 2). En concreto, las instrucciones del BDI-II preguntan por el estado de la persona evaluada durante las dos últimas semanas en lugar de preguntar por la última semana (BDI-IA) o por el mismo día en que se completa el instrumento (BDI-I). Así, las instrucciones del BDI-II evalúan la presencia de sintomatología depresiva durante el período mínimo necesario para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM-IV. Por otro lado, cuatro ítems del BDI-IA han sido suprimidos en el BDI-II y reemplazados por otros que evalúan síntomas de los criterios diagnósticos del DSM-IV que, además, son típicos de la depresión grave (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía). Además, en el BDI-II se han modificado los ítems de pérdida de

TABLA 1
NÚMERO DE TRABAJOS RECOGIDOS EN LAS BASES DE DATOS
BIBLIOGRÁFICOS PSYCINFO Y PSYCODOC SOBRE LOS PRINCIPALES
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Instrumento	PsycINFO (2002-2013) ¹	Psycodoc ²
Inventario de Depresión de Beck	18723	352
Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton	9528	109
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	8505	67
Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung	1150	50

Nota. Búsquedas realizadas el 1 de mayo de 2013 y limitadas a los años 2002 a 2013, con las siguientes combinaciones de palabras en el campo "pruebas y medidas": "Beck Depression Inventory"; "Hamilton Rating Scale for Depression" o "Hamilton Depression Rating Scale"; "Self-Rating Depression Scale" o "Zung Depression Scale"; "CES-D" o "Center for Epidemiologic Studies Depression".

¹Búsquedas realizadas el 1 de mayo de 2013 con las siguientes combinaciones de palabras en el campo "búsqueda simple": "inventario y Beck y depresión" o "BDI y depresión"; "Hamilton y escala y depresión" o "HRSD y depresión" o "HDRS y depresión" o "HAM y depresión"; "Zung y escala y depresión" o "Zung y SDS" o "SDS y depresión"; "CES-D y depresión" o "escala y depresión y centro y estudios y epidemiológicos".



apetito e insomnio para que éstos evalúen tanto los descensos como los aumentos en apetito y sueño, y se han introducido modificaciones en algunas afirmaciones de otros ítems. Por ejemplo, la redacción del ítem sobre desinterés social del BDI-IA se ha cambiado para que incluya también el desinterés por personas y actividades, de manera que el ítem del BDI-II evalúa más adecuadamente el criterio sintomático de pérdida de interés en todas o casi todas las actividades del DSM-IV. En definitiva, en el BDI-II tan sólo tres ítems del BDI-IA (sentimientos de castigo, pensamientos de suicidio y pérdida de interés en el sexo) no han sido modificados y, por tanto, constituye una importante revisión del BDI-I y BDI-IA.

Todas esas modificaciones parecen haber conseguido su objetivo. Un análisis, desde la perspectiva de la validez de contenido, de los cuestionarios autoaplicados más populares en España para evaluar la depresión clínica en adultos reveló que el BDI-II era el único instrumento que cubría todos los síntomas que definen el

episodio depresivo mayor y el trastorno distímico en el DSM-IV y cuyos ítems, además, reflejan todos ellos síntomas depresivos, de manera que sus puntuaciones no están influidas por síntomas ajenos al constructo de depresión (Sanz et al., en prensa; véase la Tabla 3).

LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BDI-II

Dadas las mejoras del BDI-II respecto a versiones anteriores, un grupo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid inició en el año 2000 diversos estudios para validarlo en España (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005; Sanz y García-Vera, 2009, 2013), estudios que culminaron con la adaptación española del instrumento realizada con *Pearson Clinical & Talent Assessment España* y publicada por esta editorial (Beck et al., 2011).

La adaptación española del BDI-II está basada en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de

TABLA 2
PRINCIPALES SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS VERSIONES DEL BDI

Características	BDI o BDI-I	BDI-IA	BDI-II
Año de publicación	1961	1979 (1978) ^a	1996
Nº de ítems	21	21	21
Nº de alternativas por ítem	10 ítems = 4 8 ítems = 5 1 ítem = 6	Todos los ítems = 4	19 ítems = 4 2 ítems = 7
Nº de ítems modificados respecto a la versión previa	-	15	18
Marco temporal de las instrucciones	Día de hoy	Última semana	Dos últimas semanas
Rango de puntuaciones de los ítems/total	0-3/0-63	0-3/0-63	0-3/0-63
Puntuaciones de corte para la gravedad de la depresión ^b	Normal = 0-9 Leve = 10-15 Moderada = 16-23 Grave = 24-63	Mínima = 0-9 Leve = 10-16 Moderada = 17-29 Grave = 30-63	Mínima = 0-13 Leve = 14-19 Moderada = 20-28 Grave = 29-63
Adaptación española	Conde et al. (1974)	Vázquez y Sanz (1991, 1997)	Sanz y Vázquez (Beck et al., 2011)
% cubierto de síntomas de depresión mayor DSM-IV ^c		88.9%	100%
% cubierto de síntomas de distimia DSM-IV ^c		100%	100%
% cubierto de síntomas de depresión mayor CIE-10 ^c		90%	100%
% cubierto de síntomas de distimia CIE-10 ^c		75%	75%
% de ítems que evalúan síntomas depresivos ^c		95.2%	100%
Fiabilidad de consistencia interna ^d		Personas de 18-49 años = .85 Personas > 50 años = .80 Pacientes = .86	Universitarios = .87 Adultos = .88 Pacientes = .91
Validez factorial ^e		Estructura interna más variable (2, 3, 4 o más factores)	Estructura interna más consistente (normalmente 2 factores)

Nota. ^a Aunque el BDI-IA fue registrado como propiedad intelectual en 1978, apareció publicado por primera vez en Beck et al. (1979).
^b Las puntuaciones de corte del BDI-I aparecen recogidas en Loeb, Feshbach, Beck y Wolf (1964; véase también Bumberry, Oliver y McClure, 1978), las del BDI-IA en la última edición de su manual (Beck y Steer, 1993) y las del BDI-II en su manual correspondiente (Beck et al., 1996).
^c Adaptado de Sanz et al. (en prensa).
^d Los datos de fiabilidad del BDI-I/BDI-IA para adultos de distintas edades y para pacientes proceden de los estudios metaanalíticos de Yin y Fan (2000) y Beck, Steer y Garbin (1988), respectivamente, mientras que los del BDI-II han sido calculados a partir de los datos recogidos en Beck et al. (2011), tras calcular la media, ponderada por el tamaño de la muestra de participantes, de 10 muestras de pacientes con trastornos psicológicos que totalizaban 3348 pacientes, de 7 muestras de adultos de la población general que totalizaban 4088 adultos y de 16 muestras de estudiantes universitarios que totalizaban 15123 estudiantes.
^e Véase Beck et al. (1988), Beck et al. (2011) y Sanz y García-Vera (2009).



fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio en tres muestras de pacientes con trastornos psicológicos que totalizaban 712 pacientes, dos muestras de adultos de la población general que totalizaban 569 adultos y dos muestras de estudiantes universitarios que totalizaban 727 estudiantes. Estos análisis sugieren, consistentemente en las diversas muestras, que la adaptación española del BDI-II muestra buenos índices psicométricos para medir la presencia y gravedad de sintomatología depresiva, índices similares a los de la versión original o de las adaptaciones realizadas en otros países (Beck et al., 2011). Para los objetivos del presente trabajo, cabe detallar algunos de esos índices.

Los coeficientes de Cronbach de fiabilidad de consistencia interna para los pacientes con trastornos psicológicos, los adultos de la población general y los estudiantes universitarios fueron, respectivamente, .90, .87 y .89, todos ellos excelentes ($\geq .85$; Prieto y Muñiz, 2000) y comparables a los obtenidos en estudios con muestras semejantes de otros países (véase la Tabla 4).

Respecto a la validez de criterio para diferenciar grupos contrastados, la puntuación total media del BDI-II de los pacientes con trastornos psicológicos fue significativamente mayor que las de los adultos de la población general y los estudiantes universitarios (Beck et al., 2011). De hecho, la gravedad global de la depresión en los pacientes fue aproximadamente el doble de la encontrada en las mues-

tras no clínicas (véase la Tabla 5), lo que suponía, en términos del tamaño del efecto, unas diferencias estandarizadas de medias (d de Cohen) iguales a 1.07 y 1.21, respectivamente, que pueden considerarse grandes ($d > 0.80$; Cohen, 1988).

En relación con la validez diagnóstica, un análisis de la curva de las características operativas del receptor o curva ROC reveló que el BDI-II mostraba un rendimiento diagnóstico (área bajo la curva ROC = .83) adecuado (> 0.70 ; Swets, 1988) para detectar un trastorno depresivo mayor frente a un trastorno mental no depresivo en una muestra de pacientes con trastornos psicológicos evaluados mediante una entrevista diagnóstica estructurada y un listado de cotejo de síntomas depresivos (Beck et al., 2011). La capacidad de discriminación diagnóstica de cualquier instrumento depende de las características de la población en la que se utilice, por lo que el diagnóstico diferencial en una muestra de pacientes con trastornos psicológicos entraña más dificultad que si se pretende detectar personas con depresión en una muestra no clínica. Para este último objetivo, el análisis de la curva ROC mostró que el BDI-II tenía un rendimiento diagnóstico (área bajo la curva ROC = .91) alto (> 0.90 ; Swets, 1988) para discriminar entre estudiantes universitarios con episodio depresivo mayor y estudiantes no deprimidos evaluados mediante una

TABLA 3
CORRESPONDENCIA ENTRE LOS ÍTEMS DE LOS PRINCIPALES CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS DE DEPRESIÓN Y LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SINTOMÁTICOS PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS DEL DSM-IV (ADAPTADO DE SANZ ET AL., EN PRENSA)

Instrumentos	% de síntomas de depresión mayor según el DSM-IV que cubren los ítems	% de síntomas de distimia según el DSM-IV que cubren los ítems	% de ítems que evalúan síntomas presivos
BDI-II	100%	100%	100%
CES-D	88.9%	85.7%	95%
MCMI-II/CC	77.8 %	57.1 %	67.7%
MCMI-III/CC	66.7%	71.4%	100%
MCMI-II/D	88.9 %	71.4%	100%
MCMI-III/D	44.4%	42.8%	92.8%
MMPI-D	88.9%	85.7%	45%
MMPI-2/D	88.9%	85.7%	47.4%
MMPI-2/DEP	77.8%	85.7%	75.8%
SCL-90-R/D	55.5%	42.8%	84.6%
SDS	100%	85.7%	90%

Nota. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II; CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; MCMI-II/CC y MCMI-III/CC: escala de Depresión Mayor del Inventario Clínico Multiaxial de Millon; MCMI-II/D y MCMI-III/D: escala de Distimia del Inventario Clínico Multiaxial de Millon; MMPI-D y MMPI-2/D: escala clínica de Depresión del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota; MMPI-2/DEP: escala de Depresión basada en el contenido del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2; SCL-90-R/D: subescala de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado; SDS: Escala Autoaplicada de Depresión de Zung.

TABLA 4
FIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH) DEL BDI-II EN DIFERENTES MUESTRAS Y CON DIFERENTES ADAPTACIONES (ADAPTADO DE BECK ET AL., 2011)

Población/adaptación del BDI-II	N	alfa
Pacientes externos con trastornos mentales		
Original o adaptaciones de otros países	2636	.92
Adaptación española ^a	712	.90
Estudiantes universitarios		
Original o adaptaciones de otros países	14396	.87
Adaptación española ^a	727	.89
Adultos de la población general		
Original o adaptaciones de otros países	3519	.88
Adaptación española ^a	569	.87

Nota. ^aValor medio de los coeficientes de las diferentes muestras de la adaptación española del BDI-II (Beck et al., 2011) tras ponderarlos por el tamaño de cada muestra.

TABLA 5
MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II EN DIFERENTES MUESTRAS ESPAÑOLAS (ADAPTADO DE BECK ET AL., 2011)

	N	M	DT
Pacientes externos con trastornos mentales	712	19.98	10.96
Estudiantes universitarios	727	8.75	7.34
Adultos de la población general	569	9.61	7.76



entrevista diagnóstica estructurada. Estos dos análisis de rendimiento diagnóstico permitieron identificar varias puntuaciones de corte del BDI-II con índices adecuados de validez diagnóstica para detectar personas con depresión clínica (p. ej., sensibilidad y especificidad > 70%; valores predictivos positivo y negativo > 50%; kappa > .40; véase la Tabla 6).

RECOMENDACIONES PARA UTILIZAR LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BDI-II EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La interpretación de las puntuaciones del BDI se suele basar en unas puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología depresiva. El manual original del BDI-II propone las siguientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Beck et al., 1996). Estas puntuaciones fueron asumidas en la adaptación española del BDI-II y, recientemente, un estudio ha demostrado empíricamente su validez para distinguir niveles de gravedad de la depresión en pacientes españoles con trastornos psicológicos (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2013).

Complementariamente, la interpretación de las puntuaciones en el BDI-II puede hacerse comparándolas con los baremos de un grupo de referencia. En Sanz et al. (2013) se pueden encontrar tablas de puntuaciones centiles del BDI-II para pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general y estudiantes universitarios españoles, las cuales permiten evaluar con mayor precisión la gravedad de la depresión.

A partir de las propiedades psicométricas de la adaptación española del BDI-II, se pueden proponer pautas de interpretación para dos objetivos muy importantes en la práctica clínica: evaluar la significación clínica de los cambios terapéuticos e identificar personas con depresión clínica.

EVALUACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS CAMBIOS TERAPÉUTICOS

Dado que el BDI contiene sólo 21 ítems que se pueden responder en 5-10 minutos y que su corrección es tan fácil y rápida que puede realizarse en 1-2 minutos, es posible aplicar el BDI repetidamente durante el proceso terapéutico para monitorizar los progresos del paciente y evaluar los resultados de la terapia. En este contexto, el BDI-II puede ayudar a responder a la pregunta de si un paciente está igual, ha mejorado o ha empeorado de su depresión o incluso si ya se ha recuperado, es decir, si se ha producido una reducción o aumento clínicamente significativo en su sintomatología depresiva.

Para ello, se puede utilizar la aproximación estadística a la significación clínica de Jacobson y Truax (1991) que asume que un cambio clínicamente significativo supondría la vuelta a una población funcional de un paciente que antes del tratamiento pertenecía a una población disfuncional, es decir, que dicho cambio supondría que la puntuación de un paciente en el BDI-II ya no pertenece a la distribución de puntuaciones en el BDI-II de una población disfuncional (p. ej., los pacientes españoles con trastornos psicológicos) sino a la distribución de una población funcional (p. ej., la población general española).

Para determinar la existencia de un cambio clínicamente significativo en un paciente, el método de Jacobson y Truax (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002) implica, en primer lugar, establecer una puntuación de corte que el paciente debe alcanzar para pasar de una distribución disfuncional a una funcional. Cuando las dos distribuciones se solapan, como ocurre en el BDI-II (véase la Tabla 5), la mejor puntuación de corte (C) es el punto medio ponderado entre las medias de las distribuciones funcional y disfuncional:

$$C = \frac{(DT_n \times M_p) + (DT_p \times M_n)}{(DT_n + DT_p)}$$

en la que DT_n y DT_p representan las desviaciones típicas en el BDI-II de la población normal y de pacientes, respectivamente, y M_n y M_p las medias en el BDI-II de la población normal y de pacientes, respectivamente.

En segundo lugar, el método implica estimar si el cambio que indican las puntuaciones de un instrumento como el BDI-II no se debe a su error de medida, sino que refleja un cambio fiable, real, en el nivel de sintomatología depresiva del paciente. Para ello, se propone un índice de cambio fiable (*reliable change index; RCI*) que tiene en cuenta el error típico de la diferencia entre dos puntuaciones del instrumento (S_{diff}), el cual depende de su

TABLA 6
ÍNDICES DE RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI-II PARA DETECTAR PERSONAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS (ADAPTADO DE BECK ET AL., 2011)

Puntuación BDI-II	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Kappa
Muestra de estudiantes universitarios (N=165)					
12	92.94	84.15	35.27	99.23	.44
19	57.14	96.72	61.54	96.09	.56
Muestra de pacientes externos con trastornos mentales (N=171)					
15	94.12	46.72	30.48	96.97	.23
22	82.35	73.72	43.75	94.39	.42
30	55.88	91.24	61.29	89.29	.49



error típico de medida (S_e) que, a su vez, depende de su fiabilidad (r_{xx}):

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{dif}}$$

$$S_{dif} = \sqrt{2(S_e)^2} = \sqrt{2(s_x\sqrt{1-r_{xx}})^2}$$

en las que x_2 sería la puntuación en el BDI-II de un paciente en un momento dado (p. ej., postratamiento), x_1 la puntuación en el BDI-II en un momento anterior (p. ej., pretratamiento), s_x la desviación típica de las puntuaciones del BDI-II en la población de pacientes y r_{xx} la fiabilidad de consistencia interna del BDI-II en dicha población. El error típico de la diferencia entre las dos puntuaciones (S_{dif}) describiría la amplitud de la distribución de las puntuaciones de cambio que se esperaría si no ocurriera ningún cambio real, de manera que un RCI mayor que 1.96 sería muy poco probable ($p < .05$) que sucediera sin que ocurriera un cambio real. Cada paciente, pues, debería pasar ese RCI para demostrar que su cambio no se debe a los errores de medida del BDI-II:

$$RCI > 1.96 \Rightarrow \frac{x_2 - x_1}{S_{dif}} > 1.96 \Rightarrow x_2 - x_1 > S_{dif} \times 1.96$$

Basándose en estos dos criterios, el método de Jacobson y Truax (McGlinchey et al., 2002) clasifica a un paciente como *recuperado* si su puntuación en un instrumento ha superado tanto el RCI de 1.96 como la puntuación C , *mejorado* si dicha puntuación ha superado el RCI de 1.96, pero no la puntuación C , *sin cambios* si la puntuación no ha superado ninguno de los dos criterios, y *empeorado* si la puntuación ha superado el RCI de 1.96, pero en la dirección de un empeoramiento.

Con los datos de la adaptación española del BDI-II (véanse las Tablas 4 y 5), la puntuación C y el cambio que supone un RCI de 1.96 serían:

$$C = \frac{(7.76 \times 19.98) + (10.96 \times 9.61)}{(7.76 + 10.96)} = 13.91$$

$$S_{dif} = \sqrt{2(10.96\sqrt{(1-.90)})^2} = 4.89$$

$$x_2 - x_1 > 4.89 \times 1.96 \Rightarrow x_2 - x_1 > 9.58$$

En consecuencia, con dicha adaptación, un paciente cuya puntuación en el BDI-II ha descendido 10 puntos o más y dicha puntuación es menor de 14 se podría considerar *recuperado* de su depresión; si su puntuación ha descendido 10 puntos o más, pero la misma no llega a 14, se podría considerar *mejorado*; si su puntuación no ha descendido 10 puntos y tampoco llega a 14, se podría considerar *sin cambios*, y si la puntuación refleja un aumento de 10 puntos o más se podría considerar que ha *empeorado*.

No obstante, es importante recordar que la valoración del estado de un paciente debería tener en cuenta otros criterios sobre sus problemas depresivos (p. ej., para hablar de recuperación, habría que considerar si la puntuación < 14 en el BDI-II se sigue repitiendo durante al menos dos meses) así como tener en cuenta otra información relevante sobre otros problemas y trastornos del paciente, sobre su nivel de funcionamiento en las actividades laborales o sociales habituales o en las relaciones con los demás, etc.

IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DEPRESIÓN CLÍNICA

Aunque el BDI-II no es un instrumento diseñado para diagnosticar trastornos depresivos, la información que proporciona puede ayudar a identificar personas con un probable trastorno depresivo para su posterior confirmación diagnóstica con un instrumento más adecuado (p. ej., una entrevista diagnóstica estructurada) o servir como fuente complementaria de datos que ayude a realizar un diagnóstico de trastorno depresivo. Para ello, se pueden utilizar los índices de rendimiento diagnóstico de la Tabla 6. Así, cuando se use la adaptación española del BDI-II como cribado y, por tanto, con confirmación diagnóstica posterior de los casos detectados con el inventario, sería recomendable escoger puntuaciones de corte con una alta sensibilidad, es decir, con una alta capacidad para detectar un trastorno depresivo en pacientes que realmente lo están sufriendo, de manera que se asegure que ningún paciente que sufre dicho trastorno quede sin detectar. En este caso es preferible cometer un error debido a un falso positivo, ya que dicho error sería luego fácil de corregir mediante la confirmación diagnóstica posterior, que cometer un error debido a un falso negativo, ya que esta persona con trastorno depresivo no sería posteriormente evaluada y pasaría desapercibida. Para la población española no clínica, esa puntua-



ción de corte sería igual o mayor que 12, ya que esta puntuación, obteniendo un adecuado índice de especificidad ($> 70\%$) y de concordancia diagnóstica ($kappa > .40$), podría detectar al 93% de las personas que tienen un episodio depresivo mayor (véase la Tabla 6). Para la población española de pacientes con trastornos psicológicos, aunque la puntuación de corte de 15 tendría una sensibilidad del 93%, su especificidad y concordancia diagnóstica no serían adecuadas ($< 70\%$ y $< .40$, respectivamente; véase la Tabla 6), por lo que sería más recomendable utilizar la puntuación de corte de 22, la cual podría detectar al 82% de los pacientes con trastornos depresivos mostrando a la vez una sensibilidad (74%) y concordancia diagnóstica (.42) adecuadas.

Cuando se use la adaptación española del BDI-II como ayuda para realizar un diagnóstico de trastorno depresivo que ya se sospechaba por la información de otros instrumentos, lo recomendable sería escoger puntuaciones de corte con una alta especificidad, es decir, con una alta capacidad para detectar la ausencia de trastorno depresivo en personas que realmente no padecen este trastorno, de manera que se asegure que un paciente al que se le asigna ese diagnóstico tiene realmente dicho trastorno (es preferible cometer un error debido a un falso negativo que debido a un falso positivo). De forma relacionada, sería recomendable que dicha puntuación tuviera un valor predictivo positivo mayor de 50%, es decir, que la probabilidad de que una persona que obtenga esa puntuación en el BDI-II padezca realmente un trastorno depresivo mayor esté por encima del 50%. Para las poblaciones españolas no clínicas y clínicas, esas puntuaciones de corte serían iguales o mayores que 19 y 30, respectivamente, ya que esas puntuaciones, obteniendo índices adecuados de concordancia diagnóstica ($kappa > .40$), mostrarían especificidades superiores a 90% y valores predictivos positivos de 61% (véase la Tabla 6).

CONCLUSIONES

En un artículo de 2010 sobre el uso de los tests en España, Muñiz y Fernández-Hermida subrayaban la amplia utilización del BDI a pesar de ser un instrumento que todavía no estaba comercializado en España y recomendaban que "sería altamente aconsejable que esta prueba tan utilizada por los profesionales dispusiese de un proceso de validación más sistemático y riguroso en nuestro país" (pp. 116-117). Afortunadamente, un año más tarde, justo cuando se cumplía el 50º aniversario de su primera publicación, la recomendación de Muñiz y Fernández-Hermida era seguida y los profesionales españoles cuentan ya con una adaptación española de la

última versión del BDI, el BDI-II, adaptación que es fruto de un proceso sistemático y riguroso de validación y está comercializada (Beck et al., 2011).

El BDI-II presenta modificaciones sustanciales respecto al BDI-I y BDI-IA diseñadas para evaluar los síntomas diagnósticos del DSM-IV para los trastornos depresivos y, de hecho, entre los instrumentos autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión en adultos, el BDI-II es el único que cubre todos los síntomas del episodio depresivo mayor y la distimia según el DSM-IV. Además, el BDI-II muestra índices de consistencia interna y validez factorial superiores a los del BDI-I y BDI-IA. La adaptación española del BDI-II también muestra buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas, índices que permiten proponer pautas y puntuaciones de corte útiles para la evaluación de la gravedad de la depresión, la valoración de la significación clínica de los cambios terapéuticos, el cribado de personas con depresión y la ayuda en el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford. (Traducción española en Bilbao: DDB, 1983).
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Botella, J., y Ponte, G. (2011). Effects of the heterogeneity of the variances on reliability generalization: an example with the Beck Depression Inventory. *Psicothema*, 23, 516-522.
- Bumberry, W., Oliver, J., y McClure, J. N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university



- population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 150-155.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2^a ed. Hillsdale, NJ: LEA.
- Conde, V., y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., y Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 768-778.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Loeb, A., Feshbach, S., Beck, A. T., y Wolf, A. (1964). Some effects of reward upon the social perception and motivation of psychiatric patients varying in depression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 609-616.
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., y Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 529-550.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- 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.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, J., y Lee, M. (2009). Assessment of depression. En I. H. Gotlib y C. L. Hammer (Eds.), *Handbook of depression* (2^a ed.) (pp. 44-68). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2009). The Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II): factor congruence and generalizability of its indexes of internal consistency. En E. Rehulka (Ed.), *School and health* 21. *General issues in health education* (pp. 331-342). Brno: MSD.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29, 66-75.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2013). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II)*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J., Izquierdo, A., y García-Vera, M. P. (en prensa). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdígón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2. *Edición revisada* (pp. 271-298). Madrid: McGraw-Hill.
- Swets, J. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240, 1285-1293.
- Tennen, H., Hall, J. A., y Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: a review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Yin, P., y Fan, X. (2000). Assessing the reliability of Beck Depression Inventory scores: reliability generalization across studies. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 201-223.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



DESPATOLOGIZAR Y EMANCIPAR A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA CONTROVERSI A SOBRE LOS ITINERARIOS FORMATIVOS

DEPATHOLOGIZING AND EMANCIPATING CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE CONTROVERSY OVER EDUCATIONAL ITINERARIES

Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas
Ayuntamiento de Madrid

En el presente artículo, se propone un análisis crítico del modelo anatomoclínico y psicopatológico, se reivindica la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica de la Psicología y de su capacitación profesional para el análisis y solución de los problemas psicológicos. Esta perspectiva debería ser tenida en cuenta en el debate actual sobre los itinerarios formativos de la Psicología Clínica dentro y fuera del ámbito sanitario. Se plantea un itinerario formativo de Master en Psicología Clínica para el ejercicio profesional fuera del sistema sanitario, se plantean las oportunidades y riesgos de los itinerarios formativos del Psicólogo Interno Residente (PIR) y del Psicólogo General Sanitario (PSG).

Palabras clave: Modelo psicopatológico, Epistemología, Psicología clínica, Formación del psicólogo, Psicólogo interno residente, Psicólogo general sanitario.

In this paper, we propose a critical analysis of the anatomoclinical and psychopathological model, we claim the epistemological, methodological and technological autonomy of Psychology and of the professional training for the analysis and solution of psychological problems. This perspective should be taken into account in the current debate on the training programs of Clinical Psychology within and outside the health field. We propose a training program as Clinical Psychology Master for professional practice outside the health system, we raise the opportunities and risks of the curricula of Internal Resident Psychologist (PIR) and the General Health Psychologist (PSG).

Key words: Psychopathological model, epistemology, clinical psychology, training of psychologist, internal resident psychologist, general health psychologist

El artículo que aquí presentamos se une al debate de los itinerarios profesionales de la psicología clínica y deseamos hacerlo desde el análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, desde la autonomía y emancipación de la psicología respecto al modelo anatomoclínico y psicopatológico y analizando los diferentes dilemas que plantean los itinerarios formativos actuales.

AUTONOMÍA Y EMANCIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Un análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica

En un artículo anterior de *Papeles del Psicólogo* (López y Costa, 2012), reclamábamos una vez más la rebelión epistemológica y ética que comporta un análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, por su radical *insuficiencia epistemológica* para la explicación de los problemas psicológicos, y un cambio radical de paradigma

que pone de relieve la *suficiencia epistemológica, metodológica y tecnológica* de los paradigmas de la psicología para la comprensión profunda del sentido de los problemas psicológicos y para “desvelar el secreto de los enigmas” y el sentido del dolor y el sufrimiento que a menudo esos problemas ocasionan. En el presente artículo, queremos compartir algunas reflexiones sobre la manera en que este análisis crítico y este cambio de paradigma, en los que queremos seguir profundizando (Costa y López, en preparación) se funden estrechamente para fundamentar el *proceso de autonomía y emancipación* de la psicología respecto del modelo anatomoclínico y psicopatológico.

Un debate vivo y abierto

Lo hacemos en un momento que creemos delicado para el futuro de nuestra profesión. Es un momento de enormes fortalezas por el prestigio social alcanzado por la Psicología como una disciplina con paradigmas consolidados y que da respuesta efectiva a los problemas psicológicos, sabiendo, como señala justamente Rodríguez Sutil (2013) que no es un asunto simple la definición de lo que es un problema psicológico ni la decisión de quién ha de definir de qué manera una experiencia vital puede llegar a convertirse en un problema. Pero es un

Correspondencia: Ernesto López Méndez. C/ Cobos de Segovia, 17, bajo 2. 28005 Madrid. España.
Email: lopezmendezei@gmail.com

¹médico, psicólogo clínico y consultor.

²psicólogo clínico y director del Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud.



momento también de riesgos en el que se está produciendo un debate vivo y abierto, con desencuentros importantes y posturas encontradas en torno a la configuración académica y al ejercicio profesional de la psicología clínica, teniendo en cuenta la existencia actual del título de Psicólogo especialista en psicología clínica (PEPC) creado por el RD 2490/1998 y la reciente creación del Master en psicología general sanitaria (MPGS) por la Ley 33/2011 General de Salud Pública. En este debate, se están mostrando perspectivas diferentes, epistemológicas, académicas, legales, profesionales, y esto lo enriquece. Creemos que este debate, hecho con respeto por las diferentes perspectivas, puede ser muy fructífero y tiene trascendencia y proyección estratégica. Nosotros queremos tomar parte en esta deliberación desde una perspectiva basada justamente en la autonomía y emancipación del discurso epistemológico, metodológico y tecnológico de la psicología. Es una perspectiva abierta y discutible en un contexto en el que el diálogo y la deliberación son muy necesarios y del que no deseamos ausentarnos.

Los atributos de una disciplina autónoma y emancipada

La autonomía y emancipación a las que nos referimos tienen atributos propios. La psicología, en su evolución histórica como disciplina científico-técnica, ha alcanzado una *autonomía y suficiencia epistemológica* que le otorga un discurso, unos niveles de análisis y un perfil propios que la diferencian de otras disciplinas fronterizas. Tiene *autonomía metodológica y tecnológica* para la hermenéutica y comprensión del comportamiento humano, y para el análisis, explicación y solución de los problemas psicológicos, dondequiera que ocurran, sea en los contextos laborales, educativos, familiares, del sistema de servicios de salud, del sistema de servicios sociales, en la comunidad abierta o en la intimidad de las alcobas. Sus herramientas metodológicas y tecnológicas no le han de venir prestadas ni del modelo anatomoclínico, ni de las instituciones del sistema de salud en los que este modelo es hegemónico, porque los problemas psicológicos no son un asunto anatomoclínico, ni patologías mentales, ni síntomas de patologías mentales. Como práctica profesional, y en particular, como profesión competente en el análisis y solución de los problemas psicológicos, llámese psicología clínica, consejo psicológico o de otra manera, *tiene autonomía profesional*, como cualquier otra profesión de la sociedad, y no necesita recibir el permiso, o en su caso el veto, de otras

profesiones para su ejercicio. Las instituciones académicas han de seguir garantizando, pues, como lo han venido haciendo hasta ahora, esta autonomía, también en la capacitación rigurosa para la práctica profesional especializada en el análisis y solución de los problemas psicológicos.

Otras voces que reclaman análisis crítico, autonomía y emancipación

Al análisis crítico y al cambio de paradigma, se unen recientemente otras voces. El número 61, abril-junio 2013, de *Infocop* se hace eco de 3 decisiones que afectan al sistema de clasificación DSM y que coinciden con la reciente publicación del DSM-5: *El National Institute of Mental Health (NIMH) de EEUU abandona la clasificación DSM, la Asociación Británica de Psicología (BPS) llama al cambio de paradigma en salud mental, y un grupo de psiquiatras británicos solicita la abolición del DSM y la CIE*. Las tres decisiones obedecen, eso sí, a motivos diferentes.

El pasado 13 de mayo de 2013, la División de Psicología Clínica (DCP) de la BPS, aparte de señalar algunas ventajas de la DSM y CIE, denunciaba también las limitaciones conceptuales y empíricas de estos sistemas de clasificación y propone un cambio de paradigma, lo que supone un sistema conceptual basado en la formulación psicológica de los problemas y no en el modelo de enfermedad: *“es oportuno y apropiado afirmar públicamente que el actual sistema de clasificación diagnóstica, en el que se basan el DSM y el CIE, con respecto a los diagnósticos psiquiátricos funcionales, tiene limitaciones conceptuales y empíricas significativas. Por consiguiente, hay necesidad de un cambio de paradigma en relación con las experiencias a las que se refieren dichos diagnósticos, hacia un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de enfermedad”*. Hacemos nuestro este llamamiento y celebramos la claridad con la que lo plantea. El grupo de psiquiatras británicos proponen la abolición del DSM y del CIE y un paradigma alternativo basado en la evidencia y útil para la práctica clínica.

Por su parte, Lilienfeld (2012) señala la necesidad de que las organizaciones profesionales de la psicología pongan de manifiesto ante la opinión pública la distinción entre la psicología y otras profesiones relacionadas, en particular la psiquiatría, y la suficiencia de los postulados epistemológicos y metodológicos de la psicología para la evaluación y la solución de los problemas psicológicos.



La decisión del NIMH considera también insuficiente el DSM, pero va todavía más allá en la reafirmación del modelo anatomoclínico y psicopatológico (“los trastornos mentales son trastornos biológicos que implican circuitos cerebrales”) porque, según el NIMH, “los pacientes con trastornos mentales merecen algo mejor... una medicina de precisión”. También nosotros creemos que hay que ir más allá, pero no en la dirección marcada por el NIMH, sino en la dirección de la crítica despatologizadora de la logomaquia de la enfermedad mental y de la retórica del síntoma. Es en esta crítica y en los modelos que propone la psicología donde podremos hallar el cambio de paradigma que propone la DCP y el paradigma alternativo que reclama el grupo de psiquiatras británicos. No es en los supuestos desequilibrios de los neurotransmisores en los circuitos cerebrales, paradigma moderno de los desequilibrios de los humores hipocrático-galénicos, donde hemos de encontrar la precisión y el cuidado que requieren las personas que experimentan problemas psicológicos, que el NIMH denomina “pacientes con trastornos mentales”.

EL CAMINO DE LAS 7 METAMORFOSIS

Entre bromas y veras, en un reciente encuentro de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS) celebrado en la sede del Colegio de Psicólogos de Madrid, planteábamos el análisis crítico del modelo psicopatológico a través de la metáfora del *Camino de la 7 metamorfosis*. La metáfora nos servía precisamente para hacer la crítica del modelo psicopatológico, para mostrar la suficiencia epistemológica, metodológica y tecnológica de la psicología y sustentar su autonomía y emancipación, y para participar, desde nuestra perspectiva, en el referido debate vivo y abierto.

Al aplicar a los problemas psicológicos los modelos anatomoclínicos, fisiopatológicos y etiopatogénicos, se cometió un *error categorial*: meter un fenómeno, la experiencia vital y transaccional de un problema psicológico, en una categoría que no le corresponde, la categoría de las enfermedades, de las patologías, de las psicopatologías, tal como las formalizó Kurt Schneider. Se cometió, en palabras de Thomas Szasz, “el más grave error lógico de la psiquiatría moderna”. Enfrentado el modelo anatomoclínico a cualquier experiencia humana, pongamos la conocida experiencia del niño Alberto, cuya fobia a una ratita blanca y a otros objetos blancos fue estudiada por Watson y Rayner, recorrerá un camino de 7 metamorfosis que desnaturalizan la constitución de sentido de los problemas psicológicos.

La primera metamorfosis consiste en *dar nombre* a una experiencia de la vida. Fueron consultados los expertos y dijeron que esta experiencia vital de miedo, evitación y ansiedad recibía el nombre de *fobia*. La segunda consiste en *reificar el nombre*: el nombre es una cosa, una entidad realmente existente, distinta de la experiencia vivida. Dijeron: “este niño tiene una fobia”. La tercera es una metamorfosis de *localización cerebral*: lo que era una experiencia de la vida ocurrida entre el niño y el animal, con el que antes jugaba y del que ahora huye, se convierte en un fenómeno que ocurre en el niño, dentro de él. De ser un acontecimiento *transaccional* se reconvierte en un fenómeno *endógeno* que tiene su sede y causa en los desarreglos de los neurotransmisores que van de un lado a otro por los circuitos neuronales de su cerebro, de acuerdo con las fantasías neuromitológicas (“el cerebro construye una mente”, que dice Antonio Damasio). Algunos, para darle más énfasis a su descubrimiento, incluso señalaban con el dedo índice la cabeza diciendo: “eso es todo de aquí, es algo mental”, queriendo hacer ver que la mente era algo que estaba dentro de la cabeza, y más específicamente, dentro del cerebro.

La cuarta es una metamorfosis de *declaración patológica*. Dijeron: “la cosa que el niño tiene dentro es una patología mental que el niño padece”. Pero, como de la supuesta patología no aportaron más evidencia que la misma experiencia vital de la que habían partido, y el mero hecho de que alguien declarara que otro la padecía (“es una patología porque yo lo digo, aunque no lo puedo demostrar”), se trataba, pues, de una *patología meramente declarativa*, una afirmación vacía de contenido referente, una patología verbalmente inventada, una “*profesión de fe*” (K. Schneider), mera retórica, en definitiva una logomaquia. La quinta es una *tautología*. Al preguntarle a los expertos “¿y cómo saben ustedes que padece una patología mental?”, estos respondieron: “pues muy sencillo, porque huye, evita y siente miedo y ansiedad”, creyendo que así dotaban a la invención de evidencia y de fuerza probatoria, aunque no era más que una tautología.

La sexta metamorfosis es *taxonómica*: la patología mental que el niño padece pertenece a un grupo de patologías especiales que se denomina *trastornos de ansiedad*, haciendo caso omiso de todos los demás componentes de la experiencia que habían provocado incluso la misma ansiedad, y como si ese grupo de patologías fuera también un fenómeno realmente existente en la mente, y no una invención. La séptima es *etiológica*.



Al preguntarle a los expertos por qué este niño experimentaba evitación, miedo y ansiedad, ellos, haciendo caso omiso de las experiencias transaccionales condicionales y operantes que habían determinado el problema, cometieron un grave *error lógico y epistemológico* y dijeron que la *causa* del problema del niño era la fobia que padecía y que su miedo y su evitación eran los *síntomas* de esa psicopatología. La cosa que está dentro de la cabeza del niño y que es una patología mental aparece ahora, como por arte de magia, como la causa de lo que le pasa a este niño.

El camino recorrido por el modelo anatomoclínico y psicopatológico en sus 7 metamorfosis y la enorme facilidad para realizar este tipo de metamorfosis retóricas y declarativas condujo a una *colonización patológica de la vida*, de las experiencias vitales y de los problemas de la vida. Cualquier comportamiento raro, problemático, incomprensible, no sólo una fobia, sino también una depresión, un problema sexual, voces que alguien dice oír, automutilaciones o delirios, puede quedar bajo sospecha y es candidato a entrar en el reino de lo psicopatológico. Esto produjo además, en palabras de Szasz, un “*caos en la nosología psiquiátrica*” (Szasz) que, en nuestra opinión, el DSM- 5 ha venido a afianzar.

DOS UNIVERSOS DIFERENTES Y AUTÓNOMOS

Las 7 metamorfosis que definen el modelo anatomoclínico y psicopatológico nos confrontan con *dos universos diferentes*: el universo de la epistemología, la metodología y la tecnología propias de ese modelo que es hegemónico en el sistema sanitario y en el ámbito profesional de la medicina y de la psiquiatría, y la epistemología, la metodología y la tecnología propios de los modelos de la psicología que extienden su ámbito competencial más allá de los límites del sistema de salud, aún cuando también en él, como veremos, tienen un amplio campo de intervención. Aún cuando entre ambos universos hay multitud de intersecciones, creemos que es importante, desde la autonomía y la emancipación, *señalar nítidamente también las fronteras*.

Ni patologías mentales, ni psicopatologías, ni síntomas de patologías

Los modelos por los que la psicología analiza, explica y comprende los problemas psicológicos son, desde un punto de vista epistemológico, modelos radicalmente distintos del modelo anatomoclínico que tiene, por supuesto, su legitimidad en el estudio y tratamiento del enfermar humano, pero que constituye, como decía-

mos, un error categorial cuando se aplica a los problemas psicológicos, que no son enfermedades.

La experiencia de miedo, huida y evitación es para el modelo psicopatológico un *síntoma mental* de una *patología mental* de sede y causa cerebral. Para los paradigmas de la psicología, esa experiencia es el resultado de las transacciones biografía-contexto de tipo condicional y operante que son la causa constitutiva de la experiencia. La hiperalerta, el miedo, la huida y la evitación no son síntomas de una causa patológica, son componentes concomitantes de la experiencia. Aquí no hay una patología ni psicopatología, aquí hay la adquisición y desarrollo de una experiencia que puede o no llegar a suponer un problema para quien la vive. Allí se busca la relación del síntoma mental con la supuesta sede y causa patológica y se identifican supuestos indicadores neurológicos como supuesto asiento de la patología. Aquí se buscan las relaciones funcionales que determinan y explican la experiencia y se identifican las variables biográficas y contextuales que intervienen en esas relaciones. Allí el significado de la experiencia está definido por su naturaleza de síntoma de la supuesta patología subyacente. Aquí el significado de la experiencia viene definido por las complejas funciones biográficas que cumplen la hiperalerta, la huida, la evitación y el miedo, y por los demás componentes biográficos y contextuales de la experiencia. Para el modelo anatomoclínico y psicopatológico, esta y otras muchas experiencias son a menudo “*psicológicamente incomprensibles*” (Vallejo-Nágera), un “*misterio antropológico*” (K. Schneider) porque su hermenéutica no logra identificar con acierto la supuesta causa patológica de la que derivarían los síntomas. Para los modelos de la psicología, los problemas psicológicos son por definición “*comprensibles*”, lo que no les resta nada de su profundidad humana, de su significado y de su, a menudo, carácter sufriente. Allí se fracciona artificialmente la experiencia psicológica y se escinde de ella uno de sus componentes, la ansiedad, para constituirlo como principal síntoma mental y definir de esa manera, obviando la huida y la evitación, la naturaleza de toda la experiencia como “*trastorno de ansiedad*”. Aquí la experiencia es una experiencia biográfica integral con varios componentes biográficos y contextuales, en la que la ansiedad es tan solo uno de ellos, y en la que la huida y la evitación son determinantes funcionales de la adquisición y mantenimiento de la experiencia en la historia biográfica.



