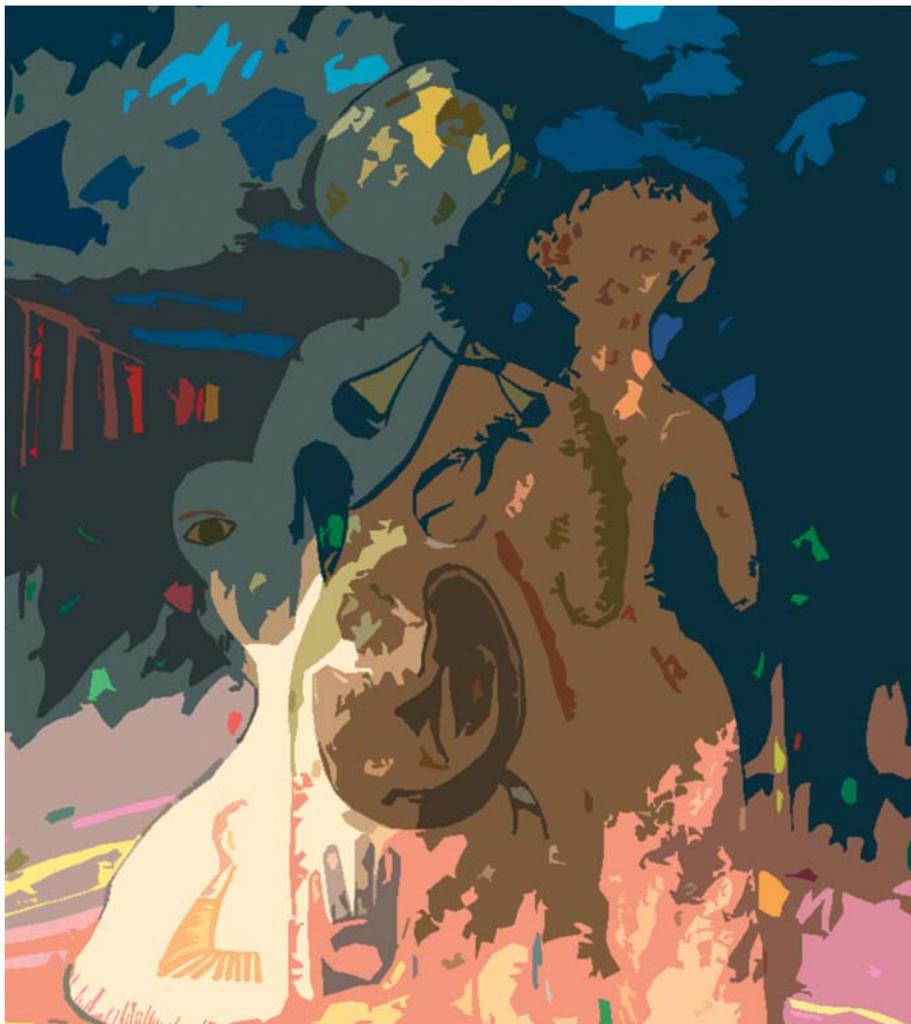


PAPELES DEL PSICÓLOGO

TERCERA EVALUACIÓN DE TESTS
EDITADOS EN ESPAÑA



LA FORMACIÓN DE POSTGRADO A DEBATE - EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS
NEGATIVOS - TRASLADOS TRANSFRONTERIZOS DE MENORES -
PERSONALIDAD Y CEREBRO - EFECTOS PSÍQUICOS DE LA MASTECTOMÍA

Artículos

1. Tercera evaluación de tests editados en España
Ana Hernández, Inés Tomás, Adoración Ferreres y Susana Lloret
9. La psicología clínica después de la psicología general sanitaria en España: Una propuesta razonada
César González-Blanch
19. Presente y futuro de la psicología clínica y sanitaria en España: Una visión alternativa
José Antonio Carrobes
33. Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico
Eduardo Fonseca-Pedrero, Felix Inchausti, Javier Ortuño-Sierra, Carmen Gutiérrez, Diane C. Gooding y Mercedes Paino
46. Evaluación psicológica y legislación internacional: Los traslados transfronterizos y sustracción de menores
Carles Rodríguez Domínguez, Adolfo Jarne Esparcia y Xavier Carbonell
54. Personalidad y cerebro: Un encuentro inevitable
Eduardo J. Pedrero Pérez, José M. Ruiz Sánchez de León y Marcos Llanero Luque
62. Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama
Teresa Sánchez Sánchez

Revisión de libros

74. ¿Somos todos enfermos mentales?. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría
Frances, A. Madrid: Ariel, 2014
Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas
77. Los problemas psicológicos no son enfermedades
López, E. y Costa, M. Madrid: Pirámide, 2014
José Javier Moreno Arnedillo

Articles

1. Third evaluation of tests published in Spain
Ana Hernández, Inés Tomás, Adoración Ferreres and Susana Lloret
9. Clinical Psychology after the PGS (general healthcare psychology) in Spain: A reasoned proposal
César González-Blanch
19. The present and future of clinical and health psychology in Spain: An alternative view
José Antonio Carrobes
33. Advances in the assessment of the negative symptoms of the psychotic syndrome
Eduardo Fonseca-Pedrero, Felix Inchausti, Javier Ortuño-Sierra, Carmen Gutiérrez, Diane C. Gooding and Mercedes Paino
46. Psychological assessment and international law: Cross-border relocations and abduction of children
Carles Rodríguez Domínguez, Adolfo Jarne Esparcia and Xavier Carbonell
54. Personality and brain: An inevitable encounter
Eduardo J. Pedrero Pérez, José M. Ruiz Sánchez de León and Marcos Llanero Luque
62. The psychological effects of therapeutic and preventive mastectomy. Changes in the perception of women with breast cancer
Teresa Sánchez Sánchez

Books review

74. ¿Somos todos enfermos mentales?. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría [Are we all mentally ill? A manifesto against the abuse of psychiatry]
Frances, A. Madrid: Ariel, 2014
Ernesto López Méndez and Miguel Costa Cabanillas
77. Los problemas psicológicos no son enfermedades [Psychological problems are not illnesses]
López, E. y Costa, M. Madrid: Pirámide, 2014
José Javier Moreno Arnedillo

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de la Psicología de España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, 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 Carrobes, Miguel Costa, María Crespo, Carmen del Río, Rocío Fernández Ballesteros, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, María Paz García Vera, Jesús Gómez Amor, Julio Antonio González García, Florencio Jiménez Burillo, Francisco Javier Labrador, Araceli Maciá, Emiliano Martín, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José 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

Sara Rojas y Silvia Berdullas

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-5º 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 1 del Vol. 36 de Papeles del Psicólogo se han editado 69.600 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, EBSCO y Dialnet; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España:
<http://www.cop.es>



TERCERA EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA

THIRD EVALUATION OF TESTS PUBLISHED IN SPAIN

Ana Hernández, Inés Tomás, Adoración Ferreres y Susana Lloret

Metodología de las Ciencias del Comportamiento e IDOCAL*. Universitat de València

Con el fin de proporcionar información técnica sobre los tests editados en España, y siguiendo el proceso de evaluación de algunos de los tests más empleados en nuestro país, el presente artículo presenta los resultados de la tercera evaluación de tests llevada a cabo desde la comisión de tests del Colegio Oficial de Psicólogos. En concreto se han evaluado un total de 11 tests. Como en las dos evaluaciones previas, los tests han sido evaluados por dos expertos mediante el Cuestionario para la Evaluación de los Tests (CET) propuesto por Prieto y Muñiz (2000), si bien en la presente edición, y con motivo de la reciente revisión del modelo de evaluación elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales, se han aplicado algunas modificaciones que son pertinentemente señaladas. Para cada test se presentan los resultados sobre la calidad de los materiales y su documentación, la fundamentación teórica, la adaptación española (si procede), el análisis de ítems, las evidencias de validez recogida, la fiabilidad de sus puntuaciones, y la calidad de los baremos. Se ofrecen tanto resultados cuantitativos sobre estos aspectos como información cualitativa que resalta los puntos fuertes del test y los aspectos a mejorar. Por otra parte también se presenta información sobre el proceso de revisión y algunas cuestiones a mejorar para futuras ediciones.

Palabras clave: Tests, Uso de los tests, Evaluación de tests, Propiedades psicométricas.

In order to provide technical information on the tests published in Spain, and continuing with the evaluation of some of the tests that are most frequently used in this country, this paper describes the results of the third evaluation of psychological and educational tests carried out by the Test Commission of the Spanish Psychological Association. In total, 11 tests were evaluated. As in the previous evaluations, each test was evaluated by two experts who responded to the Questionnaire for the Assessment of Tests -CET- (Prieto & Muñiz, 2000). However, considering that the European Federation of Psychological Associations has recently revised the European model -which was partially based on the CET model-, for this third evaluation we have introduced a number of changes that are described in this paper. In addition, for each test, results are presented regarding the quality of the documentation and materials, the theoretical foundation, the Spanish adaptation, the item analysis, the coverage of the validation studies, the reliability, and the norms. Both quantitative and qualitative information is provided, highlighting the main strengths and weaknesses of the test. Finally, we also present a number of recommendations and suggestions for future test evaluations.

Key words: Tests, Test use, Test evaluation, Psychometric properties.

Los tests son una herramienta básica en la evaluación psicológica, y ayudan al profesional a tomar decisiones que pueden tener importantes consecuencias para las personas. Por ello es necesario garantizar que las propiedades psicométricas de los tests son adecuadas y que son usados por profesionales competentes. Una de las estrategias informativas que está llevando a cabo el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) para conseguir ambos propósitos y mejorar el uso de los tests consiste en proporcionar información contrastada

sobre las características teóricas, prácticas y psicométricas de los mismos, que ayuden a los profesionales a tomar las decisiones adecuadas y a hacer un uso correcto de las pruebas. De hecho, los psicólogos desde hace tiempo demandan este tipo de información técnica (ver Muñiz et al., 2001; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010)

En este contexto, la comisión de tests del COP, siguiendo la estela de otros países como Holanda y Reino Unido, puso en marcha en 2010 el proceso de evaluación de los tests editados en España. En concreto, la evaluación se realizó mediante el Cuestionario de Evaluación de Tests (CET) (Prieto y Muñiz, 2000) que sirvió de inspiración, junto con otros modelos europeos, al modelo de evaluación propuesto por la comisión de tests de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales (EFPA) (Evers et al., 2013). Una de las características más importantes del CET es que permite

Correspondencia: Ana Hernández Baeza. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universitat de València. Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. España. E-mail: Ana.Hernandez@uv.es

*Instituto Universitario de Investigación en Psicología de los Recursos Humanos, del Desarrollo organizacional y de la Calidad de Vida Laboral



ofrecer tanto información cuantitativa como cualitativa sobre la calidad psicométrica del test evaluado, así como de la calidad de sus materiales y documentación.

Siguiendo este modelo, en 2011 se publicaron los resultados de la primera evaluación de tests editados en España (Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillos-Alvarez y Peña-Suarez, 2011), donde se valoraron un total de 10 tests (en concreto, las pruebas WAIS-III, WISC-IV, MCMI-III, MMPI-2-RF, 16PF-5, PROLEC-R, EFAI, NEO-PI-R, EVALUA, e IFG). Dos años más tarde se publicaron los resultados de la segunda evaluación (Ponsoda y Hontangas, 2013), en la que se valoraron un total de 12 tests (en concreto, las pruebas BAI, BAS-II, BDI-II, CEAM, CompeTEA, EPV-R, ESCOLA, ESPERI, Merrill-Palmer.R, PAI, RIASRSIT, y WNV). Los informes detallados de los tests revisados pueden consultarse en la página web del COP (sección de comisión de tests, apartado de evaluación de tests en España). Asimismo, el resumen de los resultados obtenidos y del proceso llevado a cabo en ambas evaluaciones, puede consultarse en los trabajos de Muñiz et al. (2011) y Ponsoda y Hontangas (2013), publicados en esta misma revista.

En este artículo se presentan los resultados de la tercera evaluación de tests, en la que se han valorado un total de 11 tests (en concreto, las pruebas BCSE, BECOLE, BOHEM-3, BOHEM-3 Preescolar, CESQT, ECLE, ESQUIZO-Q, IECI, SOC, TRAUMA y WAIS-IV) (ver Tabla 1). En primer lugar, y antes de presentar los resultados, se informa de algunas modificaciones llevadas a cabo, tanto en el proceso como en el propio cuestionario de evaluación CET. Si bien el proceso de revisión ha sido

similar al seguido en ediciones previas en términos generales, es necesario tener en cuenta estas pequeñas modificaciones a la hora de comparar los resultados con los obtenidos en evaluaciones previas. En segundo lugar, se presentan los resultados generales de los tests evaluados, destacándose sus puntos fuertes y los aspectos que son mejorables. Finalmente, a partir de los resultados y de nuestra experiencia en el proceso de revisión, se realizan algunas recomendaciones que pueden resultar útiles para las evaluaciones venideras.

PROCESO DE EVALUACIÓN

En esta tercera evaluación el proceso general coincide básicamente con el seguido en las anteriores evaluaciones, aunque existen algunas diferencias que son convenientemente señaladas. En primer lugar, mientras que en evaluaciones previas la comisión de tests seleccionó las pruebas a revisar, en esta ocasión las editoriales seleccionaron las pruebas que querían someter a revisión, y la propuesta fue aceptada de forma unánime por la comisión de tests. Como se ha señalado anteriormente se seleccionaron un total de 11 pruebas (tres de la editorial de EOS, cuatro de Pearson y cuatro de TEA). En segundo lugar, y al igual que en evaluaciones previas, el equipo coordinador designado por la comisión de tests (liderado por la primera autora del presente artículo), seleccionó a un conjunto de revisores, para asignar dos por test. Un revisor con un perfil más técnico-psicométrico y otro con un perfil más teórico, experto en los aspectos sustantivos de la variable medida por el test. Se procuró que los revisores no tuviesen relación directa con los autores de los tests, y que no tuviesen ningún conflicto de intereses (de hecho en la carta de invitación a participar en el proceso se les indicaba que no debían participar si dudaban de que pudiesen hacer una valoración objetiva). En algunos casos, los revisores inicialmente seleccionados rechazaron participar en el proceso por distintas razones justificadas, por lo que se tuvo que seleccionar otro revisor. El listado final de revisores participantes se muestra en la Tabla 2. Desde aquí agradecemos sinceramente a todos los revisores su respuesta positiva y su implicación en el proceso.