El universo de la psicología y el universo del sistema sanitario

La emancipación respecto al modelo anatomoclínico y a su derivado, el modelo psicopatológico, implica también, en nuestra opinión, que el universo epistemológico, metodológico y tecnológico de la psicología, y de la psicología que se ocupa del análisis y comprensión de los problemas psicológicos, *no se definen per se* desde la lógica, los lenguajes, las instituciones y los profesionales del universo del sistema sanitario en el que aquel modelo tiene hegemonía. El contorno que delimita el universo de la psicología no es idéntico al contorno que delimita los escenarios del sistema sanitario, ni sus métodos y técnicas de intervención en los problemas psicológicos tienen como exclusivo campo de despliegue aquellos escenarios, ni tienen por definición como taller de entrenamiento y aprendizaje las salas de un hospital o las consultas de un centro de salud, aunque también en ellos pueden desplegarse y entrenarse.

El RD 2490/1998 enmarca el título de PEPC en el ámbito de la formación de *especialistas sanitarios* capacitados para la realización de actividades en el *ámbito de la atención sanitaria* y dentro del *sistema sanitario*. En coherencia con ello, Sánchez, Prado y Aldaz (2013) se refieren a la psicología que se ejerce en el sistema sanitario como *psicología sanitaria*, y consideran que en ese caso la psicología y los profesionales de la psicología habrán de atenerse a la lógica y a las reglas propias de ese sistema. También por coherencia, creemos nosotros, no tendrán por qué hacerlo cuando ejerzan sus funciones de intervención sobre los problemas psicológicos *fuera del contorno del sistema sanitario* y no como profesionales sanitarios. Por analogía, estarían practicando entonces una *psicología clínica no sanitaria* que, como vamos a ver, tiene ya una larga vida.

Reconocer abiertamente el estatus de la psicología dentro del sistema sanitario y profundizar cada vez más en él, bien a través del desarrollo de la PEPS en el ámbito sanitario, bien a través de lo que resulte del Máster en PGS, es una espléndida muestra de la expansión de sus potencialidades y de que su autonomía es completamente compatible con el conocimiento compartido y la práctica profesional interdisciplinar que tiene lugar en el sistema sanitario. Pero esta expansión no habrá de hacerse con menoscabo del estatus y de las potencialidades que ya tenía y venía ofreciendo fuera del sistema sanitario. Lo que la psicología y la profesión psicológica están haciendo y van a seguir haciendo en el sistema sanitario es una fortaleza que no ha de construirse a costa

del debilitamiento de otras fortalezas ya consolidadas. Se trata de una afirmación y de una autoafirmación que no ha de construirse sobre una negación, sobre una anulación de autonomía. Se trata del poder epistemológico, metodológico y tecnológico que la psicología comparte con el sistema sanitario, y que al ser compartido se agranda, no se merma. Creemos, pues, que es equívoco sobreentender que decir psicología o psicología clínica es decir, por definición y *per se*, *psicología sanitaria* y práctica profesional sanitaria.

UNA PSICOLOGÍA CLÍNICA AUTÓNOMA Y EMANCIPADA

Psicólogos clínicos competentes y autónomos

En nuestra historia reciente, que podemos referir incluso a los años 70 del pasado siglo, son muchos los profesionales que, durante muchos años y de manera autónoma, han venido analizando, comprendiendo y tratando de ayudar a resolver problemas psicológicos en diferentes ámbitos sociales e institucionales, incluyendo por supuesto el sistema sanitario, pero también fuera de sus fronteras, nos atrevemos a decir incluso mayoritariamente fuera de este sistema. Consideraban y siguen considerando, tal como nos ha recordado la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (ANPCS) en un reciente comunicado, que eran y siguen siendo *profesionales de la psicología clínica*, si consideramos que esta práctica, más allá de las controvertidas equivalencias verbales de la palabra "clínica", es una práctica que se ejerce sobre esos problemas dondequiera que se produzcan.

De hecho, a lo largo de muchos años, muchos de estos profesionales, una vez concluidos los estudios de psicología, fueron contratados por Ayuntamientos y CCAA como psicólogos que, con total autonomía profesional y en igualdad profesional, legal y salarial con otros profesionales, ejercieron funciones clínicas. Incluso en el sistema educativo, además de las prácticas propiamente psicopedagógicas, muchos de estos psicólogos desempeñaron y desempeñan funciones clínicas con total autonomía profesional y sin cortapisas de tipo legal, y sin referencias ni explícitas ni implícitas al sistema sanitario, ateniéndose, eso sí, a las exigencias del rigor profesional y ético.

Las consultas de psicología y el prestigio social de la profesión

A lo largo de este tiempo, numerosas consultas de psicología han venido realizando intervenciones clínicas



competentes, avaladas por las instituciones docentes, por las organizaciones profesionales y por la sociedad, sin que en ningún momento entendieran que estaban ejerciendo una práctica profesional sanitaria, y sin que fueran considerados como establecimientos sanitarios y tuvieran, en consecuencia, que rendir cuentas a las autoridades sanitarias o recibir de ellas la oportuna acreditación. Creemos que este ejercicio profesional ha sido uno de los determinantes del prestigio social de la profesión, y ello mucho antes de la creación del título de PEPC.

Los ciudadanos particulares, las familias, las parejas han acudido a estas consultas a sabiendas de que no acudían a un establecimiento sanitario, sino a un establecimiento profesional perfectamente cualificado en el que sus problemas y sufrimientos podrían ser deliberados, comprendidos y resueltos de manera cooperativa sin ser, por ello, tenidos por “patologías mentales” o por “desequilibrios bioquímicos” de su cerebro. Muchos ciudadanos, todavía hoy, dejarían de acudir a una de estas consultas si ello implicara que padecen alguna “patología mental”, o si ello implicara que su problema se trata como podría tratarse una faringitis. Nos tememos, sin embargo, que la creciente colonización patologizante de los problemas de la vida, promovida desde las instancias que hegemonizan el modelo psicopatológico pudieran estar inoculando, como también sostienen Echeburúa et al. (2012), en los ciudadanos y en la sociedad la creencia de que casi cualquier inconveniente de la vida vendría a ser una patología, de carácter cerebral y bioquímico, que debería ser atendida en los establecimientos sanitarios y por profesionales sanitarios. Es una patologización que, por añadidura, va de la mano también de una “salutización” y “sanitarización” de la vida.

Más y mejor psicología clínica

La responsabilidad profesional y el deseo de ofrecer a la sociedad un servicio cada vez más cualificado hizo surgir desde los mismos años 70 del pasado siglo numerosas iniciativas docentes privadas y oficiales tendentes a garantizar a los psicólogos clínicos una competencia cada vez mayor.

Centros de Psicología prestigiosos establecieron programas de formación que continúan en vigor. Varias universidades han creado en los últimos años *programas Máster de Psicología Clínica*, en algunos de los cuales nosotros hemos tenido el honor de participar como docentes, y que están dotados de la debida solvencia y evidencia científico-técnica que Carrobbles (2012) también señala. No tene-

mos ninguna duda de que estos programas han tenido y han de seguir teniendo un papel cardinal en el fortalecimiento de la *competencia profesional especializada de los psicólogos clínicos para intervenir en el análisis y solución de los problemas psicológicos*, y en el apuntalamiento de la autonomía y emancipación de la psicología como disciplina y como práctica profesional.

PROPOSICIONES PARA SEGUIR DELIBERANDO

No es nuestra intención simplificar el complejo asunto que tenemos entre manos en el debate vivo y abierto al que nos hemos referido, ni abordar ahora todos los componentes del mismo, ni seríamos capaces de hacerlo. Nos limitamos a ofrecer, a modo de *proposiciones*, una perspectiva para seguir deliberando.

Proposición 1. Garantizar la autonomía y la emancipación epistemológica, metodológica y tecnológica

La primera proposición invita a deliberar tomando en consideración la crítica al modelo anatomoclínico y psicopatológico, el análisis crítico de las taxonomías y terminologías que mimetizan este modelo, y la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica de la psicología como disciplina científico-técnica y como práctica profesional competente en el análisis y solución de los problemas psicológicos. Nos parece una referencia insoslayable para caminar con un *discurso propio* y seguir avanzando. Esta proposición ha de tener, en nuestra opinión, importantes implicaciones para la definición de los contenidos curriculares de los planes de estudios del Grado de Psicología y de las titulaciones de PEPC y de MPGS, en los que se ha de establecer claramente que el modelo anatomoclínico y psicopatológico, con su retórica de la sede y causa morbosa, su retórica del síntoma y sus taxonomías, aún cuando haya que dialogar con él en el trabajo interdisciplinar (Ver López y Costa, 2012 a y b), no obedece a las exigencias epistemológicas y metodológicas de la psicología. Estamos de acuerdo con Rodríguez Sutil (2013) en que es imprescindible contar con una hermenéutica de los problemas, sobre la que hemos de seguir deliberando, se le llame psicodiagnóstico, evaluación psicológica o análisis funcional de la conducta, pero no ha de ser una hermenéutica anatomoclínica y psicopatológica.

Proposición 2. Capacitación académica especializada

La segunda proposición se refiere a la *capacitación académica especializada* que hasta la fecha la universi-



dad y otras instituciones acreditadas han venido ofreciendo a los profesionales de la psicología. Somos conscientes de que esta proposición contrasta claramente con las dos titulaciones sanitarias que son objeto del debate al que estamos aludiendo. En todo caso, la planteamos porque consideramos que ha de estar presente en el debate y que ha de concretarse en el correspondiente itinerario formativo.

Los fundamentos de la capacitación especializada

Esta capacitación especializada para intervenir en el análisis y solución de los problemas psicológicos emana, de manera consustancial y lógica, de los presupuestos que le otorgan a la psicología su emancipación y su autonomía, y también de la práctica histórica. Esta capacitación le pertenece a la psicología por derecho propio, y no le viene otorgada, parece obvio decirlo, desde los presupuestos del modelo anatomoclínico, ni es investida de esa prerrogativa por su inserción en el sistema sanitario, ni le tiene que solicitar acreditación y permiso a este sistema para ejercerla, ni tiene que ser adquirida, como praxis profesional, necesariamente en las salas de un hospital, o en cualquiera de los establecimientos del sistema sanitario. La psicología no necesita ingresar en el sistema de salud para recibir allí su consagración como corpus doctrinal y como corpus tecnológico. Su consagración la tiene de suyo y con carácter previo al ingreso, dentro y fuera del sistema sanitario. Lo que sería a todas luces un despropósito, que podríamos inadvertidamente estar cometiendo, es que, una vez ingresada en el sistema sanitario, quedara su consagración autónoma secuestrada en él y no le fuera permitido, desde este sistema, exhibirla en los muchos otros amplios territorios donde la viene ejerciendo de antiguo, lo cual podría ser definido con propiedad como "apropiación indebida". Es algo que no ha ocurrido ni siquiera con la biología, la fisiología o la bioquímica, que, una vez ingresadas en el sistema sanitario para estar en él plenamente integradas, no han perdido, sin embargo, su autonomía científico-técnica fuera del sistema sanitario.

Pero no basta reconocer teóricamente esta autonomía, es preciso llevarla hasta sus últimas consecuencias como una cuestión de principio. Esto supone que las instituciones docentes y las organizaciones profesionales han de seguir reconociendo la *capacitación especializada de postgrado* para el análisis y la solución de esos problemas, mediante los correspondientes *títulos universitarios de postgrado*, y la sigan garantizando a otros profesio-

nales que, después de los correspondientes estudios de licenciatura o de grado, quieran acceder a la misma para ejercerla con plenas garantías en cualquier ámbito de la sociedad, y, por supuesto, *también fuera del sistema sanitario*. Si no lo hacemos, si aceptamos como hecho consumado que sea el sistema sanitario el que se arroge en exclusiva la definición de lo que le está o no permitido hacer a la psicología como corpus científico-técnico, si la profesión acata esta apropiación y acepta hacer dejación de su autonomía profesional fuera de los límites del sistema sanitario, puede ocurrir, como ya está ocurriendo, que empiecen a proliferar prácticas profesionales, algunas pseudopsicológicas, que eviten hábilmente las connotaciones "sanitarias" para poder eludir así las restricciones legales y profesionales que el sistema sanitario ha hecho ya recaer sobre el ejercicio profesional de la psicología en amplios campos de intervención. Con ello, la profesión estaría perdiendo la oportunidad, y la responsabilidad, de definir los criterios éticos y profesionales que han de regir la prestación de servicios de calidad a los ciudadanos y a la sociedad.

No tratamos patologías mentales ni pacientes de patologías mentales

Aludiendo a un estudio de Santolaya, Berdullas y Fernández Hermida (2002), en el que el 70% de los psicólogos encuestados se consideran psicólogos clínicos, lamentan Zych, Buena-Casal, Bermúdez y Sierra (2012) que, a pesar de ello, sólo unos pocos psicólogos en España tengan la posibilidad de ser reconocidos como profesionales sanitarios, si bien afirman que "*por supuesto, se comprende que los profesionales no sanitarios no puedan tratar pacientes y no estén integrados en el sistema de salud*". No quisiéramos malinterpretar esta afirmación, pero podría querer decir, a modo de silogismo, que si eres un profesional no sanitario y no estás integrado en el sistema sanitario, no puedes tratar pacientes; es así que eres un profesional no sanitario y no estás integrado en el sistema sanitario, ergo, no puedes tratar pacientes. Podríamos, haciendo pinitos escolásticos, decir "concedo la mayor, la menor y la conclusión", tratándose de pacientes y de patologías. Pero la despatologización y la autonomía epistemológica, metodológica y tecnológica que propugnamos nos ahorran la escolástica. En efecto, la psicología clínica *no trata patologías ni pacientes*, porque los problemas psicológicos no son enfermedades, no son patologías, ni psicopatologías.



Desde esta perspectiva, podríamos formular otro silogismo. Si eres un profesional de la psicología con competencia en el análisis y solución de problemas psicológicos, y no necesariamente un profesional sanitario, puedes intervenir en la solución de esos problemas, y no necesariamente dentro del sistema sanitario. Es así que eres un profesional de la psicología con competencia para ello, adquirida legítimamente en las instituciones académicas con un título oficial de postgrado, ergo, puedes legítimamente intervenir en la solución de esos problemas.

Garantizar el itinerario formativo de Psicólogo especialista en análisis y solución de problemas psicológicos

Esta capacitación de postgrado se otorgaría mediante titulaciones, tales como *Psicólogo especialista en análisis y solución de problemas psicológicos* (PEASP), *Psicólogo especialista en consejo psicológico*, u otras que pudieran arbitrarse, pero en el bien entendido de que el título otorgaría, insistimos, como lo ha venido haciendo, la acreditación necesaria y suficiente para la práctica profesional fuera del sistema sanitario, y cuyos contenidos habrían de ser equivalentes a los de las titulaciones ya existentes de psicología clínica que no siguen el itinerario formativo del PIR. Cabría también proponer la denominación de *Psicólogo especialista en psicología clínica* no sanitaria, asumiendo que la titulación creada por el RD 2490/1998 se refiere al *Psicólogo especialista en psicología clínica* sanitaria. Siempre y cuando el proceso formativo garantizara la capacitación que venimos reivindicando, podría obviarse incluso la denominación de "especialista" y referirse a la titulación de *Máster en análisis y solución de problemas psicológicos*, o *Psicólogo Experto en análisis y solución de problemas*, o *Máster en consejo psicológico*. En su práctica profesional, los psicólogos podrían definirse como *Consejeros/as psicológicos/as*, *Psicólogo/a consultor/a*, denominaciones que la sociedad iría incorporando como definiciones que responden a profesionales expertos en análisis y solución de problemas psicológicos.

Estas u otras denominaciones evitarían entrar en conflicto con la titulación de PEPC. En todo caso, y en estricto rigor epistemológico y terminológico, el conflicto tampoco debiera existir si consideramos que la capacitación que propugnamos tiene como objeto "los problemas psicológicos", y no las "patologías mentales" que, según el RD 2490/1998, serían el objeto del PEPC. Para nosotros (López y Costa, 2012a), el *Consejo psicológico* puede ser considerado precisamente como una *auténtica psicología clínica despatologizada*.

Por lo que se refiere al *itinerario formativo*, durante los cursos 3º y 4º del Grado, los alumnos que tuvieran previsto orientarse profesionalmente hacia la psicología clínica fuera del sistema sanitario podrían elegir las *asignaturas optativas relacionadas* con este ámbito de intervención. Al terminar los 4 años del Grado, accederían al *correspondiente Máster de postgrado* de 2 años que les acreditaría para el ejercicio profesional, en coherencia con el espacio formativo europeo (ver Carrobbles, 2012).

El desarrollo normativo y curricular de esta Proposición 2 requeriría, como es obvio, que la Universidad y la Organización Colegial de la Psicología preparasen la correspondiente propuesta de enseñanza oficial de Máster al Consejo General de Universidades. El título deberá acreditar en el conjunto de Grado y Máster la superación de los correspondientes créditos ECTS y garantizará la obtención de los conocimientos y las competencias específicos necesarios para el análisis y solución de problemas psicológicos conforme a los fundamentos epistemológicos, metodológicos y tecnológicos basados en la evidencia, propios de la psicología.

Proposición 3. No sólo, pero también, en el sistema de atención de salud

Las proposiciones 1 y 2 establecen un campo autónomo de conocimiento y de acción, no subsidiario de otros, pero no un campo cerrado en sí mismo, al contrario, plenamente abierto y dispuesto a diseminar sus competencias por todos aquellos ámbitos y sectores de la sociedad donde los seres humanos viven y se comportan y donde experimentan problemas vitales y tal vez se duelen y sufren por ellos.

Cómo no reconocer que numerosos comportamientos y estilos de vida, avatares de la vida y problemas psicológicos tienen un fuerte *impacto en los fenómenos de salud-enfermedad*, que muchos fenómenos de salud enfermedad, como experiencias biográficas integrales que son, tienen numerosos componentes y psicológicos que la psicología es competente para comprender y explicar, y que muchos de esos fenómenos, si bien no todos ni siempre, son atendidos en el sistema de atención de salud primario y hospitalario.

En muchos de estos fenómenos, también es competente la psicología para intervenir, y precisamente también en el sistema de servicios de salud, tanto en intervenciones preventivas y de promoción de la salud, como en su tratamiento. Nuestra propia experiencia personal y profesional y la de tantos colegas es un fiel testimonio. En



estos casos, la psicología es *también una profesión sanitaria* de pleno derecho. Echeburúa, Salaberría, de Cerral y Cruz-Sáez (2012) y Carrobes (2012) hacen una autorizada referencia al amplio campo especializado de la *Psicología de la Salud*.

Proposición 4. Oportunidades y riesgos de la Especialidad de Psicología Clínica, vía PIR

Una de las muestras más señaladas del ingreso de la psicología, y en particular de la psicología clínica, en el sistema sanitario ha sido sin duda la creación del título de PEPC por el RD 2490/1998.

No podemos dejar de expresar de manera abierta el mayor reconocimiento a los arduos y complicados esfuerzos realizados por muchos colectivos de psicólogos y por las organizaciones colegiales y académicas para lograr esta deseada meta. Con la especialidad se abría un camino para la profesión en el sistema sanitario, no demasiado ancho por lo que sabemos en la actualidad, pero un camino al fin y al cabo. Suponía el ingreso de la psicología en el sistema sanitario en condiciones de igualdad con otras profesiones del sector salud y a los psicólogos se les reconocía la capacidad para realizar evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico.

En el debate que está abierto, se están haciendo explícitas perspectivas diversas que ponen de manifiesto los puntos fuertes y también las debilidades de la especialidad. Sánchez, Prado y Aldaz (2013) hacen referencia con detalle a lo que ha supuesto y supone esta especialidad y a la consolidación de la misma que legítimamente reivindicamos, dado que cuenta con el adecuado apoyo normativo y la experiencia acumulada. Bien es verdad que el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica establecido en la Orden SAS/1620/2009 de 2 de junio nos parece que abarca tantos contenidos, que resulta difícil considerarlo como un programa de especialización, cuando pareciera más bien de carácter generalista o, más bien, como un conjunto general de todas las especialidades posibles de la Psicología. En esta medida, este perfil tan amplio podría, a medio plazo, impedir la configuración de otros itinerarios más especializados, en función de las demandas y necesidades sociales.

En todo caso, sería ingenuo ignorar los riesgos que también estaban entremezclados con las oportunidades y el precio que se tuvo que pagar. A partir de ese momento, la capacitación especializada para el análisis y la solución de los problemas psicológicos se habría de

adquirir, no *además o también*, sino *si y solo si* se adquirirían en el ámbito del sistema de salud, muy probablemente en el ámbito del modelo anatomoclínico y psicopatológico, y a menudo bajo la tutela de las unidades dirigidas por los profesionales de la psiquiatría que consideran este modelo como algo que les pertenece por derecho propio. Se asumía, con la aceptación casi general, que toda intervención psicológica sobre problemas psicológicos era una intervención del sistema sanitario, y que no era posible, cuando sí lo había sido, ninguna que no entrara en esa categoría. El cuerpo doctrinal y técnico de la psicología, que se ofrecía generoso para compartir poder con el sistema sanitario, se veía de pronto incluido y definido en exclusiva por los estrechos límites de este sistema.

Pero además, el artículo 1 del RD 2490/1998 dice que el título será necesario para poder utilizar de modo expreso la denominación de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y para ocupar puestos de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas. De este modo, los profesionales de la psicología que hasta entonces eran, con todas las de la ley, competentes para intervenir sobre los problemas psicológicos, aún cuando no se adornaran con el calificativo de "especialista", perdían de pronto sus atributos, y la competencia especializada de la que confiaban que la academia les había investido de manera suficiente, después de sus 5 años de formación básica y de sus 2 años o más de especialización en psicología clínica. Esto, en nuestra opinión, constituía un retroceso y un menoscabo para la historia de la profesión que deseáramos que el debate en el que estamos inmersos contribuyera a reparar.

Al ser definida la psicología clínica, en exclusiva y *per se*, como *actividad sanitaria*, los establecimientos donde ejerzan los psicólogos clínicos tendrán el carácter de *centros sanitarios* que habrán de regularse conforme al RD 1277/2003 que establece las bases para la autorización de estos centros. Los centros de psicología que habían tenido un papel clave en el prestigio social de la psicología y en la prestación de servicios de calidad a los ciudadanos, y que en ningún momento se habían considerado como lugares de prestaciones sanitarias, dejaban de tener la autonomía de la que habían gozado y quedaban definidos como establecimientos sanitarios.

Una de las importantes reglas de juego del sistema en el que se ingresaba, y que desde luego choca más abiertamente con nuestro análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, es que el objeto de la atención de esos



psicólogos especialistas serán las *patologías mentales* (Disposición adicional tercera del RD 2490/1998). Esta definición, que es coherente con el modelo anatomoclínico que entiende de patologías, y que es hegemónico en el sistema de salud y entre la mayoría de los profesionales del mismo, puede llegar a fagocitar los modelos explicativos y hermenéuticos derivados de los paradigmas de la psicología.

Proposición 5. Oportunidades y riesgos del Máster en Psicología general sanitaria

Buena parte del debate al que nos estamos refiriendo reside en las controversias suscitadas por las respectivas competencias del PEPC y del PGS en el ámbito sanitario.

Creemos tiene sentido que la Ley de Salud Pública inserte a la Psicología en el ámbito de la Salud Pública y de la salud comunitaria y de sus actuaciones, entre las que se encuentran la vigilancia y la promoción de la salud, la prevención de problemas de salud y sus determinantes para reducir su incidencia y prevalencia, la protección de la salud de la población en lo que se refiera al medio natural como al entorno socialmente construido (vivienda, trabajo, escuela, lugares de ocio, espacios urbanos, estilos de vida), la evaluación del impacto de otras políticas en la salud, las adecuada coordinación entre el sector salud y otros sectores, pues son ámbitos en los que la psicología es competente para hacer aportaciones científico-técnicas significativas.

El PSG como profesión sanitaria

Esta Ley establece que tendrá consideración de profesión sanitaria con la denominación de PGS los licenciados/graduados en Psicología cuando desarrollen su actividad profesional por cuenta propia o ajena en el sector sanitario, siempre que ostenten el título oficial de Máster en PGS. Los planes de estudio correspondientes a este título garantizarán la adquisición de los conocimientos y las competencias necesarios para desempeñar las actividades de la profesión sanitaria de PGS. Las universidades que impartan el Máster regularán el procedimiento para reconocer los créditos europeos de dicho Máster que correspondan a los licenciados/graduados en Psicología anteriores a la entrada en vigor de esta Ley, evaluando el grado de equivalencia acreditado a través de la experiencia profesional y formación adquiridos por el interesado en Psicología de la Salud. Asimismo, diseñarán el título de Grado en Psicología previendo, al menos, un recorrido específico vinculado a

la Psicología de la Salud. Creemos que son significativas estas referencias de la Ley a la Psicología de la Salud, en la medida en que establecen equivalencias entre ésta y la PGS.

Profesión sanitaria, pero fuera del Sistema Nacional de Salud

No obstante lo anterior, la Ley establece que los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) o concertados con él para hacer efectivas las prestaciones derivadas de la cartera de servicios comunes que les correspondan deberán estar en posesión del título de PEPC. De ello parece derivarse que la Ley, que define el PGS como profesión sanitaria, *le veta sin embargo el ejercicio profesional en el SNS*, lo cual tiene importantes y serias consecuencias para el diseño de los itinerarios formativos de la psicología en el ámbito sanitario y para el ejercicio profesional de la psicología.

En el panorama de oportunidades laborales escasas para la profesión, el MSGS se había querido ver como una oportunidad que venía a responder a la precariedad profesional y laboral derivada de la escasez de plazas de PIR convocadas y a la demanda de una mayor presencia de la profesión en el sistema sanitario. Creemos que es preciso, aprendiendo de la experiencia vivida con el PESC, tomar conciencia de la naturaleza de esta oportunidad, y de sus riesgos, no vaya a ser que no colme nuestros sueños y sea, por el contrario, la fuente de nuevos desencantos.

Si se lee con atención la propuesta de la ley y se analizan las funciones que se le asignan al PGS y las improbables opciones profesionales en un plazo corto, en términos de puestos de trabajo real, podría ser un señuelo más. No se vislumbra un horizonte temporal para la definición de las características de los puestos de trabajo ni para la convocatoria de plazas para esos puestos en el sistema de salud para profesionales con esta titulación. ¿A qué se van a dedicar los PGS y quién y dónde les va a contratar? Y todo ello en el horizonte de la reducción de plazas convocadas para el PIR, ya actual y con perspectivas de que esa reducción vaya a más.

Anulada desde la creación del título de PEPC la capacitación para el análisis y solución de los problemas psicológicos fuera del sistema sanitario, capacitación que nosotros reivindicamos en la Proposición 2, la oferta del MSGS constituye un claro retroceso que merma visiblemente las competencias que tenía lo que supuestamente venía a suplir.



Por otra parte, el hecho de que la actividad del PGS se reduzca al ámbito privado plantea serios problemas, entre otros, los de coordinación con los especialistas y la accesibilidad del servicio. Echeburúa et al (2012) realizan un esfuerzo lúcido por configurar las funciones y tareas del PSG y caen en la cuenta también de la incongruencia del ámbito privado de la actividad del PGS. Incongruencia que se nos antoja decisiva. Las actividades de prevención y de promoción de salud requieren desarrollarse en un ámbito público pues de lo contrario se intensifican los problemas de equidad: ¿quiénes pueden pagar los servicios preventivos orientados a reducir por ejemplo los hábitos de riesgo de consumo de tabaco, alcohol, drogas, o los hábitos que conducen a la obesidad? Sin duda, las personas con mayor poder económico. Por otra parte, ¿cómo se va a coordinar con los profesionales de la Atención Primaria de Salud? ¿Y con los PESC? ¿Cuál es el sistema de derivación?

Intervención psicológica sobre el comportamiento

En todo caso, y a pesar de los inconvenientes y los riesgos que plantea el MPGS, creemos que conviene señalar algunos aspectos que apuntan a la intervención psicológica sobre el comportamiento y los problemas psicológicos, que podrían contribuir al desarrollo del itinerario formativo del PGS como profesión psicológica, y que además abren la puerta al campo integrado de la Psicología Clínica y Psicología de la Salud, al que se refiere Carrobbles (2012), y a su inclusión, en la figura del PGS, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) como la SEPCyS ha propuesto (SEPCyS, 2011), siempre y cuando se lograra esa inclusión dentro del SNS y se clarificara el conflicto de competencias con el PEPC.

La Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en PGS que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de PGS. Como desarrollo de determinados apartados del Anexo I del Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias, la Orden establece los conocimientos y las competencias que los estudiantes deben adquirir para realizar *“investigación, evaluación, e intervención psicológica sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud”*. Dos de las competencias que define la Orden ECD/1070/2013 establecen una concreción todavía mayor. La Competencia 16: *“conocer en profundidad los distintos modelos de evaluación e in-*

tervención en el campo de la PGS, así como las técnicas y procedimientos que de ellos se derivan para el abordaje de los trastornos del comportamiento y los factores psicológicos asociados con los problemas de salud”. La Competencia 18: *“diseñar, desarrollar y en su caso supervisar y evaluar planes y programas de intervención psicológica, en función de la evaluación psicológica y de las variables individuales y sociales concurrentes en cada caso”*. Por añadidura, las Competencias 17 (*“planificar, realizar y, en su caso supervisar, el proceso de evaluación psicológica del comportamiento humano y de los factores psicológicos asociados con los problemas de salud para establecer la evaluación de los mismos”*) y 21 (*“realizar actividades de promoción y de educación para la salud psicológica individual y comunitaria”*) cubrirían un amplio campo de la actividad de la Psicología de la Salud. Cabe suponer que si se adquieren debidamente todas estas competencias podrán desplegarse legítimamente en el ejercicio profesional del PGS. En este caso, ¿cuál sería la frontera entre los *“trastornos del comportamiento”* que el PGS podría gestionar y los que supuestamente habría de afrontar el PEPC? ¿O no existe en realidad tal frontera?

A la vista de las enseñanzas que configuran, según Orden ECD/1070/2013, los planes de estudios del Máster, no nos parece, sin embargo, percibir una correspondencia entre éstas y las competencias descritas. No obstante, y como una muestra más de la débil consistencia que creemos encontrar en la redacción de la Orden y en el propio diseño del MPGS, cuando la Orden se refiere a las prácticas externas obligatorias alude a que éstas se han de realizar en centros o servicios sanitarios cuyas actividades están aludidas como *consultas, historias clínicas, registro de casos y actividad asistencial, protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica, sesiones clínicas*. Como programas específicos de estos centros se citan, entre otros, *terapia de parejas, atención a los trastornos del comportamiento del anciano y del niño y del adolescente, apoyo psicológico a pacientes con patologías crónicas*. ¿Se entiende que los alumnos del MPGS que realicen prácticas en estos escenarios las podrán realizar como ejercicio profesional cuando obtengan el título de PGS? Cabe suponer que sea así.

El Máster en PGS como paso intermedio en el itinerario formativo

El Argumentario *Itinerario formativo de la psicología en el ámbito sanitario* publicado el 12 de noviembre de



2012 por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCYS) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos es un loable intento por resolver el que los autores del Argumentario consideran un “serio conflicto” de competencias entre la reciente creación del MPGS y la correspondiente profesión sanitaria de PGS, y la profesión sanitaria de PEPC. Consideran que el conflicto no se puede resolver o evitar si no se establece una secuencia formativa jerarquizada *Licenciado/Graduado-MPGS-PEPC*, en la que el MPGS sería un escalón intermedio entre el Grado y la Especialidad en Psicología Clínica, y la correspondiente secuencia profesional jerarquizada *Licenciado/Graduado-PGS-PEPC*.

Es verdad que, como señalan los autores del Argumentario, los procesos formativos y la adquisición de competencias en cualquier disciplina son acumulativos y secuenciados, es obvio reconocerlo. Pero no creemos que la aparición del MPGS justifique, ni siquiera como medida de evitación del conflicto, su inserción acumulativa en un itinerario ya establecido, con su correspondiente acumulación y secuenciación formativa *Licenciado/Graduado-PIR*, para la capacitación del PEPC, que además, por la Orden SAS/1620/2009, ampliaba sus contenidos y la duración de su itinerario hasta 4 años. Esta misma Orden establece que los estudios previos requeridos serán los de Licenciatura en Psicología, que en el momento actual serían los de Grado, sin que plantee la inserción de un nivel intermedio. La inserción que se propone acumularía 2 años más, sin que, en nuestra opinión, se aporten más argumentos de peso que la misma afirmación de que la formación del PEPC ha de ser acumulativa y secuenciada. Desde luego, no nos parece que esta inserción, en su desmesura, tenga equivalencias en el espacio formativo europeo (ver Carrobles, 2012). El nivel de preparación previo de competencias y habilidades se adquiere en la licenciatura o el grado, y el nivel de preparación posterior, incluyendo aspectos psicológicos de la salud, se adquiere durante 4 años en el correspondiente itinerario formativo en el ámbito sanitario que se acumula al de licenciatura o grado. ¿Es que hasta ahora los PIR no adquirirían el nivel de preparación previo y posterior adecuado, como para que se requiera acumularles 2 años más de MPGS? En otras profesiones sanitarias a las que aluden los autores, pongamos el caso de la medicina, después de los

correspondientes estudios de licenciatura, se accede a las especialidades vía MIR, por ejemplo a la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de uno de los autores de este artículo. Entre Licenciatura y especialidad no existe en este caso un nivel intermedio. Creemos que la reducción de créditos en los planes de estudios de psicología, a la que aluden los autores, no es algo que deba ser “compensado” a base del MPGS, toda vez que la formación supuestamente “perdida” no incluía contenidos curriculares que hubiera que compensar ahora con ese Máster, y sobre todo porque la reducción de créditos obedece a la lógica establecida para el espacio formativo europeo que nosotros no necesitamos ir ahora retocando aquí y allá para subsanarle supuestas deficiencias, y mucho menos con un retoque de 2 años. En todo caso, al igual que la Ley General de Salud Pública establece que las universidades que formen a psicólogos que pretendan acceder al MPGS diseñarán el título de Grado en Psicología previendo, al menos, un recorrido específico vinculado a la Psicología de la Salud, de manera análoga las universidades podrían diseñar en el Grado un recorrido específico para los psicólogos que pretendan acceder al título de PEPC.

Por lo demás, a la vista de lo que hemos comentado sobre la Orden ECD/1070/2013, no parece tan clara la diferenciación entre al menos algunas de las competencias asignadas al PGS y las propias del PEPC, como para considerar que el MPGS debiera configurarse como un nivel previo e inferior al título de PEPC. Sería deseable que el debate abierto contribuyera a clarificar la capacitación diferencial entre PGS y PEPC, entre psicólogo general y psicólogo especialista, en qué consiste la “complejidad” de los casos que determina los que pueden abordar ambos, qué se ha de entender, desde el análisis crítico del modelo anatomoclínico, por “trastornos del comportamiento” que podría abordar el PGS y las “patologías mentales” que se definen como objeto del PEPC.

Por otra parte, el MPGS no es tan sólo un itinerario formativo, independiente o adjunto a otros, sino que también habilita para el *ejercicio de la profesión sanitaria titulada y regulada de PGS*. Creemos que hacer del MPGS un nivel de itinerario formativo intermedio de otros itinerarios formativos contribuye a pasar por alto el importante debate sobre las oportunidades y los riesgos reales de la PGS como ejercicio profesional y como opción laboral, si es que, como antes hemos visto, lo pudiera llegar a ser realmente en algún momen-



to. Habríamos recargado innecesariamente un itinerario formativo sin que a la vez hubiéramos clarificado el itinerario profesional y laboral de una titulación. Si el PIR supuso, como hemos dicho, una vía abierta para la profesión, pero también el cierre de otras vías abiertas para el ejercicio profesional no PIR, ¿no podría llegar a ser el MPGS un callejón sin salida en sí mismo? Si este ejercicio profesional no puede desplegarse en el SNS, puesto que para este despliegue se requiere el título de PEPC, resulta difícil entender que el MPGS y el despliegue profesional correspondiente, puedan ser presentados como la preparación idónea previa para el PIR. Si, como probablemente ocurriría, un gran número de PGS no pudieran continuar el itinerario formativo hacia el PIR, dada la limitación creciente en la oferta de plazas, y por añadidura vieran limitado su ejercicio profesional en el SNS y se enfrentaran al sombrío panorama del ejercicio profesional como PGS, podríamos encontrarnos, ya no con los miles de licenciados que no pudieron acceder en su día al PIR y los miles de psicólogos clínicos debidamente formados que no pueden ejercer como tales, sino además con un número mayor o menor de flamantes MPGS que habrían tenido la gloria de formar parte del itinerario formativo del PIR pero cuyo itinerario formativo les dejaría profesionalmente en la estacada. Creemos que, desde los propios intereses de la profesión, es preciso reflexionar ahora para no lamentar más tarde.

Proposición 6. Por una alianza profesional fuerte

A lo largo del artículo, y desde el respeto a otras perspectivas diferentes, hemos propuesto nuestra perspectiva y hemos analizado otras. El debate en el que estamos se enfrenta a una situación no fácil de resolver para los planes de estudios de la Psicología y para el ejercicio de la profesión psicológica en el ámbito que denominamos de la psicología clínica. Estamos enfrentados a un problema, y los resolveremos mejor en la medida en que el problema sea un desafío que enfrentemos de manera cooperativa y no un campo de enfrentamiento entre nosotros o de invalidación de las diferentes perspectivas en juego.

Es preciso seguir deliberando, si bien el tiempo apremia y las decisiones legislativas y académicas se precipitan. Estando así las cosas, quisiéramos proponer la celebración de un encuentro de todos los agentes implicados, coordinado por la Organización Colegial, para poner sobre la mesa, cara a cara y más allá de los artí-

culos en revistas y de los manifiestos escritos, los términos del debate, las certezas, las dudas y las discrepancias, para hacer propuestas creativas que hagan del debate un auténtico proceso de ganar-ganar.

REFERENCIAS

- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (2013). *Comunicado*.
- Carrobles, J.A. (2012). Psicólogo clínico y/o Psicólogo general sanitario. *Psicología Conductual*, 20(2), 449-470.
- Costa, M. y López, E. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Un análisis crítico radical de la ficción psicopatológica*. Madrid: Pirámide (en preparación).
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Psicología conductual*, 20(2), 423-435.
- Lilienfeld, S.O. (2012). Public skepticism of psychology. Why many people perceive the study of human behaviour as unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111-129.
- López, E. y Costa, M. (2012a). *Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica*. Madrid: Síntesis.
- López, E. y Costa, M. (2012b). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Rodríguez Sutil, C. (2013). El fantasma del psicodiano. *Clínica contemporánea*, 4(1), 29-44.
- Sánchez, S., Prado, J. y Aldaz, J.A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria. *Psicología conductual*, 2(1), 189-200.
- Santolaya, F., Berdulla, M. y Fernández Hermida, J.R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- SEPCyS (2011). *Comunicado sobre la aprobación del Título del Psicólogo General Sanitario*
- Varios autores. *Argumentario Itinerario formativo de la psicología en el ámbito sanitario*. Madrid, 12 de noviembre de 2012
- Zych, I., Buela-Casal, G., Bermúdez, M.P. y Sierra, J.C. (2012). Is Psychology a Health Profession? An Opinion of a Sample of Psychologists Worldwide. *Universitas Psychology*, 12, 57-171.



DEONTOLOGÍA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DENUNCIAS ATENDIDAS POR LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COPC

PROFESSIONAL CODES OF CONDUCT IN PSYCHOLOGY: DESCRIPTIVE STUDY OF COMPLAINTS REVIEWED BY THE COPC ETHICS COMMITTEE

Mila Arch, Conchita Cartil, Pilar Solé, Victoria Lerroux, Núria Calderer y Alba Pérez-González
Comisión Deontológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña

En las últimas décadas se ha observado un aumento significativo del número de denuncias que se presentan ante las comisiones deontológicas. Por ello, la posibilidad de ser demandado es una preocupación creciente para el colectivo profesional. Sin embargo, la investigación sobre ética y deontología en psicología es todavía muy limitada y los datos reales sobre las denuncias presentadas contra los psicólogos ante las Comisiones Deontológicas son prácticamente inexistentes. En el artículo se exponen, los resultados del análisis descriptivo de las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del COPC entre los años 1998 y 2011. Se recibieron un total de 324 denuncias, pero únicamente el 20% conllevaron apertura de expediente disciplinario, siendo el contexto jurídico, el ámbito profesional que más porcentaje de denuncias registró (85%). Entre los motivos de denuncia más prevalentes destacan especialmente: realizar valoraciones sin exploración previa y la parcialidad.

Palabras clave: Ética y deontología profesional, Denuncias, Comisión Deontológica.

In the last decades a significant increase in the number of complaints has been reported to the Ethics Committee. Thus, the probability to be reported is a growing concern for the professional community of psychologists. However, deontological and ethical investigations are still very limited, and there are hardly any real data on reported complaints registered at the Ethics Committee. This paper presents the results of a descriptive analysis into the complaints dealt with by the COPC Ethics Committee registered from 1998 to 2011. In this study, 324 complaints were attended albeit only 20% brought to the opening of disciplinary proceedings. Even more, the legal area is clearly the professional field with the highest number of complaints (85%). Also, the most prevalent complaints reasons are, the evaluation without exploration and the partiality.

Key words: Professional ethics, Complaints, Ethics Committee.

El interés por la ética y la deontología aplicada a psicólogos se ha planteado desde numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales, desarrollando cada uno de ellos diferentes líneas de investigación (Montgomery, Cupit y Wimberley, 1999; Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987; Pope y Vetter, 1992). Asimismo, debido al aumento de denuncias contra los psicólogos en las últimas décadas, la posibilidad de ser demandado es una preocupación creciente para la mayoría de los profesionales (Greenburg y Greenburg, 1988).

Los primeros datos que vieron la luz sobre las quejas éticas hacia los psicólogos datan de 1954 a raíz de un resumen publicado por la American Psychological Association, poco después de aprobar su primer Código de Ética (Schoenfeld, Hatch y González 2001). Apreciándose que, en aquella época, se presentaron muy pocas

reclamaciones, no siendo hasta 1970, como consecuencia de un periodo de crecimiento profesional y visibilidad pública de la psicología, que el número de quejas aumentó a más del doble; las aseguradoras que cubrían la responsabilidad civil de los psicólogos en el ejercicio de la profesión dejaron de hacerlo y se presumió que el número de quejas hacia los psicólogos seguiría una progresión creciente (Bennett, 1986; Greenburg y Greenburg, 1988; Montgomery et al., 1999; Roswell, 1988; Turkington, 1986; Wright, 1981). No obstante y paradójicamente a este pronóstico, los estudios que aportaron datos sobre estadísticas de negligencia, revelaron que la probabilidad de ser denunciado se situaba entre el 0,5% (Bennett, 1986; Bennett, Bryant, VandenBos y Greenwood, 1990; Conte y Karasu, 1990; Pope, 1986; Wright, 1981.a.) y el 2% (Wilbert y Fulero, 1988).

Paralelamente, se desarrollaron estudios que tenían como objetivo el análisis de las denuncias planteadas contra los psicólogos, a fin de identificar aquellas conductas poco éticas o que aumentaban la probabilidad de recibir una denuncia, con el objetivo de darlas a conocer para evitar su repetición. La mala conducta sexual, la in-

Correspondencia: Dra. Mila Arch Marin. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España.
E mail: march@ub.edu/march@copc.cat



tervención incorrecta, los errores en el diagnóstico y la evaluación, la violación de la confidencialidad, no obtener el consentimiento informado, el suicidio del cliente, además de la toma de decisiones en los casos de custodia de menores y las actividades forenses fueron las áreas identificadas con mayor probabilidad de llegar a presentar pleito por negligencia (Berman, 1989; Conte y Karasu, 1990; Hare-Mustin y Hall, 1981; Fulero, 1986; Jobes y Berman, 1993; Montgomery et al., 1999; Pope, 1986; Pope, 1989; Roswell, 1988; Sanders, 1979; Shapiro, 1987; Van Horne, 2004; Wilbert y Fulero, 1988; Wright, 1981a).

Consecuentemente, también, proliferan investigaciones sobre las estrategias de gestión de riesgos y en qué medida estas pueden ayudar a reducir las quejas éticas (Montgomery et al., 1999). Aparecen entonces numerosas recomendaciones sobre la conveniencia del uso de procedimientos como la obtención de consentimiento informado, la valoración de las amenazas de suicidio, el incluir notas que justifiquen las decisiones de tratamiento, la consulta con expertos sobre casos difíciles, mantenerse al día sobre las novedades profesionales, seguir de forma estricta las directrices éticas, etc. (Bennett et al., 1990; Buffone, 1991; Goisman y Gutheil, 1992; Greenberg y Greenburg, 1988; Jobes y Berman, 1993; Menninger, 1991; Picchioni y Bernstein, 1990; Snider, 1987; Soisson, VandeCreek, y Knapp, 1987).

Otra línea de investigación centra su interés en la forma en que afectaba el proceso de denuncia al psicólogo, tanto a nivel personal como en lo que refiere al profesional (Bricklin, Bennett y Carroll, 2003; Greenburg y Greenburg, 1988; Williams, 2001). Concluyéndose que el proceso de denuncia, incluso en los casos en los que el psicólogo ha sido finalmente absuelto, siempre es costoso tanto en tiempo como en dinero y gravemente estresante, pudiendo causar depresión, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, problemas somáticos y dificultades interpersonales, entre otras (Montgomery et al., 1999; Schoenfeld et al., 2001; Thomas 2005; Welch, 2001).

La investigación también se ha interesado por el nivel de conocimientos en ética de los psicólogos. Esta nueva línea de investigación fue inaugurada por Pope, Tabbachnick y Keith-Spiegel en 1987 y ha sido replicada por diferentes autores, en diferentes países y en diferentes épocas (Del Río, Borda y Torres, 2003; Gius y Coin, 2000; Pomerantz y Grice, 2001; Pomerantz y Pettibone, 2005; Pomerantz, Ross, Gfeller y Hughes, 1998; Rae y Worchel, 1991; Rubin y Dror, 1996; Su-

llivan, 2002; Tubbs y Pomerantz, 2001; Urra, 2007). El estudio inicial (Pope et al., 1987) contó con una muestra de 456 psicólogos de la división 29 de la APA a los que se les pidió que valoraran éticamente y según nivel de ocurrencia 83 conductas presentadas en modo de encuesta. De los resultados cabe destacar que 7 comportamientos fueron llevados a cabo por el 90% de los encuestados, 16 fueron realizados por menos del 10% y un total de 12 conductas plantearon serias dificultades para su valoración ética, entre ellas: realizar un trabajo forense por honorarios contingentes, tener relaciones sexuales con los clientes o evitar ciertos clientes por temor a ser demandado.

En 1992, Pope y Vetter inauguraron una nueva línea de investigación que tenía como objetivo valorar el tipo de dilemas éticos con los que se encuentran los psicólogos en su práctica profesional (Molina, 2011). Para ello, realizaron una encuesta a 679 psicólogos miembros de la APA quienes informaron de 703 dilemas éticos ocurridos en el ejercicio de su profesión, dilemas que fueron agrupados posteriormente por los autores en 23 categorías, siendo los dilemas relacionados con la confidencialidad (18%) y con las relaciones duales (17%) los que obtuvieron porcentajes más elevados. De igual modo que lo ocurrido en 1987, el estudio de Pope y Vetter sirvió de precedente para numerosas investigaciones posteriores (Colnerud, 1997; Lindsay y Clarkson, 1999; Lindsay y Colley, 1995; Slack y Wasenaar, 1999).

En la actualidad y desde 1983, la APA publica anualmente un informe de la Comisión de Ética en el que se resumen los casos de denuncias investigadas durante el último año. En el informe de 2010 (APA Ethics Committee, 2011), las relaciones duales sexuales o no sexuales (61%), los casos de custodia de menores (9%) y trabajar fuera de la propia competencia profesional (9%) fueron los tipos de denuncia más frecuentes.

En España, la investigación sobre ética y deontología en psicología es todavía muy limitada y los datos reales sobre las denuncias presentadas contra los psicólogos ante las Comisiones Deontológicas son prácticamente inexistentes. Sin embargo, tal y como apuntan diversos autores (Montgomery et al., 1999; Van Horne, 2004) cada vez es más necesario garantizar una compilación coherente de datos, ajustados a la realidad. Con este objetivo, se desarrolla el presente estudio, el cual pretende constatar a través de las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (COPC) entre los años 1998 y 2011, los



motivos de denuncia de los colegiados y los artículos concretos del Código Deontológico vulnerados, con la finalidad de buscar relaciones entre las categorías acotadas y darlas a conocer para evitar su repetición.

MÉTODO

Se diseñó un protocolo “ad-hoc” para la recogida sistemática de los datos de interés para el estudio. Las variables consideradas, además de las demográficas, fueron: los motivos alegados por los usuarios en la denuncia, los artículos concretos del Código Deontológico que se consideraron vulnerados en la resolución del expediente disciplinario y los años de ejercicio de la profesión de cada colegiado denunciado.

El vaciado de los datos obrantes en la totalidad de los expedientes custodiados por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (COPC), en el periodo delimitado para el estudio, se vertió en dos bases de datos (Diligencias Previas y Expedientes Sancionadores). Dada la naturaleza exploratoria y descriptiva de la investigación, el análisis de los datos se limitó a establecer relaciones porcentuales entre los resultados de las categorías acotadas, comparándolos finalmente con los resultados obtenidos en otras investigaciones afines, previa reflexión colegiada por parte de los miembros de la Comisión Deontológica.

La muestra inicial estaba formada por 366 denuncias de usuarios atendidas por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña entre los años

1.996 al 2011. De éstas, se excluyeron 16 denuncias recibidas durante los años 1996 y 1997 por falta de información, otras 15 que no recogían el número de colegiado, 7 que iban dirigidas a profesionales no colegiados y 4 que respondían a quejas respecto a miembros aforados y que, por tanto, no fueron atendidas por la Comisión Deontológica. Finalmente, la muestra queda constituida por 324 denuncias recibidas durante los años 1998 y 2011. Ello afecta a un total de 353¹ colegiados de los cuales el 78% son mujeres y el 22% varones. De los colegiados a los que se les ha abierto un expediente sancionador, un 66,18 % son licenciados por la Universidad de Barcelona mientras que un 23,53% lo son por la Universidad Autónoma de Barcelona y un 10,29% por otras universidades. La mayoría de colegiados denunciados disponían de una experiencia profesional de entre 11 y 15 años (29%) frente al 10% que disponían de 0 a 5 años, el 18% de 6 a 10 años, el 22% de 16 a 20 años y el 21% de 21 a 25 años.

RESULTADOS

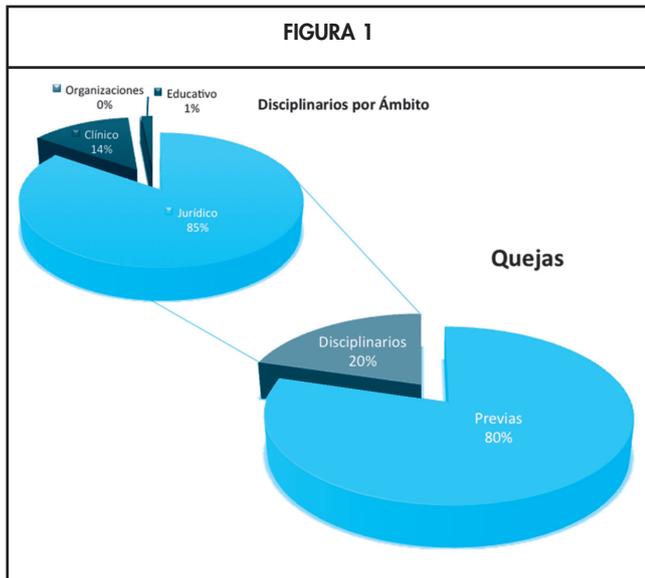
En el periodo acotado para el estudio, la Comisión Deontológica del COPC ha tratado 324 denuncias dirigidas a un total de 353 colegiados. Sin embargo, los datos muestran que tan solo el 20% de las denuncias recibidas conllevaron apertura de expediente disciplinario (ver figura 1) y, de ellas, únicamente el 14,81% derivaron en sanción.

Por ámbitos de intervención, el 85% de las denuncias disciplinarias corresponden a intervenciones en el ámbito jurídico. Pudiendo observarse que en los primeros años la mayoría de denuncias pertenecían al ámbito clínico y como, paulatinamente, el porcentaje relativo al ámbito jurídico ha ido aumentando notoriamente. El desglose de denuncias distribuidas por años y por áreas puede consultarse en el figura 2.

Los principales motivos de denuncia contra los colegiados son, por orden de prevalencia, realizar valoraciones sin exploración previa, parcialidad, el uso de etiquetas diagnósticas de forma indiscriminada y vulneración de la confidencialidad

En cuanto a los expedientes disciplinarios que han sido objeto de sanción como puede apreciarse en el figura 4 los artículos 6 (26%), artículo 11 (20%) y artículo 28 (11%) del Código Deontológico del COPC (ver tabla 1) son, con diferencia, los artículos más vulnerados, representando juntos más de la mitad del total de denuncias.

FIGURA 1



¹ En 23 expedientes la queja va dirigida a más de un colegiado



DISCUSIÓN

Como ha podido apreciarse, únicamente el 20% del total de denuncias recibidas por la Comisión Deontológica del COPC conllevaron la apertura de expediente disciplinario por considerarse que podría existir vulneración de alguno de los artículos del Código Deontológico. Así, se aprecia que ocho de cada diez denuncias resultan desestimadas en fase de Diligencias previas, por lo que, la gran mayoría de quejas recibidas no suponen infracción alguna por parte de los colegiados del COPC. Ello resul-

ta congruente con los datos provenientes de los estudios previos disponibles (Bricklin, Bennett y Carroll, 2003; Greenburg y Greenburg, 1988; Williams, 2001) que sugieren que pese a la gran alarma personal y profesional que experimentan los psicólogos denunciados, en general las intervenciones profesionales responden de forma adecuada a los estándares deontológicos de la disciplina. Asimismo, los resultados obtenidos en nuestro estudio resultan también coincidentes con lo apreciado en otras Comunidades Autónomas (e.g.: Madrid), informán-

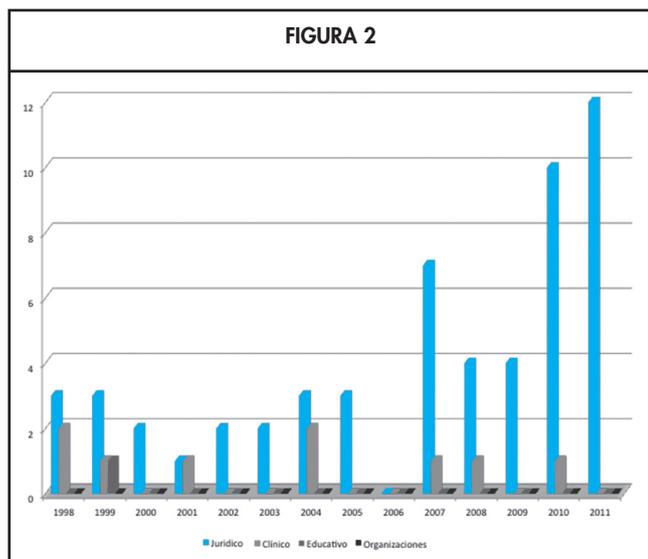


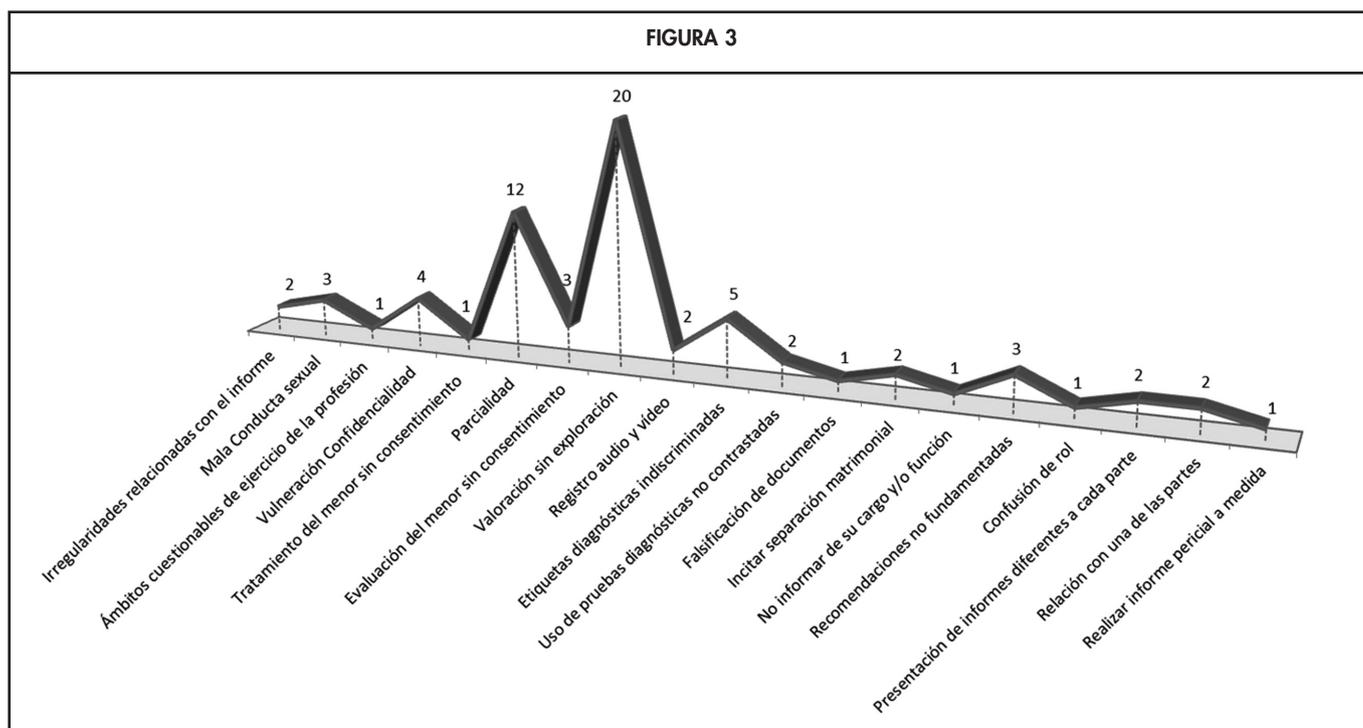
TABLA 1

Artículo 6
La profesión del psicólogo se rige por los principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad con los clientes, prudencia en la ampliación de los instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación científica de sus actividades profesionales.

Artículo 11
El psicólogo será sumamente cauteloso, prudente y crítico en su intervención profesional ante nociones y términos que fácilmente pueden degenerar en etiquetas devaluadoras y discriminatorias.

Artículo 28
Tampoco se prestará a situaciones confusas en las que su papel y funciones sean equívocas o ambiguas.

Nota. Los artículos del Código Deontológico que aparecen especificados en esta tabla corresponden al Código Deontológico de Catalunya (1989). Para su revisión íntegra, consultar: <http://www.copc.cat/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6C2054E4-2957-4491-A156-F55E0AB73BFD>



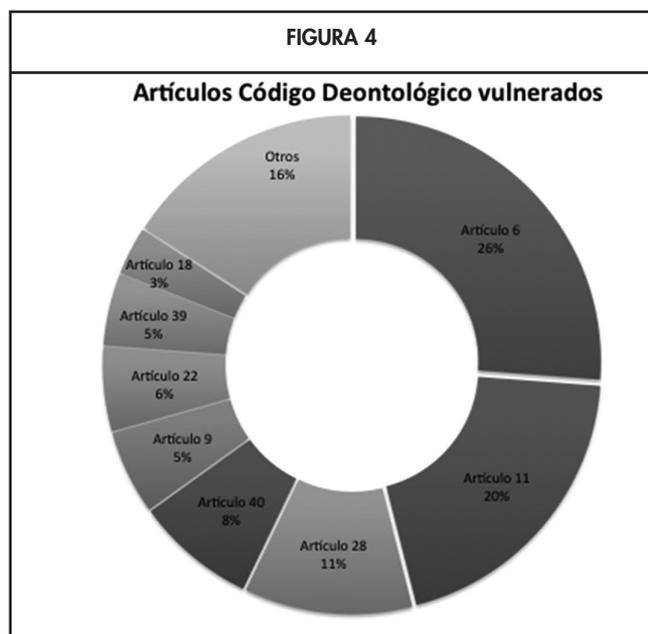
dose de porcentajes similares de expedientes sancionadores (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2011). Igualmente, los resultados obtenidos resultan consonantes con lo apreciado en anteriores investigaciones (Bennett, 1986; Bennett et al., 1990; Conte y Karasu, 1990; Pope, 1986; Wright, 1981), apreciándose que la probabilidad de que los psicólogos colegiados en el COPC sean denunciados con objeto de su intervención profesional es muy baja (0,56%), resultando coincidente con el valor reportado por Van Horne (2004).

Una de las manifestaciones frecuentemente recogidas de los psicólogos que han sido objeto de denuncia ante la Comisión Deontológica es la consideración de la facilidad de cursarla por parte del usuario en contraposición a las graves implicaciones que percibe el profesional. Dicha apreciación es una constante a nivel internacional, habiendo sido ya descrita por los expertos en la materia (e.g. Montgomery et al., 1999) señalándose que “la presentación de una queja requiere de poco esfuerzo, es gratuito y no precisa de abogado”, por ello, resulta una forma fácil y eficaz para los litigantes de tratar de posicionarse en una posición de poder, manifestar su ira y causar angustia en el profesional. Por ello, autores como Bow (2010) han señalado que resulta poco probable que las quejas se reduzcan de forma significativa, aún cuando se utilicen guías de buena práctica.

En contraposición, las implicaciones tanto personales como profesionales que se derivan de las denuncias presentadas contra los psicólogos, se encuentran ampliamente descritas en la literatura científica (Bricklin et al.,

2003; Greenburg y Greenburg, 1988; Williams, 2001). Apreciándose que la vivencia del proceso de denuncia, incluso en los casos en los que el psicólogo ha sido finalmente absuelto, siempre es costosa tanto en tiempo como en dinero y gravemente estresante (Montgomery et al, 1999; Peterson, 2001; Schoenfeld et al, 2001; Van Horne, 2004; Welch, 2001), pudiendo causar miedo, angustia, depresión, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, problemas somáticos y dificultades interpersonales entre otras. (Charles, Wilbert, y Franke, 1985; Charles, 1986; Charles, Warnecke, Wilbert, Lichtenberg, y De Jesús, 1987; Greenburg y Greenburg, 1988; Miller, 1992; Montgomery et al., 1999; Schoenfeld, et al, 2001; Thomas 2005; Welch, 2001). Afirmando que existe una conexión entre la angustia, las emociones y el deterioro profesional, que puede interferir y obstaculizar el trabajo del psicólogo que se enfrenta a estas situaciones (O’Connor, 2001; Shapiro, 2003; Sherman y Thelen, 1998).

En relación al ámbito de intervención en el que resultan más frecuentemente denunciados los psicólogos, cabe destacar el aumento progresivo y constante de las quejas referidas al entorno jurídico (fundamentalmente, las relativas al ámbito de familia), alcanzando más de las tres cuartas partes de las denuncias atendidas. Dicho resultado ya había sido alertado desde nuestro contexto con anterioridad (e.g.: Bilbao y Díaz, 2002), e incluso algunos autores (e.g. Harris, 2003) lo han considerado como un “ámbito de alto riesgo” en el que el profesional debe asumir una mayor probabilidad de convertirse en objeto de denuncia. En similar sentido se pronunciaban Montgomery et al (1999) al concretar que los psicólogos que realizan evaluaciones en casos de custodia de menores tienen un riesgo significativamente mayor de ser denunciados que aquellos que realizan evaluaciones o intervenciones en casos de ajuste individual. No obstante, el análisis pormenorizado de los datos obtenidos en nuestro estudio, evidencian que aunque efectivamente el número de quejas relacionadas con intervenciones profesionales corresponden al ámbito jurídico y, concretamente, a evaluaciones de guarda y custodia de los niños, los colegiados destinatarios de dichas quejas son mayoritariamente profesionales que no disponen de la Acreditación como Experto en Psicología Forense que otorga el COPC, ni es el ámbito jurídico su contexto profesional habitual, resultando, por tanto, infrecuente que se dirijan a profesionales que ejercen de forma prioritaria en el entorno forense y/o que dispongan de la adecuada formación y experiencia para ello.





En relación a los datos demográficos, los resultados del estudio nos muestran que la mayoría de quejas se presentaron contra colegiadas de sexo femenino, situación que no debe considerarse significativa por cuanto entendemos que sencillamente refleja la actual presencia mayoritaria de las mujeres ejerciendo como psicólogas en Catalunya (COPC, Mayo/2012: 81% mujeres, 19% varones). Asimismo, los resultados referentes a la Universidad de procedencia parecen también indicar que los profesionales licenciados en la UB suelen recibir más denuncias que los licenciados en otras universidades, sin embargo, teniendo en cuenta la distribución por universidades del total de colegiados en el COPC, se constata la falta de significación de dicho resultado dado que el número de colegiados/as licenciados por la UB suponen casi la mitad del total de colegiados.

Diferente situación se aprecia en relación a los años de ejercicio profesional, observándose que la mayor parte de los expedientes sancionadores corresponden a psicólogos que cuentan entre 11 y 15 años de experiencia, ello nos muestra una ligera variación respecto a las conclusiones alcanzadas en nuestro país por autores como Urrea (2007) que concluyó que los licenciados más recientes no se encontraban mejor formados en ética y deontología profesional. En nuestra opinión, una posible influencia en el resultado podría encontrarse en el simple hecho de que el volumen de intervenciones de los colegiados seniors pueda resultar mayor que la de profesionales cuyo ejercicio profesional aun no se encuentra consolidado, suponiendo de forma obvia un mayor riesgo de los más expertos en tanto que la frecuencia de su actividad profesional también lo es, especialmente para los que cuentan con entre 11 y 15 años de experiencia profesional y, posiblemente, se encuentran en pleno auge de su ejercicio profesional.

En relación a los motivos aducidos por los quejantes al formular la denuncia resultan parcialmente coincidentes tanto con lo expuesto a nivel nacional (Del Rio, 2000) como internacional (Batres, 2001). Así, realizar valoraciones de un sujeto sin previa exploración o el uso inadecuado de técnicas diagnósticas se encontrarían entre los motivos más aducidos por los denunciantes tanto en España como a nivel internacional. Así también lo subrayaba Santolaya (2001) al indicar que el motivo de denuncia más repetido en los últimos años es aquel que hace referencia a realizar una valoración sin exploración previa y comenta que "en los últimos tiempos, hemos observado que las quejas más frecuentes que se dan contra los profesionales por parte de los usuarios de

intervenciones psicológicas, se fundamentan en la emisión de un informe psicológico en el que se hacen constar, por el profesional interviniente, juicios sobre un sujeto sin haber mantenido con él entrevista alguna".

A modo de conclusión, la Comisión Deontológica del COPC, considera que posiblemente existe una relación de causalidad entre la experimentación de un dilema ético por parte de los colegiados y la forma en que éste es resuelto por ellos. Sin embargo, parece que en algunos casos, pese a los esfuerzos realizados desde las Comisiones Deontológicas, por parte de una pequeña parte de psicólogos se mantiene una resolución errónea del dilema, conduciendo ello a la correspondiente – e indeseada – sanción disciplinaria. Es por todo ello, que se mantiene la necesidad de que las normas éticas y los estatutos de la profesión sean lo más precisos posibles y se actualicen de forma continuada con el claro propósito de procurar la mayor seguridad al cliente o usuario pero también al psicólogo, evidenciándose la importancia de potenciar la investigación en deontología con el objetivo de identificar aquellas conductas y situaciones que pueden causar conflictos éticos en el ejercicio de la profesión y promover la elaboración de pautas adecuadas para abordarlas de acuerdo con la reglamentación colegiada vigente.

REFERENCIAS

- American Psychological Association Ethics Committee. (2011). Report of the Ethics Committee, 2010. *American Psychologist*, 66(5), 393-403.
- Batres, C. (2001). Deontología profesional: Fin de una etapa. Un momento crucial. *Papeles del Psicólogo*, 78, 29-31.
- Bennett, B. E. (1986). Malpractice crisis: Where does psychology stand? *The Psychotherapy Bulletin*, 20(4), 10-12.
- Bennett, B. E., Bryant, B. K., VandenBos, G. R., y Greenwood, A. (1990). *Professional liability and risk management*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berman, A. L. (1989). Malpractice. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19, 395-402.
- Bilbao, A. y Díaz, O. (2002). *Situación profesional y deontológica de la psicología jurídica en Bizkaia en la historia y contexto de la psicología española*. Bilbao: Psikologiaz.
- Bricklin, P., Bennett, B., y Carroll, W. (2003). *Understanding licensing board disciplinary procedures*. Washington, DC: American Psychological Association.



- Bow, J. N., Gottlieb, M. C., Siegel, J. C., y Noble, G. S. (2010). Licensing board complaints in child custody practice. *Journal of Forensic Psychology Practice, 10*(5), 403-418.
- Buffone, G. W. (1991). Understanding and managing the litigious patient. *Psychotherapy in Private Practice, 9*(2), 27-45.
- Charles, S. (1986). Malpractice litigation and its impact on physicians. *Current Psychiatric Therapies, 23*, 173-180.
- Charles, S., Warnecke, R., Wilbert, J., Lichtenberg, R., y DeJesus, C. (1987). Sued and nonsued physicians: Satisfactions, dissatisfactions and sources of stress. *Psychosomatics, 28*, 462-468.
- Charles, S., Wilbert, J., y Franke, K. (1985). Sued and nonsued physician's self-reported reactions to malpractice litigation. *American Journal of Psychiatry, 142*, 437-440.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2011). *Ética y Deontología en la práctica psicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1989). *Codi Deontològic*. Recuperado el 13/11/12 de: <http://www.copc.cat/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6C2054E4-2957-4491-A156-F55E0AB73BFD>
- Colnerud, G. (1997). Ethical dilemmas of psychologists: A Swedish example in an international perspective. *European Psychologist, 2*(2), 164-170.
- Conte, H. R., y Karasu, T. B. (1990). Malpractice in psychotherapy: An overview. *American Journal of Psychotherapy, 44* (2), 232-246.
- Del Río, C. (2000). Informes de parte en conflictos matrimoniales: implicaciones deontológicas. *Infocop, 10*, 15-20.
- Del Río, C., Borda, M. y Torres, I. (2003). Valoración de los estudiantes de psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. *Psicología Conductual, 11*(2), 261-281.
- Fulero, S. (1986). Insurance trust releases malpractice statistics. *The Ohio Psychologist, 33*, 18.
- Gius, E. y Coin, R. (2000). Ethics between norms and values: A study of italian psychotherapists. *European Psychologist, 5*(4), 326-333.
- Goisman, R., y Gutheil, T. (1992). Risk management in the practice of behavior therapy: Boundaries and behavior. Special section: Boundaries, behavior, and sexual misconduct: Current issues and medico legal interface. *American Journal of Psychotherapy, 46*, 532-543.
- Greenburg, S. L., y Greenburg, J. H. (1988). Malpractice litigation: Fears and facts. *Psychotherapy in Private Practice, 6*(1), 47-62.
- Hare-Mustin R.T. y Hall, J. E. (1981). Procedures for responding to ethics complaints against psychologists. *American Psychologist, 36*(12), 1494-1505.
- Harris, E. (2003). *Legal and ethical risks and risk management in professional practice: Sequence I*. Symposium conducted at a meeting of the Minnesota Psychological Association, St. Paul, MN.
- Jobes, D. A., y Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability: Assessing and revising policies, procedures, and practice in outpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(1), 91-99.
- Lindsay, G. y Clarkson, P. (1999). Ethical dilemmas of psychotherapists. *The Psychologist, 12*(4), 182-185.
- Lindsay, G. y Colley, A. (1995). Ethical dilemmas of members of the Society. *The Psychologist, 8*, 448-451.
- Miller, R. (1992). Grievances and law suits against public mental health professionals: Cost of doing business? *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law, 20*, 395-408.
- Menninger, W. W. (1991). Identifying, evaluating, and responding to boundary violations: A risk management program. *Psychiatric Annals, 21*, 675-680.
- Molina, A. (2011). *Conocimiento y aplicación de los principios éticos y deontológicos por parte de los psicólogos forenses expertos en el ámbito de familia*. (Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona, 2011).
- Montgomery, L. M., Cupit, B. E., y Wimberley, T. K. (1999). Complaints, malpractice, and risk management: Professional issues and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*, 402-410.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 345-350.
- Peterson, M. B. (2001). Recognizing concerns about how some licensing boards are treating psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 339-340.
- Picchioni, T., y Bernstein, B. (1990). Risk management for mental health counselors. *Texas Association for Counseling and Development, 18*(2), 3-19.
- Pomerantz, A. M. y Grice, J. W. (2001). Ethical belief of



- mental-health professionals and undergraduates regarding therapist practices. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 737-748.
- Pomerantz, A. M. y Pettibone, J. C. (2005). The influence of client characteristics on psychologists' ethical beliefs: An empirical investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 517-528.
- Pomerantz, A. M., Ross, M. J., Gfeller, J. D. y Hughes, H. (1998). Ethical Beliefs of psychoterapists: Scientific Findings. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 28(1), 35-44.
- Pope, K. S. (1986). New trends in malpractice cases and changes in APA liability insurance. *The Independent Practitioner*, 6(4), 23-26.
- Pope, K. S. (1989). Malpractice suits, licensing disciplinary actions, and ethics cases: Frequencies, causes, and costs. *The Independent Practitioner*, 9(1), 22-26.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. y Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42(11), 993-1006.
- Pope, K. S. y Vetter, V. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the american psychological association: A national survey. *American Psychologist*, 47(3), 397-411.
- Rae, W. A. y Worchel, F. F. (1991). Ethical beliefs and behaviors of pediatric psychologists: A survey. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(6), 727-745.
- Roswell, V. A. (1988). Professional liability: Issues for behavior therapists in the 1980s and 1990s. *The Behavior Therapist*, 11(8), 163-171.
- Rubin, S. y Dror, O. (1996). Professional ethics of psychologists and physicians: Morality, confidentiality, and sexuality in Israel. *Ethics Behavior*, 6(3), 213-238.
- Sanders, J. (1979). Complaints against psychologists adjudicated informally by APA's committee on scientific and professional ethics and conduct. *American Psychologist*, 34, 1139-1144.
- Santolaya, F. (2001). Colegio y Profesión. *Papeles del Psicólogo*, 80, 71-75.
- Schoenfeld, L. S., Hatch, J. P., y Gonzalez, J. M. (2001). Responses of psychologists to complaints filed against them with the state licensing board. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (5), 491-495.
- Shapiro, D. L. (1987). A clinician's guide to reducing the risk of malpractice. *Psychotherapy in Private Practice*, 5(1), 31-37.
- Shapiro, D. (2003). *Delivering doctor Amelia: The story of a gifted young obstetrician's mistake and the psychologist who helped her*. New York: Harmony Books.
- Sherman, M. D., y Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79-85.
- Slack, C. y Wassenaar, D. (1999). Ethical dilemmas of south African clinical psychologists: International comparisons. *European Psychologist*, 4(3), 179-186.
- Snider, P. D. (1987). Client records: Inexpensive liability protection for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 9(3), 134-141.
- Soisson, E. L., VandeCreek, L., y Knapp, S. (1987). Thorough record keeping: A good defense in a litigious era. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 498-502.
- Sullivan, K. (2002). Ethical beliefs and behaviors among Australian psychologists. *Australian Psychologist*, 37(2), 135-141.
- Thomas, J. T. (2005). Licensing board complaints: Minimizing the impact on the psychologist's defense and clinical practice. *Professional Psychology: Research And Practice*, 36(4), 426-433.
- Tubbs, P. y Pomerantz, A. M. (2001). Ethical behaviors of psychologist. Changes since 1987. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 395-399.
- Turkington, C. (1986). Litigaphobia: Practitioners' exaggerated fear of lawsuits cripples them and does patients a disservice. *APA Monitor*, 18.
- Urra, J. (2007). *Psicología y Deontología. Estudio empírico basado en dilemas éticos* (Tesis Doctoral, Universidad de A Coruña, 2007).
- Van Horne, B. A. (2004). Psychology licensing board disciplinary actions: The realities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(2), 170-178.
- Welch, B. L. (2001). Caution: State licensing board ahead. *Insight: Safeguarding Psychologists Against Liability*, 1, 1-6.
- Wilbert, J. R., y Fulero, S. M. (1988). Impact of malpractice litigation on professional psychology: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 379-382.
- Williams, M. H. (2001). The question of psychologists' maltreatment by state licensing boards: Overcoming denial and seeking remedies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 341-344.
- Wright, R. H. (1981). Psychologists and professional liability (malpractice) insurance: A retrospective review. *American Psychologist*, 36, 1485-1493.



DSM-5: ¿SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA? DSM-5: ATTENUATED PSYCHOSIS SYNDROME?

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,3}, Mercedes Paino^{2,3} y David Fraguas⁴

¹ Universidad de La Rioja. ² Universidad de Oviedo. ³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). ⁴ Hospital Gregorio Marañón

El síndrome psicótico aglutina un conjunto de trastornos mentales devastadores que se caracterizan por una ruptura de las funciones mentales superiores. Los signos y síntomas de psicosis comienzan en la adolescencia o temprana adultez y suelen tener un inicio gradual y progresivo en el tiempo. El Síndrome de psicosis atenuada es una nueva propuesta diagnóstica del DSM-V que trata de identificar a personas con un estado mental de alto riesgo (EMAR) que pueda ser predictor de transición a la psicosis. El beneficio potencial sería que si el trastorno psicótico es tratado con más eficacia en sus fases iniciales se podría producir un efecto beneficioso duradero que probablemente no se alcanzaría con intervenciones más tardías. Dicho síndrome ha generado un intenso debate en los foros científicos y profesionales especializados, esgrimiéndose argumentos a favor y en contra de su inclusión. La evaluación de los EMARs se realiza preferentemente en población de adolescentes o adultos jóvenes. La evolución de los EMARs se asocia a una mayor tasa de transición hacia psicosis no afectivas, si bien puede evolucionar hacia otro trastorno mental, mantenerse estable o remitir con el tiempo. La evidencia empírica indica que una intervención temprana parece tener un cierto efecto beneficioso, aunque los resultados son por el momento insuficientes y contradictorios. La falta de especificidad de los síntomas en la predicción de la psicosis, la presencia de ciertas limitaciones (p. ej., estigmatización), los resultados encontrados en las intervenciones tempranas y la falta de evidencia empírica, han llevado a incluir el Síndrome de psicosis atenuada en el apéndice III del DSM-V. A la luz de los hallazgos encontrados se comentan los principales beneficios y limitaciones de la inclusión de esta supuesta categoría, las posibles lecciones aprendidas de este tipo de estudios así como futuras líneas de actuación.

Palabras clave: Psicosis, Riesgo, Esquizofrenia, Vulnerabilidad, Evaluación

Psychotic syndrome draws together several devastating mental disorders characterized by a rupture in the higher mental functions. Signs and symptoms of psychosis often start during the teen years or in early adulthood. These signs and symptoms have an initially gradual onset which then become more progressive over time. Attenuated psychotic syndrome is a new DSM-5 diagnostic proposal that tries to identify people with a high risk mental state as a predictor of transition to psychosis. The potential benefit would be that of a better treatment efficacy of the psychotic disorder in its initial phases which could produce a beneficial and durable effect that probably wouldn't be reached with later interventions. This syndrome has been intensely discussed in scientific and professional forums, with arguments in favor of and against its inclusion. The assessment of high risk mental state has been preferably undertaken in adolescents and young adults. The progress of high risk mental states is related to a higher transition rate to non-affective psychosis, although they can also evolve towards the development of other mental diseases, in a maintained level of the psychosis, or indeed a resultant remission in symptoms as time passes. Empirical evidence indicates that an early intervention seems to have a certain beneficial effect, although results remain insufficient and conflicting. The lack of specificity of symptoms for predicting psychosis, the presence of some constraints (e.g., stigmatization), results obtained with early interventions and the lack of empirical evidence, had lead to include the attenuated psychosis syndrome in the DSM-5's appendix 3. In light of the data, principal benefits and limiting factors of including this proposed category have been taken into account. Possible lessons to be learned from these kind of studies, as well as future courses of action have been discusses as a result of the findings.

Key words: Psychosis, Risk, Schizophrenia, Vulnerability, Assessment.

El síndrome de psicosis aglutina un conjunto de trastornos mentales devastadores e incapacitantes que se caracterizan por una escisión de las funciones mentales superiores. Los trastornos psicóticos, como pudieran ser la esquizofrenia, el trastorno

esquizoafectivo, el trastorno bipolar o el trastorno psicótico inducido por sustancias, afectan aproximadamente al 2-3% de la población (Perälä et al., 2007). En particular, la prevalencia y la incidencia media estimada para la esquizofrenia es de 4 personas por cada 1000 y de 15,2 personas por cada 100.000, respectivamente (McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008). Los síntomas y signos de psicosis suelen iniciarse en la adolescencia tardía o temprana adultez y el trastorno parece ser ligeramente más frecuente en

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de la Rioja. C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES. 26002 Logroño. La Rioja. España.
E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es



hombres que en mujeres (ratio 1,4:1). Los costes directos e indirectos que se generan tanto a nivel personal y familiar, como a nivel sanitario y social son cuantiosos. A modo de ejemplo, se podría comentar que: a) las personas con esquizofrenia tienen un riesgo aumentado de morir por cualquier causa dos/tres veces mayor (McGrath, et al., 2008) y fallecen de 12 a 15 años antes que la media de la población (Saha, Chant, y McGrath, 2007); y b) el coste económico directo e indirecto estimado para la esquizofrenia y sus trastornos relacionados fue en España, año 2002, de 1,970 millones de euros (Oliva-Moreno, López-Bastida, Osuna-Guerrero, Montejo-González, y Duque-González, 2006). A partir de estos hallazgos no cabe duda que cualquier actuación que se lleve a cabo dentro de este síndrome será de suma relevancia. Los trastornos mentales, como la psicosis, deben ser, y de hecho comienza a ser, una de las principales líneas de actuación dentro de las políticas gubernamentales en materia de salud mental. Sólo una comprensión más cabal de la psicosis considerando su complejidad y heterogeneidad permitirá una gestión más eficiente de los recursos sanitarios y de la sociedad.

El estudio del fenotipo psicótico se encuentra en un momento álgido dentro del panorama científico internacional (Linscott y van Os, 2013). Diferentes modelos etiológicos han dado buena cuenta de la psicosis y sus trastornos relacionados (Lemos Giráldez, Vallina Fernandez, Fonseca Pedrero, Paino, y Fernández Iglesias, 2012; Tandon, Keshavan, y Nasrallah, 2008). Recientemente, van Os, Kenis y Rutten (2010) han propuesto un modelo de fenotipo psicótico sumamente interesante, el cual se podría resumir en los siguientes puntos:

a) El síndrome de psicosis agrupa cuatro dimensiones intercorrelacionadas. Desregulación afectiva: caracterizada por una alteración de los afectos y donde se encuentran los síntomas de depresión, manía y ansiedad. Psicosis: caracterizada por experiencias alucinatorias e ideación delirante. Negativa: caracterizada, entre otros, por la falta para experimentar placer a nivel físico y social (anhedonia física y social), avolición y aplanamiento afectivo. Cognitiva: caracterizada por déficit en el procesamiento de la información como pudieran ser alteraciones en la memoria, la atención y/o las funciones ejecutivas. Estas cuatro dimensiones son bastante congruentes con las formuladas en el DSM-V (Tandon et al., 2013) y con las encontradas en estudios empíricos de pacientes con psicosis (Reininghaus, Priebe, y Bentall, 2013) y dan buena cuenta de la heteroge-

neidad sintomática hallada en la práctica clínica e investigación. Ciertamente es que se podrían haber considerado otras facetas como la desorganización cognitiva o las alteraciones psicomotoras.

- b) El fenotipo psicótico se distribuye a lo largo de un *continuum* psicopatológico de gravedad. Los síntomas y signos de psicosis se pueden encontrar presentes tanto en la población general como en la población clínica. Las personas se podrían situar en algún punto a lo largo de este continuo dimensional del fenotipo psicótico, acotado por los polos de "normalidad" y "enfermedad". En este sentido, personas que se sitúan cerca del extremo de gravedad (psicosis) tendrían, posiblemente, una mayor probabilidad de superar el umbral clínico, de entrar en contacto con los sistemas asistenciales de salud, así como mayor discapacidad asociada y necesidad de tratamiento. Dentro de este modelo, las experiencias psicóticas atenuadas, situadas por debajo del umbral clínico, y distribuidas normalmente en la población general, serían consideradas como la expresión comportamental de vulnerabilidad latente a la psicosis. Aproximadamente el 10-20% de la población general tendría un riesgo teórico de transitar hacia un síndrome psicótico (Linscott y van Os, 2013; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, y Krabbendam, 2009). Este supuesto de continuidad es coherente con una evaluación dimensional de los síntomas y signos de psicosis (Barch et al., 2013) que mejora la obtención de evidencias de validez y la fiabilidad de las medidas (Markon, Chmielewski, y Miller, 2011). Además, permite el estudio de tales síntomas en la población general así como su relación con factores de riesgo y protección de cara a la implementación de estrategias de detección precoz e intervención temprana.
- c) El grado de comorbilidad o solapamiento entre tales dimensiones varía en función del lugar en el que se sitúa la persona en tal continuo. A medida que se transita del fenotipo psicótico subclínico al clínico, el grado de solapamiento entre tales facetas sería mayor. Por ejemplo, el solapamiento que se encuentra entre las dimensiones Negativa y Desregulación afectiva sería mayor en población clínica que en población no clínica (o personas con un mayor nivel de gravedad que no alcanzan el umbral clínico). Este hecho es congruente con los resultados encontrados en muestras de la población general, de alto riesgo y de pacientes con psicosis (Links y Eynan, 2013; Linscott y van Os, 2010; Salokangas et al., 2012).