Los editores pusieron a disposición del COP tres ejemplares completos de cada test. El COP envió uno a cada revisor y el tercero al coordinador, en este caso coordinadora. En ocasiones anteriores sólo se enviaban los tests a los revisores, sin embargo, en esta ocasión, si-

TABLA 1
RELACIÓN DE TESTS EVALUADOS

BCSE	Test Breve para la evaluación del estado cognitivo
BECOLE	Batería de Evaluación Cognitiva de la Lectura y la Escritura
BOHEM-3	Test Boehm de conceptos básicos
BOHEM-3 PRESCOLAR	Test Boehm de conceptos básicos - 3 Preescolar
CESQT	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo
ECLE	Evaluación de la comprensión lectora.
ESQUIZO-Q	Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia
IECI	Inventario de Estrés Cotidiano Infantil
SOC	Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco
TRAUMA	Test de Resistencia al Trauma
WAIS-IV	Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV



guiendo la recomendación hecha por Ponsoda y Hontangas (2013), se envió un tercer juego a coordinación, para facilitar la tarea. A los revisores, además del test, se les entregó una cantidad simbólica de 50 euros (que algunos prefirieron declinar). Como en ocasiones anteriores, la tarea de los revisores consistía en aplicar el CET y valorar mediante éste la prueba asignada. Sin embargo, considerando que el modelo de evaluación de tests elaborado por la comisión de tests de la EFPA había sido recientemente revisado, la comisión de tests inspeccionó este nuevo modelo y sus cambios y decidió incluir algunos ítems nuevos en el modelo CET, y/o modificar algunas cuestiones concretas. El modelo EFPA revisado puede consultarse en inglés en la página web <http://www.efpa.eu/professional-development>, (ver la sección dedicada a *Assesment*). Asimismo, en el artículo de Evers et al., (2013), publicado en la revista *Psicothema*, puede consultarse un resumen en inglés de las principales modificaciones llevadas a cabo. Para el caso del CET, los principales cambios aplicados en esta edición son los que se describen a continuación.

Por lo que se refiere al apartado de descripción general del test, se añadieron algunas áreas generales de contenido de la variable medida por el test, así como algunas áreas nuevas de aplicación (ítems 1.11 y 1.12 del CET original publicado por Prieto y Muñiz, (2000)). Asimismo, para el ítem referido a la transformación de las puntuaciones (ítem 1.21 del CET original), se añadió la aclaración de que la transformación normalizada se refería a puntuaciones obtenidas mediante normalización aplicada mediante la tabla de la curva normal, mientras que la no normalizada se refería a puntuaciones estandarizadas obtenidas mediante transformaciones lineales. Por ello, cuando sólo se ofrecen percentiles, ninguna de las dos opciones era pertinente en esta nueva versión del CET, debiéndose indicar que no era aplicable. Las puntuaciones percentiles aparecen detalladas ahora al describir el tipo de escala (ítem 1.22 del CET original), diferenciándose distintos tipos de percentiles (centiles, quintiles y deciles), así como puntuaciones estandarizadas y sus derivadas (decatipos, estaninos, T, etc). Finalmente, en el ítem referido a la documentación aportada por el editor, se añadió la opción "Información técnica complementaria y actualizaciones" (ítem 1.26 del CET original).

Por lo que se refiere a la valoración de las propiedades del test, también se realizaron algunas modificacio-

nes. En primer lugar, al valorar las evidencias de validez de constructo (ítem 2.10.2.1 del CET original) se añadieron otras opciones a las ya existentes: las correlaciones con otros tests, y el análisis de invarianza/funcionamiento diferencial del ítem (DIF); asimismo, a la opción de diseño experimental existente se le añadió el diseño cuasi-experimental. Además, se añadieron 3 ítems para evaluar explícitamente los resultados de las diferencias entre grupos (pudiendo ser estos naturales o experimentales), los resultados del análisis de la matriz multirrasgo-multimétodo, y los resultados del análisis factorial. En cuanto al apartado de fiabilidad, en el ítem 2.11.1 del CET original, referido a los datos aportados sobre fiabilidad, a las opciones ya existentes se añadió la de "Cuantificación del error mediante TRI (Función de información u otros)". Asimismo se añadió un ítem para evaluar la adecuación del tamaño de las muestras al cuantificar el error mediante TRI y otro ítem que informara de los coeficientes de consistencia interna presentados. Finalmente, por lo que se refiere al apartado de baremos, se incluyó un ítem para valorar la actualización de dichos baremos.

Por otra parte, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas en las evaluaciones previas (ver Muñiz et al., 2011 y Ponsoda y Hontangas, 2013), para esta tercera

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

Revisor	Afiliación
Francisco José Abad García	Universidad Autónoma de Madrid
Amelia Catalán Borja	Centre de Psicologia Clínica i Formativa, Valencia
Paula Elosua Oliden	Universidad del País Vasco
Antonio M. Ferrer Manchón	Universidad de Valencia
Adoración Ferreres Traver	Universidad de Valencia
Eduardo Fonseca-Pedrero	Universidad de La Rioja
Maité Garaigordobil Landazabal	Universidad del País Vasco
José Manuel García Montes	Universidad de Almería
Luis F. García Rodríguez	Universidad Autónoma de Madrid
Remedios González Barrón	Universidad de Valencia
Giorgina Guilera Ferré	Universidad de Barcelona
M ^o Dolores Hidalgo Montesinos	Universidad de Murcia
Susana Lloret Segura	Universidad de Valencia
Sonia Mariscal Altares	UNED
Isabel Martínez Sánchez	Universidad de Castilla-La Mancha
José Carlos Núñez Pérez	Universidad de Oviedo
Julio Olea Díaz	Universidad Autónoma de Madrid
José Luis Padilla García	Universidad de Granada
Hermínia Peraita Adrados	UNED
Jesús Pérez Hornero	Hospital de Conxo, Santiago de Compostela
Ingeborg Porcar Becker	Universidad Autónoma de Barcelona
Patricia Recio Saboya	UNED



evaluación, la comisión de tests decidió enviar a los revisores unas instrucciones generales sobre la forma de cumplimentar el CET, con el fin de reducir algunas ambigüedades y estandarizar en mayor medida el proceso. Estas instrucciones generales se presentan en el Anexo 1. Asimismo, se proporcionó un glosario de términos psicométricos que sirviese de guía y recordatorio, especialmente dirigido a los revisores con un perfil más teórico.

Una vez recibidas las evaluaciones de los revisores de cada test, el equipo coordinador integró ambas revisiones generando un informe por test. Cuando había discrepancias entre los revisores, el equipo coordinador realizó una evaluación independiente a partir de los materiales proporcionados. Asimismo, en función de la característica evaluada, dio un peso diferencial a ambas evaluaciones en función del perfil de los revisores. Con ello se otorgó una puntuación definitiva y se realizó la valoración final. Como en evaluaciones anteriores los informes fueron entonces remitidos a los editores, para que tanto ellos como los autores tuvieran la oportunidad de aclarar y matizar algunos de los comentarios de los revisores y, en definitiva, exponer su punto de vista. Estas aclaraciones y puntos de vista fueron integrados en el informe final, modificando las evaluaciones cuando se consideró que estaba justificado. Desde aquí queremos destacar la profesionalidad de los autores y editores a la

hora de responder ante la revisión y a su compromiso para introducir algunas de las mejoras sugeridas para futuras impresiones y ediciones de los manuales.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES

Los principales resultados obtenidos para los 11 tests evaluados pueden consultarse en la Tabla 3. Cabe destacar que en ningún caso hubo formas paralelas de los tests evaluados, por lo que este aspecto (fiabilidad: equivalencia) no está incluido en la tabla. Si se considera que los ítems son valorados mediante una escala de 5 puntos (1= inadecuado, 2=adecuado pero con algunas carencias, 3= adecuado, 4= bueno, 5= excelente), y que valores promedio iguales o mayores a 2.5 son considerados adecuados, se observa que, para la gran mayoría de características evaluadas, la gran mayoría de los tests son, como mínimo adecuados, y en muchos casos buenos (a partir de 3.5) e incluso excelentes (a partir de 4.5). A través de los distintos tests, las puntuaciones medias otorgadas para cada una de las características evaluadas en ningún caso estuvieron por debajo del punto medio 3 (adecuado), siendo el promedio más alto en esta evaluación de 4.1 (bueno).

Así pues, se puede concluir que las pruebas evaluadas tienen una calidad razonable. Lógicamente hay cierta variabilidad, y en general todas las pruebas tienen pun-

**TABLA 3
RESUMEN DE LAS CALIFICACIONES DE LOS TESTS EVALUADOS**

Características	Tests											Medias evaluaciones		
	BECOLE	TRauma	ECLÉ	CESQT	ESQUIZO-Q	IECI	SOC	BCSE	Boehm-3	Bohem-3	Preescolar	WAIS-IV	3ª	2ª
Calidad de los Materiales y documentación	3	4	3	5	4.5	3.5	4.5	4.5	4.5	4	5	4.1	4.3	4.4
Fundamentación teórica	3.5	2	3	4	4.5	3.5	4.5	2.5	4	3	5	3.6	4.0	4.2
Adaptación Española	-	-	-	-	-	-	-	3.5	4	3	5	3.9	4.3	4.3
Análisis de los ítems	3.5	3	-	4	4.5	4	4	-	-	-	3	3.7	3.9	3.6
Validez de contenido	-	3	2	4	3.5	4.5	4.5	2.5	3.5	4.5	3.5	3.6	3.5	4.3
Validez de constructo	3.5	3.5	3.5	4	4	4	4	3	4	3	5	3.8	4.1	3.6
Análisis del sesgo	-	-	-	-	4.5	-	4	-	-	-	-	4.3	5	-
Validez predictiva	3.5	-	3.5	3.5	-	2.5	4.5	-	-	-	4	3.6	3.6	3.6
Fiabilidad: consistencia interna	4	4	4	3	3.5	3	3.5	-	3	3.5	4.5	3.6	4.0	4.5
Fiabilidad: estabilidad	-	-	-	3	-	3	1	3	4	4	3	3.0	4.2	3.8
Baremos	4	4	4.5	4	4.5	4	3.5	4	3	3	5	4.0	3.4	3.5

Notas: Ningún test tenía formas paralelas, por lo que esta forma de evaluar la fiabilidad no ha sido incluida en la tabla. Las puntuaciones de la tabla están dadas en una escala cuyos 5 valores son: 1= inadecuado, 2=adecuado pero con algunas carencias, 3= adecuado, 4= bueno, 5= excelente. Cuando aparece un guión (-) significa que no se aporta información o no procede.



tos fuertes y otros aspectos que pueden ser mejorados. En concreto, los aspectos que más frecuentemente requieren atención a través de los distintos tests son la fundamentación teórica presentada, la validez de contenido y la estimación de la fiabilidad como estabilidad. Este último aspecto es el que tiene el promedio más bajo, con una puntuación de 3. En las evaluaciones completas, que pueden consultarse en la página web del COP: www.cop.es, en la sección de la comisión de tests, se puede encontrar la información que justifica las puntuaciones otorgadas y cómo podría mejorarse cada aspecto, bien a partir de información adicional, ya que en algunos casos la información no es completa o suficientemente clara, bien mediante la realización de estudios complementarios o el incremento del tamaño de las muestras utilizadas. También llama la atención la falta de información y análisis relacionados con el análisis de ítems, la validez predictiva, la fiabilidad como estabilidad, y el análisis del sesgo o DIF. Toda esta información debería ir añadiéndose progresivamente. Si en algún caso no fuese pertinente obtener información sobre alguno de estos aspectos (por ejemplo por referirse a variables que se espera cambien en cortos periodos de tiempo), se podría hacer explícito en el manual.

En la Tabla 3 se presentan también las medias de las puntuaciones otorgadas para las distintas características consideradas a través de las distintas evaluaciones. Sin embargo cabe recordar que, estas medias no son directamente comparables en muchos casos, ya que, en esta tercera evaluación, se han añadido algunas instrucciones más concretas sobre cómo evaluar ciertos aspectos, y se han añadido algunos ítems (para fiabilidad, validez de constructo y baremos) evaluándose así nuevos aspectos. Sí queremos destacar que va aumentando el número de tests que realizan análisis de sesgo y funcionamiento diferencial de los ítems. Si bien tan solo se realizan estudios de DIF para dos de los 11 tests, en las evaluaciones previas publicadas en 2011 y 2013 fueron ninguno y uno, respectivamente. En esta última revisión también se observa una reducción de la proporción de tests adaptados seleccionados para su evaluación, incrementándose el número de tests originales aplicables al contexto español. En tercer lugar, cabe destacar el comienzo de la utilización de los modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI) en alguno de los tests evaluados. Finalmente, es interesante señalar que, en algunos casos y para los tests más recientes, los manuales

siguen con bastante detalle los apartados del modelo CET, por lo que creemos que este proceso de evaluación de tests en España, al enviar un mensaje claro a las editoriales sobre qué criterios de calidad se exigen, puede estar teniendo un impacto en la mejora de la información presentada en los manuales y, consecuentemente, en la calidad de los mismos.

MIRANDO AL FUTURO

Hasta la fecha, en España se han evaluado un total de 33 tests a través del modelo CET (Prieto y Muñiz, 2000). El objetivo es continuar con el proceso de revisiones hasta que, idealmente, la práctica totalidad de tests hayan sido revisados, como sucede en otros países como Holanda (ver Evers, Sijsma, Lucassen, y Meijer, 2010). Sin embargo, los avances tecnológicos y psicométricos de los últimos años, así como la experiencia acumulada en el proceso de revisión durante estos años, hacen aconsejable tanto la revisión del modelo, como la introducción de algunos cambios en el proceso de revisión, si bien algunos de estos últimos pueden ser debatibles.