- d) La configuración e interrelación de las cuatro dimensiones puede derivar en entidades nosológicas diferentes. Por ejemplo, véase el caso de un paciente donde las dimensiones Desregulación afectiva (manía) y Psicosis tuvieran una mayor representación o un mayor peso, comparativamente hablando, que las dimensiones Cognitiva y Negativa (van Os y Kapur, 2009). En este caso, y en función de la gravedad, el nivel, el número y la duración de los síntomas y signos, posiblemente se diagnosticaría un trastorno bipolar (Heckers et al., 2013).
- e) Considera la interacción entre los aspectos genéticos y ambientales como prioritarias en la explicación del nivel de gravedad y la probabilidad de transición al cuadro clínico. Dentro de los modelos de vulnerabilidad a la psicosis (Zubin y Spring, 1977), es conocida la estrecha interconexión que ese establece entre los factores genéticos y ambientales, ya sean estos en forma de trauma, estrés, consumo de cannabis, virus durante el embarazo o complicaciones obstétricas (Beards et al., 2013; Myin-Germeys y van Os, 2007; Tandon, et al., 2008; van Os, et al., 2010). Dicho *interface* que se establece entre factores ambientales y genéticos es de suma transcendencia en la comprensión etiopatogénica del síndrome de psicosis. La interacción Gen-x-Ambiente unida a la presencia de otros factores, como por ejemplo, la ocurrencia, intensidad y persistencia de las experiencias psicotiformes, así como la comorbilidad o la disfunción social asociada explicaría la transición al cuadro clínico (Kaymaz et al., 2012).

El síndrome de psicosis presenta un curso evolutivo con una serie de fases diferenciadas. Estudios clásicos retrospectivos de Hafner y An Der Heiden (1999) encontraron que 73% de los casos se iniciaban con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo hacían con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y solamente un 7% se iniciaban únicamente con síntomas positivos. También se observó que la mayoría de los pacientes presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de un año de evolución antes de la primera admisión. Simplemente, un 18% de los casos presentaba una forma de inicio brusca o aguda, con un mes de evolución de la sintomatología. Los estudios prospectivos más recientes también parecen indicar la existencia de un periodo de progresión anterior e inmediatamente posterior a la presentación de un primer episodio (Fusar-Poli, Bonoldi, et al., 2012; Fusar-Poli, Borgwardt, et al., 2012; Lemos-Giráldez et al., 2009; Ruhrmann et al., 2010; Woods et al., 2009). Este

momento parece ir seguido de un periodo de unos dos a cinco años en los cuales los pacientes se mantienen relativamente estables. Los resultados parecen sugerir que los tres primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial declive habitual de las psicosis interviniendo tempranamente y conseguir así, posiblemente, una mejor recuperación del trastorno (Vallina, 2003; Vallina, Lemos Giráldez, y Fernández, 2006; Vallina, Lemos, y Fernández, 2012).

Antes del diagnóstico formal del cuadro clínico se pueden encontrar cambios inespecíficos a múltiples esferas que se podrían considerar la antesala o la puerta de entrada al síndrome de psicosis. Ciertamente es que, por el momento, no se disponen de marcadores patognomónicos específicos (biológicos, psicológicos o clínicos) que sirvan para indicar la presencia o no de una psicosis franca. Aquí se mencionan, a modo de ejemplo, algunos de los pródromos de psicosis, a saber (Lemos Giráldez, 2012): disminución de la atención y de la concentración, humor depresivo, alteraciones del sueño, ansiedad, aislamiento, suspicacia, deterioro del rol funcional y agresividad. También se pueden encontrar cambios premórbidos tardíos, previos al episodio psicótico, como pudieran ser los cambios (Lemos Giráldez, 2012): afectivos (p. ej., depresión, ansiedad, inestabilidad anímica, tensión, desconfianza, irritabilidad, ira), cognitivos, (p. ej., ideas extrañas, vaguedad, problemas de concentración y memoria), en la percepción del yo, de otras personas y del mundo en general y psicofisiológicos (p. ej., trastornos del sueño, alteraciones del apetito, molestias somáticas, pérdida de energía o motivación). Actualmente, y como se verá en un apartado posterior, el concepto de pródromo está siendo sustituido por el de "Estados Mentales de Alto Riesgo" (EMARs) (Yung y McGorry, 1996; Yung et al., 2012). El primero se encuentra inevitablemente asociado al desarrollo de un trastorno psicótico y presenta mayor énfasis en una evaluación retrospectiva. En cambio, el segundo es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis, y otorga un mayor énfasis al seguimiento longitudinal de los signos y síntomas, en donde las manifestaciones no evolucionan necesariamente hacia un cuadro clínico.

EL FENOTIPO PSICÓTICO EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SIGNIFICADO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS

Los síntomas de psicosis, como pudieran ser el pensamiento mágico, la anhedonia, las experiencias alucina-



torias y/o la ideación delirante, se pueden encontrar presentes en la población general, por debajo del umbral clínico, y sin estar asociados necesariamente a un trastorno mental y necesidad de tratamiento. Estudios epidemiológicos indican que aproximadamente el 5-8% de la población general informa de alguna experiencia psicotiforme (Linscott y van Os, 2013; Nuevo et al., 2012; van Os, et al., 2009). Por ejemplo, un reciente meta-análisis llevado a cabo por Linscott y van Os (2013), encontró una prevalencia e incidencia media anual del 7,2% y del 2,5%, respectivamente. En dicho meta-análisis se identificaron diferentes factores de riesgo predictores de las experiencias psicóticas atenuadas, a saber: edad, nivel educativo, uso de cannabis, consumo de alcohol, empleo, estado civil, condición de inmigrante o minoría, urbanidad, estrés e historia familiar de enfermedad mental. Estos factores de riesgo son similares a los encontrados en pacientes con psicosis, y otorgan validez a este constructo, así como apoyo a la supuesta continuidad entre el fenotipo subclínico y clínico de psicosis (Kelleher y Cannon, 2011). En población adolescente, las tasas de prevalencia son ligeramente superiores a las encontradas en adultos, llegando a cifras del 30% o más (Barragan, Laurens, Navarro, y Obiols, 2011; Fonseca-Pedrero, Santarén-Rosell, Paino, y Lemos Giraldez, 2013; Kelleher, Keeley, et al., 2012; Wigman et al., 2011). Por ejemplo, Kelleher y colaboradores (2012), realizaron un meta-análisis en este sector de la población, encontrando tasas de prevalencia media del orden de 17% en niños de entre 9 a 12 años y del 7,5% en adolescentes de 13 a 18 años.

Estudios longitudinales independientes señalan que los participantes sanos que informan de tales experiencias tienen un mayor riesgo futuro de transitar hacia un trastorno psicótico (Dominguez, Wichers, Lieb, Wittchen, y van Os, 2011; Gooding, Tallent, y Matts, 2005; Kaymaz, et al., 2012; Poulton et al., 2000; Welham et al., 2009; Werbeloff et al., 2012; Zammit et al., 2013). En un reciente meta-análisis llevado a cabo por Kaymaz et al. (2012), se encontró que las personas que informaban de experiencias psicóticas atenuadas tenían 3,5 veces mayor probabilidad de transitar hacia un trastorno psicótico respecto a aquellos que no informaban de tales experiencias, particularmente si había persistencia (558 personas por cada 100 000, esto es, 0,6% por año). En otro estudio longitudinal realizado por Zammit et al. (2013), en una muestra de 4724 participantes y evaluados mediante entrevistas estructuradas, encontraron que aquellos adolescentes que a los 12 años presentaban experiencias psicóticas atenuadas, tenían mayor riesgo de

transitar a un trastorno psicótico a la edad de 18 años (*Odds Ratio*: 12,7; Intervalo Confidencial al 95%: 6,2-26,1). No obstante, es igualmente cierto que nuevos estudios señalan la baja especificidad de tales experiencias, y que su evolución no sólo se circunscribe al diagnóstico formal de psicosis, sino también hacia otros trastornos mentales (p. ej., trastorno de estrés post-traumático o intentos de suicidio) (Fisher et al., 2013; Rössler et al., 2011), cuestionando su utilidad como predictor clínico (Werbeloff, et al., 2012). En este sentido, se postula que este conjunto de experiencias presentes a edades tempranas podrían ser útiles como marcadores más generales de problemas de salud mental en la etapa adulta (Fisher, et al., 2013).

Por otro lado, los individuos que informan de este conjunto de experiencias también suelen presentar sutiles alteraciones emocionales, comportamentales, psicofisiológicas, neurocognitivas y/o sociales (Fonseca-Pedrero, Paino, et al., 2011; Horan, Blanchard, Clark, y Green, 2008; Kwapiil, Barrantes Vidal, y Silvia, 2008; Lenzenweger, 2010; Raine, 2006) similares a las encontradas en pacientes con esquizofrenia, y con trastorno de la personalidad esquizotípica. Las experiencias psicóticas atenuadas así como las experiencias esquizotípicas son también un factor predictor cuando se analizan familiares sanos de pacientes con esquizofrenia (Shah et al., 2012). En este sentido, como se ha comentado, y tomando los datos en conjunto, las experiencias psicóticas atenuadas representarían la vulnerabilidad latente a la psicosis, y podrían considerarse como un marcador de riesgo exofenotípico para el estudio de este conjunto de síndromes (van Os, et al., 2009). En la Tabla 1 se presentan de forma resumida algunos de los principales hallazgos encontrados en la literatura previa referidos a las experiencias psicóticas atenuadas.

Una cuestión interesante es preguntarse si todas las experiencias psicóticas tienen idéntico significado clínico o si, por el contrario, algún conjunto específico de las mismas pudiera tener un significado psicopatológico distinto, y por lo tanto, implicaciones de pronóstico y de intervención diferentes. Asimismo, esto podría ser interesante de cara a dibujar posibles trayectorias evolutivas dentro de un modelo de propensión-persistencia-discapacidad (van Os, et al., 2009). A la hora de considerar este conjunto de experiencias, se deben tener en cuenta no sólo su número y frecuencia, sino también otros factores, como pudieran ser el grado de preocupación, de convicción y el malestar asociado, por citar algunos (Preti, Cella, Raballo, y Vellante, 2012). En este sentido, si se tiene en cuenta el nivel de gravedad y el malestar asociado se podría dibujar la arquitectura del

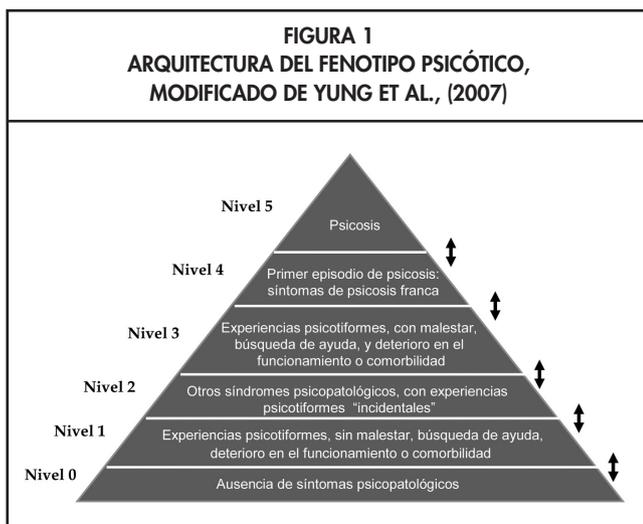


fenotipo psicótico en forma de pirámide con diferentes gradientes (Yung et al., 2007). Como se puede observar en la figura 1, en un primer nivel, nivel 0, estaría la ausencia de tales experiencias. A continuación, estarían las experiencias psicotiformes que no se asocian a ningún malestar o las experiencias sin malestar pero en relación con algún otro síndrome psicopatológico. En el nivel 3 estarían las experiencias con una clara implicación psicopatológica asociadas con malestar clínico y búsqueda de tratamiento. Finalmente, en los dos últimos niveles estarían los signos y síntomas de psicosis, y por lo tanto, asociados a mayor gravedad y malestar, así como a una discapacidad clínicamente significativa.

TABLA 1
PUNTOS CLAVE EN EL ESTUDIO DE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS

Experiencias psicóticas atenuadas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se encuentran distribuidas en la población general por debajo del umbral clínico, se extienden más allá del fenotipo clínico. ✓ La prevalencia media anual es del 7,5%, mientras que la incidencia media anual es del 2%. ✓ Son más frecuentes en la adolescencia (prevalencia del 7,5-17%) que en la adultez. ✓ Aproximadamente el 20-30% de los casos persiste en el tiempo. ✓ Predicen la transición a los trastornos psicóticos (tasa del 0,6% por año), particularmente si hay persistencia. De aquellos casos que persisten el 7,4% desarrolla psicosis. ✓ Es necesario la confluencia de otros factores asociados (p. ej., familiares con psicosis, estrategias de afrontamiento, funcionamiento social, alteración afectiva, etc.) para la transición a un cuadro clínico. ✓ Se asocian con los mismos factores de riesgo encontrados en pacientes con psicosis (por ejemplo, edad joven, bajos ingresos económicos, consumo de cannabis, traumas en la infancia, etc.). ✓ Pueden tener significados clínico-patológicos y trayectorias evolutivas diferentes.

FIGURA 1
ARQUITECTURA DEL FENOTIPO PSICÓTICO, MODIFICADO DE YUNG ET AL., (2007)



Según Nelson y Yung (2009) cada una de estos niveles de la arquitectura del fenotipo psicótico podría tener implicaciones subyacentes diferentes. En un primer nivel, las experiencias no estarían asociadas con malestar clínico ni necesidad de tratamiento. Se correspondería con la denominada "esquizotipia benigna" o "feliz" (McCreery y Claridge, 2002). En un segundo nivel estarían las experiencias "incidentales" (Yung et al., 2009) en forma de "ruido" clínico, por ejemplo, una persona con síntomas positivos atenuados que no transita a una psicosis o un paciente con depresión que admite escuchar voces que no le molestan. En un tercer nivel, tales experiencias serían la expresión de un trastorno subyacente más grave; por ejemplo, un paciente con un trastorno de la percepción del yo como agente de los propios pensamientos, experiencias, acciones, etc., y de la relación del yo con el mundo.

SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA

El Síndrome de psicosis atenuada ha generado y sigue generando un estimulante debate en los foros científicos especializados (Arango, 2011; Carpenter, 2009; Carpenter y van Os, 2011; Corcoran, First, y Cornblatt, 2010; Frances, 2010; Huesco, 2011; Obiols, 2012; Ruhrmann, Schultze-Lutter, y Klosterkötter, 2010; Tsuang et al., in press; Woods, Walsh, Saks, y McGlashan, 2010). Dicha propuesta se fundamenta en que: a) se pueden identificar ciertos signos y síntomas indicativos del riesgo de transitar a la psicosis; y b) su detección temprana permitiría llevar a cabo intervenciones específicas con la finalidad de prevenir la transición o aminorar el posible impacto del cuadro clínico. En este sentido, los resultados obtenidos muestran que se pueden identificar grupos de personas de riesgo que presenten una mayor probabilidad de transitar hacia la psicosis. No obstante, y como se verá a continuación, estos dos puntos no son necesariamente del todo ciertos puesto que, por el momento: a) un porcentaje elevado de los participantes considerados como de alto riesgo de psicosis no evolucionan necesariamente hacia un trastorno de tipo psicótico; y b) no se disponen de evidencias empíricas suficientes relacionadas con el supuesto efecto beneficioso de las intervenciones tempranas. Debido a ello, en un primer momento, el grupo de trabajo de los trastornos psicóticos del DSM-V modificó la etiqueta diagnóstica pasando del título de "Síndrome de riesgo a la psicosis" al de "Síndrome de psicosis atenuada" o "Síndrome de síntomas psicóticos atenuados" (curiosamente, se alteró el nombre pero se mantuvieron exac-



tamente los mismos criterios diagnósticos) y, posteriormente, consideraron incluirlo no en el documento principal del DSM-V, sino en el apéndice III (Tsuang, et al., in press).

Crterios diagnósticos

A continuación se comentan los criterios diagnósticos propuestos por el grupo de trabajo de trastornos psicóticos del DSM-V:

- A. Síntomas característicos: se presenta al menos uno de los siguientes en forma atenuada, con juicio de realidad conservado, pero con la gravedad y/o frecuencia suficiente como para que no puedan ser olvidados o ignorados:
 - 1. Delirios.
 - 2. Alucinaciones.
 - 3. Lenguaje desorganizado.
- B. Duración y frecuencia: los síntomas que cumplen el criterio A deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes.
- C. Progresión: los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeorado significativamente en el último año.
- D. Malestar clínico / Disfunción / Búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción socio-laboral al paciente y/o padres/cuidadores como para llevar a buscar ayuda.
- E. Los síntomas psicóticos atenuados característicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM-V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias.
- F. Nunca se han cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico.

Como se puede observar, el Síndrome de psicosis atenuada sería un constructo poliédrico basado en la psicopatología descriptiva, concretamente en la sintomatología, frecuencia, duración, progresión, malestar asociado (disfunción o búsqueda de tratamiento) y dos criterios de exclusión. Desde nuestro punto de vista,

este conjunto de síntomas serían la expresión fenotípica intermedia de un continuo psicopatológico, con potencial transición a una psicosis franca, aunque sin riesgo seguro de tal progresión. Dicha entidad también se fundamenta en un cambio de paradigma basado en un enfoque determinista, fundamentado en relaciones causa-efecto bien establecidas, a otro con un enfoque probabilista, basado en la existencia de verdaderos y falsos signos de riesgo (prodrómicos). Por lo tanto, su función sería más bien la detección temprana e implicaría una estimación de la probabilidad de riesgo, no necesariamente un diagnóstico temprano (Lemos Giraldez, 2012). A modo de ejemplo, en la tabla 2 se presenta un caso hipotético de Síndrome de psicosis atenuada. Este tipo de casos podrían servir, por ejemplo, para la formación de clínicos y profesionales no adscritos a unidades de investigación especializadas.

El debate está servido: argumentos a favor y en contra

Lógicamente la inclusión de tal categoría nosológica en el DSM-V ha generado un interesante debate, esgrimiéndose argumentos a favor y en contra. A continuación, se exponen algunos de las explicaciones que dan los diferentes expertos en la materia. Aquellos que están a favor del desarrollo y la inclusión de este síndrome en el manual de la APA señalan que: a) podría favorecer la estimulación de la investigación y mejorar las estrategias de identificación temprana, prevención e intervención precoz; b) una prevención temprana podría retrasar, amornar o incluso prevenir el posible desarrollo de la psicosis; c) tales signos y síntomas se pueden evaluar de forma fiable y válida; d) muchos de los pacientes que son considerados de riesgo llegan a las clínicas con déficit cognitivos, así como con cierto malestar y discapacidad, por lo que se podría reducir el sufrimiento asociado aunque no presenten una condición clínica; y e) el estigma asociado a tal diagnóstico podría ser modificado y manejado.

TABLA 2
UN CASO PRÁCTICO DE SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA. MODIFICADO DE JACOBS ET AL., (2011)

Susana es una chica de 17 años de edad, que cursa su cuarto año de la ESC. Su madre la lleva a consulta después de notar algún comportamiento "extraño" que le ha causado preocupación. Susana tiene un tío con esquizofrenia. Su madre comenta que el comportamiento "extraño" de la chica ha estado ocurriendo desde hace aproximadamente 5 meses. La adolescente comenta que una o dos veces por semana ha oído una voz susurrando cuando se encuentra sola en su habitación, pero que no está muy segura ni de dónde viene ni de lo que dice. Susana dice que podría ser un problema de audición. En la entrevista con Susana se redirige el tema de la conversación en varias ocasiones y con frecuencia hace referencia a cuestiones no relacionadas con el asunto principal. Su madre está preocupada porque últimamente Susana apenas sale con sus amigos, y que estos le han dejado de llamar a casa. Susana cree que sus amigos chismorrear sobre ella a sus espaldas, pero que no está muy segura de lo que dicen. La madre de Susana también se ha puesto en contacto con el orientador, el cual le informa de que el rendimiento académico de la adolescente se ha deteriorado dramáticamente en los últimos meses. Tanto Susana como su madre comentan que no hay antecedentes de consumo de alcohol o drogas. Los exámenes médicos no han dado resultados significativos.



Por otro lado los autores que están en contra de la inclusión de este síndrome consideran las siguientes limitaciones o problemas, a saber: a) falta de evidencia empírica y resultados por el momento inconsistentes; b) elevadas tasas de falsos positivos (aproximadamente del 75%) y bajas tasas de transición a la psicosis; c) descenso de los umbrales clínicos, que derivaría en tasas más altas de trastornos mentales y psicopatologización de la sociedad; d) sesgo de muestreo (se han realizado estudios, preferentemente en muestras procedentes de clínicas de investigación vinculadas al sistema universitario, no se ha examinado en todas las culturas y aún no se dispone de estudios con muestras representativas de la población extraídas mediante muestreos aleatorios); e) dificultad en el establecimiento de puntos de corte en el diagnóstico y fronteras difusas a la hora de diferenciar un estado clínico de uno subclínico; f) dicho diagnóstico puede ir asociado con estigma y discriminación; g) incremento de tratamientos innecesarios, como por ejemplo, uso de psicofármacos (dosis bajas de antipsicóticos) con los consiguientes efectos colaterales (p. ej., aumento del peso en adolescentes) y gastos económicos y sanitarios; h) diferentes implicaciones jurídico-legales (el papel de las aseguradoras en algunos países) y económicas (posibles beneficios de la empresa farmacéutica).

Del mismo modo, muchas cuestiones quedan aún por resolver, por sólo citar algunas: ¿Se podría diagnosticar en la adolescencia? ¿Cuál sería la edad mínima para tal diagnóstico? ¿Qué sería atenuado y qué sería gravedad suficiente? ¿Se deberían considerar los síntomas negativos? ¿Se presenta por igual en todas las culturas? ¿Existe suficiente formación por parte de los clínicos? ¿Cómo se entrenaría a los profesionales?

EVALUACIÓN DEL FENOTIPO DE PSICOSIS MEDIANTE INSTRUMENTOS DE MEDIDA: PARADIGMAS DE ALTO RIESGO

La idea de prevenir e intervenir precozmente en personas de riesgo a la psicosis con la finalidad de mitigar su posible impacto a múltiples niveles ha impulsado el desarrollo y la validación de una amplia variedad de instrumentos de medida (Addington y Heinssen, 2012; Barrantes-Vidal, Obiols, y Zaragoza Domingo, 2006; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2008).

Todo proceso de evaluación pasa por disponer de instrumentos de medida con calidad psicométrica. Sin una evaluación adecuada no sería posible realizar un diagnóstico preciso, y sin un diagnóstico acertado no se po-

dría llevar a cabo una intervención eficaz. Esto es, si la evaluación se realiza de forma deficiente es posible que tanto el proceso de diagnóstico como el de intervención sean también erróneos. En el campo de la psicosis, y el cualquier otro, no cabe duda de que la utilización de instrumentos de medida con una adecuada calidad métrica, referida a fiabilidad de las puntuaciones y evidencias de validez, a partir de los cuales se puedan tomar decisiones sólidas y fundadas, es una necesidad tanto desde un punto de vista clínico como investigador. Lógicamente, se hace necesario disponer de instrumentos de medida correctamente traducidos, adaptados, construidos y validados en nuestro contexto, siguiendo las directrices y los estándares internacionales (Muñiz, Elosua, y Hambleton, 2013). Asimismo, es digno de mención que las inferencias que se extraigan a partir de las puntuaciones de un instrumento de medida son siempre para un uso, contexto y población determinada. Así, lo que pueda ser válido para un grupo determinado de personas o población tal vez no lo sea para otra, y lo que pueda ser válido en un contexto de evaluación no tiene por qué serlo en otro diferente (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008; Zumbo, 2007).

Por otro lado, es importante que en la evaluación del riesgo se consideren múltiples fuentes y múltiples informantes (p. ej., amigos, maestros y padres). Asimismo, es relevante que se recoja información a través de entrevistas y autoinformes. Los instrumentos de medida tipo autoinforme tienden a sobreestimar las tasas de experiencias psicóticas atenuadas, si bien esto no quiere decir que las entrevistas sean más precisas en la medición (Linscott y van Os, 2010). En un proceso de evaluación holístico se deben considerar posibles factores moderadores, como por ejemplo, experiencias traumáticas, estrategias de afrontamiento, alteraciones afectivas, funcionamiento social, consumo de drogas o antecedentes familiares. También se debe evaluar el funcionamiento cognitivo y neuropsicológico, así como otros posibles indicadores neurobiológicos (p. ej., alteraciones cerebrales). Ni que decir tiene que los síntomas psicóticos no se restringen únicamente a la psicosis sino que pueden estar presentes en otras condiciones médicas (p. ej., tumores u otros problemas neurológicos), por lo que otras posibles explicaciones del fenómeno tienen que ser siempre contempladas.

Finalmente, la adolescencia es una época interesante para la evaluación, detección e identificación precoz de personas de riesgo. Teniendo presente lo comentado hasta este punto, algunos motivos que se podrían esgrimir serían: a) los signos y síntomas de psicosis comien-



zan en torno a de tres a cinco años antes de la primera hospitalización (Häfner y An Der Heiden, 1999); b) la mayoría de los casos de psicosis debutan en la adolescencia tardía o temprana adultez (van Os y Kapur, 2009); c) la adolescencia es una etapa del desarrollo en la que confluyen una amplia variedad de cambios físicos, psicológicos y sociales (p. ej., cambios hormonales, de identidad o de grupo de pares) (Harrop y Trower, 2003); d) se evitan efectos de confundido frecuentemente encontrados en pacientes con psicosis (p. ej., medicación); e) las experiencias psicóticas atenuadas en adolescentes predicen el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico (Linscott y van Os, 2013; Zammit, et al., 2013); y f) es posible que una intervención temprana en los estadios iniciales del trastorno evite la transición al cuadro clínico y reduzca o mitigue el impacto del mismo en múltiples esferas. En este sentido, es relevante que se disponga de instrumentos de medida específicamente diseñados y validados para su uso en este sector de la población.

A continuación, se presentan de forma abreviada y sencilla algunas de las estrategias disponibles para la evaluación del fenotipo psicótico antes del primer episodio psicótico (Keshavan, DeLisi, y Seidman, 2011). En función del momento temporal (temprano o tardío), del foco de evaluación (rasgos, experiencias o síntomas básicos) y de la población analizada (población general, familiares de pacientes con psicosis o personas en búsqueda de tratamiento) se pueden encontrar diferentes estrategias de evaluación. Lógicamente, esta clasificación no recoge toda la complejidad existente a la hora de valorar el fenotipo psicótico, por lo que se debe ver como una aproximación que ha sido simplificada con fines didácticos y expositivos. Por citar un ejemplo, se podría dar el caso de evaluar un adolescente con síntomas psicóticos atenuados, con antecedentes familiares de esquizofrenia y que estuviera buscando tratamiento; en este caso estaríamos antes una mezcla de paradigmas de alto riesgo psicométrico, clínico y genético. Asimismo, no queda claro si la evaluación de las experiencias psicóticas atenuadas podría ser una estrategia de evaluación diferenciada del alto riesgo psicométrico. En este caso, por su afinidad con las experiencias esquizotípicas, y por ser la esquizotipia un constructo más holístico, se han incluido dentro de los estudios de alto riesgo psicométrico. Los paradigmas de evaluación son:

- ✓ Alto riesgo psicométrico
- ✓ Alto riesgo genético
- ✓ Alto riesgo clínico:

- ✓ Pródromos tempranos: síntomas básicos.
- ✓ Pródromos tardíos: EMARs.

Paradigma de alto riesgo psicométrico

La línea de investigación centrada en el uso de autoinformes y entrevistas cuya finalidad es identificar a aquellas personas de la población general con vulnerabilidad latente a la psicosis se conoce en la literatura como paradigma de "alto riesgo psicométrico". En la actualidad, este método de investigación es considerado como una estrategia fiable, válida y precisa para la detección psicométrica de individuos de riesgo a la esquizofrenia (Gooding, et al., 2005; Kelleher, Harley, Murtagh, y Cannon, 2011; Kwapil, et al., 2008), y útil de cara a la posible implementación posterior de tratamientos profilácticos. Este paradigma de investigación pretende la evaluación de rasgos esquizotípicos y experiencias psicóticas atenuadas, si bien es igualmente cierto que algunos de los instrumentos aquí presentados podrían ser utilizados en población de ultra alto riesgo o clínica (p. ej., CAPE-42). A continuación se mencionan algunos de los instrumentos de medida más utilizados en la investigación y la práctica clínica tanto en población adulta como adolescente.

- ✓ Inventario de Ideas Delirantes de Peters et al.-21 (Peters, Joseph, Day, y Garety, 2004).
- ✓ Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002).
- ✓ Escalas de Vulnerabilidad a la Psicosis de Wisconsin (WSS) (Kwapil, et al., 2008).
- ✓ La Escala de Predisposición Alucinatoria de Launay-Slade versión Revisada (LSHS-R) (Bentall y Slade, 1985).
- ✓ Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q) (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, Paino, y Villazón-García, 2010).
- ✓ Cuestionario de Personalidad Esquizotípica para niños (SPQ-C) (Raine, Fung, y Lam, 2011).
- ✓ *Adolescent Psychotic-like Symptom Screener* (Kelleher, et al., 2011).

Paradigma de alto riesgo genético

Este acercamiento trata de evaluar los rasgos de esquizotipia y las experiencias psicotiformes así como otros posibles marcadores (p. ej., bioquímicos, cerebrales, neurofisiológicos, comportamentales, motóricos y psicológicos) en familiares sanos de pacientes con esquizofrenia. Este paradigma suele seleccionar a los participantes en momentos evolutivos más distales al posible *debut* del



cuadro clínico y seguirlos longitudinalmente. No obstante, y con la finalidad de mejorar las tasas de conversión, estudios más recientes seleccionan a participantes con una media de edad mayor, además de evaluar la esquizotipia y los EMARs de forma simultánea (*"progressive closing-in" strategy*) (Keshavan, et al., 2011; Shah, et al., 2012).

Paradigma de alto riesgo clínico

El paradigma de alto riesgo clínico, de ultra alto riesgo o de EMARs se caracteriza por una evaluación de las experiencias psicóticas o los síntomas básicos en un momento temporal teóricamente más cercano al *debut* del trastorno psicótico (comparativamente hablando con el paradigma de alto riesgo psicométrico). Para cada una de las fases de los estados de pródromos, ya sean estos tempranos o tardíos, y en función de la edad de los participantes, se debe seleccionar una determinado instrumento de medida. Por ejemplo, para periodos más tempranos en el tiempo se podrían seleccionar instrumentos basados en los síntomas básicos, como por ejemplo, la escala de Bonn (Gross, Huber, Klosterkötter, y Linz, 1987) o el *Schizophrenia Proneness Instrument* (Schultze-Lutter, Addington, Ruhrmann, y Klosterkötter, 2007; Schultze-Lutter, Marshall, y Koch, 2012). En cambio, para periodos teóricamente más cercanos al primer episodio psicótico se podrían utilizar la SIPS (Miller et al., 2003) o la CAARMS (Yung et al., 2005). Algunos de los instrumentos de medida que se han seleccionado por su relevancia y su uso extendido en esta área de estudio son:

- ✓ *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS) / *Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS) (Miller, et al., 2003).
- ✓ *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) (Yung, et al., 2005).
- ✓ *Prodromal Questionnaire* (PQ) (Loewy, Bearden, Johnson, Raine, y Cannon, 2005) y su versión abreviada (Loewy, Pearson, Vinogradov, Bearden, y Cannon, 2011)
- ✓ *Youth Psychosis at Risk Questionnaire* (Y-PARQ-B) (Ord, Myles-Worsley, Blailes, y Ngiralmu, 2004).
- ✓ *PROD-Screen* (Heinimaa et al., 2003).
- ✓ *Prime Screen Revised* (Miller, Cicchetti, Markovich, McGlashan, y Woods, 2004)
- ✓ *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS) (Gross, et al., 1987).
- ✓ *Schizophrenia Proneness Instrument* versión para adultos (SPI-A) (Schultze-Lutter, et al., 2007) y versión para niños y jóvenes (SPI-CY) (Schultze-Lutter, et al., 2012).

Posiblemente, la SIPS/SOPS y la CAARMS sean los instrumentos de medida más utilizados en la investigación y la práctica clínica. Ambos ha sido utilizados en muestras de la población española (Barrantes-Vidal et al., 2013; Lemos-Giráldez, et al., 2009; Lemos-Giráldez et al., 2006). La versión española de la SIPS se puede descargar de [http://www.p3-info.es /view_article.asp?id=17&cat=4](http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=17&cat=4). A partir de las puntuaciones en la SIPS se pueden establecer tres grupos de riesgo. Estas tres agrupaciones que han sido utilizadas con mayor frecuencia en investigación son:

- a) *Estado de síntomas prodrómicos positivos atenuados* (estado mental de alto riesgo).
 - ✓ Puntuación de 3, 4 ó 5 en las escalas P1-P5 de la SOPS (el sistema de puntuación oscila entre 0 y 6, siendo "0" ausente y "6" grave y psicótico). Además, el síntoma o bien tiene que haber comenzado en el último año, o bien tiene que haber alcanzado actualmente un punto más respecto al nivel que tenía hace 12 meses. En segundo lugar, el síntoma tiene que presentarse, al nivel de intensidad actual, con una frecuencia promedio de al menos una vez por semana durante el último mes.
- b) *Estado psicótico breve, limitado e intermitente*.
 - ✓ El Síndrome psicótico breve e intermitente se define por la clara presencia de síntomas psicóticos que son recientes y de corta duración. La intensidad psicótica del síntoma (puntuación SOPS = 6) tiene que haber comenzado en los tres últimos meses, y tiene que haber estado presente al menos durante varios minutos al día, con una frecuencia de al menos una vez al mes.
- c) *Riesgo genético/trastorno de la personalidad esquizotípica y deterioro funcional*.
 - ✓ El paciente tiene un familiar de primer grado con un trastorno psicótico (afectivo o no afectivo), y/o cumple los criterios para el Trastorno de la Personalidad Esquizotípica. El deterioro funcional se define operativamente como un descenso del 30% o más en la puntuación de la Escala de Funcionamiento Global durante el último mes, comparativamente con hace 12 meses.

De los tres grupos de riesgo el más prevalente en los estudios de campo es el de síntomas prodrómicos positivos atenuados (Fusar-Poli, Bonoldi, et al., 2012; Fusar-Poli, Borgwardt, et al., 2012; Lemos-Giráldez, et al., 2009; Ruhrmann, Schultze-Lutter, Salokangas, et al., 2010; Woods, et al., 2009). Este grupo de riesgo, añadiendo la búsqueda de tratamiento y malestar, es el que ha dado lugar al Síndrome de psicosis atenuada. Final-



mente, y dado el reciente interés que han suscitado, también se deben considerar los síntomas básicos y los criterios operativos derivados COGDIS (*Cognitive Disturbances*) y COPER (*Cognitive-Perceptive Basic Symptoms*). A modo de ejemplo, en la tabla 3 se recogen los criterios COGDIS (Ruhmann, Schultze-Lutter, Salokangas, et al., 2010; Schultze-Lutter, Ruhmann, Berning, Maier, y Klosterkötter, 2010).

ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO: PREVALENCIA Y VALIDEZ

A partir de los criterios operativos establecidos en los instrumentos de medida, se pueden examinar los EMARs en muestras de la población general. Con este objetivo, Kelleher et al. (2012) administraron la SIPS y la CAARMS en una muestra de 212 adolescentes. Estos autores encontraron que en función de la CAARMS, el 0,9-7,7% de la muestra presentaría EMARs, mientras que con la SIPS ascendería al 8,1% de los adolescentes. Además, en un porcentaje considerable de los mismos existía una mayor probabilidad de presentar un trastorno del eje I comórbido. En otro trabajo llevado a cabo, Zammit et al. (2013), utilizando una muestra de 4724 adolescentes y la SIPS, encontraron una prevalencia de EMARs del 0,7%. En este estudio también se halló que un porcentaje elevado de los adolescentes que presentaban EMARs no buscaba tratamiento. Finalmente, un estudio llevado a cabo por Schimmelman et al. (2011), en una muestra de 56 participantes (edad 16-35 años) y realizado mediante entrevista telefónica, encontraron una prevalencia del 2%.

La piedra angular de los estudios de EMARs es predecir las tasas de conversión a la psicosis, esto es, la validez predictiva. En la literatura se han llevado a cabo numerosos estudios longitudinales que indican que los participantes con EMARs tienen una mayor probabilidad de transitar hacia un cuadro clínico de tipo psicótico (Fusar-Poli, Bonoldi, et al., 2012; Fusar-Poli, Borgwardt, et al., 2012; Lemos-Giráldez, et al., 2009; Ruhmann, Schultze-Lutter, Salokangas, et al., 2010; Woods, et al., 2009). Un reciente meta-análisis realizado por Fusar-Poli et al. (2012), recogiendo una muestra de 2502 participantes de ultra alto riesgo (58% varones; $M= 19,9$ años), encontraron una tasa de transición global del 29,2% (intervalo confidencial: 27,3-31,1%), con media de evolución de 31 meses. Las tasas de transición por intervalos temporales fueron las siguientes:

- ✓ 18% (12-25%) en 6 meses.
- ✓ 22% (17-28%) en 1 año.
- ✓ 29% (23-36%) en 2 años.

- ✓ 32% (24-35%) en 3 años.
- ✓ 36% (30-43%) en más de 3 años.

Como se puede observar, la tasa de transición en individuos de ultra alto riesgo al año es del 22% que está muy por encima de la incidencia anual de la esquizofrenia, situada en torno al 0,015%. Por otro lado, los resultados indican que las tasas de transición tienden a descender en los últimos años, posiblemente debido a que las intervenciones se realizan cada vez de forma más temprana y más activa o a que hay una mayor detección de falsos positivos (Yung, et al., 2007). Asimismo, parece predominar una transición hacia trastornos del espectro esquizofrénico en comparación con psicosis afectivas (73% vs. 11%) (Fusar-Poli, Bechdolf, et al., 2013). Un porcentaje considerable de individuos de alto riesgo también presenta un trastorno comórbido (Fusar-Poli, Nelson, Valmaggia, Yung, y McGuire, in press; Salokangas, et al., 2012). Como se comentó, no todos los casos de alto riesgo transitan hacia la psicosis, sino que pueden evolucionar hacia otras entidades nosológicas (p. ej., consumo de sustancias), mantenerse estables o remitir con el tiempo (tasa de resumisión del 15,4% al 54,3%) (Simon et al., 2011). Finalmente, un porcentaje elevado de los mismos presenta déficit cognitivos (Fusar-Poli, Deste, et al., 2012), alteraciones estructurales (Fusar-Poli, Radua, McGuire, y Borgwardt, 2012) y/o neuroquímicas (Howes et al., 2011).

INTERVENCIONES TEMPRANAS

Los ensayos clínicos controlados realizados en personas con EMARs y donde se someten a prueba diferentes modalidades de intervención son por el momento escasos y presentan ciertas deficiencias metodológicas (p. ej., reducidos tamaños muestrales). Una revisión re-

TABLA 3
CRITERIOS DE SÍNTOMAS BÁSICOS COGDIS
(COGNITIVE DISTURBANCES)*

- ✓ Incapacidad para dividir la atención
- ✓ Interferencia del pensamiento
- ✓ Presión de pensamiento
- ✓ Bloqueos del pensamiento
- ✓ Alteración del lenguaje receptivo
- ✓ Alteración del habla expresiva
- ✓ Ideas inestables de referencia
- ✓ Alteraciones del pensamiento abstracto
- ✓ Captación de la atención por los detalles del campo visual

* Se necesitan al menos DOS síntomas de los NUEVE, con una duración de algunas veces por semana en los últimos 3 meses y cierta gravedad (puntuación mayor o igual a 3 en el sistema de respuesta del instrumento de medida). Independientemente de la gravedad, la primera aparición por lo menos un año antes.



ciente de siete estudios donde se emplearon diferentes enfoques terapéuticos sugirió que el tratamiento experimental fue superior al tratamiento estándar en la prevención de la progresión a la psicosis, con un promedio de tasa de transición en todos los estudios del 7,6% para el tratamiento experimental y del 23% para el tratamiento habitual (Fusar-Poli, Borgwardt, et al., 2013). Otra revisión llevada a cabo por Stafford et al. (2013), recogiendo un total de 11 ensayos y 1246 participantes, encontraron un cierto efecto beneficioso de las intervenciones tempranas en el retraso o prevención a la psicosis. En este punto cabe mencionar el estudio clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo llevado a cabo por Amminger et al. (2010) donde comprobaron el efecto de los ácidos grasos omega-3 en pacientes de ultra alto riesgo. Los resultados indicaron que, a las 12 semanas, la intervención con ácidos grasos omega-3 fue superior al placebo en la reducción del riesgo de progresión a la psicosis. No cabe duda de que tales hallazgos pueden ofrecer una estrategia segura y eficaz para la prevención indicada en personas jóvenes con estados psicóticos subclínicos (Amminger, et al., 2010); no obstante, tales resultados deberían ser replicados en investigaciones posteriores.

El posible efecto beneficioso de las terapias psicológicas en pacientes de ultra alto riesgo también ha sido objeto de análisis. Un estudio llevado a cabo por Morrison et al. (2012), utilizando una muestra 288 pacientes (144 grupo experimental y 144 grupo control), encontró que la intervención con terapia cognitiva (6 meses de tratamiento) más monitorización no redujo significativamente la transición a la psicosis o el distress relacionado con los síntomas cuando se compararon los resultados con el grupo control (sólo monitorización); no obstante, la intervención cognitiva sí redujo la gravedad de los síntomas psicóticos. En otro trabajo realizado por van der Gaag y colaboradores (2012), utilizando una muestra 201 de pacientes, se encontró que la terapia cognitivo-conductual (centrada en la normalización y la conciencia de los sesgos cognitivos) mostró, en comparación con el grupo de tratamiento convencional, un efecto favorable sobre la transición a la psicosis, así como una reducción de los síntomas psicóticos subclínicos. En este sentido, los resultados encontrados en relación con la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de la transición a la psicosis en participantes de ultra alto riesgo son por el momento insuficientes y contradictorios (Morrison, et al., 2012; van der Gaag, et al., 2012).

RECAPITULACIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo ofrecer una visión general sobre el estado actual del Síndrome de psicosis atenuada, centrándose concretamente en la adolescencia y la temprana adultez. A lo largo del trabajo se han tratado de forma breve los siguientes puntos: a) el fenotipo psicótico y su expresión en la población general; b) los criterios diagnósticos del Síndrome de psicosis atenuada y sus posibles beneficios y limitaciones; c) los instrumentos de medida disponibles para la evaluación del riesgo de psicosis; d) la prevalencia de los EMARs en la población general, así como las evidencias de validez predictiva y concurrente de las que se disponen; y e) resultados de las intervenciones tempranas llevadas a cabo en pacientes de ultra alto riesgo.

El equilibrio mental de cualquier individuo se caracteriza por un cierto orden y jerarquización de las funciones mentales superiores tales como la memoria, el lenguaje, el pensamiento, la atención o las funciones ejecutivas (planificación, monitorización, etc.). En algunas personas este equilibrio y estructuración, por diversos motivos y circunstancias, se rompe, lo cual incide drásticamente en el funcionamiento personal, familiar, académico y laboral del individuo. En este punto es cuando, en la convención clínica, se puede hablar de un trastorno mental. Lógicamente, dicho desorden mental en muchos casos no ocurre repentinamente, sino que se desarrolla en el tiempo. Asimismo, se pueden encontrar estados mentales intermedios que, sin alcanzar el umbral clínico, pueden predecir el *debut* de un futuro trastorno mental e inciden en la vida de las personas a múltiples niveles. El Síndrome de psicosis atenuada o Síndrome de síntomas psicóticos atenuados es una nueva propuesta de categoría nosológica formulada por el grupo de trabajo de los trastornos psicóticos del DSM-V y que es incluida en el apéndice III del manual de la APA.

El fenotipo psicótico se distribuye a lo largo de un *continuum* psicopatológico de gravedad. Las experiencias psicóticas, situadas por debajo del umbral clínico y presentes en la población general, representan la expresión conductual de vulnerabilidad latente a los trastornos psicóticos. Asimismo, tales experiencias no constituyen un fenómeno unitario, sino que hay varios tipos, con implicaciones clínicas, trayectorias evolutivas y causas subyacentes diferentes. En función de en qué punto se sitúe una persona en este continuo, y considerando la interacción con aspectos genéticos y ambientales, se podría tener una mayor o menor vulnerabilidad a los trastornos del espectro esquizofrénico. En muestras de la población



general, la transición sería del orden del 0,6%, en muestras de pacientes con ansiedad o depresión del orden del 10%, y en muestras de individuos de alto riesgo clínico del orden del 20%.

Estudios prospectivos llevados a cabo en personas de alto riesgo muestran que este tipo de participantes tiene una mayor probabilidad de transitar hacia un cuadro clínico de tipo psicótico. Esto ha abierto la posibilidad de llevar a cabo intervenciones indicadas con la finalidad de prevenir o retrasar la transición al cuadro clínico o aminorar su posible impacto. A partir de estos resultados, y debido también al interés creciente por un modelo prevenciónista en las ciencias de la salud, el grupo de trabajo para los trastornos psicóticos del DSM-V ha propuesto incluir en el manual una nueva categoría nosológica denominada el Síndrome de psicosis atenuada. Este síndrome es un constructo poliédrico basado en la frecuencia, duración y progresión de ciertos síntomas, asociados a disfunción social, búsqueda de tratamiento y/o malestar clínicamente significativo. No obstante, por el momento no se dispone de evidencias empíricas suficientes en lo referente a la identificación de este tipo de personas ya que un porcentaje elevado de los participantes considerados como de alto riesgo no evolucionan necesariamente hacia un trastorno de tipo psicótico. Al mismo tiempo, los resultados muestran que las intervenciones tempranas (p. ej., Terapia Cognitivo-Conductual) llevadas a cabo con la finalidad de prevenir la transición a la psicosis son por el momento insuficientes y contradictorios. Estos dos aspectos unidos a otras limitaciones y problemas (p. ej., estigmatización, ausencia de muestreos adecuados, sobrediagnóstico, administración de tratamientos innecesarios, utilización de antipsicóticos, falta de formación, etc.), resaltan la prematuridad de la introducción de esta propuesta en el texto principal, por lo que se ha optado por incluirlo en el apéndice III del DSM-V.

La psicosis es un diagnóstico complejo y heterogéneo con una amplia variabilidad inter e intraindividual, donde por el momento no se dispone de ningún marcador patognómico. Al mismo tiempo, sus dimensiones fluctúan en el tiempo, surgen secuencialmente y se combinan de forma interactiva y dinámica (McGorry y van Os, 2013). Las etapas iniciales de los trastornos mentales incipientes como la psicosis, son difíciles de definir con claridad, así como lo es la capacidad para delimitar lo que se considera normal de lo que se considera trastorno mental. Este Síndrome de psicosis atenuada podría ayudar a mejorar las tasas de predicción en la transición a una

psicosis franca así como las estrategias de intervención y prevención. Por el momento, a falta de nuevas evidencias y considerando la ausencia de especificidad de los síntomas, su función sería más bien la detección temprana e implicaría una estimación de la probabilidad de riesgo, y no necesariamente un diagnóstico temprano de psicosis. No se debe perder de vista que un diagnóstico tiene que ser útil. Su utilidad debe permitir diferenciar las personas que están enfermas de las que no lo están y mejorar las decisiones terapéuticas y el pronóstico del trastorno.

Por otro lado, la propuesta de esta entidad podría traer consigo la incorporación en el sistema de salud de un modelo basado en estadios clínicos. Estos modelos proponen intervenciones basadas en el desarrollo cronológico, el grado de progresión y el malestar de los síntomas (Yung y McGorry, 2007). Además, se contemplan modelos híbridos que combinan un enfoque categorial y uno dimensional. Asimismo, las lecciones aprendidas a partir de este conjunto de trabajos indican que tal vez sería más beneficioso desplazarse hacia un *General syndrome of early mental distress* o un estado mental de riesgo "ampliado", con la finalidad en mente de una prevención universal. Ello está relacionado con un modelo de prevención prodrómica (Fusar-Poli, Yung, McGorry, y van Os, in press). Este modelo postula cómo surgen los trastornos mentales desde un estado no específico de *distress* mental que poco a poco, con el paso tiempo, puede evolucionar hacia diferentes síndromes reconocibles, por ejemplo, la ansiedad (síndrome 1), la depresión (síndrome 2) o el trastorno psicótico (síndrome 3). En este modelo, el tratamiento de los trastornos mentales tempranos puede prevenir eficazmente la transición a un trastorno mental en general, en comparación con el enfoque exclusivo de los EMARs donde sólo se beneficiaría un conjunto mucho más reducido de la población.

Si pretendiéramos otear el futuro, interesantes cuestiones quedan aún por resolver y mejorar. No cabe duda que sería interesante mejorar las tasas de transición a la psicosis mediante nuevos modelos predictivos. Para ello se podrían incorporar los síntomas negativos a los criterios diagnósticos, unificar los grupos de EMARs o combinar diferentes paradigmas de investigación dentro de una perspectiva que contemple múltiples niveles de análisis (traslacional). También ser podrían identificar otros factores fenotípicos que parecen tener un rol importante en la predicción del comienzo de una psicosis, como por ejemplo: persistencia, intensidad, desregulación afectiva,



estilos de afrontamiento desadaptativos, trastornos del yo, impactos ambientales (p. ej., perinatales, trauma), etc., por sólo citar algunos. La incorporación de las neurociencias en el estudio de la psicopatología (Sanislow et al., 2010), la validación de instrumentos de medida en muestras representativas de la población o llevar a cabo estudios longitudinales multicéntricos son líneas de futuro sumamente prometedoras. Para finalizar, no se debe perder de vista que la utilidad última de este tipo de síndromes y propuestas nosológicas es la de favorecer el pleno desarrollo del individuo sin perder de vista el aforismo hipocrático *primum no nocere*.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren mostrar su agradecimiento a Alfonso Casas Losada por la organización de la mesa redonda "Síndrome de riesgo psicótico en la adolescencia" en el XIX Congreso Astur-Galaico de Psiquiatría 2013. Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Referencias de los proyectos: PSI 2011-28638 y PSI 2011-23818.

REFERENCIAS

- Addington, J., y Heinssen, R. (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 269-289. doi: 210.1146/annurev-clinpsy-032511-143146.
- Amminger, G. P., Schafer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Mackinnon, A., McGorry, P. D., y Berger, G. E. (2010). Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 67, 146-154.
- Arango, C. (2011). Attenuated psychotic symptoms syndrome: how it may affect child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 67-70.
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., y Carpenter W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, doi:pii: S0920-9964(13)00227-2. 10.1016/j.schres.2013.04.027.
- Barragan, M., Laurens, K. R., Navarro, J. B., y Obiols, J. E. (2011). Psychotic-like experiences and depressive symptoms in a community sample of adolescents. *European Psychiatry*, 26, 396-401.
- Barrantes-Vidal, N., Gross, G., Sheinbaum, T., Mitjavila, M., Ballespí, S., y Kwapil, T. R. (2013). Positive and negative schizotypy are associated with prodromal and schizophrenia-spectrum symptoms. *Schizophrenia Research*, 145, 50-55.
- Barrantes-Vidal, N., Obiols, J., y Zaragoza Domingo, S. (2006). La evaluación clínica y psicométrica de los trastornos del espectro esquizofrénico. En V. E. Cabaño (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 65-88). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., y Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 740-747.
- Bentall, R. P., y Slade, P. D. (1985). Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 6 527-529.
- Carpenter, W. T. (2009). Anticipating DSM-V. Should psychosis risk become a diagnostic class? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 841-845.
- Carpenter, W. T., y van Os, J. (2011). Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 168, 460-463.
- Corcoran, C. M., First, M. B., y Cornblatt, B. (2010). The psychosis-risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V. A risk-benefit analysis *Schizophrenia Research*, 120, 16-22.
- Dominguez, M. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., y van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 84-93.
- Fisher, H. L., Caspi, A., Poulton, R., Meier, M. H., Houts, R., Harrington, H., Arseneault, L., y Moffitt, T. E. (2013). Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychological Medicine*, 43(10), 2077-2086.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S., y Ordóñez-Cambor, N. (2011). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico. *Papeles del Psicólogo*, 32, 129-151.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñoz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., y Villazón-García, U. (2010). ESQUIZO-Q:



- Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia [ESQUIZO-Q: Oviedo Questionnaire for Schizotypy Assessment]*. Madrid: TEA ediciones.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U., y Muñiz, J. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Ordoñez-Cambolor, N., y Muñiz, J. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*, 23, 87-93.
- Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Paino, M., y Lemos Giraldez, S. (2013). Cluster A maladaptive personality patterns in a non-clinical adolescent population. *Psicothema*, 25, 171-178.
- Frances, A. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM. Retrieved 6/3/2012 from <http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341>.
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R., y McGuire, P. (2013). At Risk for Schizophrenic or Affective Psychoses? A Meta-Analysis of DSM/ICD Diagnostic Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 923-932.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., y McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69, 220-229.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P., y Yung, A. (2012). The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *Archives of General Psychiatry*, 19, 1-14.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P., y Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *Archives of General Psychiatry*, 70, 107-120.
- Fusar-Poli, P., Deste, G., Smieskova, R., Barlati, S., Yung, A. R., Howes, O., Stieglitz, R. D., Vita, A., McGuire, P., y Borgwardt, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 69, 562-571.
- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R., y McGuire, P. K. (in press). Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, doi: 10.1093/schbul/sbs136.
- Fusar-Poli, P., Radua, J., McGuire, P., y Borgwardt, S. (2012). Neuroanatomical maps of psychosis onset: voxel-wise meta-analysis of antipsychotic-naïve VBM studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1297-1307.
- Fusar-Poli, P., Yung, A. R., McGorry, P., y van Os, J. (in press). Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713000184>.
- Gooding, D. C., Tallent, K. A., y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., y Linz, M. (1987). *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin, Heidelberg: New York Springer-Verlag.
- Häfner, H., y An Der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(SUPPL. 4), IV14-IV26.
- Harrop, C., y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., van Os, J., y Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research*, doi:pii: S0920-9964(13)00255-7. 10.1016/j.schres.2013.04.039.
- Heinimaa, M., Salokangas, R. K., Ristkari, T., Plathin, M., Huttunen, J., Ilonen, T., Suomela, T., Korkeila, J., y McGlashan, T. H. (2003). PROD-screen—a screen for prodromal symptoms of psychosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 92-104.
- Horan, W. P., Blanchard, J. J., Clark, L. A., y Green, M. F. (2008). Affective traits in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 856-874.



- Howes, O. D., Bose, S. K., Turkheimer, F., Valli, I., Eger-ton, A., Valmaggia, L. R., Murray, R. M., y McGuire, P. (2011). Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: a prospective [18 F]-DOPA PET imaging study. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1311-1317.
- Huesco, H. (2011). Riesgo del síndrome de síntomas psi-cóticos atenuados. *Norte de Salud Mental*, 9, 19-26.
- Jacobs, E., Kline, E., y Schiffman, J. (2011). Practitioner perceptions of attenuated psychosis syndrome. *Schizophrenia Research*, 131, 24-30. doi: 10.1016/j.schres.2011.1006.1022.
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., Werbeloff, N., Weiser, M., Lataster, T., y van Os, J. (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking po-pulation-based samples? A systematic review and me-ta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine*, 20, 1-15.
- Kelleher, I., y Cannon, M. (2011). Psychotic-like expe-riences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*, 41, 1-6.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Har-ley, M., y Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42, 1857-1863.
- Kelleher, I., Harley, M., Murtagh, A., y Cannon, M. (2011). Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 362-369.
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpa-trick, C., Devlin, N., Molloy, C., Roddy, S., Clarke, M., Harley, M., Arseneault, L., Wasserman, C., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, D., y Cannon, M. (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young peo-ple: evidence from four population-based studies. *British Journal of Psychiatry*, 201, 26-32.
- Kelleher, I., Murtagh, A., Molloy, C., Roddy, S., Clarke, M. C., Harley, M., y Cannon, M. (2012). Identification and characterization of prodromal risk syndromes in young adolescents in the community: a population-ba-sed clinical interview study. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 239-246.
- Keshavan, M. S., DeLisi, L. E., y Seidman, L. J. (2011). Early and broadly defined psychosis risk mental states. *Schizophrenia Research*, 126, 1-10.
- Kwapil, T. R., Barrantes Vidal, N., y Silvia, P. J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 444-457.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., Vallejo-Seco, G., Fonseca-Pedrero, E., Pa-íno-Piñeiro, M., Sierra-Baigrie, S., García-Pelayo, P., Pedrejón-Molino, C., Alonso-Bada, S., Gutiérrez-Pé-rez, A., y Ortega-Ferrández, J. A. (2009). Symptoma-tic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study. *Schizophrenia Re-search*, 115, 121-129.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J., y Miller, T. J. (2006). Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-233.
- Lemos Giraldez, S. (2012). Prevención y tratamiento de la psicosis. Conferencia en el curso académico 2012-2013. Universidad de Santiago de Compostela. San-tiago de Compostela.
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernandez, O., Fonseca Pe-drero, E., Paino, M., y Fernández Iglesias, M. P. (2012). Esquizofrenia. En M. A. Vallejo Pareja (Ed.), *Manual de terapia de conducta (Vol II)* (pp. 931-1004). Madrid: Dykinson.
- Lenzenweger, M. E. (2010). *Schizotypy and schizophre-nia: The view from experimental psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Links, P. S., y Eynan, R. (2013). The relationship between personality disorders and Axis I psychopathology: de-constructing comorbidity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 529-554.
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evi-dence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psy-chology*, 6, 391-419.
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2013). An updated and con-servative systematic review and meta-analysis of epi-demiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149.
- Loewy, R. L., Bearden, C. E., Johnson, J. K., Raine, A., y Cannon, T. D. (2005). The Prodromal Questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes.



- Schizophrenia Research*, 79, 117-125.
- Loewy, R. L., Pearson, R., Vinogradov, S., Bearden, C. E., y Cannon, T. D. (2011). Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire—brief version (PQ-B). *Schizophrenia Research*, 129, 42-46. doi: 10.1016/j.schres.2011.1003.1029.
- Markon, K. E., Chmielewski, M., y Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137, 856-879.
- McCreery, C., y Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 141-154.
- McGorry, P., y van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet*, 381, 343-345.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- Miller, T. J., Cicchetti, D., Markovich, P. J., McGlashan, T. H., y Woods, S. W. (2004). The SIPS screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Research*, 70 (Suppl. 1), 78.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D. O., Pearson, G. D., y Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703-715.
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L. K., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A., Jones, P. B., Bentall, R. P., Lewis, S. W., Murray, G. K., Patterson, P., Brunet, K., Conroy, J., Parker, S., Reilly, T., Byrne, R., Davies, L. M., y Dunn, G. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 344, e2233.
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: Second edition]. *Psicothema*, 25, 151-157.
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación*, 5, 13-25.
- Myin-Germeys, I., y van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 409-424.
- Nelson, B., y Yung, A. R. (2009). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*, 108, 303-304.
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., y Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 475-485.
- Obiols, J. (2012). DSM 5: Precedents, present and prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 281-290.
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-González, A. L., y Duque-González, B. (2006). The costs of schizophrenia in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 7, 182-188.
- Ord, L., Myles-Worsley, M., Blailes, F., y Ngiralmu, H. (2004). Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophrenia Research*, 71, 507-508.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., y Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S., y Garety, P. A. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Preti, A., Cella, M., Raballo, A., y Vellante, M. (2012). Psychotic-like or unusual subjective experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype. *Psychiatry Research*, 200, 669-673.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
- Raine, A., Fung, A. L., y Lam, B. Y. (2011). Peer victimization partially mediates the schizotypy-aggression relationship in children and adolescents. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 937-945.
- Reininghaus, U., Priebe, S., y Bentall, R. P. (2013). Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a



- general psychosis dimension. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 884-895. doi: 10.1093/schbul/sbr1182.
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Gamma, A., y Angst, J. (2011). Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 18-23. doi: 10.1016/j.schres.2011.1006.1019.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., y Klosterkötter, J. (2010). Probably at-risk, but certainly ill: Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophrenia Research*, 120, 23-37.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R. K., Heinimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M., Patterson, P., Juckel, G., Heinz, A., Morrison, A., Lewis, S., von Reventlow, H. G., y Klosterkötter, J. (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 67, 241-251. doi: 210.1001/archgenpsychiatry.2009.1206.
- Saha, S., Chant, D., y McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123-1131.
- Salokangas, R. K., Ruhrmann, S., von Reventlow, H. G., Heinimaa, M., Svirskis, T., From, T., Luutonen, S., Juckel, G., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M., Patterson, P., Schultze-Lutter, F., y Klosterkötter, J. (2012). Axis I diagnoses and transition to psychosis in clinical high-risk patients EPOS project: prospective follow-up of 245 clinical high-risk outpatients in four countries. *Schizophrenia Research*, 138, 192-197. doi: 110.1016/j.schres.2012.1003.1008.
- Sanislow, C. A., Pine, D. S., Quinn, K. J., Kozak, M. J., Garvey, M. A., Heinssen, R. K., Wang, P. S., y Cuthbert, B. N. (2010). Developing constructs for psychopathology research: research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 631-639.
- Schimmelmann, B. G., Michel, C., Schaffner, N., y Schultze-Lutter, F. (2011). What percentage of people in the general population satisfies the current clinical at-risk criteria of psychosis? *Schizophrenia Research*, 125, 99-100.
- Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., y Klosterkötter, J. (2007). *Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A)*. Rome.
- Schultze-Lutter, F., Marshall, M., y Koch, E. (2012). *Schizophrenia Proneness Instrument - Child and Youth Version, Extended English Translation (SPI-CY EET)*. Rome.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Berning, J., Maier, W., y Klosterkötter, J. (2010). Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 182-191. doi: 110.1093/schbul/sbn1072.
- Shah, J., Eack, S. M., Montrose, D. M., Tandon, N., Miewald, J. M., Prasad, K. M., y Keshavan, M. S. (2012). Multivariate prediction of emerging psychosis in adolescents at high risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141, 189-196. doi: 110.1016/j.schres.2012.1008.1012.
- Simon, A. E., Velthorst, E., Nieman, D. H., Linszen, D., Umbricht, D., y de Haan, L. (2011). Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 132, 8-17.
- Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., y Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 346 doi: 10.1136/bmj.f185.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., Verdoux, H., y Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., y Carpenter W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, doi:pii: S0920-9964(13)00283-1. 10.1016/j.schres.2013.05.028.
- Tandon, R., Keshavan, M. S., y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18.
- Tsuang, M. T., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., y W., C. (in press). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, doi: 10.1016/j.schres.2013.05.004.
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad. Intervenciones iniciales en psicosis *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 15-16, 15-27.
- Vallina, O., Lemos Giráldez, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Vallina, O., Lemos, S., y Fernández, P. (2012). Intervención temprana en psicosis: Un nuevo marco y oportu-



- nidad para la prevención de la psicosis. En M. A. Castejón Bellmunt & R. San Martín Ontoria (Eds.), *Informe del estado actual de la prevención de la salud mental* (pp. 47-83). Madrid: Centro de Rehabilitación Laboral "San Blas".
- van der Gaag, M., Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M., Koeter, M., Cuijpers, P., Wunderink, L., y Linszen, D. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1180-1188.
- van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- van Os, J., Kenis, G., y Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-312.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., y McGrath, J. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 39, 625-634.
- Werbelloff, N., Drukker, M., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Yoffe, R., van Os, J., Davidson, M., y Weiser, M. (2012). Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Archives of General Psychiatry*, 69, 467-475.
- Wigman, J. T., Vollebergh, W. A., Raaijmakers, Q. A., Iedema, J., van Dorsselaer, S., Ormel, J., Verhulst, F. C., y van Os, J. (2011). The structure of the extended psychosis phenotype in early adolescence—A cross-sample replication. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 850-860.
- Woods, S. W., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Heinssen, R., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., y McGlashan, T. H. (2009). Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the north american prodrome longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 894-908.
- Woods, S. W., Walsh, B. C., Saks, J. R., y McGlashan, T. H. (2010). The case for including attenuated psychotic symptom syndrome in DSM-5 as a psychosis-risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123, 199-207.
- Yung, A. R., y McGorry, P. D. (2007). Prediction of psychosis: setting the stage. *British Journal of Psychiatry*, 191, s1-8.
- Yung, A. R., y McGorry, P. O. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., y Cosgrave, E. M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 118-128. doi: 110.1080/00048670802607188.
- Yung, A. R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B. A., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Birchwood, M., Borgwardt, S., Cannon, T. D., de Haan, L., French, P., Fusar-Poli, P., Keshavan, M., Klosterkötter, J., Kwon, J. S., McGorry, P. D., McGuire, P., Mizuno, M., Morrison, A. P., Riecher-Rössler, A., Salokangas, R. K., Seidman, L. J., Suzuki, M., Valmaggia, L., van der Gaag, M., Wood, S. J., y McGlashan, T. H. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1130-1134. doi: 1110.1093/schbul/sbs1108.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., Berger, G., Francey, S., Hung, T. C., Nelson, B., Phillips, L., y McGorry, P. (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 673-681.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., y Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis—the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.
- Zammit, S., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Gunnell, D., Heron, J., Jones, P. B., Lewis, S., Sullivan, S., Wolke, D., y Lewis, G. (2013). Psychotic Experiences and Psychotic Disorders at Age 18 in Relation to Psychotic Experiences at Age 12 in a Longitudinal Population-Based Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 742-750.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zumbo, B. D. (2007). Validity: Foundational issues and statistical methodology. En C. R. Rao & S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics: Vol. 26. Psychometrics* (pp. 45-79). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science.



LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS AMIGOS: EN EVIDENCIA

POSITIVE PSYCHOLOGY AND ITS FRIENDS: REVEALED

Marino Pérez-Álvarez
Universidad de Oviedo

La Psicología Positiva está en debate. Ha recibido importantes críticas, a las que reaccionan sus defensores, como es natural. El presente artículo trata, más que nada, de establecer las razones de una crítica dirigida a los fundamentos mismos de la Psicología Positiva: la positividad y la científicidad. Frente al marcado énfasis en los beneficios de los afectos positivos, los estudios muestran que los afectos negativos pueden ser tan positivos, como negativos pueden ser los afectos positivos. La positividad no está del lado positivo (porque no hay tal lado). Tocante a lo que la Psicología Positiva dice saber científicamente de la felicidad, no parece ser nada que no se supiera. Incluso las mejores teorías, como el modelo de actividad positiva y la teoría de la extensión-y-construcción impresionan por sus trivialidades según están plagadas de tautologías. Notable es también la falacia demostrada de la ratio de positividad. Finalmente, se plantea que la felicidad no es sostenible como principio de vida (su búsqueda no es universal ni lo mejor que hacer en la vida), ni como objeto científico, como no sea acosta de hipostasiar la experiencia subjetiva.

Palabras clave: Psicología positiva, Felicidad, Teoría de la extensión-y-construcción, MacGuffin.

Positive Psychology is being called into question. It has received substantial criticism, to which its advocates, naturally, have reacted. The present article sets out, above all, to establish the reasoning behind the criticisms of Positive Psychology's very foundations: positivity and scientificity. In contrast to the marked emphasis on the benefits of positive affect, research has shown that negative affect can be positive, just as positive affect can be negative. Positivity is not on the positive side (since no such side actually exists). Regarding what Positive Psychology purports to know scientifically about happiness, such knowledge does not appear to add anything to what we already knew. Even the best theories, such as the positive-activity model and the broaden-and-build theory, seem strikingly trivial, replete with tautology. Also noteworthy is the clear fallacy of the positivity ratio. Finally, it is asserted here that happiness cannot be sustained as either a life-guiding principle (its pursuit is neither universal nor the best thing to do in life) or a scientific objective, unless it be at the cost of reifying subjective experience.

Key words: Positive psychology, Happiness, Broaden-and-built theory, MacGuffin.

Este artículo está motivado por el artículo de Carmelo Vázquez en el nº anterior de *Papeles del Psicólogo* titulado "La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica" (Vázquez, 2013), el cual estaba, a su vez, motivado por uno mío anterior titulado "La psicología positiva: magia simpática" (Pérez Álvarez, 2012), en el que, a su decir, se hacían "críticas desproporcionadas" y "pasionales" de la Psicología Positiva (PsiPos). Ciertamente, la mía es una crítica radical de la PsiPos: de raíz y total, pero no quizá desproporcionada respecto de lo merecido ni pasional por falta de razón.

Es radical porque va a las raíces mismas de la PsiPos, tratando de mostrar que acaso no sea más que el último florecimiento de una tradición religiosa estadounidense, en alianza con el capitalismo consumista de última generación. Una psicología "típicamente americana". Y es to-

tal por cuanto toca los fundamentos científicos y empíricos de la PsiPos, como presunta ciencia de la felicidad. Radical aquí no quiere decir tajante o disolvente, supuesto que la PsiPos no tuviera nada bueno y se propusiera tirarla al río.

Dentro de esto, tal como yo la concibo, mi crítica es noble, puesto que habiendo tomado en serio la PsiPos, trata de hacer una crítica (criba y discernimiento) muy propia de la indagación científica y filosófica, sabido que la filosofía es amiga del saber, no "enemiga". Otra cosa es que la crítica tenga razones y gusten más o menos. Asimismo, entiendo que una crítica como ésta es muy propia de una revista como *Papeles del Psicólogo*, que cuenta con una sección dedicada precisamente al "contraste de opiniones" y "debates" (Forum). Pretender sustraer debates, como éste, de "un espacio que pertenece al colectivo de psicólogos colegiados en ejercicio", so pretexto de que "debe velar por el buen nombre de la Psicología y sus profesionales" (Vázquez, 2013, p. 91), como pretende Carmelo Vázquez, sería como la pretensión de aquella dama inglesa que, al parecer, cuando la

Correspondencia: Marino Pérez-Álvarez. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España. E-mail: marino@uniovi.es



teoría de la evolución era imparable, y se suponía entonces que el hombre descendía del mono, decía algo así, “por Dios, que al menos no se entere el servicio”.

Ni que decir tiene que una crítica noble es respetuosa con las personas y los autores, pero sus opiniones, ideas y argumentos puede que no sean tan respetables, porque acaso estén equivocados, sean insostenibles o de ser sostenibles sean triviales. Como dice Fernando Savater, en *El valor de educar*, “lo absolutamente respetable son las personas, no sus opiniones,” y “el derecho a la propia opinión consiste en que ésta sea escuchada y discutida, no en que se la vea pasar sin tocarla como si de una vaca sagrada se tratase” (Savater, 1997, p. 137).

En la crítica noble, la honestidad de las personas, para el caso científica y profesional, no es algo que esté en cuestión. Los psicólogos positivos no tienen necesidad de decir en su defensa que lo que hacen lo hacen “honestamente”. Por supuesto que lo hacen con honestidad, esa no es la cuestión. Sin embargo, ni los científicos están exentos de la fusión-cognitiva, del apego o de la adhesión cuasi-religiosa a las doctrinas que profesan, aspectos que pueden limitar la bondad de lo que hacen sin mermar su honestidad. La célebre restauradora de Borja (Zaragoza), se recordará del verano de 2012, hizo su restauración del Ecce Homo con toda honestidad, sin duda.

Una crítica noble admite réplicas y se arriesga a ellas. Carmelo Vázquez ha hecho una réplica documentada, argumentada, seria y brillante por momentos (decir “por momentos” no es poco, porque ni el Sol brilla en todo momento). Es una réplica que “hace justicia” a la crítica a la que responde, por lo que también se ha de tomar en serio y merece su contrarréplica, sin tener por qué ser el comienzo de un enredamiento de réplicas y contrarréplicas. El propio Carmelo Vázquez declara la “intención de no continuar con este debate”, en parte, dice, por no “contribuir a seguir alimentando currículos ajenos basados en enjuiciar repetidamente el trabajo de otros.” (p. 106). Dejando de lado esta aparente *prepotencia*, sin estar claro, en todo caso, si se debiera escribir con guión después de *pre-*, lo cierto es que quizá lo mejor sea fijar los argumentos y establecer los desacuerdos. Tan interesante como ponerse de acuerdo es saber ponerse en desacuerdo.

Por lo que a mí respecta, igualmente, no es la intención alimentar este debate, sin necesidad. Tampoco es el caso responder uno por uno a todos los puntos que pudieran tener su réplica. El propio Carmelo Vázquez responde a “algunas críticas”, no a todas, como dice, para no castigar al lector con “discusiones parasitarias” (p. 91). Todo

esto está bien. Es perfectamente legítimo organizar la réplica como uno estime mejor y el espacio y el tiempo lo permitan, así como velar por el bienestar del lector. A este respecto, es posible que los psicólogos positivos estén especialmente agradecidos de este ahorro, según muestra la investigación que el estado feliz (*happy mood*) hace a uno menos perseverante en “tareas cognitivas demandantes” y más “perezoso” (*lazy*) (Alter y Forgas, 2007; Forgas, 2013). Sin embargo, queda la duda acerca de si algunas críticas, de las más importantes, no contestadas, es sólo por ahorrar molestias al lector o, valga decir, por “incontestables” como, por ejemplo, el carácter tautológico de los discursos y de la investigación de la PsiPos (la relación infalible entre bienestar, emociones positivas y satisfacción) y la hipóstasis o cosificación en la que se incurre al hacer una ciencia de la felicidad.

El propósito de este artículo es, ante todo, fijar mi postura, para que los argumentos queden suficientemente claros y, de acuerdo con Carmelo Vázquez, los lectores puedan formarse su juicio (Vázquez, 2013, p. 106). Aunque se empezará por unas observaciones sobre la réplica, el resto del artículo fundamentará y razonará las críticas que, a mi juicio, merece la PsiPos, por su polarización de la Psicología y dudosa científicidad.

OBSERVACIONES SOBRE LA RÉPLICA

Siendo, como se reconoce que es, documentada, seria y meritoria, la réplica de Carmelo Vázquez no deja de tener sus debilidades, cuando no artimañas y argumentos *ad hominem*. Se van a señalar solamente cinco.

1. *Conceptos académicos, tomados como insultos*. Cualquiera que no tenga presente más que la réplica, pudiera pensar que la crítica de la PsiPos a la que responde es un cúmulo de insultos pues, como se dice ya en la primera página: “No resulta fácil entablar un debate racional para responder a algunas críticas que, bajo una apariencia culta, conllevan descalificaciones nada académicas.” (Vázquez, 2013, p. 91). Se refiere a calificar el optimismo como “canalla” o “sin escrúpulos”, denunciar la “mala fe” de la literatura de la PsiPos, tildar de “magia” la actividad de unos colegas o hablar de felicidad “despótica”. *Debidamente* sacados del contexto en el que se utilizan, estos conceptos pudieran parecer exabruptos a quienes no hayan leído el trabajo de referencia o les quede lejos (Pérez-Álvarez, 2012).

Si algo tienen esos conceptos, es ser académicos. Empezando por la “felicidad canalla”, que no el opti-



mismo, es un concepto introducido por Gustavo Bueno en *El mito de la felicidad*, seguramente por su potencia denotativa (significado) y connotativa (expresiva), para referirse a la concepción subjetivista y utilitarista de la felicidad, desvinculada de las virtudes, en la que cada uno va a lo suyo. Viene a cubrir el sentido de la expresión más usual y ya cursi del *carpe diem*, respecto de la cual el término “canalla” resulta, sin duda, más efectiva. En todo caso, su uso estaba explicado y justificado en el texto. Como se decía, la denominación de la felicidad como “canalla”, relativa a “lo que tiene de canina (“canalla” del latín *canis*, perro, a través del italiano *canaglia*), quiere referir el aspecto de ir cada uno a lo suyo a sacar la mayor satisfacción del momento y de la oportunidad, siendo que la felicidad está en los tiempos modernos desvinculada de cualquier virtud inserta en un orden más amplio (cosmológico, teológico-político), según lo estaba en las concepciones tradicionales.” (Pérez-Álvarez, 2012, p. 196). Ni que decir tiene que este concepto formaba parte de toda una argumentación, discutible, pero razonada y razonable.

La noción de “optimismo sin escrúpulos”, proveniente de Schopenhauer, está elaborada por el filósofo británico Roger Scruton en su libro, por cierto, altamente recomendable, *Los usos del pesimismo* (Scruton, 2010). El libro se dirige a pesimistas razonables, frente al buenismo según el cual todo el mundo es bueno por naturaleza y siempre hay algo y alguien que impide su realización y también contra vendedores de falsas esperanzas, entre los que podríamos incluir los promotores de la industria de la felicidad. Su uso en el texto explica que se “refiere a una visión del mundo repleto de oportunidades y una actitud posibilista para ser y conseguir lo que quieras. La literatura del ramo recuerda el optimismo *cándido* de *Pollyanna* y *Pangloss*” y, a partir de aquí, se explicaban estos conceptos, etc. (Pérez-Álvarez, 2012, p. 193).

La noción de “mala fe” (*mauvaise foi*), como se recordará, es un concepto introducido por Sartre (en *El ser y la nada*) para referirse a una especie de autoengaño, por el cual uno niega la libertad que tiene (la libertad es difícil de asumir por el vértigo, el miedo y la responsabilidad que implica) y, en su lugar, se comporta como un objeto inerte, “cosificado”, “irresponsable”, justificándose en que hace lo que puede o lo que *debe*. La referencia que se hace en el artículo a la mala-fe es la siguiente: “La desenvoltura con que la literatura de la PsiPos y de autoayuda hablan de la felici-

dad no puede ser más que una maniobra de “mala-fe” sartriana. Para no enfrentarse a su propia vaciedad, esta literatura engaña y se autoengaña, presentando lo que no es, como si existiera, y lo que es, como si no existiera.” (Pérez-Álvarez, 2012, p. 198). Tengo para mí que la noción de mala-fe (mejor que autoengaño y disonancia cognitiva) es fundamental en psicología, para académicos, profesionales y clientes de terapia. Puestos a ello, frente a la basura de los libros de autoayuda para la felicidad, recomendaría *Cómo ser un existencialista* del filósofo británico Gary Cox (Cox, 2010).

La noción de “magia”, tomada de la antropología cultural (Frazer y demás), se refiere a la *magia simpática*, según la cual “lo semejante produce lo semejante”, para el caso, el pensamiento positivo como *atractor* de efectos positivos. Las tautologías que plagan la PsiPos vienen a confirmar esta noción. Sin ocultar el efecto llamativo que pudiera tener la expresión “magia simpática”, no carece de sentido temático por mor del argumento según el cual parece que hubiera una “simpatía” entre ser positivo e irte bien (la positividad como polo de atracción, etc.).

Finalmente, la noción de felicidad “despótica” la introduce el sociólogo francés Gilles Lipovetsky en su ensayo sobre la sociedad del hiperconsumo titulado *La felicidad paradójica* (Lipovetsky, 2007). Como dice este autor: “El derecho a la felicidad se ha transformado así en imperativo eufórico que crea vergüenza o malestar entre quienes se sienten excluidos de ella. En la época en que reina la “felicidad despótica”, los individuos ya no se limitan a ser desdichados, ahora se sienten culpables por no sentirse bien.” (Lipovetsky, 2007, p 323).

Todos estos conceptos, altamente académicos y que es mejor conocer que no conocer, lejos de impedir un debate racional, sitúan el posible debate en un plano más profundo o elevado, sin duda por encima y más allá, sea por caso, del Instituto Coca-Cola de la Felicidad.

2. *Apropiación de lo que ya se sabía*. Asimismo, quienes no supieran más de psicología que lo que dice la PsiPos, porque acaso se hubieran “reseteado” con su llegada o se dejen llevar por una primera impresión del, sin duda, excelente artículo de Carmelo Vázquez, pudieran pensar que todo lo bueno en Psicología empezó con la PsiPos. Así, se presenta a los psicólogos positivos como “colegas preocupados honestamente por entender mejor el bienestar humano” (Vázquez,



2013, p. 106). Bien, de acuerdo. ¿Pero qué hacían los psicólogos antes de la PsiPos o hacen los que no se adhieren a ella? ¿No estaban interesados en el bienestar humano? ¿Lo estaban, pero no honestamente?

La PsiPos parece, ahora, por la audacia de su auto-denominación como “positiva”, arrogarse todo lo que tiene que ver con lo positivo: emociones positivas, bienestar, crecimiento, cambios positivos tras la adversidad, crecimiento postraumático. En relación con el “crecimiento postraumático”, algo bien conocido de antes, Carmelo Vázquez aduce los trabajos de Tedeschi y Calhoun (2004) y Joseph y Butler (2010), sin duda pertinentes e importantes. Pero estos trabajos son anteriores a la PsiPos, provenientes de las décadas de 1980 y 1990. El propio término “crecimiento postraumático” data de 1995. [Como se recordará, la PsiPos fue fundada por Seligman en el año 2000, en el jardín de su casa, con su hija de 5 años, y lanzada cual “encíclica” papal, desde la presidencia de la American Psychological Association, a los efectos, el Vaticano de la psicología.]

Los fundamentos conceptuales y evidencia empírica del crecimiento postraumático, como dicen los propios autores, tienen su origen en la “corriente general de la psicología”, representando la PsiPos una “continuación de esta tradición” (Tedeschi y Calhoun, 2004, p. 3). A partir de aquí, los autores no se “sirven” de la PsiPos, entre otras cosas, porque su modelo ya fue propuesto en 1998. Antes bien, la PsiPos se “sirve” de este modelo. Otro tanto se puede decir de Joseph y Butler (2010), quienes reconocen, cómo no, el empuje que el “movimiento de los cambios positivos tras la adversidad” ha recibido de la PsiPos, pero que, por así decir, este movimiento no vive de ella ni está a sus expensas. La cuestión es que no porque algo sea “positivo” es propio de la PsiPos, ni deja de poder ser considerado fuera de ella. Más adelante, habrá ocasión, todavía, de citar otras “apropiaciones de la positividad” debidas a la psicología de siempre.

3. *Pesimismo positivo y pasión negativa.* La réplica de Carmelo Vázquez abandona por momentos la propia PsiPos, para adoptar el pesimismo como estrategia propia y negar la positividad que, por una vez, tiene el “enemigo”. Así, él mismo adopta el tono pesimista de las avispas a las que se les “chorrea” (“cabrea”) con chorros de aire en contra de su vuelo, de otra manera feliz, hacia las flores. En esta situación, las avispas cometen errores “cognitivos”, dicen los autores del estudio en que se basa esta clasificación de las

avisvas. La imagen de las “avisvas pesimistas” que Carmelo Vázquez trae a colación es oportuna y audaz. En la primera gran crítica de la PsiPos de Richard Lazarus, decía este autor, en vista de la respuesta que le dieron, que los psicólogos positivos reaccionaban como las avispas a las que se les remueve el nido (Lazarus, 2003). Y va a tener razón Lazarus. Lo cierto es que si algo caracteriza a esa cosa llamada ciencia es la crítica. En la perspectiva de mi crítica, no se puede por menos que celebrar que la PsiPos reconozca el pesimismo como mejor opción que el optimismo, siquiera en esta ocasión.

Por otro lado, se califican las críticas de pasionales, en este caso para descalificarlas. Como se dice, “los argumentos pasionales no debieran tener un lugar prominente en una discusión académica” (Vázquez, 2013, p. 91), siendo que más adelante se reivindica la pasión como una condición mejor que la normal, cuando se dice entonces que “necesitamos menos normalidad y más pasión” (p. 104). De hecho, la pasión está reconocida entre las fortalezas de la PsiPos, como algo que hace la vida más digna de ser vivida (Vallestrand y Verner-Filion, 2013). ¿No son la ciencia y la discusión académica *apasionantes*? ¿Y no sabe la gente valorar los argumentos por lo que dicen y el razonamiento que entrañan, cualquiera que sea la “pasión”? ¿Qué podríamos pensar, y no solo Descartes, del alma sin pasiones?

4. *Curiosa manera de situar enemigos y amigos.* No deja de ser también llamativo que a los autores que critican la PsiPos, citados en mi crítica, se les “califique” de alguna manera, como si eso desautorizara su crítica, un típico argumento *ad hominem*, como si sus razones estuvieran ya descalificadas por ser de quien son. Así, se “tildan” de “infatigables polemistas”, “filósofos foucaultianos”, “expertos en literatura”, “teóricos de la terapia psicológica”, “ensayistas” o “especialistas en pedagogía aristotélica”, dando a entender que no “saben” de PsiPos o no tienen por qué meterse en ella, como si ésta fuera un parque privado. Sin embargo, “esos” autores puede que estén en buena posición para valorar la PsiPos, precisamente, por la plataforma conceptual desde la que observan, con altura de miras.