Por lo que se refiere al modelo CET, ya se señaló anteriormente que en esta tercera evaluación de tests se han modificado o incorporado algunos ítems a partir de la reciente revisión del modelo de evaluación de tests que propuso la comisión de tests de la EFPA. Sin embargo, todavía es necesario realizar una revisión más profunda del modelo europeo, e ir incorporando cambios que permitan evaluar con detalle, entre otras cosas, la administración informatizada de tests, la evaluación a distancia mediante Internet, la calidad de los informes automatizados, la aplicación de la Teoría de Respuesta a los ítems, los tests referidos a criterio y la tipificación continua ("continuous norming"). En este CET revisado, también se deberían tener en cuenta las sugerencias aportadas por Muñiz et al. (2011), para añadir cuestiones evaluativas referidas a la bibliografía, y al proceso de traducción/adaptación del test (ver también Elosúa, 2012). Esperamos contar en breve con un modelo CET revisado que permita evaluar estos aspectos en las próximas evaluaciones.

Por lo que se refiere al proceso de evaluación en sí, y relacionado con la aplicación del modelo, creemos que sería conveniente diferenciar entre la información que no se aporta porque no es aplicable al test (por ejemplo, información del proceso de adaptación cuando se trata de un test construido y baremado en muestras españolas),



de la información que no se aporta, a pesar de que sí resultaría informativa y relevante para evaluar la calidad del test. Esta falta de diferenciación puede enviar el mensaje equivocado a las editoriales sobre la importancia de aportar toda la información disponible, aunque los resultados no resulten del todo adecuados. El test, en su evaluación, podría salir mejor parado en su puntuación final si no se presenta la información, lo que iría totalmente en contra del espíritu de estas evaluaciones. Sin embargo, no debemos olvidar dos cosas. Por una parte, el psicólogo profesional también puede tener en cuenta esta diferenciación a la hora de tomar sus decisiones (no es lo mismo que no se ofrezca la información porque no procede, a que no se ofrezca siendo relevante). Por otra, el proceso de validación y la evaluación de la calidad métrica del test es un proceso continuo, que no está completamente cerrado en el momento en que se publica el manual. Nuevas ediciones de los manuales podrían ir aportando nuevos estudios e información. Coincidimos con Ponsoda y Hontangas (2013) en que esto podría incrementar el precio del manual, poniendo en peligro su comercialización. Una vía alternativa sería que esta información adicional fuera publicada por las editoriales en sus páginas web conforme se fueran realizando nuevos estudios.

Siguiendo con el proceso de aplicación del CET, cabe señalar que, a pesar de las instrucciones adicionales proporcionadas a los revisores (ver Anexo 1), todavía parecen existir algunas ambigüedades y aspectos poco claros al aplicar el modelo. Aquí resumimos algunas de las cuestiones que creemos mejorables. En primer lugar, en el apartado de Análisis de ítems, se pide una valoración de la información psicométrica de los ítems y no de si son más o menos correctos formalmente. Pero no se entiende siempre así por los revisores. Asimismo, en ocasiones, a pesar de que el análisis de ítems no aparece cómo apartado diferenciado dentro del manual, sí se realiza un análisis de ítems que pasa desapercibido para algunos revisores. Por ello es importante señalarlo en el CET, para que los revisores no marquen la opción "no se aporta información en la documentación" cuando ésta aparezca detallada dentro de otras secciones como el análisis de validez o de fiabilidad como consistencia interna. En segundo lugar, otra cuestión que creemos no está suficientemente clara es a qué se refiere el ítem sobre "la calidad de los tests empleados como criterio o marcador". Parece que, a veces, se interpreta

como la adecuación de la selección del criterio en función de las teorías sobre el constructo, y otras, como la calidad métrica de los tests empleados para medir el criterio. Además, en vez de aparecer dentro del apartado de validez de constructo, quizás sería más adecuado que este ítem apareciera en el apartado de validez criterial (concurrente y predictiva). En tercer lugar, y por lo que se refiere a los análisis de sensibilidad y especificidad que permiten evaluar la capacidad diagnóstica del test, en ocasiones los resultados son presentados como diferencias entre grupos (dentro del apartado de validez de constructo) y otras como validez predictiva. Se debería de proporcionar información explícita sobre el apartado en el que se debe incluir este análisis. En cuarto lugar, y siguiendo con validez de constructo, al evaluar la mediana de las correlaciones del test con otros tests similares la tarea no está completamente clara. Puesto que los manuales incluyen en muchas ocasiones multitud de correlaciones con distintos tests y criterios dentro de una misma tabla, se debería aclarar o proporcionar ejemplos sobre qué correlaciones deberían considerarse. Finalmente, el apartado "Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación" es ambiguo. Mientras que algunos revisores evalúan su adecuación y actualización, otros se limitan a mencionar algunas de las referencias presentadas. Quizás sería bueno que estas cuestiones (y otras planteadas en las evaluaciones anteriores), se introdujesen como aclaraciones en el apartado correspondiente del CET para facilitar una aplicación más estandarizada. Sin embargo, también es responsabilidad de las editoriales el presentar la información de la forma más clara posible, con apartados claros que permitan localizar la información y presentando hipótesis claras de validación.

Por lo que se refiere a los revisores, se puede debatir sobre si las valoraciones de los perfiles diferenciales seleccionados para cada test (uno más técnico-psicométrico y otro más experto en el constructo de interés) deberían ponderarse de forma diferencial en función de cuál sea el aspecto concreto evaluado en el CET. En cualquier caso, creemos que es crucial que el equipo coordinador siga disponiendo de un juego completo del test, para poder realizar una mejor integración de las valoraciones de los revisores teniendo en cuenta su perfil, y también para responder a los comentarios de las editoriales ante el informe provisional elaborado tras la revisión. Otro aspecto a tener en cuenta es que los revi-



sores con un perfil más psicométrico, en ocasiones pueden ser demasiado exigentes, y pedir información y análisis que el psicólogo profesional que va a usar el test probablemente no entienda. Creemos que estos análisis e información son importantes y pueden aportar evidencia crucial sobre la calidad psicométrica del test, por lo que una posible solución sería, de nuevo, publicar los estudios más complejos con toda la información técnica en la página web de la editorial, aumentando así la transparencia. Los revisores, cuando tuvieran en cuenta esta información, deberían hacer comentarios evaluativos dirigidos a los profesionales que pueden no tener conocimientos sobre los últimos avances psicométricos.

Sin embargo, y en relación al último aspecto mencionado, los conocimientos psicométricos de los profesionales, no debemos olvidar que es responsabilidad de todo buen usuario de tests el seguir formándose e informándose sobre los nuevos avances psicométricos. De hecho, algunos países tienen sistemas de acreditación que intentan garantizar que los usuarios de tests tienen suficientes conocimientos y competencias para el uso adecuado de las pruebas, e incluso algunos países, como Reino Unido, han puesto en marcha un sistema de acreditación europea que añade valor a esta acreditación. Cabe señalar que el COP forma parte del comité europeo de acreditación de usuarios de tests (la TUAC, Test User Accreditation Committee, representado por la primera autora) aunque, por el momento, no ha iniciado ninguna acción para poner en marcha este proceso. Si se tiene en cuenta que, los psicólogos que respondieron al último estudio sobre actitudes hacia los tests (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) admitieron que la formación recibida en el grado de Psicología podría no ser suficiente para la correcta utilización de la mayoría de los tests, y teniendo en cuenta que el conocimiento psicométrico avanza de tal forma que la distancia con la práctica aplicada es hoy mayor que nunca (Elosúa, 2012), creemos que podría ser interesante abrir esta vía de acreditación en España, lo que podría motivar a los profesionales a reciclarse y ponerse al día en los avances psicométricos.

En resumen, todavía estamos muy lejos de haber evaluado la totalidad de tests editados en España. Sin embargo creemos que vamos por el buen camino. Aunque todavía hay muchos aspectos mejorables, creemos que el proceso de evaluación iniciado por el COP hace ya unos años funciona bien en términos generales y está, poco a poco, teniendo una incidencia en la mejora de los tests y

los manuales. También es importante resaltar los resultados de los tests evaluados a lo largo de las distintas ediciones, que son en general satisfactorios. De hecho algunos de ellos tienen valoraciones altamente positivas. Quizás sería bueno que la comisión de tests otorgara menciones de calidad a los mejores tests, como reconocimiento y acicate hacia la excelencia.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los miembros de la Comisión de Tests del COP que han participado en las reuniones y en el proceso, por toda su colaboración y ayuda. En concreto a José Ramón Fernández-Hermida, Miguel Martínez, Milagros Antón, Pablo Santamaría, Viviana Gutman, Frederique Vallar y, en especial a José Muñiz y Vicente Ponsoda, coordinadores de las evaluaciones anteriores, por su continua ayuda. Queremos reiterar también nuestro agradecimiento a los revisores, por su buena disposición y profesionalidad.

NOTAS

La primera autora quiere aclarar que, a pesar de coincidir en nombre con una de las autoras de la adaptación de algunos de los tests evaluados, no se trata de la misma persona ni tiene ninguna relación profesional con la editorial.

REFERENCIAS

- Elosua, P. (2012). Tests publicados en España: Usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles del Psicólogo*, 33, 12-21.
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W. y Meijer, R. R. (2010). The Dutch review process for evaluating the quality of psychological tests: History, procedure and results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317.
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A. & Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25, 283-291
- Muñiz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., Fernández-Hermida, J.R., y Zaal, J. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 201-211.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.



Muñiz, J., Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A. y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32, 113-128.

Ponsoda, V. y Hontangas, P. (2013). Segunda evalua-

ción de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 24, 82-90.

Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.

ANEXO 1

OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA POR LOS REVISORES AL RESPONDER AL CET

El CET se ha aplicado en dos procesos de revisión y en ambos hemos visto que su cumplimentación plantea algunas dificultades. En los artículos en los que se informa de ambas revisiones (publicados en la revista *Papeles del Psicólogo*, en 2011 y 2013, en los volúmenes 32(2) 34(2) respectivamente), se detallan las dificultades encontradas.

Las líneas que siguen pretenden dar alguna pista de cómo resolverlas. Si tienes dudas, no dudes en planteármelas.

- 1) EL CET es un test y, como tal, sus preguntas y opciones no deben modificarse. En las ediciones pasadas ha ocurrido alguna vez que el revisor, al no encontrar la opción de respuesta que estaba buscando, ha modificado alguna de las existentes. Debes, por tanto, responder valiéndote de las opciones que el CET ofrece. Si en alguna ocasión no encuentras la que estás buscando, elige la más similar. EL CET pide justificaciones solo de algunas respuestas, pero no de la mayoría. De todos modos, cuando se pide, por ejemplo, "comentarios sobre la validez en general", se esperan las principales justificaciones de las puntuaciones dadas a todas las preguntas sobre validez.
- 2) En principio, no se debiera dejar ninguna pregunta sin contestar. Para algún tipo especial de test, el CEP pudiera no ser del todo apropiado. Por ejemplo, la estrategia de interpretación de las puntuaciones que se considera en CET son los baremos, cuando algunas pruebas (por ejemplo, las escalas clínicas) utilizan otras estrategias de interpretación alternativas, que no están expresamente recogidas en el CET. En ese caso, se pueden dejar en blanco las preguntas correspondientes a "baremos" y responder en "comentarios sobre baremos" de los procedimientos de interpretación alternativos y de su calidad, aportando las justificaciones oportunas.
- 3) En los tests adaptados, otro asunto relevante es qué peso dar a los estudios realizados con el test original y a los estudios realizados en el proceso de adaptación. Nuestra posición en este asunto es que deben tenerse en cuenta todos los estudios aportados, si bien parece razonable que se les dé más relevancia y peso en la evaluación a los que se aporten en el proceso de adaptación.
- 4) En los tests comercializados se espera que el revisor realice su revisión a partir de la documentación que se le entrega. Ha ocurrido en el pasado alguna vez que el manual omite alguna información que el revisor puede considerar relevante para evaluar la calidad de la prueba. En ese caso, lo apropiado es que el revisor pida dicha información al coordinador, quien, a su vez, pedirá a la editorial la información requerida y verá si es posible obtenerla y en qué condiciones.
- 5) Si se ha de revisar una batería o más de un test (por ejemplo, el test normal y su versión abreviada), se pueden seguir dos estrategias. La que indica el CET es rellenar tantos CETs como tests haya que revisar. La que resulta menos costosa y también posible, si tiene sentido, sería utilizar solo un CET, dejando constancia donde corresponda de los diferentes resultados obtenidos por los distintos tests.

En las dos primeras revisiones hemos advertido que no todos asignamos el mismo significado a los términos psicométricos que el CET usa. Algunos términos que inducen a error se comentan a continuación. Cuando se pregunta en el apartado de Análisis de ítems por su calidad, se pide una valoración de la información psicométrica que el manual ofrece de los ítems y no de si su lectura nos parece que están bien o mal redactados, por poner un ejemplo. Algo similar ocurre cuando se pregunta por validez de contenido. En realidad se quiere saber qué comprobaciones se aportan sobre si el test evalúa las partes relevantes del constructo de interés



LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DESPUÉS DE LA PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA EN ESPAÑA: UNA PROPUESTA RAZONADA

CLINICAL PSYCHOLOGY AFTER THE PGS (GENERAL HEALTHCARE PSYCHOLOGY) IN SPAIN: A REASONED PROPOSAL

César González-Blanch
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

A partir de ahora, para el ejercicio independiente de la psicología en el campo de la salud en España, es preciso cursar el recién creado máster en Psicología General Sanitaria. Sin embargo, esta formación universitaria obligatoria no se exige para el acceso a la formación sanitaria especializada (el sistema Psicólogo Interno Residente, PIR) que permite obtener el título de psicólogo clínico. En este artículo se argumenta a favor de modificar el acceso al programa de formación especializada del PIR de modo que se garantice que en el currículo del futuro especialista están los conocimientos y habilidades más específicamente sanitarios que ofrece la Universidad a los psicólogos. Finalmente, se exponen los riesgos para el conjunto de la profesión de empobrecer la formación universitaria de los psicólogos clínicos.