El “polemista” es James Coyne, catedrático de psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania e investigador en un Programa de Oncología Conductual. Coyne revisa los datos y evidencias de la PsiPos en el cáncer, “infatigablemente”



quizá por la persistencia en exagerar sus bondades, más allá de lo que permite la evidencia (Coyne, Tennen y Ranchor, 2010). A propósito de la crítica de Coyne, y en pro de la “ecuanimidad”, tiene razón Carmelo Vázquez en que habría que hacerse eco de la respuesta que le dieron (Vázquez, 2013, p. 99). Pero ese eco ya estaba hecho al citar en mi crítica la propia respuesta de Coyne (Coyne, Tennen y Ranchor, 2010), sin que nada haya cambiado. No por contestar, las cosas quedan “ecuanimes”. Por lo demás, es interesante seguir el Proyecto de Escepticismo Saludable de Coyne a favor de un papel crítico en el escrutinio de la psicología de la salud, sabido que la crítica es vital para la integridad y credibilidad de las ciencias de la salud, medicina y psicología (Coyne, 2010).

El “foucaultiano” es Sam Binkley, profesor de sociología en el Emerson College (Boston). Precisamente por estudiar *foucaultianamente* las raíces de la teoría e investigación sobre el bienestar psicológico, Binkley está en condiciones de poner de relieve la afinidad de la PsiPos con el programa neoliberal de gobernabilidad: cómo el discurso de la felicidad participa de la política neoliberal y del liberalismo avanzado de nuestros días (Binkley, 2011a; 2011b).

El “experto en literatura” es Eric Wilson, autor de un libro titulado *Contra la felicidad. En defensa de la melancolía*. Este libro es mejor no leerlo, si se quiere permanecer en el pensamiento único de la felicidad. La “teórica de la terapia” es Barbara Held, catedrática de Psicología de la Universidad de Nebraska, psicóloga teórica/filosófica y clínica. Quizá por “teórica” y por “terapeuta”, Held puede ver el “lado negativo de la psicología positiva” y la “tiranía” que ha llegado a ser en EEUU (Held 2002; 2004). La “ensayista” no es otra que Barbara Ehrenreich, investigadora científica y activista social, bióloga de formación, paciente de cáncer que se tropezó con la PsiPos que se aplica en ese ámbito y autora del imprescindible *Sonríe o muere* (Ehrenreich, 2011). Ella es también autora de *Una historia de la alegría* (Ehrenreich, 2008), que seguramente no perjudica para valorar la psicología positiva. El “especialista en pedagogía aristotélica” es Kristjan Kristjánsson, catedrático de Educación del Carácter y Ética de la Virtud de la Universidad de Birmingham. Gracias a que hace pie en Aristóteles, resitúa la felicidad más allá de la industria a la que ha dado lugar, en relación con las virtudes (Kristjánsson, 2012).

No parece que esta gente esté descalificada para opinar de la PsiPos, por razón de su formación, posición y plataforma conceptual. Antes bien, puede que sea muy importante lo que dicen.

5. *Vientos locales, en todas partes*. La réplica de Carmelo Vázquez trata de “pasar” las críticas de los “enemigos” de la PsiPos como “vientos locales”, sugiriendo algo así como que son cosas que ocurren aquí, en España, de parte de autores que ignoran no sólo lo que se lleva en el mundo, sino también la necesidad de integrar todo. ¿No saben lo buena que es la PsiPos, que no quiere más que el bienestar de la gente? ¿Qué es eso de criticar, no somos todos colegas? “Pero—como se dice en la réplica—los vientos locales no soplan en esta dirección de concordia y construcción.” (Vázquez, 2013, p. 106).

Dejando aparte que la crítica supone precisamente “cribar”, “discernir”, no mezclar ni integrar porque sí (la propia “criba” como aparato y acto da buena idea de lo que es criticar), las críticas a la PsiPos ocurren en todas partes. Otra cosa es que no se quiera que haya vientos en contra, como parece que tampoco les gusta a las avispas. Se acaban de citar más arriba críticas “enemigas”, de unos y otros lares (Coyne, Binkley, etc.). La propia revista de lanzamiento de la PsiPos, *American Psychologist*, publicó en 2012 un artículo que hace excusable la PsiPos, al tener que matizar todo con lo que se sabe de la psicología de toda la vida (McNulty y Fincham, 2012) y en 2013 otro, “demoledor”, del que se hablará más adelante.

Pero, puestos a hablar de “vientos locales”, la perspectiva de estos lares sur-europeos puede ser bien oportuna para percibir el “exotismo” de una psicología “típicamente americana”. Tanto el aspecto religioso de base, como el conchabamiento con el liberalismo consumista, convergentes en el individualismo “positivo” (Cabanas y Sánchez, 2012), son quizá más fácilmente percibidos desde “fuera”, que si uno está inmerso en la cultura donde la PsiPos tiene sus raíces y mayor florecimiento. Aunque bastaría estar al tanto de la historia de la psicología para no dejarse sorprender por las “novedades”, los aires que se respiran en otros lugares no perjudican, sino que pueden ser favorables, a la hora de valorar nuevas corrientes. En estos vientos locales, es de agradecer el análisis lúcido y adelantado de María Prieto-Ursúa en percibir la moda de la PsiPos cuando estaba en plena recepción (Prieto-Ursúa, 2006).



A continuación, se va a revisar la polarización de la psicología en positiva y negativa, tomando como piedra de toque los afectos.

PERJUICIOS DE LOS AFECTOS POSITIVOS Y BENEFICIOS DE LOS NEGATIVOS

La distinción entre afectos positivos y negativos, por más que establecida y de sentido común, es engañosa. Aunque, en realidad, no tiene más sentido que el signo agradable/disconfortable, esta distinción introduce una dicotomía valorativa, que termina por prescribir unas emociones y proscribir otras. Bajo la tiranía de la actitud positiva, no sentirse feliz es poco menos que ser un fracasado. Sin embargo, todas las emociones, cualquiera que sea su agrado, son funcionales y por ello “positivas”. Así, los afectos negativos tienen efectos positivos, precisamente por la experiencia disconfortante que comportan. Sin miedo no se iría muy lejos en la vida y sin vergüenza no se sería persona. Por su parte, los afectos positivos no dejan, a pesar de todo, de comportar sus desventajas.

En el contexto dominado por la PsiPos, con su énfasis monomaniaco en los afectos positivos (felicidad, bienestar, satisfacción), no está demás señalar los perjuicios de sentirse demasiado bien y las paradojas de la felicidad y su lado oscuro, así como los beneficios del afecto negativo y de la tristeza, quién lo diría.

Felices, pero acaso creídos, egoístas y tristes

Demasiada felicidad puede empalagar y cuando menos interferir en la vida. Empalaga, seguramente, cuando eres “tan feliz” que ya no necesitas nada más y permaneces “apalancado” en estado de bienestar. La felicidad interfiere cuando lleva a uno a conductas de riesgo (aventuras mal calculadas, conducción temeraria, optimismo galopante, probar de todo). Una felicidad subida puede constituir una condición clínica de hipomanía o manía, caracterizada por un persistente estado de alegría y optimismo y ausencia relativa de afectos “negativos”, de manera que todo va sobre ruedas. Al igual que en la depresión, la manía implica rumia, en este caso, de pensamientos “positivos” del tipo lo bien que me siento y lo feliz que soy (Gruber, 2011a; 2011b). Pocos hay más felices que los pacientes bipolares en fase maníaca.

La felicidad no es apropiada y adaptativa en todo lugar y tiempo. Una persona alegre y jovial puede ser más lenta, confiada y creída (que una más miedosa o pesimista) en detectar amenazas potenciales y posibles en-

gaños. Los participantes en un experimento a los que se les ha inducido un estado de humor positivo, “feliz”, muestran una tendencia a aceptar la veracidad de las comunicaciones y menos capacidad para detectar el engaño que aquéllos que tenían un humor triste, los cuales eran más escépticos y hábiles en detectar mentiras (Forgas y East, 2008). No siempre se puede andar por ahí alegremente.

Cuando se trata de aprender algo nuevo, liberado de preconcepciones y estereotipos, los afectos positivos no son muy positivos para ello. Las personas felices—a las que se les ha inducido un estado afectivo positivo, eufórico—, parecen tener un estilo de conocimiento más *asimilador* a lo que ya saben y estereotipado, que *acomodaticio* a lo nuevo y atento a los detalles, diferentemente al estado afectivo negativo (Alter y Fogas, 2007; Forgas, 2011a; 2011b; Gruber, Mauss y Tamir, 2011). Asimismo, los felices son más propensos al “error fundamental de atribución”, consistente en sobreestimar las disposiciones y motivos personales internos a la hora de explicar las conductas observadas en los demás, en detrimento de motivos externos como el rol social, la situación y las circunstancias (Forgas, 1998). Los felices pueden ser un tanto *creídos*, ahora en el sentido de vanidosos, orgullosos y pagados de sí mismos, como para tener que aprender cosas nuevas que desafíen su seguridad.

La felicidad de uno no es necesariamente una bendición para los demás. Antes bien, el feliz tiende a ser egoísta, pensando en lo suyo, más que justo con los otros. La felicidad infinita predicada por el Dalai Lama seguramente se refiere al mundo imaginado por John Lennon, sin cielo, ni infierno, ni países, todos viviendo el momento, en paz perpetua. Los participantes en un estudio a los que se les indujo un estado de humor positivo, hacen los repartos del juego (en un paradigma de economía experimental) más en función de sus impulsos egoístas, que aquéllos en un estado de humor negativo, quienes ponen más atención a las normas de justicia (Tan y Forgas, 2010). Es como si, por ser feliz, te lo merecieras todo. En otro estudio, los individuos en estado de humor positivo mostraron niveles más bajos de cortesía, en comparación con aquéllos en un estado de humor negativo. Los individuos “felices” parecen ser más superficiales en valorar la situación, en contraste con los “pesimistas”, que parecen ser más juiciosos y toman en consideración más detalles. Mientras que los individuos con humor positivo parecen ir “sobrados”, sin tener que atender a los detalles, los individuos con humor negativo



son más cautos y están más atentos a los detalles, a las normas y a los usos apropiados en las interacciones (Morse y Afifi, 2013).

Cuando todo va bien, no hay problema con expresar emociones positivas. Pero cuando se tienen problemas, la exhibición de emociones positivas (cara sonriente y demás aparejos de felicidad) da a entender que todo está O.K, sin ser el caso y sin ser probablemente lo mejor que uno pudiera hacer. Si realmente las cosas no van bien, las emociones negativas, como el enfado, la indignación, la tristeza, el temor o la preocupación, pueden ser más positivas. Tampoco las cosas se arreglan con auto-afirmaciones positivas, tan socorridas como "yo puedo", "soy adorable", "valgo mucho", etc., las cuales puede que sean así o que no (con perdón). Como no es sorprendente, los estudios muestran que el auto-bombardeo con frases positivas va bien, o al menos no perjudica, a quienes ya tienen alta autoestima y ni lo necesitan, pero perjudica a quienes más necesitan que el fraseo fuera cierto, los cuales terminan por sentirse peor: más alejados del ideal (Wood, Perunovic y Lee, 2009).

El mayor mandamiento de nuestro tiempo parece ser la persecución de la felicidad. Los estadounidenses lo tienen como un derecho inalienable en la Declaración de Independencia: junto con la Vida y la Libertad, perseguir la Felicidad (*pursuit of Happiness*). Dejando por el momento el matiz de "perseguir", la búsqueda de la felicidad entraña paradojas y tiene su lado oscuro (Ford y Mauss, en prensa; Gruber, Mauss y Tamir, 2011).

Así, la búsqueda de la felicidad puede fácilmente traer los efectos contrarios como decepción, soledad y depresión. Un estudio correlacional mostró que la gente que más valora la felicidad, más probablemente siente menos bienestar, menos satisfacción con la vida y más depresión (Mauss, Tamir, Anderson y Savino, 2011). Otro estudio mostró igualmente que quienes más valoraban la felicidad eran también los que más soledad sentían cuando antes de ir a la cama valoraban el "evento más estresante" del día (Mauss, Savino, Anderson, Weisbuch, Tamir y Laudenslager, 2012). Asimismo, otro estudio mostró que quienes más esperaban pasarlo bien en Noche-Vieja, más probablemente estaban decepcionados en los días posteriores (estudio citado por Ford y Mauss, en prensa). Algo de esto puede ocurrir cada noche que sales a "ser feliz", en vez ir a pasarlo bien, sin más pretensiones ni representaciones.

Estudios experimentales muestran, asimismo, que la al-

ta valoración de la felicidad ("sentirme feliz es muy importante para mí") da lugar a menos felicidad y a más decepción, precisamente, en situaciones en las que la felicidad era de esperar por tratarse de un contexto emocional positivo. Estudios de este tipo consisten en promover en un grupo de participantes elegido al azar una valoración de la importancia de la felicidad, mediante, por ejemplo, la lectura de un artículo, en comparación con otro grupo que lee un texto que no tiene que ver con la felicidad. A continuación, la mitad de cada grupo ve una película que induce un estado emocional feliz o triste. Los participantes a los que se les indujo a valorar la importancia de la felicidad se sintieron menos felices y más decepcionados en el contexto emocional positivo, que los participantes en el grupo sin tocar el tema de la felicidad; en el contexto emocional negativo (la película que inducía tristeza) no hubo diferencias entre los grupos, probablemente, debido a que el propio contexto ya justificaba el estado emocional "triste", mientras que en el otro uno "tenía" que estar feliz (Mauss et al, 2011; Mauss et al, 2012).

La conclusión es que la valoración de la felicidad no está asociada precisamente a más felicidad, sino a menos bienestar y satisfacción y a más depresión. Para obtener los beneficios de la felicidad lo mejor que su puede hacer es no hacer nada por ella, sino ocuparse de la vida, que no es poco. Por su parte, la cuestión tampoco está en eliminar las emociones negativas, sino en aceptarlas de una manera positiva, como parte de la vida. Nada de esto es una receta para la felicidad, sino un mero recordatorio de que la vida es así: un río, con remansos, remolinos, cascadas, recodos, que ya se sabe dónde va a dar.

Ocho buenas cosas del afecto negativo

Don't worry, be happy, no siempre es la mejor canción. Y si estás triste, no siempre es para preocuparse. *Don't worry, be sad* tiene también sus cosas buenas. Si el estado de felicidad puede traer consecuencias infelices, el estado de humor triste puede acarrear sus beneficios, al menos ocho (Forgas, 2013).

1. *Mejor memoria*. Dentro de la consabida vinculación entre afecto y memoria, el afecto negativo puede influir en que uno recuerde mejor lo que pasó. De acuerdo con lo dicho acerca del estilo más acomodativo a las circunstancias en el estado de humor negativo (triste), a diferencia del estilo más asimilativo a las preconcepciones en el humor positivo (feliz), los estudios encuentran, efectivamente, que el humor



negativo contribuye a un mejor recuerdo. Así, los testigos de un altercado, en un estudio experimental, que estaban tristes, presentaban menos distorsiones que los que estaban felices. El resultado refleja el conocido fenómeno de que la gente triste está más en sintonía con el entorno, mientras que la gente feliz parece ser más superficial (Forgas, 2013). Si la lucidez conduce al pesimismo, qué decir de dónde viene el optimismo.

2. *Juicios más precisos.* El humor negativo (a diferencia del positivo) influye en reducir primeras impresiones (efecto de primacía). Así, la gente con humor negativo hace juicios más matizados de los demás, de acuerdo con informaciones posteriores, sin quedarse con la primera impresión como suele ser el caso en quienes están con humor feliz (Forgas, 2013). En estudios de economía experimental, los participantes bajo humor triste toman decisiones más precisas y prudentes, que los felices, quienes fueron menos precisos, más arriesgados y tuvieron más pérdidas (estudios citados por Andrews y Thompson, 2009). No es casual, seguramente, que el inicio de la crisis, empezando por la quiebra del banco Lehman Brothers en 2007, estuviera presidida por el pensamiento positivo y el optimismo (Ehrenreich, 2011). El humor negativo y la depresión están, igualmente, asociados a toma de mejores decisiones en dilemas sociales, lo que se entiende que es debido a que muestran una conducta más dependiente-del-contexto y sopesan mejor costes y riesgos (Andrews y Thompson, 2009). Estudios citados por estos autores sugieren también que el análisis reflexivo en la depresión (diferente de rumias improductivas) puede mejorar el entendimiento de lo que le pasa a uno, facilitando así el esclarecimiento, el crecimiento y la recuperación.
3. *Menos credulidad.* Diversos experimentos muestran que, en general, el humor negativo tiene influencias beneficiosas en reducir la credulidad y aumentar el escepticismo a la hora de juzgar la posible certeza de rumores y "leyendas urbanas". El afecto negativo mejora la atención a los detalles y puede así mejorar la habilidad en detectar el engaño. Cuando participantes con humor inducido de felicidad o tristeza vieron en video el interrogatorio de una persona acusada de robo, los que tenían un humor negativo hacían más probablemente juicios de culpabilidad y eran significativamente mejores en detectar pistas falsas. Igualmente, los tristes eran menos propensos a aceptar expresiones faciales como genuinas, de acuerdo con

el estilo de procesamiento más atento y acomodativo asociado al humor negativo (Forgas, 2013).

4. *Reducción de estereotipos.* El humor negativo puede también reducir el uso implícito de estereotipos. En un experimento consistente en el juego "disparar/no-disparar", en el que el jugador hace de policía, cuya tarea es disparar a "tipos malos", que llevan armas, pero no a aquéllos que llevan latas de soda o un teléfono (en vez de un arma). La tarea se complicaba porque la mitad de los individuos (con armas, latas o teléfonos) llevaban un turbante musulmán, como posible inducción de estereotipo. Dentro de la tendencia general a disparar al individuo con turbante, el humor negativo reducía y el positivo aumentaba esta tendencia estereotipada (Forgas, 2013).
5. *Ventajas motivacionales.* La gente con humor triste es probablemente más persistente ante las tareas difíciles y menos propensa a adoptar estrategias autoexculpatorias de un eventual fracaso (*self-handicapping*), que la gente feliz que, como se dijo, es más conformista, a la baja (Forgas, 2013).
6. *Ventajas interpersonales.* Ya se dijo que los felices no son necesariamente una bendición para los demás, ya que parecen estar menos conectados con su audiencia. Por el contrario, los que tienen un humor negativo suelen ser más atentos y considerados (educados) a la hora, por ejemplo, de hacer preguntas y llevar una conversación (Forgas, 2013). Por su parte, la timidez de siempre fue un estilo favorable para establecer relaciones y así los tímidos solían caer mejor que los atrevidos, hasta que se inventó la fobia social que la patologizó (Lane, 2011) y se estableció el estilo extrovertido tipo escuela de negocios (Cain, 2012).
De otro lado, el humor triste también puede ser positivo en suscitar atención y cuidado de los demás, mejor que ir por ahí de "guay", con lo que acaso tengas tres problemas: lo mal que realmente estás, la privación de la ayuda de los demás que quizá necesitas (pero como te ven "tan bien") y la incongruencia entre como estás y como te muestras (propicia de decepción, soledad y depresión).
7. *Mayor justicia.* Si, como se dijo, el humor feliz promueve el egoísmo ("yo me lo merezco"), el humor triste promueve la justicia (equidad), empezando por un reparto más equitativo en juegos como los usados en economía experimental. De nuevo, los resultados muestran que el afecto negativo puede aumentar la preocupación por los otros y la equidad (Forgas, 2013).



8. *Persuasión más efectiva.* La mayor atención a los aspectos contextuales puede que esté en la base de la mayor calidad de los mensajes persuasivos que parecen tener las personas en un estado de humor triste, respecto de aquellas en un estado feliz. Cuando a los participantes felices y tristes se les pidió, en un experimento, que escribieran argumentos persuasivos a favor o en contra de temas controvertidos, los que tenían un humor negativo producían más argumentos persuasivos y de mayor calidad, que los que estaban felices (Forgas, 2013).

Como concluye Forgas, “los hallazgos están en marcado contraste con el énfasis unilateral en los beneficios del afecto positivo de la reciente literatura científica así como en la cultura popular.” (Forgas, 2013, p. 230). El afecto positivo no siempre es beneficioso ni deseable y, por su parte, el negativo no siempre es perjudicial, sino beneficioso y deseable en muchas situaciones y aspectos.

Con todo, la cuestión no era defender los afectos negativos frente a los positivos. Se ha utilizado esta polarización (afectos positivos perjudiciales y negativos beneficiosos) en aras del argumento, tratando de mostrar que la positividad que enfatiza la PsiPos es insostenible. La PsiPos conoce y reconoce, ahora, en buena medida gracias a las críticas recibidas, lo negativos que pueden ser los afectos positivos y lo positivos que pueden ser los negativos, según todo es contextual y nada es lineal. La PsiPos asume la positividad de la psicología tradicional y, por su parte, ésta parece ahora más interesada en la positividad.

Siendo así, y de acuerdo con Carmelo Vázquez, “un buen destino de la PsiPos sería su disolución en la corriente principal de la Psicología” (Vázquez, 2013, p. 106). Este “escepticismo” acerca de la entidad de la PsiPos ya lo profesaba Carmelo Vázquez en 2006, lo que sea dicho a favor de su preclara idea y coherencia intelectual. Como decía entonces, “lo que ahora tiene de “movimiento” o, si se quiere, de moda, acabará disolviéndose sin más estridencias dentro del quehacer de la Psicología. [...], el escenario más verosímil es que lo que ahora llamamos Psicología Positiva estará perfectamente integrada en el quehacer cotidiano de las próximas generaciones de psicólogos y el análisis y medida del bienestar, de las emociones positivas, o de las mejoras efectivas en la vida de la gente que tienen nuestras intervenciones será el modo incuestionado de hacer las cosas. [...] no tiene gran interés la discusión de si la Psicología Positiva pretende ser un nuevo enfoque de la Psicología. [...] no se trata de crear otra variante polarizada de la Psicología

sino de tener en cuenta, promover e investigar aquellos aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad humana, incluso para iluminar lo que es el sufrimiento psicológico” (Vázquez, 2006, p. 2).

Para disolverse en la corriente principal de la Psicología, bien se podría decir, como en la película *Horizontes lejanos*: “Nunca debiéramos haber abandonado el Mississippi”.

Pese a todo, ahí está la PsiPos, con sus sociedades, congresos, revistas especializadas, replicas y defensas vigorosas y hasta escépticos del movimiento convertidos en líderes. ¿Será porque hay, en verdad, una ciencia o será, en realidad, un “efecto Quesalid”?

¿QUÉ SABE LA PSICOLOGÍA POSITIVA DE LA FELICIDAD?

La felicidad es el santo y seña de la PsiPos. Aunque no es el único tema de su interés porque la PsiPos también se interesa en las fortalezas del carácter, la *resiliencia*, la significación, el propósito, el compromiso y las buenas relaciones (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 12), la felicidad es el centro de gravedad de todos estos temas, como se ve en la página siguiente, donde los autores la vuelven a invocar para concluir que todos ellos construyen la felicidad (p. 13).

La PsiPos aduce muchos beneficios derivados de la felicidad, se arroga un conocimiento científico de ella (no común) y nos dice también cómo conseguirla. “En contraste con la noción común de que felicidad es el resultado de las cosas buenas que nos ocurren en la vida, los resultados de las investigaciones experimentales y longitudinales demuestran que emociones positivas como la felicidad y la satisfacción general con la vida conducen realmente a mayores éxitos académicos y profesionales, mejores matrimonios, buenas relaciones, mejor salud mental y física, así como mayor longevidad y resiliencia.” (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 13).

La verdad, resulta delicado situarse como crítico de la PsiPos, por lo que pueda sugerir de que uno no está a favor de la positividad y del bienestar de la gente. [Para tranquilidad de hapiólogos y esperando amabilidad de su parte, sabido que la amabilidad es un ejercicio de psicología positiva, me permito decir que mis críticas a la PsiPos fueron escritas, básicamente, en el bienestar de las vacaciones en las terrazas Oviedo, la Costa Brava e Isla Canela. Nada hace indicar que en otro contexto las críticas fueran más positivas.] Una crítica de la felicidad no supone que uno esté defendiendo lo contrario: que la felicidad es mala cosa (aunque quizá haya cosas mejo-



res que hacer en la vida que perseguirla), que no se pueda estudiar (de hecho se viene estudiando desde hace 25 siglos) y no se deba procurar (aunque todo parece indicar que, por el momento, los mayores beneficiarios son los autores de los libros sobre cómo conseguirla).

Con todo, veamos lo que sabe la PsiPos de la felicidad. Para verlo, se van a tomar las investigaciones de mayor perfil científico como son, probablemente, las del grupo de Sonja Lyubomirsky, de la Universidad de California, autora del libro *La ciencia de la felicidad*, y Barbara Fredrickson, de la Universidad de Carolina del Norte, autora también de un libro popular sobre la *Positividad*. La propia Lyubomirsky y colaboradores nos ofrecen un trabajo titulado “¿Qué sabe la ciencia psicológica acerca de conseguir la felicidad?” (Nelson, Kurtz y Lyubomirsky, en prensa), de acuerdo con un *modelo de actividad-positiva* (Lyubomirsky y Layous, 2013). Por su parte, Fredrickson ofrece una teoría matemáticamente fundada de la positividad conocida como *teoría de la extensión-y-construcción* (Fredrickson y Losada, 2005). No obstante, antes de revisar estas teorías, se va a establecer la posición del argumento en relación con la evidencia empírica de la PsiPos.

Cuatro cosas sobre la evidencia empírica de la PsiPos

1ª) Faltaría más que los aspectos “positivos” de la vida no fueran positivos, siquiera por definición. Hablando de bienestar, sin duda, bien es mejor que mal y positivo mejor que negativo. El sempiterno y ubicuo placebo, literalmente algo positivo que “agradará”, puede que sea lo que de positivo tenga la PsiPos: un gran placebo, consistente en decir cosas positivas agradables, que siempre *placerán* más que decir las contrarias. Cuando los ejercicios de PsiPos se comparan con ejercicios-placebo esmerados (no-desaliñados, dispuestos para ganar la intervención que se estudia), sus resultados son indistinguibles (Mongrain y Anselmo-Mattews, 2012). De manera que o bien la PsiPos es Placebo—sin diferenciarse de él—, o bien el Placebo es PsiPos—cuando funciona tan bien como ella. El propio Carmelo Vázquez parece inclinarse por esta segunda variante, cuando dice que “la intervención placebo es también una intervención positiva no controlada” (Vázquez, 2013, p. 103).

Sin dejar de percibir aquí un caso más de apropiación de lo positivo como cosa de PsiPos, esta “apropiación” revela, *malgré lui*, que la PsiPos viene a ser, entonces, placebo “controlado” o “domestica-

do”. Puesto que la intervención positiva es indistinguible del placebo, decir ahora que el placebo es también intervención positiva (cuando mejor funciona) deja, en todo caso, a la PsiPos en el terreno del placebo: PsiPos “silvestre” cuando el placebo no está “controlado” y PsiPos “científica” (suponemos) cuando el placebo resulta domesticado en estudios controlados y explicado *ex post facto*.

- 2ª) Los datos de la PsiPos no dejan de ser, en buena medida, tautológicos, por más que se presenten con todos los *hábitos* científicos (métodos, estadísticas, modelos, teorías). No se trata sólo de correlaciones de lo mismo con, más o menos, lo mismo (bienestar, satisfacción, emociones positivas), sino también de intervenciones donde el resultado valorado (por ejemplo, bienestar) es, prácticamente, la propia intervención (por ejemplo, saborear recuerdos positivos). Al final, encuentras lo que metes. Si sigues una dieta rica en fructosa no debería resultar extraño encontrar una elevación glucémica en sangre. Los metaanálisis de los que dispone la PsiPos (Bolier et al, 2013; Vázquez, 2013), de por sí, no hacen más científica ni eficaz a una disciplina. La parapsicología también se vale de ellos (Radin, 2006). Todo depende de lo que metas y *mezcles*. Las intervenciones de PsiPos sobre las que se aplica metaanálisis no se caracterizan precisamente por ser muy exigentes: además de tautológicas, los grupos de control no son muy desafiantes (y cuando lo son, la intervención-placebo es como la intervención positiva).
- 3ª) Apropiación de lo positivo: pareciera que todo lo que trae bienestar, satisfacción, florecimiento, fuera cosa de la PsiPos, según lo aducen como evidencia y lo apuntan a su cuenta. Ya se ha citado el crecimiento postraumático. Otro tanto pasa con la activación conductual, referida ahora como evidencia de la PsiPos (Bolier et al, 2013; Mazzucchelli, Kane y Rees, 2010; Vázquez, 2013), siendo que data de la década de los 70 del siglo pasado. El hecho de que exista una “intervención disponible y atractiva para promover el bienestar” no quiere decir que se deba a la PsiPos ni se explique por ella. Lo mismo ocurre en relación con la flexibilidad psicológica y la aceptación (por lo demás nada nuevas) sobre las que se fundamenta la terapia de aceptación y compromiso (ACT), las cuales parecen ahora propias de la PsiPos (Biswas-Diener y Kashdan, 2013). Una confrontación de las terapias contextuales con la PsiPos puede verse en Pérez-Álvarez (2014, cap. 8).



La curiosidad es otra “cosa positiva” que parece haber descubierto la PsiPos, mostrando que quienes sienten curiosidad en un día dado experimentan también más satisfacción con su vida (Biswas-Diener y Kashdan, 2013). La PsiPos no repara en que la curiosidad está en el origen de la filosofía (según Aristóteles), seguramente porque la curiosidad a la que se refiere es más turística y de ocio (salto de trampolines y así) que filosófica (de *sapere aude* o atreverse a pensar). Como quiera que fuera, lo que tiene de “positivo” la curiosidad no se descubre ahora con la PsiPos. La amistad es otra buena cosa que contribuye a la buena vida psicológica (Biswas-Diener y Kashdan, 2013; Park, Peterson y Sun, 2013). Epicuro, con su filosofía de la amistad, se habría adelantado por unos siglos a la PsiPos, como también Séneca. Y lo que faltaba, los efectos positivos de la depresión y de los afectos negativos son también asumidos ahora como propios de la PsiPos (Biswas-Diener y Kashdan, 2013).

Por apropiados que son estos datos para el sustento de la PsiPos, amén de consabidos, no es para que se los apropie, como si se debieran a sus descubrimientos. Como se dijo, la PsiPos termina por descubrir lo que ya se sabía.

4^ª) Después de todo, los ejercicios de la PsiPos no pueden menos que parecer triviales y exóticos a un observador foráneo, a poco que se atreva a pensar. Quizá en el contexto americano estadounidense “técnicas” como sentirse agradecido al final del día (*counting blessings*), escribir cartas de gratitud, saborear las cosas buenas que nos han ocurrido o practicar el optimismo, encajen en la cultura de la gente, sin percibir su simplicidad y exotismo. La virtud de la simplicidad (Lyubomirsky y Layous, 2013), ronda aquí la simpleza. Va a resultar ahora, después de 25 siglos, que la clave de la felicidad está en 2 o 3 técnicas como las señaladas. “¡Válgame Dios!”, exclamaría Sancho, ver gigantes aquí.

¿El agradecimiento es ahora una versión “científica” de la otrora oración “te agradecemos, Señor, los alimentos recibidos...?” Quien tenga un problema real o incluso ande buscando la felicidad ¿qué pensará de “saborear” recuerdos o eventos cotidianos, si piensa un poco? ¿Qué pensarían la maestra de primaria o aquel municipal si recibieran una carta de agradecimiento por algo y de alguien que ni recuerdan? La práctica del optimismo, como si el optimismo se pudiera practicar así, de pronto, suena a

chiste, como aquél del Papa en el que, viendo niños famélicos, pregunta por qué están así y le dicen porque no comen. Entonces, el Papa les dice a los niños ¡hay que comer! ¡Hay que ser optimistas! Como si, de pronto, uno pudiera empezar a practicar el optimismo, sin haber hecho un máster en una escuela de negocios, pudiendo ser en la Harvard Business School, de donde viene esta moda del estilo extrovertido (Cain, 2012).

Puesto que los datos y las técnicas no tienen sentido sino en el contexto de las teorías, echemos entonces un vistazo a las teorías señaladas de Lyubomirsky y Fredrickson, probablemente, las mejores disponibles, como se dijo.

Modelo de la actividad-positiva

El *modelo de la actividad-positiva* (*positive-activity model*) de Lyubomirsky y colaboradores fue desarrollado para entender las variables mediadoras que explican o expliquen cómo y por qué funcionan las actividades positivas en mejorar la felicidad (Layous y Lyubomirsky, en prensa; Lyubomirsky y Layous, 2013; Nelson, Kurtz y Lyubomirsky, en prensa). Las actividades positivas son del tipo de las siguientes: además de las señaladas (agradecimiento, cartas de gratitud, saboreo y optimismo), actos de amabilidad, afirmación de los valores más importantes de uno, uso de fortalezas, práctica de la autocompasión y meditación sobre sentimientos positivos. La felicidad se define como bienestar subjetivo afectivo (experiencia de emociones positivas) y cognitivo (satisfacción con la vida de uno).

Lo que el modelo de actividad positiva trata de explicar son los mecanismos de cómo y por qué las actividades positivas aumentan el bienestar. Asimismo, trata de identificar las variables moduladoras que mejor ajustan las actividades con las personas. El modelo propone, y confirma, ¡atención!, “que las actividades positivas dan surgimiento a mayores emociones positivas, pensamientos positivos, conductas positivas y satisfacción de necesidades básicas, las cuales, a su vez, fomentan la felicidad. En otras palabras—continúan los autores—, del mismo modo que niveles elevados de Vitamina C explican cómo y por qué comer fruta cítrica reduce el escorbuto, nuestro modelo establece que más emociones positivas, pensamientos positivos, conductas positivas y satisfacción de necesidades explican cómo y por qué la realización de actividades positivas conduce a mayor felicidad.” En las conclusiones, los autores terminan diciendo: “En relativamente poco tiempo, la



ciencia psicológica ha hecho grandes avances en el entendimiento de cómo la gente puede alcanzar la felicidad. Utilizando alguna de las más efectivas metodologías disponibles, los investigadores han encontrado que la felicidad se puede lograr vía simple, con actividades rentables, no estigmatizantes, dirigidas por uno mismo, tales como escribir cartas de gratitud o mantener un optimismo diario." (Nelson, Kurtz y Lyubomirsky, en prensa). Como concluyen en otro lugar: "Un cuerpo creciente de evidencia está mostrando que estrategias incrementadoras-de-felicidad promueven aumentos de bienestar." (Layous y Lyubomirsky, en prensa).

Conclusiones triviales y tautológicas se encuentran en otros importantes autores de la PsiPos, igualmente, con un marcado perfil científico. Así, Park, Peterson y Sun dicen: "Quizá el hallazgo más consistente de la psicología positiva es que las relaciones buenas con otras personas—amigos, familiares y compañeros de trabajo—son el factor que contribuye de manera más importante a la buena vida psicológica. Cabe indicar que los aspectos que muestran correlaciones más fuertes con la felicidad son de naturaleza social: por ejemplo, la extraversión, el apoyo social, el número de amigos, las actividades de ocio, el matrimonio y el empleo (pero no los ingresos) [...] Las buenas relaciones proporcionan apoyo emocional e instrumental en momentos de estrés y desafío, pero también proporcionan un sentido de conexión y la oportunidad de celebrar las cosas buenas de la vida." (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 15).

¡Impresionante y admirable! Pero, si uno no actúa de mala-fe (dejándose engañar ingenua o interesadamente) o no es un optimista sin escrúpulos (sumido en el bienismo), no puede por menos que quedar *pasmado* ante semejantes hallazgos: auténticas trivialidades infalibles. Otra posibilidad es haber dejado de pensar, como sugieren Fernández-Ríos y Novo (2012). Mejor que la imagen de la fruta cítrica y el escorbuto, iría la de la fructosa: a más glucosa, más glucemia.

En vistas de los mecanismos hallados (triviales tautológicas), no es de esperar gran cosa de las variables modificadoras. La verdad, no parecen ser sino calderilla científica: si la variedad o la rutina de las actividades positivas es mejor para la felicidad (la variedad parece que mejor), qué dosis de actividades es la más adecuada (al parecer el recuento de agradecimientos es mejor una vez por semana que tres), la proporción mejor entre emociones positivas y negativas (si 3 a 1 o otra tasa), el ajuste de las actividades con las personas (trato social

para extrovertidos y actividades reflexivas para introvertidos) y así (Layous y Lyubomirsky, en prensa; Nelson, Kurtz y Lyubomirsky, en prensa).

Con todo, lo cierto es que la investigación de procesos y "mecanismos" puede dar trabajo para ocupar las vidas y *vitae* de investigadores. Como concluyen los autores: "Estudios futuros deben continuar investigando cómo y por qué actividades positivas particulares funcionan en aumentar la felicidad y se deberían continuar llevando a cabo estudios controlados para entender el papel causal de factores o mecanismos potenciales." (Nelson, Kurtz y Lyubomirsky, en prensa). Son de esperar numerosas aportaciones, al propio *currículum vitae*.

Teoría de la extensión-y-construcción

La teoría de la extensión y construcción (*broaden-and-build theory*) de Barbara Fredrickson, cuya formulación más compleja incluye una *ratio de positividad* (Fredrickson y Losada, 2005), representa probablemente el modelo más complejo del florecimiento humano. En comparación con aquella ecuación espurea que repartía la felicidad en porcentajes (50% genético, 10% circunstancias y 40% actividades), la *ratio de positividad* se presenta como una ecuación matemática empíricamente fundada. En esta perspectiva, la felicidad se ofrece como una espiral autopropulsada a partir de un "encendido" emocional positivo o pequeños encendidos iniciales.

El aspecto más relevante de la teoría es una distinción, en la perspectiva evolucionista, de las emociones positivas y negativas, por el alcance de sus efectos. Mientras que las emociones negativas *reducen* las urgencias conductuales a acciones específicas de sobrevivencia (como lucha o huida), las positivas *expanden* el rango de pensamientos y acciones (exploración, juego), facilitando la generatividad y la flexibilidad conductual. En contraste con las emociones negativas, siempre según esta teoría, que serían directas e inmediatas, los beneficios de las emociones positivas se propagan indirectamente y a largo plazo. "Aunque el afecto positivo sea transitorio, los recursos personales reclutados a través de momentos de positividad son duraderos. Como estos recursos se acumulan, funcionan como reservas que pueden servir al manejo futuro de amenazas e incrementar ventajas para la sobrevivencia. Así, las experiencias de afecto positivo, aunque fugaces, pueden encender procesos dinámicos con repercusiones sucesivas para el crecimiento y la sobrevivencia" (Fredrickson y Losada, 2005, p. 679).

Si las perspectivas tradicionales sostienen que el afecto positivo marca la salud y el bienestar *actual*, la teoría de



la extensión-y-construcción va más allá y sugiere que el afecto positivo también produce salud y bienestar en el futuro. Varios estudios habrían mostrado que afectos positivos medidos en un momento inicial predicen aumentos de bienestar unas semanas después (como mucha gente habrá comprobado después de unas vacaciones). “Esta evidencia—dicen Fredrickson y Losada—motiva nuestra predicción de que el afecto positivo es un ingrediente crucial para el florecimiento de la salud mental” (Fredrickson y Losada, 2005, p. 679). En esta línea, sugieren una especie de “efecto mariposa” o dependencia de las condiciones iniciales consistente en un florecimiento en espiral a partir de pequeños momentos felices.

A este supuesto efecto mariposa de los afectos positivos, los autores aplican las ecuaciones diferenciales de la dinámica de fluidos (“ecuaciones de Lorenz”) para describir los cambios emocionales a lo largo del tiempo. A partir de datos previos de dos estudios del psicólogo chileno Marcial Losada, en los que había aplicado el modelo dinámico no-lineal al funcionamiento de equipos de alto rendimiento, se mostraba que altos niveles de positividad estaban ligados a 1) repertorios conductuales más amplios, 2) mayor flexibilidad y resistencia ante la adversidad y 3) funcionamiento óptimo (Fredrickson y Losada, 2005, p. 682). De la ecuación diferencial de los cambios emocionales en el tiempo deriva la célebre *ratio de positividad* de 2.9013, con la precisión de cinco dígitos, según la cual, y redondeando, 3 experiencias de afecto positivo por una de negativo sería la proporción óptima mínima para una espiral de florecimiento. Como la positividad no tiene un crecimiento lineal (demasiada positividad no es buena) hay también un punto máximo a partir del cual la “dinámica compleja del florecimiento” se desintegra y en vez de florecimiento hay languidecimiento. Concretamente, el languidecimiento empieza en la *ratio de positividad* de 11.6346 (Fredrickson y Losada, 2005, p. 684).

Esta “ley” se daría en todos los niveles: individual, de pareja y en equipos. Como dicen los autores: “Nuestro descubrimiento de la *ratio de positividad* crítica de 2.9 puede representar un gran avance” (p. 685). La *ratio de positividad* podría ser el descubrimiento del siglo y un hallazgo único en las ciencias humanas, si no fuera, como resulta al final, que carece enteramente de fundamento. La *ratio de positividad*, a pesar de ser ampliamente citada (si bien Carmelo Vázquez no hace hincapié en ella, lo que sugiere prudencia de su parte) y de su sospechosa precisión, no ha sido revisada críticamente, hasta ahora.

Pero, ahora, el psicólogo británico Nicholas Brown y dos coautores, entre ellos el físico Allan Sokal, han publicado un artículo demoledor de la *ratio de positividad*, en la misma revista (Brown, Sokal y Friedman, 2013). [Como se recordará, Sokal es célebre por aquel artículo de 1996 en el que parodiaba la teorización postmoderna a la moda entonces y que, sin embargo, fue publicado en una importante revista de estudios culturales sin que repararan en que, como él mismo explicó, era «un fárrago de jerga postmodernista, reseñas aduladoras, citas grandilocuentes fuera de contexto, y un rotundo sinsentido, apoyado en las citas más necias que había podido encontrar sobre matemáticas y física, formuladas por académicos en Humanidades genéricamente llamados ‘postmodernos’». Sokal es también coautor (con Jean Bricmont) del libro oportunamente titulado “Imposturas intelectuales”.] Lo malo de las imposturas intelectuales es que una revista seria puede publicar “chorradas” tan bien escritas como falaces y tan aparentes como huecas. Lo bueno es que, gracias a la crítica, el conocimiento se corrige y puede progresar sin falsas armonías y construcciones espureas. La ciencia no es cosa de “concordia” y “construcciones” yuxtapuestas, lo que está bien para las asociaciones de vecinos y los campamentos, donde unos acampan junto a otros.