Palabras clave: Psicología clínica, Psicología general sanitaria, Estudios universitarios, Psicólogo interno residente, Regulaciones legales.

From now on, for the independent practice of psychology in the field of health in Spain, the psychologist must complete the newly created Master's degree in General Healthcare Psychology. However, this mandatory university course is not required for access to the specialised healthcare training that provides the title of "clinical psychologist" (the PIR, an internship in Clinical Psychology). In this paper we argue in favour of changing the access to the specialised training program in clinical psychology so as to ensure that the knowledge and skills specifically related to healthcare offered by the university are included in the curricula of future clinical psychologists. Finally, the risks to the entire profession of impoverishing the university studies of clinical psychologists are discussed.

Key words: Clinical psychology, General healthcare psychology, University studies, Internship in clinical psychology, Legal regulations.

La reforma de los planes de estudio universitarios para su adaptación al marco de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha supuesto la reducción de los años de estudios de Psicología. El resultado ha sido un Grado de carácter polivalente de 4 años. En la actualidad estos estudios no habilitan para trabajar de modo autónomo en el campo de la salud, sino que es obligatorio cursar un máster con contenidos específicamente relacionados con la salud con un tiempo de práctica supervisada que da acceso al título oficial de Psicólogo General Sanitario (PGS), creado mediante una disposición adicio-

nal en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE, núm. 240, de 5 de octubre de 2011). Según sus promotores, una titulación generalista de carácter sanitario en Psicología era necesaria para dar cobertura legal a las actividades en el campo de la salud de los (futuros) psicólogos que van a ejercer, principalmente en el sector privado, sin el título de especialista.¹

Lamentablemente, este proceso de creación del PGS ha ignorado a la figura que ya estaba reconocida en esta rama de la psicología como profesional sanitario, la del psicólogo clínico. El resultado es que el psicólogo clínico, existiendo una formación universitaria específicamente relacionada con la salud para los psicólogos, se ha quedado con una formación universitaria no-sanitaria. Por otro lado, sin una adecuada vinculación entre la formación de generalistas y especialistas, la coexistencia de ambas figuras queda expuesta a indeseados conflictos y confusiones. Este artículo pretende argumentar a favor de la propuesta de modificar el itinerario curricular del psicólogo clínico para que la nueva titulación se exija para el acceso a la formación especializada como se exige para el resto de psicólogos que aspiren a trabajar como profesionales sanitarios.

Correspondencia: César González-Blanch. Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. C/ Tetuán, 59. 39004 Santander. España.

E-mail: cesar.gonzalezblanch@scsalud.es
cgblanch1

.....
¹ Al contrario de lo que sucedió con el título de especialista, no hay previstas vías extraordinarias de acceso al título de PGS, sino que se ha dispuesto, mediante la Ley 3/2014, de 27 de marzo (BOE, núm. 76, de 28 de marzo de 2014), una habilitación para trabajar en centros sanitarios para aquellos psicólogos con alguna formación de pregrado o posgrado en el campo de la psicología clínica.



LA REGULACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD EN EUROPA

La salud mental es una parte esencial e integral de la salud. El derecho a la protección de la salud está reconocido en la Constitución Española y, por encima de ésta, en la Declaración Universal de Derechos Humanos. La regulación de las profesiones sanitarias, ya sea con la creación de titulaciones o de colegios profesionales, tiene por principal finalidad precisamente garantizar que los profesionales cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud. Para conseguir este fin es esencial establecer un control sobre la calidad de su formación, así como facilitar la identificación y reconocimiento de los profesionales.

La mayoría de los países europeos han abordado la regulación de la Psicología en el campo sanitario, sin embargo, la situación de las regulaciones está lejos de ser uniforme. Al contrario, hay diferentes modelos de regulación cada uno con sus propios criterios de reconocimiento y sus propias autoridades reguladoras. Algunas regulaciones tienen un nivel de ley estatal (como en España), en otras, un nivel de ley regional (como en Suiza) y otras están controladas por asociaciones profesionales (como en el Reino Unido). También son diferentes los títulos regulados: psicólogo, psicólogo autorizado/acreditado, psicólogo sanitario, psicólogo clínico y de la salud, psicólogo clínico, psicoterapeuta (Van Broeck y Lietaer, 2008). Dentro de la marcada heterogeneidad del panorama, hay al menos dos elementos comunes en los países que ya han regulado los requisitos formativos del psicólogo en el campo de la salud. Primero, la formación mínima para el ejercicio profesional autónomo del psicólogo en este campo es de un nivel equivalente a la de un máster. Y, segundo, se requiere un periodo de práctica supervisada.

Conviene precisar que estar habilitado para trabajar en un campo no es equivalente a ser un especialista en él. Con respecto a la especialidad en psicología clínica, la situación es igual de heterogénea o más. No existe una especialidad como tal de carácter europeo, y los países donde está instituida son minoría y con marcadas diferencias entre ellos. Según una encuesta realizada a finales de 2005 entre presidentes de asociaciones europeas de psicólogos, sólo 7 de los 24 países encuestados tenían una especialidad en psicología clínica legalmente regulada y, de entre éstos, sólo 4, además de España, tenían un sistema de formación especializada similar al del Psicólogo Interno Residente (PIR): Reino Unido, Italia, Suecia y Holanda (Berdullas Temes y Fernández Hermina, 2006).

PROBLEMAS PARA LA REGULACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN ESPAÑA

Desde la instauración a nivel estatal del sistema de formación especializada interno-residente para los psicólogos (el conocido PIR) en 1993 hasta la reciente habilitación de los psicólogos con alguna formación o experiencia en campo de la salud para trabajar en centros sanitarios han pasado 21 años. Este desmedido retraso ha sido una de las principales causas de los problemas y conflictos que hemos sufrido los psicólogos orientados a la clínica. Durante mucho tiempo ha coexistido una forma reglada de acceder al título de especialista con la situación previa en la que cualquier psicólogo, con o sin formación específica en el ámbito clínico, podía autodenominarse psicólogo clínico y ejercer como tal (lo que suponía, por ejemplo, beneficiarse de la exención del IVA aplicable únicamente a los "psicólogos clínicos" [sic] según la Resolución, de 2 de septiembre de 1991, de la Dirección General de Tributos [BOE, núm. 253, de 22 octubre 1991]). Se han provocado absurdos anacronismos como que hubiera psicólogos que hubieran completado su formación PIR sin que existiera todavía el título al que debía dar acceso esa formación. La dilación en la obtención del título por las vías transitorias tampoco ha ayudado. La Orden Ministerial que desarrollaba el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE, núm. 288, 2 diciembre 1998) se retrasó 4 años, y 3 años después se ampliaron los plazos que permitieron a un número mayor de psicólogos obtener el título por las vías transitorias. En conjunto, pasaron casi 10 años desde que se abrió el proceso de las transitorias hasta que finalizó, sin que hayan faltado intentos de reabrirlo e incluso de anularlo en su conjunto, por ejemplo, con una descabellada querrela criminal interpuesta contra los miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) por prevaricación y falsedad documental, que no fue admitida a trámite y quedó sobreseída. Por último, quizá también sea contrario a la lógica el que se haya regulado primero la especialidad y dos décadas más tarde se establezca la formación generalista necesaria para ejercer en la misma rama.

Además del retraso en la regulación legal, otro de los motivos principales que explican las dificultades encontradas en este largo proceso de ordenamiento tiene que ver con la masificación de los estudios de Psicología y, consecuentemente, de licenciados/graduados. La Figura 1 recoge la vertiginosa ascensión del número de matriculados desde que la Psicología adquiere rango de titulación universitaria en 1968. El crecimiento descontrolado desde mediados de los setenta ha sido calificado como "proba-



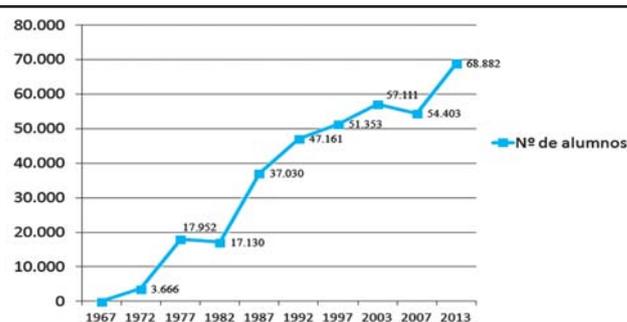
blemente el mayor crecimiento de la historia reciente de la Universidad española” (Blanco y Botella, 1995), y desde entonces no han parado de abrirse nuevas facultades de Psicología, principalmente privadas. Esto es así pese a que la propia Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) reconoció en el *Libro Blanco del Título del Grado en Psicología* que “el volumen de estudiantes y profesionales de la Psicología en España es claramente superior a las posibilidades de inserción laboral” (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005, p. 65) o, en palabras del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), “excede con mucho toda posible expectativa de empleo” (Santolaya Ochando, 2005, p. 116). Actualmente, por cada psicólogo colegiado hay más de un alumno (entiéndase estadísticamente). A cada alumno de Enfermería o Medicina, carreras prototípicas de Ciencias de la Salud, le corresponden 15 y 9 colegiados, respectivamente. Y no es que haya pocos psicólogos, de hecho, probablemente somos el país con el mayor número de psicólogos per cápita del mundo (Van Der Vlugt, 1998). Según los datos del Ministerio de Educación, 8.206 alumnos terminaron los estudios en el curso 2012-13. Se estima que alrededor del 60-70% orientados a la clínica, esto es, unos 5.000 graduados al año con la expectativa de trabajar en un campo que debe tener a unos 2.000 psicólogos contratados en el sector público y, según datos preliminares, unos 8.000 psicólogos que prestan asistencia en diversos entornos de intervención psicológica del sector privado, principalmente en gabinetes uniprofesionales (Pastor Sirena, 2008). El resultado es que, según los Servicios Públicos de Empleo (SEPE), en noviembre de 2014 había 21.344 licenciados en Psicología demandantes de empleo, de los cuales, 14.808 estaban parados. A los que hay que sumar 915 graduados demandantes de empleo, de los cuales, 685 estaban parados (SEPE, 2014). La hipertrofia de la psicología académica, y sus consecuencias en forma de desempleo y subempleo, es un factor clave en las dificultades halladas en el ordenamiento de la profesión.

De no corregirse la masificación de los estudios o, al menos, la orientación mayoritaria a la clínica de los alumnos, la normativa vigente puede resultar inútil para el ordenamiento de la profesión. Nada excluye que surjan formas alternativas a la acreditación oficial para el empleo (o subempleo) en este campo, ya sea bajo la denominación de psicólogo pero en centros sin el registro de sanitarios, o con nuevas denominaciones.² Los

Colegios Profesionales seguirán en la disyuntiva de elegir entre cumplir con el deber estatutario de contribuir al ordenamiento de la profesión y ofrecer especiosas alternativas a una sobredimensionada masa colegial en la que justamente valen tanto los votos de los que ejercen como los de los que no.

Deliberadamente o no, desde las instituciones de la Psicología se mitiga frecuentemente este problema de la masificación poniendo el énfasis en la escasez de recursos públicos destinados a la atención psicológica. Desde un grupo de trabajo del COP de Valencia elaboraron un informe que estimaba que en el Sistema Nacional de Salud (SNS) eran necesarios 20.000 psicólogos en Atención Primaria (AP). La Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS) utilizó esa cifra tan redonda para justificar en un comunicado la necesidad de incluir a psicólogos no especialistas en AP; la Junta del Gobierno del COP de Valencia lo suscribió y difundió (SEPCyS, 2011). Recientemente, en una mesa redonda organizada dentro de unas jornadas de la SEPCyS (Almería, octubre de 2014), el profesor José Antonio Carrobles sumaba a los 20.000 psicólogos de AP otros 8.000 profesionales más para especializada (esto es, todos los psicólogos clínicos acreditados en España más otros 20.000 profesionales). Estas cifras quizá cuadran con las dimensiones de la psicología académica, pero son totalmente disparatadas si atendemos a la realidad del SNS. Según el informe sobre la necesidad de especialistas médicos en España (Barber Pérez y González López-Valcárcel, 2009), nin-

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DE NÚMERO DE MATRICULADOS EN
PSICOLOGÍA DE 1967-68 A 2012-13



Fuentes: Hernández Gordillo (2003), Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

² Por ejemplo, los “coaches” han ganado una rápida aceptación por parte de algunos Colegios, pese a que su práctica tan pobremente delimitada genera confusión con los perfiles profesionales de los psicólogos en los campos en los que éstos tienen un papel propio desde hace años: clínico, laboral, educativo, social, deportivo...



guna especialidad, salvo Pediatría y Medicina de Familia, tiene más 5.000 profesionales trabajando en el SNS. Con 20.000 psicólogos en AP habría más de un psicólogo por cada dos médicos de familia. Pediatría, que atiende a todos los menores de 18 años, enfermos y sanos, no llegaba a los 10.000 profesionales a finales del 2008. Entonces sólo había 2.618 psiquiatras en el SNS. Basta observar los datos del SNS para darse cuenta de lo infundadas y descabelladas que son esas estimaciones sobre la necesidad de psicólogos (clínicos), no ya en las circunstancias actuales de crisis económica, sino en cualquier circunstancia imaginable.

¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y QUÉ EL PGS?

La delimitación conceptual y práctica de la psicología clínica es de gran complejidad. Las definiciones propuestas por expertos e instituciones son necesariamente amplias (ver Fernández Molina, 2003). Puede citarse, por ejemplo, la definición propuesta por la European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), una federación que agrupa a 36 asociaciones de psicólogos, que representan a unos 300.000 psicólogos de toda Europa: "Psicología Clínica se refiere a la aplicación y desarrollo de principios, métodos, procedimientos e instrumentos independientes para observar, comprender, predecir, prevenir y aliviar la discapacidad cognitiva, emocional y conductual, el malestar y la enfermedad en todos los aspectos de la vida humana y la promoción de la buena salud y calidad de vida (bienestar)."

Ésa y otras definiciones afines se ajustan a la práctica profesional, desarrollada en múltiples contextos, de los psicólogos clínicos. En coherencia con esta concepción amplia de la especialidad, el programa formativo del PIR, actualizado en 2009, como base de la capacitación del psicólogo clínico, establece rotaciones (estancias) por los distintos servicios y dispositivos de Salud Mental, de otras especialidades hospitalarias y de AP. Las posibilidades de la Unidad Docente y los intereses del residente configuran el circuito de rotaciones que, preservando contenidos básicos y comunes, puede diferenciarse en los contenidos específicos de unos hospitales a otros, y de unos residentes a otros. En suma, cualquier campo en el que los psicólogos clínicos vienen desarrollando su labor profesional es potencialmente parte del programa PIR.

Del nuevo programa formativo del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MPGS) la única información disponible está en la Orden ECD/1070/2013, de 12

de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria (BOE, núm. 146, de 14 de junio de 2013) y en los primeros planes de estudio publicados por las Universidades que lo van a impartir. El máster consta 90 créditos europeos³ de contenido específicamente relacionado con la salud (mental) distribuidos en módulos de materias obligatorias y optativas, de los cuales 30 corresponden a prácticas presenciales. La citada Orden establece de modo general que los estudiantes deben adquirir los conocimientos y las competencias necesarias para la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios.

Podría entenderse que con esta formación los estudios de Psicología en la rama clínica recuperan y refuerzan, con los contenidos de los anteriores posgrados de Psicología Clínica y de la Salud, el año que se perdió de la antigua licenciatura, que en muchas universidades constaba de 3 años comunes y los dos últimos en los que se podía elegir entre varias asignaturas optativas que configuraban la "especialidad clínica". Si bien puede argüirse que el máster mejora lo anterior, las asignaturas tienen denominaciones parecidas e incluso, en algunos casos, los mismos docentes... En todo caso, se entiende que son materias que no deben faltar en el currículo universitario del psicólogo que pretenda trabajar en el mundo sanitario. La implementación de unas prácticas presenciales es la más destacada ventaja respecto a la formación ofrecida en la antigua licenciatura. Una mínima práctica supervisada es, como se ha comentado antes, un requisito básico para el ejercicio autónomo allá donde la Psicología ha regulado su ejercicio en el campo de la salud.

El análisis de las asignaturas en el conjunto de los másteres ofertados muestra que no hay un perfil diferenciado con respecto al campo propio de la psicología clínica. Aunque son destacables las diferencias entre los planes de las distintas universidades, las materias típicas son de evaluación e intervención en distintos trastornos mentales (adicciones, demencias, trastornos psicóticos, afectivos, ansiosos, de la conducta alimentaria, sexuales, del sueño, de la personalidad...), de hecho, el denostado *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

³ Un crédito europeo ECTS (European Credit Transfer System; Sistema Europeo de Transferencia de Créditos) equivale a 25 ó 30 horas de trabajo, lo que incluye además de las horas lectivas otros conceptos más difíciles de ponderar como el esfuerzo dedicado al estudio o la preparación y realización de exámenes.



Mentales (DSM) parece ser el eje vertebrador de estos planes. Sólo algunos incluyen asignaturas que, por su carácter socio-sanitario, podrían ser de especial interés para un perfil complementario al del especialista, como, por ejemplo, rehabilitación psicosocial, promoción de la salud, drogodependencias, atención temprana, violencia de género o intervención en emergencias. Pero su peso es relativamente menor. Igualmente es oportuno señalar que, en contra de lo que algunos docentes de esos estudios han querido interpretar (por ejemplo, Carrobbles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013), no son planes específicamente orientados a la formación en el campo de la psicología de la salud. Por el contrario, el peso de las asignaturas obligatorias y optativas relacionadas con ese campo es exiguo dentro del conjunto de los planes. Generalmente los planes incluyen alguna asignatura general relacionada con la psicología de la salud, pero, por ejemplo, la psicooncología, materia prototípica de esta disciplina, no aparece como asignatura propia en los planes de estudio de ninguna de las Universidades consultadas.⁴ Por otra parte, es muy cuestionable, en la realidad profesional española, defender que la labor propia de psicología de la salud no la han desarrollado (y desarrollan) los psicólogos clínicos. De hecho, el trabajo en este campo valió para acreditarse como psicólogo clínico por medio de las vías transitorias del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE, núm. 288, 2 diciembre 1998). Sería incongruente en este contexto afirmar ahora que ése no es un trabajo propio de los psicólogos clínicos. Dicho sea sin menoscabo de las (sub)especialidades que puedan crearse en el futuro.

DIFERENCIAS ENTRE GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS

Desde el punto de vista normativo, el título de especialista es necesario para utilizar la denominación de especialista y para ejercer la profesión con tal carácter (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [BOE, núm. 280, de 22 de Noviembre de 2003]), los títulos universitarios no pueden inducir a confusión ni coincidir en su denominación o contenidos con los de los especialistas (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales [BOE, núm. 55, de 5 de marzo de 2014]) ni pueden tener los mismos efectos profesionales (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se

determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada [BOE, núm. 45, de 21 de febrero de 2008]). El lector puede juzgar por su cuenta si la normativa se cumple. La Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) ha interpuesto un recurso contra la Orden ECD/1070/2013 por la que se establecen los requisitos del MPGS entendiendo que contravenía la normativa que salvaguarda a la especialidad (Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, 2013).

Las propias leyes que crean la figura del PGS fijan otra diferencia más: los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del SNS o concertados con él deberán estar en posesión del título de especialista. Para juzgar sobre el cumplimiento de este punto habrá que esperar unos años, por ahora los psicólogos que trabajaban en el SNS antes de marzo 2011, con o sin formación de posgrado o práctica supervisada, han quedado habilitados para ejercer como sanitarios según la disposición final octava de la Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE, núm. 76, de 28 de marzo de 2014).

Desde el plano de los contenidos de los programas, pese a las afinidades comentadas, hay importantes diferencias que deben resaltarse. El PIR, al que se accede por concurso-oposición, es personal del hospital con un contrato laboral de 4 años a tiempo completo (sin que aquí podamos ponderar el considerable esfuerzo y dedicación del residente fuera de su jornada laboral). Recibe una supervisión gradual en distintos lugares de trabajo propios de la especialidad por distintos supervisores psicólogos clínicos. Durante ese tiempo, al igual que el resto del personal facultativo, maneja la documentación sanitaria (accede a las historias clínicas, escribe notas de consultas, elabora informes clínicos...) y, bajo supervisión, toma decisiones clínicas (sobre evaluaciones, tratamientos, altas, derivaciones...). La formación teórica, que constituye el aproximadamente el 20% del tiempo del programa, es principalmente impartida en forma de sesiones clínicas, sesiones bibliográficas y seminarios. El residente puede además realizar, manteniendo la remuneración, una parte de su formación (hasta 4 meses por año) en otros centros de prestigio en España o en el extranjero.

El psicólogo que cursa el MPGS es un alumno universitario, que ha accedido a los estudios por los criterios de

⁴ Los planes de estudios examinados se corresponden con los impartidos en la Universidad Autónoma de Madrid, Universitat de Barcelona, Universidad de Córdoba, Universidad de Granada, Universidad de Málaga, Universidad de Sevilla, Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Pontificia de Salamanca.



selección fijados por el departamento universitario correspondiente. Las prácticas externas equivalen a unos 5 meses de una jornada laboral a tiempo completo. Al no ser personal vinculado al centro, puede suponerse que tendrá limitaciones para el manejo de la documentación sanitaria y de los casos. Lo esperable es que rote por un único dispositivo bajo la supervisión presencial de un único psicólogo (que pudiera no ser especialista). La formación teórica, a la que corresponden la mayor parte de los créditos, se imparte por profesorado universitario.

Por lo anterior, es fácil apreciar que la formación especializada (vía PIR) permite un nivel de profundización en los distintos ámbitos de actuación del psicólogo clínico y, en consecuencia, un grado de capacitación profesional claramente mayor y más completa que la del MPGS.

Pese a que algunos docentes de posgrados defienden que el MPGS como una formación especializada que debe situarse al mismo nivel que el PIR (Carrobles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013), lo cierto es que esto contrasta, además de con las diferencias comentadas, con la misma configuración europea a la que apelan. Lo hacen equiparando el PGS al Certificado Europeo de Psicología EuroPsy. El EuroPsy ha sido creado por la EFPA principalmente para establecer un referente de calidad para la educación y la práctica en psicología, y para facilitar la movilidad de los psicólogos entre países europeos. Este certificado supone que el psicólogo ha completado un currículum académico de psicología de al menos 5 años (300 créditos europeos) y puede acreditar al menos un año a tiempo completo de práctica profesional supervisada. Este es un requisito mínimo para obtener esta certificación que no tiene un carácter de especialización sino de un nivel de preparación "generalista" (Santolaya Ochando, 2012) o "básico" (EFPA, 2013). La consideración de especialista requiere una formación y una práctica adicional, que la EFPA no ha establecido todavía para la Psicología Clínica. Aunque el MPGS no llega al año de práctica supervisada a tiempo completo, puede entenderse que reúne los requisitos mínimos para el trabajo en el campo de la salud (mental), lo que no equivale a ser especialista en ese campo.

Cabe en este sentido apuntar que, a finales de los años 80, el comité de expertos encargado por el COP de elaborar un informe técnico para marcar las bases de la formación de psicólogos especialistas a través del PIR estableció que "el tiempo para una adecuada formación posgraduada en la que el residente cuente con períodos suficientes para rotar por los distintos dispositivos asistenciales habrá de ser entre 3 y 4 años" (Colegio Oficial de Psicólogos, 1990, p. 61). Ahora algunos docentes de posgrados justifican mantener desvinculada la formación universitaria de posgrado del PIR sobre la base de que 9 años y medio es una duración "desmesurada" para la formación de un psicólogo clínico (Carrobles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013). Sin embargo, en un tiempo en el que la licenciatura tenía una duración de 5 años en la mayoría de los planes de estudio, completar a 9 años de formación se veía como algo adecuado en ese informe consensuado. Incidentalmente señalo que entre los miembros del comité que elaboró el citado informe está el profesor José Antonio Carrobles.

EL ITINERARIO GRADO-MÁSTER-PIR, UN ORDEN LÓGICO

El hecho de haber creado primero la especialidad y después la figura del generalista en el campo de la salud ha supuesto que el acceso a la formación especializada esté determinado por un Real Decreto de 2008 (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud [BOE, núm. 45, de 21 febrero 2008]) que es anterior a la creación del MPGS (2011). Para corregir esto es necesario un cambio en la normativa vigente que, pese a haberse anunciado desde las autoridades competentes en distintas ocasiones,⁵ no ha llegado concretarse.

En los últimos años, las principales asociaciones del campo (entre ellas, ANPIR), el Consejo General de la Psicología y la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (órgano asesor del Ministerio de Sanidad para los asuntos relacionados con la especialidad)⁶ han elaborado distintos escritos defendiendo la necesidad de reordenar el itinerario curricular del psicólogo clínico de acuerdo con la

⁵ En octubre de 2011, el Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Francisco Valero Bonilla, anunció por escrito su compromiso de iniciar los trámites para la modificación del Real Decreto 183/2008, a fin de que se estableciese como requisito de acceso a la formación sanitaria especializada en psicología clínica, el estar en posesión del MPGS. Pero con el cambio de Gobierno pocas semanas después, la iniciativa quedó desautorizada. En marzo de 2012, el nuevo Gobierno, en respuesta a la diputada de Coalición Canaria, Ana Oramas González-Moro, escribió que tenía previsto modificar el citado Real Decreto "con el fin de abordar, entre otros asuntos, los requisitos de acceso a la formación de la especialidad en Psicología Clínica". Posponía su modificación mientras las condiciones generales y requisitos para la obtención del MPGS no estuvieran formalmente aprobados, que lo fueron en junio de 2013.

⁶ La posición de Conferencia de Decanos de las Facultades de Psicología respecto al itinerario Grado-Máster-PIR ha sido más indeterminada, oscilando entre el tibio apoyo y la indiferencia.



nueva configuración de los estudios universitarios en este campo y en particular tras la creación de la nueva profesión sanitaria de carácter generalista para los psicólogos.

Sin ánimo de extenderme con el detalle del argumentario, lo que se defiende es que, si se ha creado un máster con contenidos específicamente sanitarios porque el Grado de Psicología, de carácter polivalente, no aporta la formación suficiente para ejercer en el campo de la salud, esa formación universitaria, de carácter generalista debe exigirse a los psicólogos antes de iniciar la formación especializada para asegurar que forma parte del currículo del futuro psicólogo clínico. La formación del PIR no sustituye a la universitaria, sino que la complementa para la capacitación como especialista. La Figura 2 presenta el esquema del itinerario formativo escalonado propuesto, que no termina con el reconocimiento de la especialidad. Además de los elementos ya creados, cabe esperar que se añadan, de acuerdo con la normativa ya vigente (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [BOE, núm. 280, de 22 de Noviembre de 2003]), las futuras subespecialidades (formalmente llamadas Áreas de Capacitación Específica) o nuevas especialidades desde un tronco común con la especialidad de Psicología Clínica. La psicología clínica infanto-juvenil, la neuropsicología clínica o psicología de la salud son los campos de (sub)especialización más recurrentemente citados. Otros elementos, dentro del itinerario formativo de los especialistas sanitarios, posteriores a la residencia son los Diplomas de Acreditación (y Diplomas de Acreditación Avanzada). Estos diplomas oficiales valdrán a la Administración pública para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica (pongamos por caso, psicooncología) de una determinada especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente. Todo este largo recorrido es coherente con la idea de que la formación de los profesionales sanitarios no termina en la universidad ni siquiera con la obtención del título de especialista, y que en el campo de la salud es especialmente necesario fomentarla, acreditarla y permitir su identificación por parte de la sociedad.