Brown, Sokal y Friedman demuestran (no opinan) que la aplicación de las ecuaciones de Lorenz para modelar la evolución en el tiempo de las emociones humanas carece totalmente de justificación y aparte estarían todavía los errores conceptuales y matemáticos de la aplicación concreta que hacen Fredrickson y Losada (Brown, Sokal y Friedman, 2013, p. 2). Los autores establecen cinco condiciones que debe reunir la aplicación de ecuaciones diferenciales a sistemas naturales y sociales, ninguna de las cuales estaría cumplida ni en los trabajos originales de Losada ni en el citado de Fredrickson y Losada (2005). Lo que hay en los trabajos de Losada, de acuerdo con Brown, Sokal y Friedman, es una abundancia de fórmulas matemáticas, cuya única función, dicen, es crear, sin justificación, una ecuación que pretende describir una relación entre la razón de Positividad y Negatividad que, curiosamente, proporciona un buen encaje de los datos (Brown, Sokal y Friedman, 2013, p. 10). Pero, aun si los trabajos previos fueran correctos (que no lo son), la derivación que hacen Fredrickson y Losada (2005) de una *ratio de positividad* crítica mínima es “totalmente arbitraria”, “no más que un artefacto” (Brown, Sokal y Friedman, 2013, páginas 11 y 12). La



cuestión no es que sea otra cifra, distinta de 2.9013, sino la gratuidad de cualquier valor que fuera.

El caso es que no hay nada inherentemente implausible en la idea de que la gente con una tasa más alta de emociones positivas que negativas pueda estar mejor. Sin embargo, la idea de que la gente con una positividad por encima de cierta cifra está significativamente mejor que aquella por debajo, "simplemente porque este número haya cruzado alguna línea mágica, no se sostiene en nada" (Brown, Sokal y Friedman, 2013, p. 12). La aparente credibilidad de la aplicación de ecuaciones diferenciales abstraídas del dominio de las ciencias naturales para describir interacciones humanas parece estar justificada, más que nada, por la similitud *lingüística* entre elementos del vocabulario técnico de la dinámica de fluidos y las metáforas utilizadas en la descripción de la dinámica de las interacciones humanas ("encendido" emocional, "efecto mariposa").

Análisis críticos como el de Brown, Sokal y Friedman deben ahorrar mucho trabajo futuro dedicado a dilucidar si la pretendida *ratio de positividad* es 3 a 1 u 8 de 10 (Nelson, Kurtz y Lyubomirky, en prensa) y dejar de embaucar a la gente con falsas medidas, como no se priva la propia Fredrickson en su libro popular: *Positivity: top-notch research reveals the 3-to-1 ratio that will change your life* (Fredrickson, 2009). Lo que desprestigia a la psicología son fórmulas y formulaciones pseudocientíficas como éstas que se encuentran en la ciencia de la felicidad y para el caso en la PsiPos, no las críticas.

La revista, *American Psychologist*, en el que aparece el trabajo crítico, *tritador*, de Brown, Sokal y Friedman, brindó, como es propio, a los autores concernidos la oportunidad de defender su teoría. Mientras que Losada no ha respondido, por el momento, Fredrickson ha reconocido el fiasco y trata de salvar, según su imagen, el "niño" (la idea de positividad), sin que sea arrojado con el agua "sucia" de la palangana (ecuaciones matemáticas impropriamente aplicadas) (Fredrickson, 2013). La pretendida *ratio de positividad* se convierte ahora en afirmaciones heurísticas tales como "más alto es mejor, dentro de límites" (Fredrickson, 2013, p. 7). La autora sigue defendiendo, como es de esperar, su teoría de la *potenciación positiva*, según la cual, las emociones positivas proporcionan beneficios (p. 3), para decir después que todo depende del contexto y de la "dosis" (p. 7). La verdad, es que para concluir esto no se necesitaban ecuaciones matemáticas, ni siquiera una teoría con nombre propio.

Para calibrar las hipótesis y hallazgos de la PsiPos bastaría con preguntar a la gente, sea por caso, un taxista.

Los psicólogos positivos mejor irían, de vez en cuando, en taxi a sus centros de investigación y preguntan al taxista (a varios para más seguridad) acerca de sus "hipótesis", si estar bien es mejor que estar mal, si los afectos "positivos", las relaciones "positivas" y una vida "positiva" están más relacionadas con lo "negativo" o con lo "positivo", etc.

Possible "efecto Quesalid"

No parece que haya ciencia a la vista y la evidencia empírica es como es. Los propios líderes de la PsiPos son escépticos acerca de su entidad y, sin embargo, líderes. ¿Qué puede estar pasando? Nos queda el "efecto Quesalid". Como se recordará, según nos cuenta Lévi-Strauss (en *Antropología estructural*), Quesalid era un chamán "involuntario" que vivió a principios del siglo XX en Vancouver (Canadá). Empezó a interesarse en el chamanismo siendo escéptico de su funcionamiento. Entró en la "escuela de chamanes" y aprendió las "técnicas". Para su sorpresa, aquello funcionaba y la gente no dejaba de buscar su ayuda. Al final, fue el gran chamán de la tribu. Ahora, ya se debe al éxito, le va bien y tiene que defender su "ciencia". Es como si uno terminara por capitanear un barco por ahí cuando nunca debiera haber abandonado el Mississippi.

LA FELICIDAD, UN MacGuffin PARA LA PSICOLOGÍA POSITIVA

De las secciones precedentes resultan dos grandes conclusiones. Una es que la positividad carece de sentido como para dar base a una psicología de su signo. Tan negativos pueden ser los afectos positivos, como positivos los negativos. La otra gran conclusión es que el supuesto saber científico de la PsiPos no es, en realidad, nada que no se supiera. Siendo así, ¿cómo es, entonces, que la PsiPos es tan *boyante*?, con tanto éxito, fortuna y felicidad creciente. Quizá sea porque también es *boyante* en el sentido que se dice de un buque que por llevar carga ligera no cala hondo. Y quizá sea esto, precisamente, lo que la mantiene en la cresta de la hola, tan de moda como superficial.

Se viene hablando de felicidad como si fuera una idea clara y distinta. Pero, lo cierto, es que no se sabe qué es la felicidad, según para cual es algo distinto y ni siquiera lo mismo a lo largo del tiempo. Aunque la PsiPos define operativamente la felicidad como bienestar subjetivo y satisfacción con la vida, ello no hace sino desplazar la cuestión a lo que sea el bienestar. Para el caso, estamos en lo mismo.



Toda disciplina que quiera presentarse como “ciencia de la felicidad”, debe plantear cuestiones de más calado. Y no por plantearlas, lo que sea la felicidad queda necesariamente acotado como “objeto de una ciencia”, porque puede ser que, parafraseando a San Juan de la Cruz, “ni baste la ciencia humana para saberla entender” (*Subida del Monte Carmelo*). Pero así, al menos, el estudio de la felicidad no sería tan superficial. No bastaría con subir al Monte Carmelo y tener allí una “unión divina”, para el caso, una concordia de unos conocimientos con otros, poniendo en “comunidad” todo lo que se ha encontrado. Más que eso, sería necesario subir a los Picos de Europa de la filosofía y plantear con altura las cuestiones conceptuales y filosóficas que, se quiera o no, implican el estudio de la felicidad (Pérez Álvarez, 2012). Por lo que aquí cabe hacer, se van a plantear dos grandes cuestiones de fondo. Aun siendo discutibles, como son, permítase únicamente su planteamiento, por fijar el argumento y acordar los desacuerdos. Las dos cuestiones tienen la misma entrada: la *improcedencia de la felicidad* como:

- ✓ principio de la vida y
- ✓ objeto científico.

La improcedencia de la felicidad como principio de la vida

1º) No se sabe qué es la felicidad. La felicidad no es un término categoremático, que diga algo por sí mismo, sino vacío, *sincategoremático*, a expensas de determinarse con diversos contenidos y valores, a veces contrapuestos entre sí. “La felicidad *trágica* de quien lleva a cabo una venganza seguramente no es del mismo tipo que la felicidad *cursi* de quien contempla una puesta de sol.” (Pérez Álvarez, 2012, p. 198). Como dice Aristóteles, aun para una misma persona, la felicidad será la salud si está enferma, la riqueza cuando es pobre y así. Todos quieren la felicidad, dice Séneca, pero al buscarla, andan a tientas. Lo que pudieran tener en común los distintos contenidos y valores es un *sentimiento de bienestar subjetivo*. Pero es como decir nada, porque puede ser cualquier cosa, para empezar, lo que tú digas. Así, un estudio señala hasta 17 tipos de bienestar subjetivo (Diener y Chan, 2011, p. 26).

2º) Lo que sea la felicidad es inseparable de las actividades y contextos, más allá del “momento” subjetivo. La experiencia de bienestar subjetivo está intercalada en el curso de las actividades y contingencias que forman parte de lo que hacemos y nos

pasa, al hilo de las circunstancias de la vida. La preponderancia que el bienestar *subjetivo* cobra hoy sobre todas las cosas, responde más a una condición moderna, entendible en términos históricos (utilitarismo, consumismo, etc.), que a su naturaleza intrínseca, definible y objetivable por sí misma.

3º) La felicidad no es un fenómeno universal. “El ser humano—decía Nietzsche—no aspira a la felicidad; sólo el inglés hace eso”, teniendo a la vista seguramente el utilitarismo surgido allí. Pero hoy quizá sean los estadounidenses quienes más lo hacen. Como dice la periodista británica afincada en EEUU, Ruth Whippman, la manera americana de buscar la felicidad es agobiante: ¿soy feliz? ¿suficientemente feliz? ¿tan feliz como los demás? ¿podría estar haciendo algo más para ser todavía más feliz? “La meta es tan elusiva y difícil de definir, que es imposible saber cuándo se ha logrado—un billete para la neurosis.” (Whippman, 2012). El Dalai Lama mejor haría en revisar su aserto según el cual el propósito de la vida es la felicidad. Como si la gente no tuviera cosas más importantes que hacer.

Lo cierto es que la felicidad, lejos de ser una aspiración universal, no es algo que busque todo el mundo, sino que incluso es aversiva para mucha gente (Johanloo y Weijers, en prensa). Los estudios muestran que la felicidad no es siempre lo más valorado, sino muchas veces algo aversivo y temido. La gente refiere más de una razón para temer la felicidad (Johanloo y Weijers, en prensa).

- ✓ Ser feliz trae malas cosas: tras la felicidad viene la infelicidad, como después de una subida viene una bajada; so sería necesario ser taoísta para hacerse cargo de esta dialéctica y va-y-ven de la felicidad; estando feliz puedes estar seguro de que no lo vas a estar más adelante.
- ✓ Ser feliz puede hacer que te sientas “peor persona”: si estas padeciendo injusticia y marginación, estar feliz sugiere que estás tomando las cosas a la ligera; uno puede aborrecer la felicidad porque se sentiría indigno de merecerla sabiendo que otros están con sufrimiento.
- ✓ La expresión de felicidad puede ser malo para uno y los demás, en algunas culturas: puede molestar a otros y suscitar envidias y “mal de ojo”, lo que a la postre podría perjudicar a uno.
- ✓ Perseguir la felicidad puede ser también malo para uno y los demás: por las paradojas que entraña, el



egoísmo autocomplaciente, el desvío de compromisos con la comunidad y negligencia para con los demás. El bienestar en muchas culturas implica más las emociones socialmente comprometidas (sentimiento de comunidad, amistad y vergüenza), así como la armonía social, que el bienestar *subjetivo*, centrado en sentirse bien uno, con elevada autoestima y escasa vergüenza (Gruber, Mauss y Tamir, 2011, p. 228).

Como concluyen los autores, “la evidencia que hemos reunido no sólo pone en duda la universalidad de la alta valoración de la felicidad, sino que también muestra que diferentes creencias acerca de ella llevan a algunas personas y grupos a temerla.” (Johanloo y Weijers, en prensa).

- 4^o) Cosas mejores que hacer en la vida. Un mejor objetivo que la felicidad podría ser una vida significativa, con sentido y valiosa. Una vida significativa puede no ser necesariamente feliz y una vida feliz puede que no sea muy significativa y valiosa, sino acaso un tanto insignificante y autocomplaciente. Aunque felicidad y vida significativa tienen mucho en común, los estudios muestran que son experiencias de la vida distintas (Baumeister et al, 2012). Mientras que la felicidad sería una experiencia más elemental, enraizada en la tendencia natural a la satisfacción y la comodidad subjetiva, situada en el presente, la vida significativa sería más compleja, enraizada en valores culturales que pueden incluir dificultades, insatisfacciones, incomodidades y la realización de actividades no precisamente placenteras. Asimismo, la vida significativa implica la integración del pasado, presente y futuro, asume la propia vida (lo feliz que sea) y la proyecta más allá del momento, sin importar lo fácil o difícil que resulte (Baumeister et al, 2012).

La PsiPos también habla de “vida significativa”, empezando por Seligman et al, a propósito de la educación, pero en la práctica se queda en los típicos ejercicios de “escribir tres cosas buenas” que ocurrieron cada día durante una semana y reflexionar sobre ellas (“por qué ocurrieron”, “qué significan”) y en “usar fortalezas características de uno” (Seligman et al, 2009). Aunque refieren una serie de beneficios, no se habría de ser demasiado optimista, a tenor de lo que se sabe acerca de los efectos paradójicos de perseguir la felicidad y de fomentar la autoestima. Así, el ejercicio de las “tres cosas buenas”, además de dejar fuera “buena” parte de la vida, puede fácilmente llevar a la decepción y la sole-

dad, por efecto paradójico, como sabemos por los experimentos citados. En relación con las “fortalezas de uno”, ya se sabe lo que trajo el culto y el cultivo de la autoestima: egos inflados y narcisismo.

La impropiedad de la felicidad como objeto científico

- 1^o) Ciencia sospechosa. Se llevan más de 25 siglos debatiendo acerca de la felicidad, como para que ahora, en los últimos años, se descubran sus claves. Por otra parte, ya es difícil establecer el estatuto de la misma Psicología como ciencia de la conducta, como para que, de pronto, se establezca la ciencia de la felicidad. Lo cierto es que lo que sabe *científicamente* la PsiPos de la felicidad son cosas consabidas, si es que no directamente simplezas, como se ha mostrado. Las mayores credenciales científicas de la PsiPos parecen ser los “datos”, como si eso ya hiciera una ciencia. La apelación a los “datos”, “hechos” o “evidencia empírica” no va más allá de la concepción popular de ciencia (Chalmers, 2012, p. 1). Los “datos”, si dicen algo “científico” es en el contexto de una plataforma conceptual, teoría o modelo. Por lo que ya vimos, los mejores modelos y teorías de la PsiPos son, por así decir, de “andar por casa”, para consumo interno. No resisten un escrutinio. La mayor “plataforma conceptual” de la PsiPos sigue siendo, *malgré lui*, la ideología neoliberal en la tradición del individualismo positivo (Cabanas y Sánchez, 2012; Pérez Álvarez, 2012).
- 2^o) La felicidad, más que cosa de ciencia. La temática y problemática de la felicidad desborda su consideración como *objeto* científico. Si, por un lado, la felicidad es una *idea* que cruza muchos campos, más que una categoría científica, por otro, la ciencia no es el patrón de todo saber, ni la última palabra. La felicidad es un ejemplo claro de cómo el conocimiento científico queda por debajo del fenómeno, como no sea reduciéndolo a hallazgos triviales.
- 3^o) De la hipóstasis a la impostura. ¿Cómo que no se puede estudiar científicamente la felicidad? Por supuesto que se puede, puesto que se hace. Lo hace la PsiPos. Y lo hace a costa de hipostasiar, reificar o sustantivar la experiencia subjetiva como aspecto común a la multitud y diversidad de contenidos y valores de felicidad. La hipóstasis supone aquí entresacar, descontextualizar y sobredimensionar la experiencia subjetiva, convertida ahora en objeto e instrumento, siendo que es un aspecto inseparable



que forma parte de todo un curso de actividades, vicisitudes y circunstancias de la vida. El recorte y acotamiento de un aspecto subjetivo no se habría de considerar un logro o hallazgo, sino una hipóstasis. La experiencia subjetiva de bienestar en relación con el río de la vida es poco menos que el *flogisto* en relación con la combustión: acaso como el humo, que existe (como existe la experiencia), pero que sin el fuego no es gran cosa, como para ser “cosa” de una ciencia. Erigir del bienestar subjetivo una ciencia, por más que se estudie metódicamente, ronda la impostura, si recordamos lo que realmente ha aportado: nada que no se supiese, trivialidades e incluso índices falaces.

4^o) *Introgénesis científica*. La reificación de la subjetividad puede que no traiga conocimientos nunca vistos, pero no es inocua. El estudio de la felicidad, con sus instrumentos (escalas, ratios) y procedimientos (ejercicios, cursillos), se presta especialmente el conocido efecto de la reflexividad institucional, según el cual, los propios conocimientos científicos reobran sobre el fenómeno estudiado, alterándolo y adulterándolo en alguna medida (sensibilización, hiperreflexividad). En particular, la consideración de la felicidad como instrumento para “mayores éxitos académicos y profesionales, mejores matrimonios,” etc. (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 13), en vez de una derivación de cómo te va en la vida, puede que termine por traer paradójicamente beneficios pírricos (Ford y Mauss, en prensa; Gruber, Mauss y Tamiar, 2011; Lipovetsky, 2007; Whippman, 2012). Al final, la ciencia de la felicidad viene a solucionar los problemas que crea la propia ciencia de la felicidad.

Un MacGuffin

Siendo así, que ni principio de la vida ni objeto científico, la cuestión “crítica” está en explicar la *bonanza* de la que goza la literatura de la felicidad. Quizá la clave está en “perseguir”, más que en hallar y tener. En la película *En busca de la felicidad* (dirigida por Gabriele Muccino en 2006), el protagonista repara en cómo “Thomas Jefferson escribiendo la Declaración de Independencia, en aquel apartado que hablaba acerca de la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad. [...] supo poner la palabra “buscar” ahí en medio, como si nadie realmente pudiera alcanzar la felicidad. ¿Significa que la felicidad es algo que estamos destinados a buscar, pero que nunca encontraremos?” ¿Era tan “listo” Jefferson como para poner eso, a fin de tener entretenido al personal?

Lo cierto es que la gente, empezando por los americanos a los que se dirige la Declaración de Independencia, los mismos a los que se refiere hoy Whippman, andan buscando la felicidad, sin saber qué es, donde lo importante parece que fuera la propia persecución. La persecución de la felicidad recuerda las películas de espías. El “intrínquilis” de las películas de espías no está tanto en lo que buscan (una fórmula, un código secreto, un diamante), como en la elusiva búsqueda. Eso que buscan, y que puede ser cualquier cosa, es lo que hace funcionar la película y la hace tan intrigante. Ese elemento de suspense que hace que avance la trama pero que en sí no es importante es un *MacGuffin*, según la conocida expresión inventada por Hitchcock. Lo explica el propio Hitchcock a Francois Truffaut: «La palabra procede del music-hall. Van dos hombres en un tren y uno de ellos le dice al otro “¿Qué es ese paquete que hay en el maletero que tiene sobre su cabeza?”. El otro contesta: “Ah, eso es un MacGuffin”. El primero insiste: “¿Qué es un MacGuffin?”, y su compañero de viaje le responde: “Un MacGuffin es un aparato para cazar leones en Escocia”. “Pero si en Escocia no hay leones”, le espeta el primer hombre. “Entonces eso de ahí no es un MacGuffin”, le responde el otro.” (*El cine según Hitchcock*).

No hay leones en Escocia, pero hay una maleta encima del viajero con un artificio. El viajero de la maleta ha mantenido la intriga y la persecución del otro viajero, para el caso, la ciencia de la felicidad y la literatura de autoayuda (en la maleta y sobre la cabeza). Como sugiere Whippman, la felicidad parece funcionar como un *MacGuffin*, pero que, como dice, este “elusivo *MacGuffin* está creando una nación de nervios destrozados.” (Whippman, 2012).

El final de *El halcón maltes* puede aclarar el resto, cuando preguntan de qué está hecho el pájaro (un *MacGuffin*), por el que se “mata” la gente. Como responde Sam Spade (H. Bogart), shakesperianamente: “Del material del que están hechos los sueños.”

REFERENCIAS

- Alter, A.L. y Forgas, J.P. (2007). On being happy but fearing failure: The effects of mood on self-handicapping strategies. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 947-954.
- Andrews, P.W., y Thomson, J.A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116, 620-654.



- Baumeister, R., Vohs, K., Aaker, J. et al. (2012). Some key differences between a Happy life and a Meaningful Life. *Stanford Graduate School of Business Research Paper* No. 2119. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2168436> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2168436> (accedido 12 de julio de 2013).
- Binkley, S. (2011a). Happiness, positive psychology and the program of neoliberal governmentality. *Subjectivity*, 4, 371-394.
- Binkley, S. (2011b). Psychological life as enterprise: Social practice and the government of neo-liberal interiority. *History of the Human Sciences*, 24, 83-102.
- Biswas-Diener, R. y Kashdan, T. B. (2013). What Happy People Do Differently. *Psychology Today*, published on July 02, 2013
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013, en prensa). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13:119 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/119>
- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., y Friedman, H. L. (2013, July 15). The Complex Dynamics of Wishful Thinking: The Critical Positivity Ratio. *American Psychologist*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0032850
- Cabanas, E. y Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33, 172-182.
- Chalmers, A. F. (2012). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XX.
- Cain, S. (2012). *El poder de los introvertidos en un mundo incapaz de callarse*. Barcelona: RBA.
- Cox, G. (2010). *Cómo ser un existencialista o cómo tomar el control, ser auténtico y dejar de poner excusas*. Barcelona: Ariel.
- Coyne, J. C. (2010). Current issues and new directions in Psychology and Health. The role of the critic in health psychology: The Healthy Skepticism Project. *Psychology & Health*, 25, 647-650.
- Coyne, J. C., Tennen, H., y Ranchor, A.V. (2010). Positive psychology in cancer care: a story line resistant to evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 35-42.
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43.
- Ehrenreich, B. (2008). *Una historia de la alegría: El éxtasis colectivo de la Antigüedad a nuestros días*. Barcelona: Paidós.
- Ehrenreich, B. (2011). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Barcelona: Turner.
- Fernandez-Ríos, L. y Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeigeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333-346.
- Ford, B. Q., y Mauss, I. B. (in press). The paradoxical effects of pursuing positive emotion: When and why wanting to feel happy backfires. En J. Gruber y J. Moskowitz (Eds.), *The light and dark sides of positive emotion*. Oxford University Press.
- Forgas, J.P. (1998). On being happy but mistaken: Mood effects on the fundamental attribution error. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 318-331.
- Forgas, J.P. (2011a). She just doesn't look like a philosopher...? Affective influences on the halo effect in impression formation. *European Journal of Social Psychology*, 41, 812-817.
- Forgas, J.P. (2011b). Can negative affect eliminate the power of first impressions? Affective influences on primacy and recency effects in impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 425-429.
- Forgas, J. P. (2013). Don't worry, be sad! On the cognitive, motivational, and interpersonal benefits of negative mood. *Current Directions in Psychological Science*, 22, 225-232.
- Forgas, J. P. y East, R. (2008). How real is that smile? Mood effects on accepting or rejecting the veracity of emotional facial expressions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 32, 157-170.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: top-notch research reveals the 3-to-1 ratio that will change your life*. Nueva York: Three Rivers Press.
- Fredrickson, B. L. (2013, July 15). Updated Thinking on Positivity Ratios. *American Psychologist*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0033584
- Fredrickson, B. L. y Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.
- Gruber, J. (2011a). When feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 217-221.
- Gruber, J. (2011). A review and synthesis of positive emotion and reward disturbance in bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 356-365.
- Gruber, J., Mauss, I. B., y Tamir, M. (2011). A dark side of happiness? How, when and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 222-233.
- Held, B. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965-992.



- Held, B. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology, 44*, 9-46.
- Joseph, S., y Butler, L.D. (2010). Positive changes following adversity. *PTSD Research Quarterly, 21*, 1-8.
- Joshanloo, M. y Weijers, D. (en prensa). Aversion to happiness across cultures: A review of where and why people are averse to happiness, *Journal of Happiness Studies*.
- Kristjánsson, K. (2013). *Virtues and vices in positive psychology. A philosophical critique*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lane, C. (2011). *La Timidez. Cómo la psiquiatría y la industria farmacéutica han convertido emociones cotidianas en enfermedad*. Granada: Zimerman.
- Layous, K., y Lyubomirsky, S. (2013). How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Current Directions in Psychological Science, 22*, 57-62.
- Layous, K., y Lyubomirsky, S. (en prensa). The how, who, what, when, and why of happiness: Mechanisms underlying the success of positive interventions. En J. Gruber y J. Moskowitz (Eds.), *Positive Emotion: Integrating The Light and Dark Sides*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2003). The Lazarus manifesto for positive psychology and psychology in general. *Psychological Inquiry, 14*, 173-189.
- Lipovetski, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
- Mauss, I. B., Savino, N. S., Anderson, C. L., Weisbuch, M., Tamir, M., y Ludenslager, M. L. (2012). The pursuit of happiness can be lonely. *Emotion, 12*, 908-912.
- Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., y Savino, N. S. (2011). Can seeking happiness make people unhappy? Paradoxical effects of valuing happiness. *Emotion, 11*, 807-815.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T. y Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis. *Journal of Positive Psychology, 5*, 105-121.
- McNulty, J.K., y Fincham, F.D. (2012). Beyond positive Psychology? toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist, 67*, 101-110.
- Mongrain, M. y Anselmo-Mattews, T. (2012). Do Positive Psychology Exercises Work? A Replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology, 68*, 382-389.
- Morse, C. y Afifi, W. A. (2013). I'm not rude, I'm just moody: The impact of affect on politeness in initial interactions. *Communication Research*. doi: 10.1177/0093650212465432
- Nelson, S. K., Kurtz, J. L., y Lyubomirsky, S. (en prensa). What psychological science knows about achieving happiness. In S. J. Lynn, W. O'Donohue, y S. Liliensfeld (Eds.), *Better, stronger, wiser: Psychological science and well-being*. Nueva York: Sage.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31*, 11-19.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles del Psicólogo, 33*, 183-201.
- Pérez-Álvarez, M. (2014, en prensa). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud, 17*, 319-338.
- Radin, D. (2006). *Entangled minds. Extrasensory experiences in a quality reality*. Nueva York: Parview.
- Savater, F. (1997). *El valor de educar*. Barcelona: Ariel.
- Scruton, R. (2010). *Usos del pesimismo. El peligro de la falsa esperanza*. Barcelona: Ariel.
- Seligman, M., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive Psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education, 35*, 293-311.
- Tan, H.B. y Forgas, J.P. (2010). When happiness makes us selfish, but sadness makes us fair: Affective influences on interpersonal strategies in the dictator game. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*, 571-576.
- Tedeschi, R.G., y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Vallerand, R. J. y Verner-Filion, J. (2013). Making People's Life Most Worth Living: On the Importance of Passion for Positive Psychology. *Terapia Psicológica, 31*, 35-48.
- Vázquez, C. (2006). La psicología perspectiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo, 27*, 1-2.
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo, 34*, 91-115.
- Whippman, R. (2012). America the Anxious. The New York Times, September 22, http://opinionator.blogs.nytimes.com/2012/09/22/america-the-anxious/?_r=0
- Wood, J. V., Perunovic, W. Q. E., y Lee, J. W. (2009). Positive self-statements: Power for some, peril for others. *Psychological Science, 20*, 860-866.



PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA CONDUCCIÓN DE LA PRUEBA PRECONSTITUIDA EN VÍCTIMAS ESPECIALMENTE VULNERABLES

PROTOCOL PROPOSAL FOR PRERECORDING EVIDENCE FROM ESPECIALLY VULNERABLE VICTIMS

José Luis González¹, José Manuel Muñoz², Andrés Sotoca¹ y Antonio L. Manzanero³

¹Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil. ²Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid.

³Universidad Complutense de Madrid

La prueba preconstituida es una fórmula jurídica que en los casos de víctimas especialmente vulnerables tiene dos objetivos fundamentales: por un lado, proteger el testimonio de la víctima (indicio cognitivo) del deterioro derivado de múltiples e inadecuados abordajes, y por otro, evitar la revictimización provocada por el sistema policial y de justicia. Conscientes de la ayuda que la Psicología Jurídica puede realizar al desarrollo de esta diligencia procesal, en el presente artículo se desarrolla una propuesta para la conducción de la prueba preconstituida basada en los conocimientos provenientes de la Psicología del Testimonio y de la Psicología de la Victimización Criminal además de la experiencia práctica de psicólogos criminalistas y forenses.

Palabras Clave: Psicología jurídica, Abuso sexual, Víctimas, Memoria de testigos.

The preconstituted evidence is a legal formula that in cases of especially vulnerable victims has two main objectives: a) protect the victim's testimony (cognitive evidence) of the subsequent deterioration of multiple and inappropriate interventions, b) avoid revictimization due on its way through the criminal process. In this paper a protocol for the development of preconstituted evidence is presented based on the knowledge of the Psychology of Testimony and the Psychology of Criminal Victimization in addition to the practical experience of criminologists and forensic psychologists, aware of the support that the Forensic Psychology can bring to the development of this procedural stage.

Key words: Forensic psychology, Sexual abuse, Victims, Eyewitness testimony.

Podemos considerar víctimas vulnerables a las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir una victimización secundaria o re-victimización provocada por el sistema judicial, con una escasa capacidad para defender sus derechos sin ayuda, e incluso con el riesgo de ser excluidas por el sistema. Por esta razón, las víctimas de especial vulnerabilidad suelen ser menores, ancianos, personas con discapacidad o con enfermedad mental. Diferentes estudios han tratado de establecer el nivel de prevalencia de algunas de estas víctimas especialmente vulnerables, fundamentalmente en el caso de los menores (Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011) y las personas con discapacidad (González, Cendra y Manzanero, 2013). No obstante, la carencia de datos sobre prevalencia de delitos sobre ancianos y personas con enfermedad mental y las limitaciones de algunos de los estudios sobre prevalencia en menores dificultan una estimación real del problema (Ramírez y Fernández, 2011), aunque revisiones en diferentes países (Stoltenborgh et al., 2011) apuntan hacia

un aumento del número de denuncias interpuestas, sin que eso suponga necesariamente un aumento de esta fenomenología criminal (Garrido y Masip, 2004). Los delitos contra estos colectivos resultan especialmente problemáticos cuando se trata de hechos difíciles de acreditar (se producen sin testigos y sin evidencias físicas que los corroboren), cuando las víctimas presentan limitaciones para denunciar y cuando se produce sistemáticamente la ocultación del delito porque tiene lugar en el ámbito familiar (privado). Así sucede por ejemplo en los abusos sexuales, donde podría existir una elevada cifra negra de criminalidad (Lameiras, 2002).

La consideración de los menores y las personas con discapacidad como sujetos con derechos y necesidades específicas derivadas de sus características psicológicas es relativamente reciente. En el caso de los menores se inicia a finales del siglo XIX y consolida en la segunda mitad del siglo XX (Arruabarrena y De Paúl, 2008). Aunque hay que esperar hasta el año 2006 para que la ONU promulgue la *Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Esta nueva perspectiva social conllevaría cambios a nivel legal. Uno de los ámbitos de especial protección de menores y personas con discapacidad será su paso por el Sistema de Justicia. En 2005 el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas aprobó

Correspondencia: Antonio L. Manzanero. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón. España.
E-mail: antonio.manzanero@psi.ucm.es



las Directrices sobre la justicia en asuntos en los que se ven implicados menores de edad como víctimas y testigos de delitos, recogiendo unas prácticas adecuadas basadas en los siguientes derechos de los niños: a) a un trato digno y comprensivo; b) a la protección contra la discriminación; c) a ser informado; d) a ser oído y a expresar opiniones y preocupaciones; e) a una asistencia eficaz; f) a la intimidad; g) a ser protegido de sufrimientos durante el proceso de justicia; h) a la seguridad; i) a medidas preventivas especiales; y h) a la reparación.

Con respecto a las personas con discapacidad el artículo 13 de la Convención para este colectivo especifica: "1) Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares. 2) A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario."

En España, las políticas y servicios de atención y protección de menores no comenzarán su andadura hasta los años ochenta, tras la promulgación de nuestra Constitución. Cambios legislativos significativos serán la Ley 21/87, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) en materia de adopción y otras reformas de protección de menores; y la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que en relación al paso del niño por el proceso judicial, en su art. 9.1 señala que las comparecencias judiciales del menor "se realizarán de forma adecuada a su situación y al desarrollo evolutivo de éste, cuidando de preservar su intimidad".

Aunque no existe en nuestra legislación un auténtico estatuto de protección de los menores en el proceso penal cuando comparecen en calidad de víctimas o testigos, se han producido importantes reformas de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrím) encaminadas a procurar dicha protección. Así en la Ley Orgánica 8/2006, de 4 de di-

ciembre, se introducirán modificaciones en los arts. 433, 448, 707 y 731 bis en este sentido, abriendo un nuevo abanico de facultades a los Jueces y Tribunales a la hora de acordar medidas concretas de protección de los menores víctimas y testigos (Alcón y De Montalvo, 2011).

Es en este marco de protección de las personas de especial vulnerabilidad a su paso por el proceso penal en el que a lo largo de este trabajo se va a abordar la conveniencia de la prueba preconstituida (Magro, 2008), también denominada en ocasiones anticipada. En el panorama internacional, tanto el Tribunal de Estrasburgo (STEDH de 2 de octubre de 2002, caso SN contra Suecia; y de 16 de diciembre de 2003, caso Magnusson contra Suecia), como el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (STJCE de 16 de junio de 2005, María Pupino, asunto C-105/03) admiten la validez de las pruebas preconstituidas para el caso en que las víctimas sean menores de edad. En España también se cuenta con abundante jurisprudencia, como ya se ha apuntado, y supone un buen referente la Sentencia nº 96/2009 del Tribunal Supremo (Sala 2ª), porque realiza una interpretación actualizada del término "imposibilidad"¹ de comparecencia el día de la Vista Oral, incluyendo los casos en que existe riesgo cierto de producir consecuencias para la incolumidad psíquica y moral de menores de edad víctimas de delitos sexuales.

No obstante nuestro Alto Tribunal recuerda que esta práctica no debe ser indiscriminada, y que en cada menor habrá que valorar si su comparecencia puede afectar a su desarrollo personal o a su salud mental (Molina, 2009). A este precepto también se hace mención en la Circular 3/2009 de la Fiscalía General del Estado, que establece que para realizar una preconstitución de la prueba en casos de menores víctimas de delitos sexuales debe concurrir alguna de las dos circunstancias siguientes: a) que se acredite mediante un informe pericial que la comparecencia del menor en el acto de juicio oral puede ocasionarle un grave daño psicológico (i.e., STS nº 332/2006 de 4 de marzo); y b) que el niño sea muy pequeño y el lapso temporal entre la primera declaración y la fecha de juicio oral pueda afectar a la calidad de su relato (i.e., STS nº 1582/2002 de 30 de septiembre, STC nº 174/2011 de 7 de noviembre).

Con respecto a otros colectivos de víctimas especialmente vulnerables, España ratificó la *Convención Internacional*

¹ Más cercana al art. 777 LECrím, que deja abierto el motivo por el que sea imposible practicar la prueba el día de la vista oral, a diferencia del procedimiento ordinario que establece supuestos muy tasados (muerte, incapacidad o residencia fuera de la Península).



de los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2007, y actualmente se está tramitando el *Estatuto de las Víctimas* que tratará de aplicar la Convención a nuestra legislación. La Decisión Marco 2001/220/JAI del Consejo, de 15 de marzo de 2001 (LCEur 2001, 1024), relativa al estatuto de la víctima en el proceso penal, obliga a brindar a los sujetos pasivos de hechos delictivos que sean especialmente vulnerables un trato específico acorde con su situación (art. 2, apartado 2). Más recientemente, la Directiva 2012/29/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, establece las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, incluyendo en los arts. 22 y 23 a las “víctimas con necesidades especiales de protección”, aunque no es de obligado cumplimiento por los Estados miembros hasta el 16 de noviembre de 2015. En este marco jurídico, la prueba preconstituida se ha empezado a aplicar a personas con discapacidad intelectual y por lo tanto figura en la jurisprudencia española (i.e., STS nº 962/2011 de 29 de septiembre; SAP Lérida nº 322/2012 de 24 de septiembre).

Por tanto, en España el recurso a la prueba preconstituida es jurídicamente posible y tiene dos fines fundamentales: por un lado, evitar las consecuencias de la victimización secundaria (salvaguarda del superior interés de las víctimas especialmente vulnerables), y por otro, proteger el elemento probatorio (la prueba testifical) en aras de obtener la verdad material (Gisbert, 2011). Resulta obvia, por tanto, la ayuda que la Psicología Jurídica puede ofrecer al Derecho para la consecución de ambos objetivos (De la Rosa, 2011), para lo cual en este artículo se recordarán los aportes de la Psicología del Testimonio y de la Psicología de la Victimización Criminal, y se propondrá un protocolo de actuación basado en la experiencia de psicólogos criminalistas y psicólogos forenses (Muñoz, Manzanero, Alcázar, González, Pérez y Yela, 2011; Recio, Alemany y Manzanero, 2012) en la práctica de las diligencias procesales relacionadas con la preconstitución de la prueba.

EL INDICIO COGNITIVO: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE PROTECCIÓN

Para establecer la realidad judicial de los hechos se consideran diferentes medios de prueba. Entre los más comunes están los materiales, documentales, periciales y testificales. Esta última está relacionada con las declaraciones sobre los hechos y las identificaciones de los autores. Tanto unas como las otras tratan de obtener una

descripción sobre lo ocurrido y las personas participantes, así como su reconocimiento. Sobre estas tareas influyen los procesos atencionales, perceptivos, de memoria, lenguaje y pensamiento. De ahí la denominación de indicio cognitivo.

Se establece (Orden JUS/1291/2010 de 13 de mayo sobre normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología) que la prueba debe guardar una cadena de custodia para evitar alteraciones, sustituciones, contaminaciones o destrucciones. El procedimiento de custodia incluye la forma de extraer o recolectar la prueba, su conservación y la entrega fiscalizada. Generalmente se aplica a la prueba material, sin embargo, por extensión debería aplicarse a cualquier tipo de prueba, también a la testifical. La realidad es que por norma general la prueba testifical es sistemáticamente excluida de estos procedimientos, y las declaraciones e identificaciones no guardan la cadena de custodia que permita evitar que los recuerdos se alteren, sustituyan, contaminen o destruyan. Porque en contra de lo que marcan las creencias comunes, la memoria no es infalible ni funciona como una cámara de vídeo que registra fielmente todo lo ocurrido, con la posibilidad de reproducirlo sin variación, tiempo después, las veces necesarias. Los recuerdos están en continua transformación y se ven afectados por procesos de deterioro debido al paso del tiempo y a la interferencia de información ajena (Baddeley, Eysenck y Anderson, 2010).

En general, estaríamos de acuerdo en que no tendría sentido acudir a la escena del crimen a recoger muestras transcurrido un tiempo suficientemente largo, y que cada vez que alguien acude allí puede contaminar las pruebas si no se hace con el cuidado suficiente. Además, todo el material recogido susceptible de sufrir efectos de transferencia o contaminación debe custodiarse en óptimas condiciones para ser protegido y minimizar su deterioro. De igual modo, el indicio cognitivo (el recuerdo) se deteriora transcurrido un plazo de tiempo, y se reconstruye cada vez que el testigo (víctima o imputado) recuerda y narra los hechos, con la posibilidad de que se contamine con información del entorno, las preguntas formuladas, los medios de comunicación o los comentarios de otros. La degradación y contaminación de los recuerdos será especialmente grave cuando se trate de testigos vulnerables, cuanto más tiempo haya pasado, y en sucesos mediáticos. Los estudios sobre el funcionamiento de la memoria muestran que no existe ningún procedimiento que permita recuperar los recuerdos originales una vez que éstos se hayan transformado (Man-



zanero, 2010; Togliola, Read, Ross y Lindsay, 2007). En general cuando no se ha guardado la cadena de custodia de una prueba, deja de tener validez, ante la posibilidad de contaminación, sustitución, alteración o destrucción. Todos estos efectos pueden sufrir los recuerdos cuando no se actúa con las debidas precauciones y en este sentido la prueba testifical podría igualmente quedar invalidada.

La investigación en Psicología del Testimonio ha delimitado los distintos factores que pueden afectar a la huella de memoria que tradicionalmente se han organizado en tres grupos (Manzanero, 2010):

- a) Factores que afectan a la fase de codificación de la información. Dentro de este grupo tendríamos, por un lado, características de la situación de victimización criminal (i.e., condiciones perceptivas, duración, sensación de riesgo para la vida, etc.) y, por otro, características de la víctima/testigo (sexo, edad, emociones experimentadas, etc.)
- b) Factores que afectan a la fase de retención de la información. Englobarían: el tiempo de retención, el número de repasos y las recodificaciones.
- c) Factores que afectan a la fase de recuperación de la información. Aludirían al número de veces que se ha abordado a la víctima sobre los supuestos hechos denunciados y la forma en que se han llevado a cabo los distintos abordajes. La investigación en este sentido es clara al señalar que a mayor número de veces que la víctima haya tenido que recuperar el recuerdo mayor probabilidad de distorsión del mismo. Por otro lado, también se ha comprobado que cuanto menos edad tiene el menor más vulnerable es a la sugestión derivada de una exploración inadecuada (i.e., estilo de entrevista directivo y con uso de preguntas tendenciosas, capciosas, sugerentes, de elección forzada o tipo si/no).

Los factores contaminadores que inciden en la fase de codificación y retención se escapan a cualquier control dirigido a minimizar su impacto. Sin embargo, los factores que afectan a la fase de recuperación son evitables siempre que se aborde a la víctima de una forma adecuada. En este sentido, son claros los beneficios del recurso a la prueba preconstituida guiada por un experto en Psicología Jurídica, fundamentalmente cuando se trata de testigos y víctimas especialmente vulnerables para los que se deben articular las adaptaciones necesarias en las entrevistas policiales y judiciales (Milne y Bull, 2006) tal y como se ha mencionado más arriba y establece la legislación española e internacional para garantizar los derechos de estos colectivos.

EL IMPACTO PSÍQUICO EN LA VÍCTIMA ESPECIALMENTE VULNERABLE: PREVIENIENDO LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Las distintas investigaciones han puesto de manifiesto la dificultad para establecer un patrón psicopatológico único asociado a la vivencia de una situación de victimización, detectándose una amplia variedad de signos y síntomas de muy escasa especificidad en las muestras analizadas (Milner y Crouch, 2004; Pereda, 2009). Así por ejemplo, en el caso especial de los abusos sexuales, se han detectado desajustes en las funciones fisiológicas, y en las áreas cognitiva, emocional, conductual y relacional de las víctimas dependiendo de su edad (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005). En otras ocasiones las víctimas no tienen una vivencia traumática de la experiencia victimizante (i.e., falta de capacidad cognitiva para dotar de significado social a los hechos e inexistencia del dolor durante la realización de la actividad sexual ilícita) no produciéndose una desestabilización en su estado psicológico. En términos generales, es frecuente encontrar que los factores emocionales asociados al recuerdo del hecho traumático no siempre encajan con lo esperado (Manzanero, Recio, Alemany y Pérez-Castro, 2013). Por tanto, parece difícil determinar con exactitud la presencia o ausencia de una situación delictiva atendiendo únicamente al estado psicológico de la posible víctima (Milner y Crouch, 2004). Así, por ejemplo, muchos de los desajustes psicológicos asociados al abuso sexual infantil pueden ser fruto de otros estresores psicosociales en la vida del menor (por ejemplo, una situación de ruptura parental).

Siguiendo los datos arrojados por los distintos estudios, son muchos los factores que pueden modular el impacto que un hecho delictivo puede tener sobre la víctima, así como en su recuperación futura. Entre esos factores cabe citar las características del delito, el grado de familiaridad con el agresor, el desarrollo intelectual, factores de vulnerabilidad y resiliencia, el sexo de la víctima, y la respuesta por parte del entorno de apoyo (Ramírez y Fernández, 2011). Los efectos más graves se vinculan a un mayor nivel de contacto físico, mayor frecuencia y duración de la situación victimizante, a que el agresor sea una persona significativa para la víctima y al empleo de la fuerza y la violencia. El peor pronóstico de recuperación parece relacionado con el menor apoyo y el mayor conflicto intrafamiliar (Lameiras, 2002).

Será importante, por tanto, que el técnico encargado de guiar la prueba preconstituida, cuente con un perfil



del estado psicológico de la víctima con anterioridad a la realización de ésta, que oriente, en base a criterios clínicos, sobre la idoneidad o no del momento elegido para su realización. Si se decide llevar a cabo la prueba preconstituida, el entrevistador deberá estar atento a los indicadores de sufrimiento emocional en la víctima para aplicar técnicas de intervención en crisis que minimicen el nivel de malestar, o aconsejar al juez la suspensión de la prueba, ya que además de suponer un daño adicional para la víctima puede afectar a su testimonio, colocándola en una situación de indefensión jurídica.

Por otro lado, el paso de las víctimas especialmente vulnerables por el Sistema de Justicia puede conllevar daños adicionales a su estabilidad psicológica, es lo que se conoce como victimización secundaria. El principal factor de riesgo en este sentido sería la sobreexposición de la persona en situación de vulnerabilidad a distintas evaluaciones-entrevistas que pueden producir, por un lado, la continua re-experimentación de emociones negativas asociadas a la vivencia traumática; y por otro, la sensación de descrédito, principalmente si sus declaraciones son fuertemente cuestionadas por la defensa del acusado, que afectará a su autoestima y favorecerá el mantenimiento o desarrollo de sentimientos de culpa. Ambas cuestiones interferirán con una evolución terapéutica positiva (Hamblen y Levine, 1997; Lameiras, 2002; Turman y Poyer, 1998).

De nuevo la opción jurídica de la prueba preconstituida parece un recurso adecuado que contribuiría a minimizar estos efectos secundarios derivados del paso de las víctimas de especial vulnerabilidad por el proceso penal, integrando las exigencias psicológicas con los imperativos jurídicos (Echeburúa y Subijana, 2008). Se han recogido los siguientes puntos esenciales para asegurar un adecuado desarrollo de esta diligencia procesal (adaptados de Caso, Arch, Jarne y Molina, 2011):

- ✓ Principio de protección. La víctima adquiere todo el protagonismo, dirigiéndose todos los esfuerzos judiciales a procurar un contexto en el que se sienta cómoda, ofreciéndole un entorno de tranquilidad y confianza en el que pueda expresarse libremente.
- ✓ Principio de adecuación a las concretas circunstancias de cada víctima vulnerable. El entrevistador deberá preparar su exploración atendiendo a las características psicológicas de la víctima. El grado de desarrollo emocional y sus capacidades cognitivas (pensamiento y lenguaje) exigirán del entrevistador adaptar las preguntas en función de estas circunstancias.

- ✓ Principio de intimidad. La víctima debe expresarse libre y sinceramente. Se buscará un entorno en el que se minimicen todas aquellas circunstancias que puedan coartar a la víctima vulnerable (i.e. características que remarquen la autoridad del entrevistador). Cuanto menos note la presencia de otros actores del proceso judicial más cómoda se sentirá la víctima. Intimidación no es sinónimo de ocultamiento. El entrevistador debe explicar a la víctima, atendiendo a sus capacidades cognitivas, el desarrollo y sentido de la diligencia. Nunca se debe mentir.
- ✓ Posibilidad de participación de expertos. Será el Juez quien, valorando las circunstancias concurrentes, decidirá si es preciso o no esta garantía adicional. La situación del menor en el proceso (testigo/víctima), el desarrollo cognitivo, y la gravedad de delito parecen ser los criterios utilizados por el juzgador para recurrir a la colaboración del experto (Circular 3/2009 FGE). En este sentido el Tribunal Supremo (Sentencia nº 96/2009) concede al experto un papel activo en el desarrollo de la prueba y no de mero espectador: *“la actuación del experto no puede limitarse a una función espectadora o de presencia pasiva, sino de aportación activa de sus conocimientos o habilidades propia de su experiencia... Eso no significa que el interrogatorio lo dirija el experto, sino el Juez de Instrucción con intervención de las partes presentes, bajo el control de aquél y por medio del instrumental del experto”*. Una posibilidad de intervención de expertos que se recoge claramente en el art. 433 de la LECrim: *“toda declaración de un menor podrá realizarse ante expertos y siempre en presencia del Ministerio Fiscal”*. A este respecto parece interesante resaltar las palabras de Caso y colaboradores (2011): *“El juez no tiene competencias técnicas para llevar a cabo tales entrevistas. El juez no es un psicólogo ni debe creer que la Psicología es ciencia sencilla. Su experiencia no es suficiente. Abordar a solas tales entrevistas puede ocasionar un grave perjuicio al menor”*. Con respecto a las víctimas con discapacidad intelectual se recomienda la figura del facilitador (Recio et al., 2012).

PROPUESTA DE ACTUACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PRUEBA PRECONSTITUIDA

Teniendo en cuenta los dos beneficios fundamentales de la prueba preconstituida, salvaguardar el indicio cognitivo (testimonio) como elemento probatorio y evitar la victimización secundaria, en los apartados que siguen se propone un diseño de actuación a partir de la experien-



cia práctica de psicólogos criminalistas y forenses de nuestro país. Recordemos que en el caso de los menores, la necesidad de una protocolización en este sentido fue planteada durante la tramitación parlamentaria de la LO 8/2006, que si bien no fue definitivamente recogido en la Ley, contemplaba: “en las declaraciones de menores en los procesos penales se les tomará declaración a través de un experto, al que el Juez, el Ministerio Fiscal y las partes previamente habrán facilitado las preguntas, y esta exploración será seguida por el Juez y las partes a través de un espejo unidireccional o de un circuito cerrado de vídeo y podrán sugerir nuevas preguntas a través del experto, grabándose en soporte audiovisual para su valoración” (Circular 3/2009 FGE). La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada por la ONU establecía esta misma posibilidad.

Esta diligencia procesal, como ya se ha señalado, no supone una actividad pericial, por cuanto se trata de una variante de la exploración judicial de la víctima, con lo cual no es equiparable a la evaluación forense del caso, que puede o no requerirse posteriormente al técnico por la instancia judicial y que implicaría otro tipo de intervenciones además de la obtención y valoración del testimonio (i.e., exploración psicopatológica, aplicación de pruebas psicométricas, contacto con otros profesionales, etc.). También habría que diferenciarla de las diligencias policiales derivadas de la investigación criminal de los supuestos hechos y que pueden incluir la entrevista con la posible víctima. Es recomendable, a la luz de las distintas investigaciones, que en el caso de repetir entrevistas éstas sean conducidas por los mismos entrevistadores (Milne y Bull, 1999; Ainsworth, 2001; Milne y Bull, 2006; Bull, Valentine y Williamson, 2009); por tanto, si los psicólogos criminalistas han abordado ya a la víctima dentro de la investigación criminal deben ser los encargados de guiar la realización de la prueba preconstituida. En caso contrario, lo normal es que la demanda se realice al psicólogo forense adscrito al juzgado.

Una vez que el Juez de Instrucción motiva la conveniencia de recurrir a esta diligencia, y solicitada la intervención del técnico vía judicial, éste debe explicar al Juez las condiciones más adecuadas para alcanzar los objetivos pretendidos, así como la forma de intervenir de los distintos operadores jurídicos (como el traslado por escrito de las cuestiones que desean que el técnico formule a la víctima; una situación que se repetirá tantas veces como sea necesario, hasta que se dé por finalizada la exploración judicial). También se explicará que el ritmo

de la entrevista vendrá marcado por las características de la víctima, y las limitaciones que se podrán encontrar en el desarrollo de la prueba, que en ocasiones pueden llevar a suspender la misma (ansiedad de separación, reticencias a hablar con el entrevistador, bloqueo emocional, llanto continuo, etc.). Hechas estas advertencias (fundamentadas en los conocimientos científicos para la optimización de la obtención de testimonios), para realizar la prueba preconstituida el técnico debería seguir los siguientes pasos.

1) Vaciado del expediente y contacto con el contexto de la víctima

El técnico analizará toda la información obrante en el atestado policial y/o expediente judicial, para obtener una visión clara del ilícito penal que supuestamente se ha producido (que guiará posteriormente sus preguntas), y realizará una entrevista con los cuidadores o representantes legales de la víctima vulnerable para obtener datos de su proceso psicoevolutivo, factores étnicos (si proviene de otra cultura), rutinas diarias, situación de revelación de los hechos delictivos, reacción por parte del contexto y estado psicológico de la víctima.

2) Preparación del espacio físico

Este punto, a pesar de su importancia, en la mayoría de las ocasiones viene impuesto por la disponibilidad y medios del Palacio de Justicia. Hay que recordar que la entrevista debe ser seguida en tiempo real por los distintos operadores jurídicos (juez, fiscal y abogados de las partes) para que posteriormente introduzcan, a través del técnico, las preguntas aclaratorias que estimen oportunas. Además la entrevista debe ser grabada en soporte audiovisual para que posteriormente pueda ser reproducida en la fase de juicio oral y valorada por el Tribunal sentenciador (sin perjuicio de que se pueda utilizar también como material que ayude a realizar alguna pericia sobre credibilidad del testimonio). Lo idóneo sería contar con dos salas contiguas conectadas por un sistema de circuito cerrado de televisión, o con espejos unidireccionales (tipo cámara de Gesell). La solución más empleada por los autores de este trabajo es el empleo de la sala de vistas (en la que estarían las partes), y de un despacho cercano (en donde se realizaría la entrevista), disponiendo en el despacho una cámara de vídeo que con el consiguiente cableado permita presenciar en directo la entrevista en un monitor instalado en la sala de vistas. El equipo de grabación debería ser lo más dis-



creto posible, y antes de dar comienzo a la prueba habría que asegurar el funcionamiento correcto de todo el instrumental.

El ambiente en la sala de entrevista debe ser privado, con suficiente iluminación, adecuada ventilación y temperatura, informal, con mobiliario adaptado al tamaño del entrevistado y libre de perturbaciones y de todos aquellos objetos que pueda distraer la atención. Cuando no se cuente con un espacio específico para este tipo de diligencias, y se den distintas opciones al técnico, éste deberá hacer su elección basándose en el criterio de aquella sala que pueda producir menos estrés a la víctima. En definitiva, el espacio debe ser lo menos intimidatorio posible para facilitar el establecimiento del rapport (clima cálido y de confianza). En este sentido, los adolescentes, por lo general, se encontrarán más cómodos en un entorno como el de los adultos (Carrasco, 2012).

3) Preparación de la entrevista

El análisis de toda la información disponible y la entrevista con las personas significativas del entorno de la víctima especialmente vulnerable permitirá al técnico diseñar la entrevista en torno a cuatro elementos importantes: el momento, el tiempo de duración, el espacio físico (ya abordado) y la intervención del entrevistador.

En la medida de lo posible, es mejor planificar la prueba en un momento que sea idóneo para la víctima, tanto desde el punto de vista emocional (situación psicológica derivada de los hechos) como del desarrollo de sus rutinas diarias (horas de comida y/o sueño, actividades lúdicas, etc.) para que su cooperación no se vea afectada por estas variables (Ezpeleta, 2001). En este sentido, conviene recordar que muchas víctimas de estas características no acuden voluntariamente a la situación de entrevista.

La prueba preconstituida supone una situación de estrés para toda persona especialmente vulnerable, de mayor o menor intensidad dependiendo de su desarrollo cognitivo y del estado emocional previo, por dos motivos fundamentales: primero, porque el contexto judicial es un espacio desconocido y excesivamente formalista; y, segundo, porque el motivo de la interacción es desagradable, sobre todo si ha habido una vivencia traumática de los hechos. Por tanto, la duración de la entrevista deberá ser la mínima imprescindible, siempre atendiendo al estado emocional de la persona entrevistada durante la misma y al sentido jurídico de ésta (medio probatorio). Las distintas investigaciones indican que no es recomendable una entrevista de más de una hora, incluso en cir-

cunstancias idóneas. En cualquier caso, habrá que estar atentos a las señales de fatiga y pérdida de concentración, ya que si la persona está muy cansada o ha desistido, será mejor finalizar la entrevista (Carrasco, 2012).

Respecto a la intervención del entrevistador, en primer lugar cuidará su vestimenta para evitar marcar la asimetría de la relación. Con respecto a la comunicación no verbal, debería situarse a la misma altura visual que el entrevistado para estimular el trato de igualdad, favorecer la comunicación y percibir las señales no verbales de éste que puedan indicar un estado de malestar emocional. Se evitará el contacto visual directo cuando se aborden los hechos relativos a la situación de victimización, sobre todo cuando se trate de delitos sexuales. La postura corporal adecuada por parte del entrevistador será aquella que exprese receptibilidad hacia el discurso de la víctima, inclinándose ligeramente hacia adelante y sin cruzar los brazos. Al hablar, lo hará en un tono cálido y melodioso, y con un ritmo más bien lento, evitando expresamente una infantilización del lenguaje. Si bien también conviene evitar ser excesivamente cálidos y simpáticos, ya que así se pueden provocar excesivas ganas de complacer, lo que facilita un aporte de información más extenso pero compromete la fiabilidad. El estilo de entrevista, sin olvidar el carácter jurídico de ésta, deberá ser flexible, ya que las víctimas de estas características reaccionan de forma poco productiva a los contextos y métodos de entrevista rígidos (Carrasco, 2012).

4) Fases de la entrevista

Podría dividirse la entrevista técnica dentro de la prueba preconstituida en cuatro fases, a lo largo de las cuales serán de aplicación todas las recomendaciones científicas existentes sobre la obtención de testimonios de personas vulnerables (por ejemplo, Milne y Bull, 1999; Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin y Horowitz, 2007; Milne y Bull, 2006; Bull y cols., 2009; Alemany, Quintana, Recio, Silva, Manzanero, Martorell y González, 2012):

a) Fase introductoria

El objetivo fundamental de esta fase es el establecimiento del rapport con la víctima, prepararle para el desarrollo de la prueba, valorar su nivel de desarrollo cognitivo (desarrollo lingüístico y nivel de razonamiento y conocimientos), y apreciar el desarrollo de sus habilidades sociales. También esta fase es importante para favorecer la atención y la sensación de seguridad (Ezpeleta, 2001), por lo que se le alentará a que exprese todas las dudas y preo-



cupaciones que tenga. Puesto que se trata de una fase preparatoria, no será imprescindible grabarla, salvo que lo disponga expresamente el Juez de Instrucción; aunque si posteriormente se tiene pensado proceder a valorar la credibilidad del testimonio de la víctima no estaría de más (y, de paso, esa grabación siempre serviría de modo didáctico para que el experto comprobara el nivel en que se encuentran sus destrezas). Como principales pasos a seguir, cabría citar:

- ✓ Recepción de la persona que vamos a explorar y presentación del entrevistador, facilitando su nombre.
- ✓ Preguntar a la persona a explorar su nombre completo, edad, si conoce el lugar en el que se encuentra, por el sitio donde vive. Dependiendo de la edad y capacidad de la persona, se puede incluso dar una vuelta con ella por el Palacio de Justicia y presentarla a las diferentes personas que van a intervenir en la prueba, explicándole el papel que desempeña cada uno de ellos, todo en un lenguaje comprensible.
- ✓ Aclaración del marco de la entrevista. Se le indicará el propósito de la entrevista, evitando expectativas irreales sobre los fines y requerimientos del entrevistador. También se le explicará el desarrollo de la entrevista, informándole de que va a estar en una sala a solas con el/ los técnico/s, y que habrá otras personas observando, pero en una sala distinta. Estas explicaciones se le pueden facilitar visitando ambas salas.
- ✓ Aclaración sobre las limitaciones de la confidencialidad. El motivo de que otras personas visualicen la entrevista es porque quieren ayudarlo y garantizar su seguridad. Las personas de su entorno (profesores, vecinos, amigos, etc.) y el resto de personas que trabajan en el Palacio de Justicia no tendrán acceso a esa información.
- ✓ Establecer las reglas de la entrevista. Se le transmitirá la necesidad de escuchar atentamente las preguntas, no apresurándose a contestar, que cuente todo lo que recuerde, aunque piense que no es importante, pero solo de lo que esté seguro, indicándole que puede rectificar cuando haya dicho algo erróneo, que debe solicitar aclaración cuando no comprenda alguna de las preguntas que se le realicen, motivándole para que se esfuerce y lo haga lo mejor que pueda.
- ✓ Evaluar sobre la marcha su comprensión de los conceptos de verdad y de mentira, asegurando que entiende que es muy importante decir la verdad en todo lo que relate. Se le recordará que puede decir que no se acuerda de algo, o que no sabe la respuesta a una pregunta. Se le indicará que es mejor que diga que no quiere ha-

blar de un tema (situación que deberemos respetar) a que invente (o mienta) sobre él. Y se le transmitirá que su relato es importante, solicitando expresamente su colaboración. Conviene además informar de que aunque se le pregunte varias veces sobre el mismo aspecto no significa que sus respuestas están equivocadas sino que el entrevistador puede estar confuso.

- ✓ Advertirle de que se va a grabar la entrevista, y explicarle el motivo e importancia de ello. Incluso se le puede permitir que ayude a instalar el equipo de grabación audiovisual para que se desentienda de él.
- ✓ Informarle de dónde van a estar sus familiares o cuidadores que le han acompañado durante el tiempo que dure la entrevista.

b) Fase de transición

Los objetivos de esta fase serán afianzar el rapport, avanzar en la exploración de las habilidades cognitivas y sociales, entrenarle en la técnica de narración libre que se utilizará en la siguiente fase, y evaluar su forma de recuerdo. Durante esta fase, el técnico debe adoptar una estrategia poco directiva, abordando primero algún tema neutro y agradable (amigos, juegos, programas de tv, aficiones, etc.; utilizando la información aportada previamente por su contexto sobre sus intereses y fortalezas), y centrando después su atención en un episodio positivo reciente que se le pedirá que recuerde y describa lo más detalladamente posible. Esto servirá de entrenamiento para que posteriormente también realice explicaciones detalladas, al tiempo que permite evaluar sus capacidades cognitivas. Durante esta fase ya estarán a solas el entrevistador y la persona a explorar. No obstante, dado que se van a utilizar medios audiovisuales, se puede contemplar la posibilidad de que participe un ayudante (adecuadamente presentado) que no intervendrá en la entrevista y que se ocupará de asegurar que los medios técnicos (cámara de vídeo y cableados) funcionen correctamente (que el sonido y la imagen se reciban adecuadamente en la sala donde estén los observadores, que la cámara esté adecuadamente encuadrada en todo momento, y que la entrevista se grabe). Esta fase preparatoria también convendría grabarla, y que fuera presenciada por las partes, a criterio del Juez Instructor.

c) Fase sustantiva o de obtención del relato

El objetivo de esta fase es obtener un relato lo más extenso y exacto posible sobre los hechos investigados. Es-



ta fase, que será continuación de la anterior, se iniciará en cuanto el entrevistador considere que es el momento adecuado, introduciendo una consigna del tipo *¿sabes por qué has venido hoy aquí? Cuéntame todo lo que recuerdes de esa situación*. En este sentido, el técnico puede recurrir al empleo de protocolos ya contrastados (ver las referencias ya citadas sobre entrevista a menores o personas con discapacidad intelectual, y especialmente para esta fase el trabajo de Lamb et al., 2007, sobre el protocolo del NICHD; o las propuestas de Recio et al., 2012 para las personas con discapacidad). Al final de este período el técnico ha tenido que obtener información suficiente sobre las siguientes cuestiones (en caso de abuso sexual infantil; para otros delitos habría que adaptar los aspectos a documentar):

- ✓ **Quién:** nombre del supuesto agresor y su relación con él.
- ✓ **Cuándo:** en qué momento del día (mañana, tarde, noche), de la semana (fin de semana, diario), antes/después de ___ ocurrían los hechos investigados. Este aspecto es de especial relevancia legal ya que dependiendo de la edad y capacidad de la persona evaluada en el momento del supuesto delito la calificación jurídica de los hechos será una u otra, por lo cual, no debe sorprender al técnico que los distintos operadores jurídicos hagan hincapié en este aspecto. No obstante, debe tenerse en cuenta que algunas personas especialmente vulnerables podrían no ser capaces de contestar a esta pregunta o a las relativas a la frecuencia.
- ✓ **Dónde:** qué veía la persona durante la comisión del supuesto hecho delictivo, cómo era el lugar, en qué parte de la casa, si era en más de un sitio,...
- ✓ **Frecuencia:** saber cuánto (mucho/poco) y desde cuándo.
- ✓ **Cómo:** qué hacía el supuesto agresor, qué hacía la víctima, posiciones en las que estaban, si hablaron de algo,...
- ✓ **Circunstancias del delito:** si se trata de un delito sexual, si tenían la ropa puesta o quitada, si había o no luz, si oía algún ruido, si la puerta estaba abierta o cerrada, si le ha visto desnudo, si ha visto el "pito/pene" del sospechoso, si le hizo fotos en algún momento,...
- ✓ **Personas implicadas** (si había más personas presentes).
- ✓ Si la víctima ha sido testigo de *hechos similares* hacia otras personas.
- ✓ Indagar si el supuesto autor le ha dado consignas del tipo *que no lo cuente / que es un secreto*.
- ✓ Indagar si el supuesto autor le ha *amenazado / maltratado de alguna forma*. En caso de que se haya amenazado a la víctima, indagar en qué consiste la

amenaza y qué importancia / consecuencias tiene para ella.

- ✓ Indagar si el supuesto autor le ha *seducido* con regalos, muestras de afecto.

Cuando el técnico termine su intervención, hará una pausa y se dirigirá hasta la sala en la que se encuentren los observadores (mientras el ayudante, si existe, se queda con la persona explorada, tratando temas neutros), a fin de recopilar las preguntas de éstos, que las habrán ido anotando durante el visionado de la entrevista. Conviene informar a la persona explorada del motivo por el que el entrevistador abandona la sala. Las preguntas planteadas por los distintos operadores jurídicos serán trasladadas por el técnico a la persona explorada (víctima) previa reelaboración, conforme al siguiente procedimiento y orden en el tipo de preguntas a realizar (Manzanero, 2010). Este proceso se repetirá las veces que las partes consideren necesario hasta haber asegurado que el Juez de Instrucción considere que se ha cumplido con el preceptivo principio jurídico de contradicción entre las partes.

Se finalizará el abordaje de los hechos denunciados comprobando si hay otros temas adicionales relevantes que no se hayan tratado, dando oportunidad a la perso-

TIPO Y ORDEN DE PREGUNTAS	OBJETIVO
1. Preguntas abiertas	Obtener información sin presionar ni dirigir las contestaciones.
2. Preguntas específicas no sugerentes	Aclarar más la información proporcionada por la víctima
3. Preguntas cerradas	Aclarar más la información proporcionada por la víctima
4. Preguntas sugerentes	Su utilidad es valorar la resistencia a la sugestibilidad de la víctima. Deben valorarse con mucha cautela y siempre considerando la posibilidad de que la información obtenida no sea exacta
5. Preguntas de confrontación	A utilizar en los casos en los que la víctima ha ofrecido información contradictoria durante la entrevista o con respecto a otras exploraciones, con la intención de clarificar la información proporcionada por él.



na explorada para que los comente. Aquí podrá terminar la grabación de la entrevista, que, debidamente diligenciada por el Secretario y aportada a la instrucción, debe ser debidamente custodiada, porque es el elemento clave que permitirá el día de la vista oral garantizar el segundo de los principios jurídicos que da valor a la prueba testifical, el de inmediatez, a través de su proyección ante el Tribunal juzgador.

d) Fase de cierre

Teniendo en cuenta la tensión a la que ha podido estar sometida la persona explorada, con el cierre de la entrevista se procurará restablecer un tono emocional positivo. Para ello se volverá a centrar su atención en sus fortalezas e intereses, o incluso dedicar unos minutos a una actividad de ocio intrascendente (Carrasco, 2012). Se le volverá a motivar para que pregunte o manifieste sus preocupaciones sobre el procedimiento judicial, el abuso o las consecuencias de la revelación. Se le transmitirá información clara sobre cuáles serán los siguientes pasos del procedimiento judicial, siendo cautos de no realizar promesas que no se puedan cumplir. Y, por último, se le agradecerá su participación en el proceso de entrevista, *no por haber revelado los hechos delictivos*.

CONCLUSIONES

Algunos hechos delictivos cometidos sobre personas especialmente vulnerables suponen retos importantes de cara a la investigación criminal. Por un lado, estas situaciones de victimización, por sus características (clandestinidad, ausencia de testigos y falta de evidencias físicas), dotan de un mayor protagonismo al indicio cognitivo (testimonio de la víctima-testigo) como elemento probatorio, que, en este tipo de víctimas, es más fácil de contaminar por sus especiales condiciones cognitivas; y por otro lado, estamos ante personas que ya parten de una fragilidad previa, lo que requiere de una mayor sensibilidad para evitar que su paso por el Sistema de Justicia les ocasione un daño adicional.

Estas características han llevado a que por parte del Sistema de Justicia se admita legalmente el recurso a la prueba preconstituida en estos ilícitos penales con el objetivo, por un lado, de proteger el indicio cognitivo (testimonio) y, por otro, de proteger a la víctima de posibles factores asociados a la victimización secundaria.

La investigación proveniente de la Psicología del Testimonio y de la Psicología de la Victimización Criminal ha puesto al alcance de los psicólogos criminalistas (perten-

cientes a las unidades de investigación criminal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad) y psicólogos forenses los conocimientos y las habilidades necesarias para conducir la prueba preconstituida de forma adecuada para la consecución de los objetivos señalados.

Sin embargo, las limitaciones actuales en medios técnicos y humanos impiden el recurso de manera habitual a estos técnicos para el desarrollo de estas diligencias procesales, lo que limita un ejercicio efectivo del interés superior de la víctima especialmente vulnerable. En este sentido, abogamos desde aquí para que tanto desde el Poder Judicial como desde el Consejo General de Psicólogos se demande a la Administración la consolidación de estos perfiles profesionales.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo forma parte del proyecto *Eliminating barriers faced by victims with intellectual disabilities: Police and Judicial proceedings with victims of abuse with intellectual disabilities*, financiado por la *International Foundation of Applied Disability Research (FIRAH)*, desarrollado en la *Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual* de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce con la colaboración de la *Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo* de Policía Judicial de la Guardia Civil.

REFERENCIAS

- Ainsworth, P. B. (2001). *Psychology, Law and Eyewitness Testimony*. Wiley.
- Alcón, M. F. y De Montalvo, F. (2011) (Coords.). *Los menores en el proceso judicial*. Madrid: Técno.
- Aleman, A., Quintana, J. M., Recio, M., Silva, E., Manzanero, A. L., Martorell, A. y González, J. L. (2012). *Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Fundación Carmen Pardo Valcarce.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (2008). Violencia y maltrato sobre menores. En J. R. Agustina (Dir.), *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de la violencia en el hogar* (pp. 165-196). Madrid: Edisofer.
- Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2010). *Memoria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bull, R., Valentine, T. y Williamson, T. (2009). *Handbook of Psychology of Investigative Interviewing: Current Developments and Future Directions*. Wiley.
- Carrasco, A. (2012). La entrevista con niños y adolescentes. En C. Perpiñá (Coord.). *Manual de entrevista psicológica* (pp. 201-239). Madrid: Pirámide.



- Caso, M., Arch, M., Jarne, A. y Molina, A. (2011). *Guía práctica de exploración de menores*. Madrid: Editorial Jurídica Sepín.
- De la Rosa, J. M. (2011). Especialidades en la declaración del testigo menor en la fase de instrucción. En M. F. Alcón y F. De Montalvo (Coords.), *Los menores en el proceso judicial* (pp. 93-122). Madrid: Técno
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusado sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 733-749.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Garrido, E. y Masip, J. (2004). La evaluación del abuso sexual infantil. Ponencia presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en Red. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/congresoredforense/>.
- Gisbert, M. (2011). La preconstitución de la prueba y el testimonio de referencia. En M. F. Alcón y F. de Montalvo (Coords.), *Los menores en el proceso judicial* (pp. 139-157). Madrid: Técno.
- González, J. L., Cendra, J., y Manzanero, A. L. (2013). Prevalence of disabled people involved in Spanish Civil Guard's police activity. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3781-3788.
- Hamblen, J. y Levine, M. (1997). The legal implications and emotional consequences of sexually abused children testifying as victim-witnesses. *Law and Psychology Review*, 21, 139-179.
- Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W. y Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1201 - 1231.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Magro, V. (2008). Necesidad de la práctica de la prueba preconstituida con menores de edad en el Juzgado de Instrucción en los delitos contra la libertad sexual. *La Ley. Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Legislación*, 4, 1482-1488.
- Manzanero, A. L. (2010). *Memoria de testigos. Obtención y valoración de la prueba testifical*. Madrid: Pirámide.
- Manzanero, A. L., Recio, M., Alemany, A., y Pérez-Castro, P. (2013). Factores emocionales en el análisis de credibilidad de las declaraciones de víctimas con discapacidad intelectual/ Emotional factors in credibility assessment of statements given by victims with intellectual disabilities. *Anuario de Psicología Jurídica/Annual Review of Legal Psychology*, 23, 21-24.
- Milne, R. y Bull, R. (1999). *Investigative Interviewing: Psychology and Practice*. Wiley.
- Milne, R. y Bull, R. (2006). Interviewing victims, including children and people with intellectual disabilities. En M. Kebbell y G. Davies (Eds.), *Practical psychology for forensic investigations* (pp. 7-24). Chichester: Wiley.
- Milner, J. S. y Crouch, J. L. (2004). El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartin (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 195-203). Barcelona: Ariel.
- Molina, F. (2009). Un nuevo paso para el camino de la involución garantista en la práctica procesal penal. *Aranzadi doctrinal*, 6.
- Muñoz, J. M., Manzanero, A., Alcázar, M.A., González, J. L., Pérez, M. L. y Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación conceptual, campos de investigación e intervención y propuesta formativa dentro de la Enseñanza Oficial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 3-14.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Ramírez, C. y Fernández, A. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicología Conductual*, 19(1), 7-39.
- Recio, M., Alemany, A., y Manzanero, A. L. (2012). La figura del facilitador en la investigación policial y judicial con víctimas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 43(3), 54-68.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Toglia, M. P., Read, J. D., Ross, D. F., y Lindsay, R. C. L. (Eds.)(2007). *The handbook of eyewitness psychology. Volume I: Memory for events*. London: LEA.
- Turman, K. M. y Poyer, K. L. (1998). *Child victims and witnesses: A Handbook for criminal justice professionals*. Washington, DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department for Justice.



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 Regulador).

SOLICITUD

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

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

Sólo para
residentes fuera
del territorio
español

FORMA DE PAGO: 20 euros (25 dólares USA)

Transferencia bancaria a la cuenta corriente **IBAN: ES89 0075 0125 4706 0117 9770** 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>

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-graduada, 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-graduada 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



Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45 - 51zq. • 28006 Madrid
E-mail: secop@cop.es • Web: www.cop.es
Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Álava
C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta
01001 Vitoria - Gasteiz
E-mail: cop.alava@terra.es E-mail: copalava@cop.es • Web: www.cop-alava.org

Teléf.: 945 23 43 36
Fax: 945 23 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001
Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla
Espinosa y Cárcel. 43-45 Bajo
41005 Sevilla
E-mail: cop-ao@cop.es • Web: www.cop.es/delegaci/andocci

Teléf.: 95 466 30 76
Fax: 95 465 07 06

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001
Almería, Granada, Jaén y Málaga
C/ San Isidro, 23
18005 Granada
E-mail: copao@cop.es • Web: www.copao.com

Teléf.: 958 53 51 48
Fax: 958 26 76 74

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN



Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002
Huesca Teruel y Zaragoza
San Vicente de Paul, 7 Dpdo. 1º Izq.
50001 Zaragoza
E-mail: daragon@cop.es • Web: www.coppa.es

Teléf.: 976 20 19 82
Fax: 976 36 20 10

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Vizcaya
C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta
48008 Bilbao
E-mail: bizkaia@cop.es • Web: www.copbizkaia.org

Teléf.: 944 79 52 70
944 79 52 71
Fax: 944 79 52 72

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003
Santander
Avda. Reina Victoria, 45-2º
39004 Santander
E-mail: dcantabria@cop.es • Web: <http://www.copcantabria.es/>

Teléf.: 942 27 34 50
Fax: 942 27 34 50

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA



Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001
Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo
C/ La Cruz, 12 bajo
02001 Albacete
E-mail: copclm@copclm.com • Web: www.copclm.com

Teléf.: 967 21 98 02
Fax: 967 52 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN



Creado por Acuerdo de 20/06/2002
Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora
C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta
47004 Valladolid
E-mail: dcleon@cop.es • Web: www.copcyl.es

Teléf.: 983 21 03 29
Fax: 983 21 03 21

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE CATALUNYA



Creado por Orden 26/06/1985
Barcelona, Gerona, Lerida y Tarragona
C/ Rocafort, 129
08015 Barcelona
E-mail: copc.b@copc.cat • Web: www.copc.org

Teléf.: 932 47 86 50
Fax: 932 47 86 54

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA



Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001
Ceuta
C/ Queipo de Llano, 6. (Esquina Jaudenes)
51001 Ceuta
E-mail: copce@cop.es • Web: www.copce.es

Teléf.: 956 51 20 12
Fax: 956 51 20 12

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003
Alicante, Castellón y Valencia
Carrer Compte D'Olocau, 1
46003 Valencia
E-mail: copcv@cop.es • Web: www.copcv.org

Teléf.: 96 392 25 95
Fax: 96 315 52 30

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



Creado por Decreto 165/2004 de 03/11/2004
Badajoz y Cáceres
C/ Almonaster la Real, 1-1ºD
06800 Mérida (Badajoz)
E-mail: dextremadu@cop.es • Web: www.copextremadura.org

Teléf.: 924 31 76 60
Fax: 924 31 20 15

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE GALICIA



Creado por Decreto 120/2000 de 19/05/2000
La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra
Rúa da Espiñeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
E-mail: copgalicia@cop.es • Web: www.copgalicia.es

Teléf.: 981 53 40 49
Fax: 981 53 49 83

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Guipúzcoa
C/ José Arana, 15 bajo
20001 Donostia
E-mail: donostia@cop.es • Web: www.copgipuzkoa.com

Teléf.: 943 27 87 12
Teléf.: 943 32 65 60
Fax: 943 32 65 61

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS



Creado por Decreto 134/2001 de 14/12/2001
Islas Baleares
Manuel Sanchís Guarnier, 1
07004 Palma de Mallorca
E-mail: dbaleares@cop.es • Web: www.copib.es

Teléf.: 97 176 44 69
Fax: 97 129 19 12

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID



Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001
Madrid
Cuesta de San Vicente, 4 - 5º
28008 Madrid
E-mail: copmadrid@cop.es • Web: www.copmadrid.org

Teléf.: 91 541 99 98
91 541 99 99
Fax: 91 547 22 84

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA



Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001
Melilla
General Aizpúru, 3
52004 Melilla
E-mail: copmelilla@cop.es • Web: www.copmelilla.org

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001
Navarra
Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera
31011 Pamplona
E-mail: dnavarra@cop.es • Web: www.colpsinavarra.org

Teléf.: 948 17 51 33
Fax: 948 17 53 48

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LAS PALMAS



Creado por Resolución 290 de 19/02/2001
Las Palmas de Gran Canaria
Carvajal, 12 bajo
35004 Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: dpalmas@cop.es • Web: www.coplaspalmas.org

Teléf.: 928 24 96 13
Fax: 928 29 09 04

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001
Asturias
Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB
33001 Oviedo
E-mail: dasturias@cop.es • Web: www.cop-asturias.org

Teléf.: 98 528 57 78
Fax: 98 528 13 74

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001
Murcia
C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1
30007 Murcia- En la Flota
E-mail: dmurcia@cop.es • Web: www.colegiopsicologos-murcia.org

Teléf.: 968 24 88 16
Fax: 968 24 47 88

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA



Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002
La Rioja
Ruavieja, 67-69, 3º Dcha.
26001 Logroño
E-mail: drioja@cop.es • Web: www.copsrioja.org

Teléf.: 941 25 47 63
Fax: 941 25 48 04

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



Creado por Resolución 02/04/2001
Tenerife
C/ Malaquita, 5, Local 4. Edificio Los Rodaderos
38005 Sta. Cruz de Tenerife
E-mail: copstenerife@cop.es • Web: www.copstenerife.org

Teléf.: 922 28 90 60
Fax: 922 29 04 45

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

1 La revista Papeles del Psicólogo publica trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos habrán de ser inéditos y los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Manual de publicación de la APA, quinta edición, 2001). Algunos de los requisitos básicos son:

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y año, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, se añade al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final siguiendo los siguientes criterios:

- a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade entre paréntesis “Orig.” y el año.
- b) Para capítulos de libros colectivos: Autor (es); año; título del trabajo que se cita y, a continuación, intro-

ducido por “En” las iniciales del nombre y apellidos del director (es), editor compilador(es), el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

c) Para revistas: Autor: título del artículo; nombre de la revista completo en cursiva; volumen en cursiva, número entre paréntesis y página inicial y final.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 con 40 líneas y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado normal por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.

La primera página debe contener: título en castellano 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 castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo 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.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo 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. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redac-

ción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen 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.

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

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo 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.

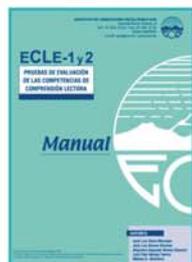
La aceptación de un trabajo para su publicación implica la cesión, por el/los autor/es, de los derechos de *copyright* al Consejo General de la Psicología de España.

EVALUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA

www.eos.es



INSTITUTO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EOS



ECLE

Galve, J. L.; Ramos, J. L. y otros
De 2º a 3º de ESO.
50-70 minutos aprox.



BECOLE

Galve Manzano, J. L.
De 3º de Primaria a 1º de ESO.
120-130 minutos aprox.



ELO

Ramos Sánchez, J. L. y otros
De 4 a 8 años.
20 minutos aprox.



PECO

Ramos, J. L. y Cuadrado, I.
Último curso de Infantil.
20 minutos aprox.



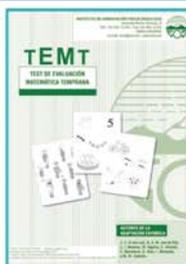
THM

Gómez, Valero, Buades y Pérez
Final de Infantil y 1º Ciclo Primaria.
30 minutos aprox.



ESPERI

Martínez, Parellada y San Sebastián
De 8 a 17 años.
10 minutos aprox.



TEMT

van Luit, van de Rijt y otros
De 4 a 7 años.
30 minutos aprox.



ESCOLA

Puente, Jiménez y Alvarado
De 8 a 13 años.
20-40 minutos aprox.



CEAM

Ayala, Martínez y Yuste
1º ESO a 2º Bachillerato
30 minutos aprox.



EHPAP

Calero, Robles y otros
De 3 a 6 años.
Tiempo variable.



EOS

Díaz, E. y Matínez, M.
De Infantil a 1º Bachillerato.
3-4 horas aprox.



EVALÚA

Gº Vidal, J. y Glez. Manjón, D.
De Infantil a 4º de ESO.
4 horas aprox.



IGF

Yuste Herranz, C.
Infantil a 2º Bachillerato
45-60 minutos aprox.



EVAMAT

Gº Vidal, Glez. Manjón, Gº Ortiz y otros
De Infantil a 3º de ESO.
1 hora aprox.



EVALEC

Gº Vidal, Glez. Manjón y Gº Ortiz
De Infantil a 2º de ESO.
1 hora aprox.





“Evaluación cognitiva a medida para niños y adolescentes desde los 3 a los 16 años”.

La única herramienta que permite crear una evaluación cognitiva específica y a medida a partir del análisis de 6 dominios:

- Funcionamiento ejecutivo
- Lenguaje
- Memoria
- Aprendizaje
- Funcionamiento sensoriomotor
- Percepción/cognición social
- Procesamiento visoespacial



BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL - II

32 pruebas que permiten una aplicación flexible en función de las características del sujeto y las necesidades del evaluado.

10%
Dto.

COMPRAS PRE-LANZAMIENTO.

702€ (780€) + IVA

(Gastos de envío incluidos pedidos nacionales).

CÓDIGO PROMOCIONAL: **PDP1002**

Pedidos hasta el 15/11/2013

Vía www.pearsonpsychcorp.es

¿Cómo realizar su pedido?

- Entre en www.pearsonpsychcorp.es y acceda al apartado de Tests de Evaluación Psicológica.
- Añada un Juego Completo de la NEPSY-II al Carro de la Compra y, antes de confirmar el pago, valide su Código Promocional.
- Puede pagar sin gastos añadidos mediante: Transferencia, Tarjeta de Crédito, Paypal o Contrareembolso.
- Una vez realizado el pago, recibirá su pedido en **48 -72 h.** (excepto Canarias o pedidos internacionales).

Nuevas oficinas en Madrid:

C/ Marqués del Duero, 8, 1º Dcha.
(Metro Banco de España).
28001 - Madrid

www.pearsonpsychcorp.es
pedidos@pearsonpsychcorp.es
Tel. 902 555 077 • Fax 915 774 596

Síganos:

 Pearson Clinical
 @pearsonclinical

PEARSON