La formación debe ser acumulativa y secuenciada. Sólo si se adquiere satisfactoriamente el nivel de preparación previo, con los conocimientos y habilidades correspondientes, se puede acceder a un nivel de preparación posterior. De hecho, el mencionado Real Decreto que regula actualmente el acceso al PIR, establece para las demás especialidades de carácter clínico-asistencial la exigencia de estar "en posesión de un título universitario oficial que ha-

bilite para el ejercicio en España de la profesión". En cambio, en el caso de la Psicología, en vez de exigir estar habilitado para el ejercicio en el campo sanitario, el redactado del artículo correspondiente exige "estar en posesión del título universitario oficial de Grado en el ámbito de la Psicología o de Licenciado en Psicología".

Pese al consenso alcanzado en la profesión, merece la pena responder a las principales razones en contra del itinerario escalonado propuesto. Primero, se ha dicho que incorporar el MPGS al currículo del futuro psicólogo clínico haría que su formación fuera desproporcionadamente larga. He hecho constar más arriba que en el diseño inicial de la formación especializada como psicólogo clínico se consideraba adecuado un PIR de 3 ó 4, tras una licenciatura de 5 años. La duración del itinerario propuesto es de 9 años y medio. Algo inferior a la duración de las residencias de todas las especialidades con responsabilidades en la atención directa a pacientes (esto es, clínicas), que es de 10 u 11 años. Es intrigante saber por qué razón hay psicólogos que sostienen que el psicólogo clínico requiere menos preparación que los demás clínicos, incluidos los psiquiatras, con los que compartimos servicio. Pero el argumento de los años, desvía la atención de lo principal: la merma en la formación universitaria del futuro psicólogo clínico. Hay que saber que para el acceso al máster se exige haber cursado durante el Grado 90 créditos de carácter específicamente sanitario. Algo que tampoco se exige en el currículo del futuro especialista. Así, por ejemplo, un alumno que durante la carrera ha optado por un itinerario ligado a la psicología social o educativa no podría acceder a la formación sanitaria como generalista (esto es, el MPGS), pero sí a la del especialista (esto es, el PIR). No se trata, pues, sólo de la duración, sino de que ésta tenga las características apropiadas al perfil profesional.

Otro de los argumentos esgrimidos es que para ninguna otra especialidad se requiere el acceso a la formación especializada desde un nivel de máster. Tampoco esto es cierto. Medicina, que es la referencia principal del modelo interno-residente, es una de las pocas carreras universitarias que ha mantenido los 6 años de duración tras la puesta en marcha del Plan Bolonia en las Universidades españolas. De acuerdo con el Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (BOE, núm. 55, de 5 de marzo de 2014), los títulos de Grado de al menos 300 créditos podrán ser adscritos al nivel de Máster, esto es, obtener una doble titulación. Este es el caso de Medicina y de otras titulaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, como el Grado de 5 años de Farmacia.



Igualmente en contra del itinerario escalonado Grado-Máster-PIR se ha argüido que el examen de acceso al PIR valida que el aspirante tiene los conocimientos necesarios. Este razonamiento nos puede llevar a concluir que no es necesario estudiar Psicología para formarse como especialista en Psicología Clínica (podrían valer otros estudios o ninguno, siempre que se apruebe el examen de acceso al PIR). Esto también supone asumir que la docencia de las academias privadas de preparación del examen, generalmente impartida por los residentes más jóvenes, es equiparable a la docencia universitaria acreditada. Sobra decir que los profesores universitarios críticos con el itinerario propuesto han evitado recurrir a este argumento.

Por último, se ha defendido no exigir el máster como un modo de mantener una formación “que no dependa de la capacidad económica del estudiante” (Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2013). Este argumento es curioso dado que proviene del mismo colectivo que se movilizó para la creación del máster obligatorio para todos los estudiantes interesados en ejercer en el campo de la salud (Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2010). En la práctica, de los alrededor de 5.000 graduados que podemos suponer que salen de la anualmente de las Facultades de Psicología orientados a la clínica, sólo a los que acceden a la formación remunerada del sistema PIR (unos 125 actualmente) se les exige de cursar previamente el máster. Difícilmente esto puede sostenerse como una defensa seria de lo público. Por un lado, la preparación del examen del acceso al PIR, extremadamente competitivo, está en manos de academias privadas desvinculadas de las ayudas públicas. Por otro, como se ha comentado, el acceso desde el Grado, que ni es sanitario ni es profesionalizante, merma precisamente la preparación del psicólogo clínico, la titulación exigida por ley para trabajar en el SNS y centros concertados.

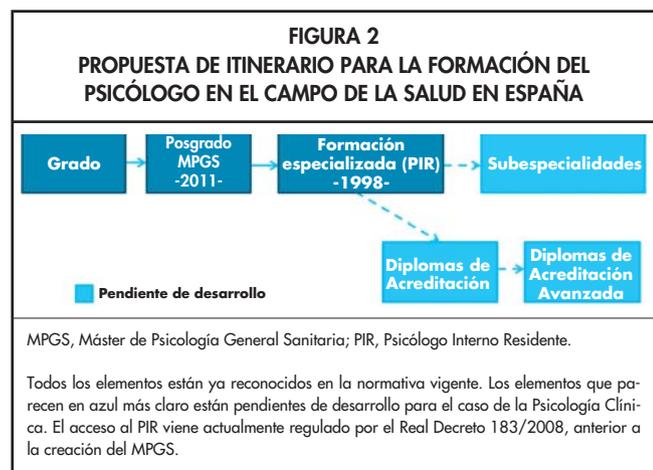
LOS PERJUICIOS PARA LA PROFESIÓN

Hasta aquí se ha puesto el énfasis en la necesidad de incorporar al currículo del psicólogo especialista los contenidos más específicamente sanitarios que imparten las Facultades de Psicología para no empobrecer su currículo y capacitación, pero hay otras consecuencias menos directas pero igual de importantes. El nuevo ordenamiento de la profesión en esta rama debería facilitar una coexistencia de ambas figuras (generalista y especialista) sin confusiones ni conflictos. Las plazas PIR son escasas, y las de psicólogos clínicos, también. Sin embargo, es fácil imaginar que desde la Universidad poco o nada se van a interesar por aumentar las plazas PIR como una salida natural y realista para los estudiantes del máster generalista mientras ambas formaciones se ofrezcan en paralelo y con unos perfiles competenciales tan precariamente delimitados. Lo esperable es una disputa por campos de actuación en perjuicio del ordenamiento y la cohesión profesional.

Es fácil comprobar que quienes argumentan en contra del itinerario lo hacen a la vez que defienden que ambas formaciones son vías distintas para alcanzar los mismos efectos profesionales o, acaso, mayores para la vía universitaria (Carrobbles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013). Al margen de los problemas para la profesión de tener dos profesionales confrontados, ¿qué supondría la equivalencia de las figuras de generalista y especialista? Si extender año y medio la formación universitaria del psicólogo tiene los mismos efectos profesionales que un costoso programa de formación especializada de 4 años, ¿qué administración mantendría o promocionaría el segundo? Y si dejara de existir el PIR ¿en qué lugar quedaría la profesión del psicólogo clínico dentro del SNS? Por lo pronto tendríamos un psicólogo con menos años de formación que los profesionales enfermería especializados en salud mental (6 años) y muy lejos de los años necesarios para ser psiquiatra (10 años).

Los críticos del itinerario escalonado han querido hacer creer que la incorporación al SNS del PGS valdría para prevenir el “intrusismo” de los demás profesionales sanitarios, singularmente médicos de AP y personal de enfermería. Ignoro cómo la inclusión de un perfil profesional que acumularía menos años de formación que el personal de enfermería puede ayudar a contener, en un entorno crecientemente interdisciplinar, el uso de intervenciones psicológicas por parte de otros profesionales.

El asunto de los años de formación puede parecer baladí, pero eso es lo que ha determinado hasta la fecha aspectos como retribuciones, categorías profesionales y





desarrollo profesional. Las diferencias entre los antiguos diplomados y licenciados se perpetúan a lo largo de toda la vida profesional en todos los conceptos, no sólo salariales. En los días que escribo esto, he sabido que en Cataluña el nuevo convenio que se está negociando para la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, en castellano, Red Hospitalaria de Utilización Pública) supone una recalificación a la baja de los psicólogos clínicos. Según la última propuesta, los psicólogos clínicos son ubicados en el subgrupo C1, mientras que médicos y farmacéuticos especialistas (recordamos: ambos profesionales con la titulación doble Grado y Máster reconocida) formarían parte del subgrupo A1, que antes compartían con los psicólogos clínicos. Esto tiene consecuencias directas en las retribuciones de los contratos de psicólogos especialistas, pero es fácil imaginar que pertenecer a un subgrupo inferior tiene también efectos en el desarrollo de las competencias profesionales y en la consideración en general dentro y fuera del sistema sanitario.

De nuestra ubicación en el sistema dependen, entre otros asuntos, nuestra capacidad para influir en los órganos donde se determinan nuestras funciones asistenciales o donde se deciden los recursos destinados a la salud mental. Si queremos aumentar la capacidad de autogestión de los psicólogos clínicos en el SNS, superando las estructuras actuales, que son reminiscencias de una época anterior a nuestro reconocimiento como especialidad sanitaria, resulta imprescindible que tengamos el mismo estatus que el resto de facultativos, en particular que el de aquellos con los que compartimos servicio.

El itinerario propuesto es además una oportunidad para establecer un vínculo formal entre las facultades y los hospitales, una ambición que tiene beneficios mutuos para docentes y clínicos. También para la investigación aplicada. El acceso a poblaciones clínicas epidemiológicamente representativas, para unos, y la posibilidad de investigar con una orientación predominantemente psicológica, para otros, son claras ventajas de la deseada colaboración.

Por último, conviene hacer saber que el acceso al PIR en la situación actual es un callejón sin salida para ese 97% psicólogos que, motivados por acceder a la formación especializada, no consiguen plaza. Los graduados que no cumplan con los requisitos de titulación mínimos en este campo, fijados por el máster, tampoco podrán ejercer como generalistas. La falsa expectativa de que el PIR es una alternativa real para los que no puedan acceder al máster profesionalizante, valdrá, eso sí, para dejar intacto uno de los grandes problemas de los estudios de Psicología: su masificación.

CONCLUSIONES

Si asumimos que la psicología en el campo de la salud tiene un papel trascendente, tenemos que establecer unos requisitos mínimos para, en la medida de lo posible, garantizar que esa labor se realiza con la suficiente preparación. De eso trata la regulación legal de una profesión o especialidad: se requiere acreditar una determinada formación/experiencia para lo que antes se podía hacer sin ella. Dentro del variopinto panorama europeo, la mayoría de los países han ido implementado formas de regular la labor del psicólogo en este campo. Pero, por definición, la especialidad debe requerir algo más que la formación mínima para poder ejercer en un campo determinado. El sistema PIR es un hito en la consolidación de la Psicología (clínica) en España. Siendo mejorable en su desarrollo, 4 años de formación exclusiva y remunerada, bajo la supervisión de distintos psicólogos especialistas en el entorno de referencia para la prestación de servicios sanitarios del país es el mejor plan al que pueden aspirar los psicólogos de cualquier lugar. Sin embargo, como hemos dicho en otro lugar (González-Blanch, 2009), el PIR no es la formación máxima, es el requisito mínimo para ser psicólogo clínico.

La creación del MPGS es un claro progreso para la psicología aplicada en España. Se atiende así a la necesidad de mejorar la formación universitaria de los psicólogos que quieren trabajar en la atención directa a la salud (mental) de las personas. Este cambio estructural en la formación universitaria debería beneficiar la capacitación de todos los psicólogos de esta rama, singularmente la de los futuros especialistas. En esto la profesión ha alcanzado un consenso sin precedentes.

Es equivocado sugerir que el empobrecimiento de la formación universitaria del especialista mejora el escenario laboral del generalista. Este señuelo sólo puede valer para desviar la atención del motivo más evidente de las dificultades para la inserción laboral de los psicólogos: la hipertrofia de la psicología académica y, consecuentemente, el desproporcionado número de psicólogos que se forman en esta rama. El psicólogo clínico es el primer ejemplo de la categoría psicólogo; lo es para el alumnado y lo es para la sociedad en general. Y el SNS es el lugar donde las profesiones sanitarias tienen la mayor visibilidad para los ciudadanos en España. Si el estatus laboral del psicólogo clínico, avalado por su formación, se debilita en el SNS, pierde el conjunto de la profesión, no sólo el especialista.

El psicólogo clínico, como psicólogo de la rama de la salud (mental), preexiste como realidad social a su creación legal. Igualmente, el modo en el que las autoridades académicas y políticas proceden a instrumentar y regla-



mentar la formación correspondiente a este profesional acaba determinando la visión del psicólogo clínico por parte de los usuarios, de los profesionales, de los gestores y, en suma, de la sociedad.

La psicología académica y la profesional deben velar por un ordenamiento que, evitando confusiones y conflictos intraprofesionales, alcance la unión necesaria para promover la expansión de la atención psicológica de calidad en el sistema sanitario, público y privado, sin debilitar lo que ya está establecido.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). Libro Blanco del Título del Grado en Psicología. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (2013). ANPIR presenta un recurso contra la Orden que establece los requisitos del Máster de PGS. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <https://www.anpir.org/noticias/anpir-presenta-un-recurso-contra-la-orden-que-establece-los-requisitos-del-master-de-pgs>
- Barber Pérez, P., & González López-Valcárcel, B. (2009). Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas%282008-2025%29.pdf>
- Berdullas Temes, M., & Fernández Hermida, J. R. (2006). La psicología y la psicología clínica en Europa. *Infocop*, 27, 16-21.
- Blanco, A., & Botella, J. (1995). La enseñanza de la Psicología en España a la luz de los nuevos planes de estudio. *Papeles del Psicólogo*, 62, 29-45.
- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Colectivo de Estudiantes de Psicología (2010). Los estudiantes de psicología de España reclamamos al Gobierno la creación del Máster en Psicología de la Salud. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2911
- Colectivo de Estudiantes de Psicología (2013). Comunicado del CEP-PIE: defensa del itinerario Grado-PIR. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <http://www.cep-pie.org/2013/11/27/comunicado-del-cep-pie-defensa-del-itinerario-grado-pir/>
- Colegio Oficial de Psicólogos (1990). Documento Base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R. 43, 60-62.
- EFPA, European Federation of Psychologists' Associations (2013). "EuroPsy European Certificate in Psychology". Recuperado el 9 de enero de 2015, desde <http://www.europsy-efpa.eu/sites/default/files/uploads/EuroPsy%20Regulations%20July%202013.pdf>
- Fernández Molina, M. N. (2003). *La psicología clínica en España*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- González-Blanch, C. (2009). Salud mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 30, 169-174.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- López Méndez, E., & Costa Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Santolaya Ochando, F. (2005). EL COP al lado de la Psicología y de la especialidad de Psicología Clínica: ¿por qué no trabajamos todos unidos? *Infocop*, 23, 114-117.
- Santolaya Ochando, F. (2012). Preguntas y respuestas sobre la regulación de la Psicología Sanitaria. *Infocop*, 59, 44-47.
- SEPCyS (2011). Comunicado sobre la aprobación del título de Psicólogo General Sanitario. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde https://www.cop-cv.org/noticia/1664-la-junta-del-gobierno-del-copcv-apoya-el-comunicado-de-la-sociedad-espanola-para-el-avance-de-la-psicologia-clinica-de-la-salud#.VJis_l4AKA
- SEPE (2014). Información mensual de mercado de trabajo de titulados universitarios. Recuperado el 29 de diciembre de 2014, desde http://www.sepe.es/contenidos/observatorio/titulaciones/2014_11/titulados/ciencias_sociales_y_juridicas/ESTUDIO_TITULADOS_FI_6.pdf
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care: A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 13(1), 53-63.
- Van Der Vlugt, H. (1998). Principal Practice Settings for Clinical Psychologists in European Countries. En A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 2, pp. 339-352). New York: Elsevier.



PRESENTE Y FUTURO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SANITARIA EN ESPAÑA: UNA VISIÓN ALTERNATIVA

THE PRESENT AND FUTURE OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN SPAIN: AN ALTERNATIVE VIEW

José Antonio Carrobles

Universidad Autónoma de Madrid

En nuestro país existen actualmente dos tipos de psicólogos titulados con competencias para el ejercicio de la psicología en el ámbito sanitario: el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS). Estas titulaciones están legalmente reguladas y la acreditación en las mismas se obtiene a través de dos tipos diferentes de programas de formación de posgrado: el Programa de Internado y Residencia (PIR) en el caso de los PEPC; y el Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) en el caso del PGS. Estos programas tienen una duración temporal diferente (4 años el PIR y 2 años el MPGS) y a ellos se accede después de la realización de los correspondientes estudios de Grado (o de licenciatura) en Psicología. Sin embargo, tanto los objetivos y las competencias a alcanzar, como el contenido de sus programas de formación, son realmente muy similares, a pesar de las diferentes denominaciones lingüísticas utilizadas para describir los mismos. En base a esas diferencias temporales y terminológicas existentes entre ambos programas, algunas asociaciones españolas (ANPIR, COP, AEPCP y AEN) defienden la postura de que entre ambas titulaciones se debería establecer además de una jerarquización, una delimitación clara respecto de las funciones que pueden realizar ambas (clínicas y especializadas versus sanitarias y generales) y de los ámbitos o contextos en los que pueden ejercerlas (público versus privado). En nuestro artículo rebatimos estas posturas y las razones en las que se basan y argumentamos extensamente en favor de una propuesta alternativa más acorde con la realidad de los hechos y más armónica con el contexto europeo en relación con la acreditación profesional en Psicología Clínica, en el sentido de asumir la existencia de las dos titulaciones independientes de psicólogos clínicos (el PEPC y el PGS), con acceso directo a ambas desde la titulación del Grado en Psicología, y con unas competencias y funciones profesionales equivalentes, aunque con algunas limitaciones en el caso del PGS, principalmente respecto a la posibilidad del ejercicio profesional en el Sistema Nacional de Salud (reservado para los PEPC) y cuya actividad sería ejercida principalmente en el ámbito privado.

Palabras clave: *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), Psicólogo General Sanitario (PGS), Sistema Nacional de Salud (SNS), regulación legal, competencias, público, privado, itinerario.*

In our country, there are currently two types of psychologist qualified to practise psychology in the health field: the Specialist Psychologist in Clinical Psychology (PEPC) and the General Health Psychologist (PGS). These qualifications are legally regulated and their accreditation is obtained through two different programs of postgraduate training: the Residential Internship Program (PIR) in the case of the PEPC; and the Master of General Health Psychology (MPGS) in the case of the PGS. These programs are of different lengths (4 years for the PIR and 2 years for the MPGS) and they are accessed after completion of the corresponding degree in Psychology. However, both the objectives and the skills to be attained, as well as the content of the training programs, are really very similar, in spite of the different linguistic denominations used to describe them. On the basis of the existing differences in the terminology and the duration of the programs, some Spanish associations (ANPIR, COP, AEPCP and AEN) defend the position that there should be established between the two qualifications, in addition to a hierarchical structure, a clear boundary with respect to the functions that the two types of psychologist can perform (clinical and specialized versus health and general functions) and of the sectors or contexts in which they can practise (public versus private). In our article, we refute these positions and the reasons on which they are based and we argue extensively in favour of an alternative proposal more in tune with the reality of the facts and with the European context professional accreditation in clinical psychology, in the sense of accepting the existence of the two independent qualifications of clinical psychologists (the PEPC and the PGS), with direct access to both from the degree in Psychology, and with equivalent competencies and professional functions, although with some limitations in the case of the PGS, mainly with respect to the possibility of professional practice in the Spanish National Health System (exclusive to the PEPC) and in their activity, which would be carried out mainly in the private sector.

Key words: *Specialist Psychologist in Clinical Psychology (PEPC), General Health Psychologist (PGS), National Health System (SNS), legal regulation, competencies, public, private, career itinerary.*

Correspondencia: José Antonio Carrobles. *Catedrático de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Calle Ivan Pavlov, 6. Campus de Cantoblanco. 28049 Madrid. España. E-mail:* joseantonio.carrobles@uam.es



INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen en nuestro país miles de psicólogos con la exclusiva categoría de licenciados ejerciendo como psicólogos clínicos y sanitarios en centros públicos y, sobre todo, en gabinetes o consultas privadas. Estos psicólogos han sido considerados hasta ahora competentes para el ejercicio de la profesión y hemos defendido a ultranza su derecho a ejercerla como tal, especialmente por parte de nuestra propia organización colegial o profesional, el Colegio Oficial de Psicólogos (COP), que es, por otra parte, a quien compete principalmente hacerlo. Este derecho, que ilegalmente se les había tratado de escamotear durante varios años, ha sido finalmente reconocido a través de la reciente enmienda introducida en la Ley 3/2014 (BOE: 28/03/2014) por la que se vuelve a modificar la “Disposición Adicional Séptima (Psicólogos) de la Ley General de Salud Pública 33/2011(BOE:05/10/2011)”, en el sentido de permitir ejercer y continuar ejerciendo indefinidamente como Psicólogos Clínicos (y Sanitarios) de pleno derecho a todos los licenciados y graduados en Psicología que estén ejerciendo como tales, “... sin exigirles (para ello) la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ni el de Máster en Psicología General Sanitaria, evitando así el vacío legal que se produciría si se interpretara que los titulares de todas las consultas/gabinetes de psicología (es muy elevado el número de éstas en todo el Estado) deberían ostentar el citado Máster de carácter profesional, cuyas condiciones generales, a las que deberán adecuarse los futuros planes de estudio universitarios, se han aprobado muy recientemente, a través de la Orden Ministerial ECD/1070/2013 BOE:14/06/2013).

E, incluso, la reforma de la citada enmienda introducida en la Ley 3/2014 llega aún más lejos hasta legislar que también se debe garantizar el derecho a continuar

ejerciendo como Psicólogos Clínicos (o sanitarios) ahora y en el futuro en el propio Sistema Nacional de Salud (y no sólo en el ámbito privado) a los psicólogos que lo estuvieran haciendo con anterioridad a la aprobación de la Ley de Economía Social 5/2011 (BOE: 30/03/2011).

La introducción de estas nuevas enmiendas por parte del Ministerio de Sanidad responden al mandato constitucional del respeto a los derechos adquiridos por los profesionales de la Psicología para ejercer como psicólogos clínicos y sanitarios por el hecho de ser licenciados o graduados en Psicología previamente a la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública 33/2011, cuyo periodo transitorio para su promulgación definitiva acabó el 4 de octubre de 2014, como lo expresaba literalmente el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso en la justificación de su propuesta de la modificación de la Ley General de Salud Pública 33/2011, a través de las dos enmiendas mencionadas:

“La incidencia de ambas disposiciones en los requisitos de formación exigibles para el ejercicio profesional de la psicología en el sector sanitario y la creación de la nueva profesión sanitaria titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario, aun cuando requiera estar en posesión del título universitario de Máster en Psicología General Sanitaria, no tiene por qué impedir el reconocimiento de derechos adquiridos al amparo de la legislación anterior, ni afectar al principio de irretroactividad del artículo 9.3 de la Constitución Española, por ello la modificación de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública que nos ocupa añade (los) dos apartados nuevos (mencionados)”.

En este proceso, la actitud y las acciones de nuestros representantes colegiales ha sido la defensa incondicio-

Nota aclaratoria: Los términos “*Psicología Sanitaria*” y “*Psicólogo General Sanitario*” incluidos en la denominación en español de esta nueva titulación han creado mucha confusión por la vaguedad e inespecificidad de los mismos, al no referir a ninguna de las especialidades profesionales o campos aplicados de la Psicología existentes en todo el mundo, como se comenta en el texto. Esta confusión se pone claramente de manifiesto al intentar traducir el término de “Psicólogo General Sanitario” a otros idiomas, como en este caso al inglés, donde no es posible encontrar un término que exprese exactamente el significado que al mismo se ha pretendido dar en español. La traducción quizás más aproximada del mismo sería la de “General Practitioner in Health Psychology” o la de “General Health Psychological Practitioner”, aunque sean tan extraños y bizarros como lo es el propio término español de “Psicólogo General Sanitario” para nosotros. Por esta razón, al traducir los términos al inglés nos hemos visto forzados a optar por la versión “General Health Psychologist” y “Health Psychology”, como los más aproximados al significado de los mismos en español, aun siendo conscientes de que su significado no es idéntico al que los legisladores españoles han pretendido darles al introducirlos en la nueva Ley. En igual sentido, los términos “Health Psychologist” y “Clinical Psychologist” son equivalentes a los de “Psicólogo de la Salud” y “Psicólogo Clínico”, y existen como campos profesionales aplicados de la Psicología, tanto fuera como dentro de nuestro país. Por ello, no se comprende que no se haya optado por utilizar estos mismos términos para denominar este ámbito de especialización en nuestro país, en lugar del inexistente y no homologable internacionalmente de “Psicólogo General Sanitario.



nal de todos los psicólogos, sin importar su ámbito de trabajo, público o privado, en el que ejercían su actividad clínica. Aún recuerdo, en este sentido, las múltiples manifestaciones, con sus correspondientes pancartas, ante el Ministerio de Sanidad, lideradas por los representantes del COP, con la justa reivindicación de que la Psicología fuera reconocida como una profesión sanitaria y la de que a los psicólogos se les permitiera continuar ejerciendo su profesión como venían haciéndolo, sin aplicarles retroactivamente una ley tan injusta e injustificada como la LOPS (2003) que se acababa de aprobar por nuestros insignes políticos orientados por las propias instituciones médicas colegiales, al margen, incluso, de lo acontecido en el resto de los países de nuestro entorno europeo.

También cabe mencionar en este breve relato histórico que estamos esbozando el hecho de que los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, formados a través del Programa PIR, ya existían previamente desde el año 1998, mucho antes de que se aprobara la LOPS (2003), sin que hasta esa fecha hubiera surgido ningún conflicto de intereses entre estos y el resto de los psicólogos que ejercían su profesión como psicólogos clínicos en el ámbito público o en el privado. Pero es a partir de la aprobación de la LOPS cuando las cosas empiezan a cambiar y a surgir los actuales conflictos que han ido creciendo lentamente, planteados siempre unilateralmente por los Psicólogos Clínicos Especialistas PIR, al verse favorecidos por la LOPS (2003) respecto a los demás psicólogos, por el hecho de considerar erróneamente el propio Ministerio de Sanidad en ese momento que los licenciados en Psicología no eran sanitarios por el solo hecho de ser licenciados, al aplicar equivocada e ilegalmente con carácter retroactivo la mencionada LOPS, hecho que, como hemos justificado con amplitud anteriormente, el propio Ministerio de Sanidad se ha visto obligado a rectificar actualmente (*Ley 3/2014; BOE:28/03/2014*).

A este factor, ya de por sí conflictivo, vino a sumarse un nuevo hecho que aparentemente pudo complicar aun más las cosas, como lo fue el del cambio de actitud del propio COP que entonces pasó a aceptar sin oposición la propia LOPS que antes rechazaba, favoreciendo con ello al colectivo de psicólogos PIR y perjudicando al mismo tiempo, en alguna medida, aunque no lo hicieran intencionadamente ni fueran tan conscientes de ello, al resto de profesionales que no gozaban del privilegio de haber obtenido una plaza de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), propia u homologada al PIR, y

que ejercían su actividad como psicólogos clínicos, principalmente en el ámbito privado.

También es preciso reconocer, en honor a la verdad, que nuestra organización colegial no ha dejado en todo este tiempo de insistir ante el Ministerio de Sanidad, a través de las múltiples y continuas gestiones realizadas ante el mismo, para obtener una solución para el extenso colectivo de los psicólogos clínicos privados no homologados, en el sentido de permitirles seguir ejerciendo como psicólogos sanitarios en el futuro. Y la reciente aprobación de la Ley 3/2014 es, sin duda, también en alguna medida una consecuencia de estas gestiones. Pero, al mismo tiempo, también es preciso señalar que quizás el COP no haya hecho en este tema todo lo que podría haber hecho, en el sentido de no haber mostrado una actitud más beligerante contra el Ministerio de Sanidad ante el flagrante allanamiento de los derechos de los psicólogos al privarles del legítimo derecho a seguir ejerciendo su profesión como psicólogos clínicos derivado de su condición de licenciados en Psicología, recurriendo incluso judicialmente, por ejemplo, contra la LOPS (2003), como han hecho, sin embargo, otras asociaciones profesionales privadas con menos poder y menos recursos económicos que el COP, como la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (ANPCS) a la que, sin duda, se debe también en gran medida la reciente aprobación de la Ley 3/2014.

Y la pregunta que cabe hacerse, en este sentido, es la del porqué de este cambio de postura y de actitud por parte del COP. La respuesta a esta pregunta puede tener, a su vez, varias alternativas: 1) una puede ser la de la posible cesión ante la presión ejercida por la *Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR)* y otras asociaciones afines a su causa, como la *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)* y la *Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*; 2) y otra es la de haber asumido una auténtica identificación con la postura de los PIRs, convencidos sinceramente nuestros representantes en el COP de que la jerarquización, el superior estatus y los privilegios exclusivos propugnados por los PIRs respecto del resto de los psicólogos sanitarios, era lo más justo y conveniente para nuestra profesión. En cualquier caso, cabe afirmar que la función del COP no debería ser de ningún modo la de tomar partido por uno u otro grupo, sino la de defender a la totalidad del colectivo de psicólogos y, principalmente, al colectivo de los profesionales en situación más precaria y que no son, precisamente, los psicólogos PIR.



En resumen, la controversia o la paradoja a la que nos enfrentamos en este tema tiene que ver con el hecho de que el propio COP (y otras asociaciones afines al mismo en este tema) mantienen en la actualidad la contradicción de defender que los psicólogos (licenciados o graduados en Psicología) que realicen, además, los estudios de postgrado del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) no estarían capacitados para ejercer plenamente como psicólogos clínicos, en igualdad de condiciones que los PIRes, a los que les estaría reservado en exclusividad, según ellos, el derecho a ejercer como tales, asignando a los Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) el rol de mediadores o de casi meros auxiliares de los mismos; cuando, según la Ley 3/2014, recientemente aprobada, se establece que los actuales licenciados y graduados en Psicología (con un aparente menor nivel de formación que los futuros Psicólogos Generales Sanitarios) tienen el derecho inalienable de poder ejercer y continuar ejerciendo indefinidamente, como tales psicólogos clínicos y sanitarios.

PSICÓLOGO CLÍNICO Y PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO

Los que defienden la postura de distinguir e insistir en las posibles diferencias entre el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS) lo suelen hacer en base a argumentar en torno a las supuestas cuatro principales diferencias siguientes: 1) los distintos nombres asignados a las titulaciones alcanzadas por ambos programas de formación, el del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el del Psicólogo General Sanitario (PGS) en referencia a las curiosas distinciones que se pretenden establecer entre las dicotomías terminológicas siguientes: "*clínico versus sanitario*" y "*especialista versus generalista*"; 2) los supuestos contenidos formativos diferenciales de dichos programas; 3) las competencias y funciones supuestamente adscritas en la Ley a ambos profesionales o titulaciones PEPC y PGS; y 4) el contexto o el ámbito de trabajo en el que se espera que ambos profesionales puedan ejercer o desempeñar su actividad y sus funciones en el futuro: *público o privado*.

1. El nombre de la titulación alcanzada en ambos programas de formación: *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y Psicólogo General sanitario (PGS)*.

Lo primero que cabe decir a nivel global sobre estas supuestas diferencias entre ambas titulaciones es que las

mismas tienen que ver principalmente con una pura y simple "*cuestión nominalista*", sobre la que se ha montado todo un argumentario ingenuamente articulado, aunque las posturas no estén exentas de intereses más o menos declarados por parte de los colectivos que defienden esas posturas. Estas controversias o dicotomías terminológicas se centran fundamentalmente en la distinción entre los términos "*clínico versus sanitario*" y "*especialista versus generalista*".

1.1. La supuesta distinción entre las denominaciones: "*Psicólogo Clínico*" y "*Psicólogo Sanitario*".

Si no fuera por las importantes repercusiones prácticas y profesionales que pueden derivarse del debate que aquí estamos abordando para la Psicología y para los muchos profesionales que la ejercen, me atrevería a tachar de monumental banalidad la ocurrencia que tuvieron los padres de la actual legislación al empeñarse en establecer injustificadamente la existencia de las dos titulaciones la del PEPC y la del PGS, principalmente en base al diferente nombre adscrito a una y otra. Y lo que es aún mucho peor, el empeño que han puesto después para tratar de justificar su primer disparate, recurriendo al subterfugio de tratar de encontrar alguna coartada lingüística sobre la que apoyar su injustificado error.

La primera prueba de lo que decimos se ve claramente en los diferentes adjetivos con que se pretenden distinguir y calificar artificialmente a uno y otro Psicólogo: el PEPC (PIR) y el PGS. Así, al Psicólogo con formación de postgrado vía PIR se le distingue o se le cualifica con el adjetivo de "*clínico*", mientras que al Psicólogo formado a través del Master PGS de postgrado universitario se le adjudica un adjetivo intencionadamente inespecífico y supuestamente menos valioso, como el de "*sanitario*". Y la cuestión que de inmediato se viene a la mente es la de qué significa en este contexto y que añade a la clarificación del debate que aquí estamos abordando el empleo de un término tan vago, tan genérico y tan irrelevante para la Psicología como el de *sanitario*, inexistente, para más oprobio, como calificativo de ningún campo aplicado o de especialización profesional de la Psicología en todo el mundo, por la sencilla y contundente razón de que la Psicología es considerada de modo generalizado una profesión sanitaria en el resto del mundo.

Efectivamente, el término "*sanitario*" es un calificativo genérico que denota simplemente relación con la sanidad o la salud, que son los sustantivos a los que con mayor frecuencia suele acompañar, pero también pue-



de y suele utilizarse como tal término genérico para calificar una interminable y variada cantidad de contextos y situaciones, incluyendo no solo el contexto sanitario, sino hasta el ámbito general de la higiene y la limpieza. Pero, en realidad, ambos términos: *clínico* y *sanitario*, son en gran medida equivalentes y sus significados afines, puesto que todo lo clínico es sanitario y viceversa. Y más difícil aún resulta la pretensión de establecer una cierta jerarquización entre ambos términos y las actividades que denotan, pudiendo incluso establecerse una jerarquización en sentido contrario al pretendido por los proponentes de esta distinción, puesto que el término sanitario puede ser considerado más amplio que el término clínico al que incluiría en su propio significado.

1.2. La pretendida y supuesta distinción entre “especialista” y “generalista”

Otra cuestión controvertida es la constante insistencia en que el psicólogo PEPC (PIR) es un “especialista” y que el otro psicólogo, el PGS, es un “generalista”. Véanse al respecto las continuas y sucesivas declaraciones del Presidente del Consejo General de la Psicología de España al respecto, en el órgano oficial de difusión del COP (*Infocop*, 2012, 2013, 2014). Y para justificar esta postura se alude únicamente al desafortunado nombre oficialmente utilizado por los Ministerios de Sanidad y Educación para referirse a las mismas, sin tomar en consideración los contenidos específicos de los programas de formación seguidos por ambos profesionales. En este sentido, cabe señalar lo desafortunado del nombre elegido de “Psicólogo General Sanitario”, no homologable con ninguna de las titulaciones de Psicología existentes en todo el mundo, y menos aún en Europa, gestado a la sombra de la Medicina, a imagen y semejanza de la arcaica figura del Médico General, aunque en la actualidad ni exista siquiera la figura del Médico General, que se ha convertido en el actual médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y para nada inspirado en el contexto internacional de la Psicología Clínica aplicada.

Pero por mucho que se insista en esta cuestión nominalista, los hechos no dejarán de ser lo que son y que el Psicólogo General Sanitario (PGS) sea un auténtico Psicólogo Clínico y especialista en la misma medida que el psicólogo PEPC formado vía PIR. Y para justificar esta afirmación puede bastar con observar los objetivos y las competencias a alcanzar y el plan de estudios seguido por los Programas de Formación de Postgrado de los

Masters de Psicología General Sanitaria, acreditados actualmente en nuestro país, similares a los anteriores *Masters Oficiales de Psicología clínica y de la Salud* de los que derivan, y cuyos contenidos, al igual que la metodología docente utilizada, son acordes con las directrices europeas reflejadas en los objetivos y las competencias exigidas a los psicólogos clínicos en Europa para garantizar su formación y competencia profesional y ser acreditados como tales por la *Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos* (EFPA: *European Federation of Psychologists’ Associations*) a través del Diploma o *Certificado Europeo de Psicología* (EuroPsy) expedido por la misma, que capacita y acredita para el ejercicio profesional de la Psicología Clínica en Europa, sin importar si se denomina clínica o sanitaria, términos que no son discriminativos, afortunadamente, en Europa, como algunos se empeñan en que lo sean en España y menos aún que se denomine con el término de *psicólogo general o generalista* ni a ellos ni a su Programa de formación de postgrado.

En cualquier caso, basta con observar el contenido específico de estos programas de formación de los Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) para concluir que este contenido no es en absoluto generalista, sino de una auténtica especialización en Psicología Clínica y de la Salud de modo similar al seguido en la formación de los Psicólogos PIR, cuando se comparan ambos programas de formación entre sí, como puede observarse en la comparación más pormenorizada que efectuamos entre ambos programas de formación en el apartado siguiente.

Del mismo modo, también sorprende que en el Programa de Formación PIR en Psicología solo exista una única especialidad (la de Psicólogo Clínico) cuando en Medicina, por ejemplo, se incluyen hasta un total de 47 especialidades MIR. ¿Cómo es posible explicar que las aplicaciones prácticas y especializadas de la Psicología en el ámbito sanitario y de la salud solo den lugar a una única especialización? Y la posible respuesta quizás tenga que ver con que la formación del PIR, al igual que se argumenta por parte de los que defienden esa postura, pero en sentido contrario, para el caso del Psicólogo General Sanitario (PGS), o bien no constituye propiamente una especialización, sino una formación generalista, o su contenido formativo es tan especializado o propio de un especialista como lo es la del PGS.

En este mismo sentido, cabe recordar los argumentos, aparentemente muy acertados, esgrimidos por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios



(ANPCS, 2012, 2013) en la misma línea de que no se puede propiamente considerar al PIR como un auténtico especialista, dada la disparidad y la formación en contenidos generales dispensada a estos psicólogos, sin apenas profundizar en ningún contenido específico o especializado, sugiriéndose en el propio programa de formación PIR la propuesta de distintos itinerarios o currículos futuros más especializados en temas o campos como las adicciones, los trastornos infantiles y adolescentes, la vejez, los trastornos y problemas sexuales y de pareja, y muchos más.

2. Los contenidos diferenciales de los programas de formación de los Psicólogos Internos Residentes (PIR) y del Psicólogo General sanitario (PGS)

Un argumento complementario, pero igualmente contundente, en contra de la distinción entre ambos programas de postgrado, en el sentido de una mayor o menor especialización entre los mismos, puede ser el de comparar los contenidos específicos impartidos en ambos programas de formación, el del PIR y el del Master de PGS, para poder observar así las posibles similitudes y diferencias contenidas entre los mismos. Con este propósito, incluimos a continuación los contenidos declarados en la Orden SAS/1620/2009 (BOE: 17/06/2009) por la que se aprobó y publicó el Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (PIR), en el que se describen los distintos contenidos específicos de formación del Programa; y los contenidos del Programa de formación del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) (Disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública 33/2011).

Para establecer esta comparación y hacerlo del modo más práctico y operativo posible, utilizaremos a modo simplemente de ejemplo, el Programa de Formación del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) de la propia Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), actualmente acreditado por la Agencia Nacional de Evaluación (ANECA), muy similar al del resto de las facultades de psicología que también lo tienen verificado en la actualidad, con una carga docente total de 90 ECTS (créditos europeos) equivalentes a 2.250 horas lectivas, de las cuales 750 horas son dedicadas a prácticas profesionales externas (30 ECTS) y 300 horas (12 ECTS) al desarrollo de un trabajo clínico aplicado de investigación (TFM) que ha de ser expuesto, defendido y valorado públicamente ante y por un Tribunal independiente. También puede ser pertinente señalar

al respecto que tanto los contenidos como la carga docente incluidos en el Programa de formación del Master PGS son reales y responden fielmente al contenido impartido en el mismo y no una mera declaración de intenciones o un programa teórico imaginario o ideal, como suele ser el caso con frecuencia en otros programas de formación. El contenido docente del Programa del Master PGS es, asimismo, impartido por un profesorado académicamente cualificado y especializado en los correspondientes contenidos que imparte.

Para la descripción del Programa de Formación PIR, utilizaremos el programa oficial y único existente para todo el estado español (Orden SAS/1620/2009) con una duración total de cuatro años y que incluye, además del contenido del programa teórico de formación, un programa de rotaciones por distintos servicios asistenciales, como la principal característica de la formación práctica del mismo. Sin embargo, cabe señalar que en el caso del contenido del Programa de formación PIR, no se especifica ni la cuantía de horas ni el número de créditos docentes dedicado a la impartición del contenido del programa en su conjunto, ni a cada uno de los contenidos específicos del Programa teórico de formación del mismo, señalándose tan solo que los mismos se impartirán a lo largo de los cuatro años del periodo total de la duración del PIR. Y otro tanto cabe decir respecto de los profesores que deben impartir los distintos contenidos docentes del Programa, sobre los que no se informa de la cualificación o la idoneidad científica ni profesional de los mismos para hacerlo, salvo en el caso del Tutor del alumno, para el que se indica que debería ser un PEPC, y la unidad o el servicio asistencial, normalmente de Psiquiatría, del centro hospitalario al que se encuentra adscrito el mismo.

Estos programas de formación del MPGS y del PIR pueden verse en la Tabla 1 y la Tabla 2, respectivamente, incluidas a continuación. Y como puede verse a través de esta comparación, sorprende, como ya comentamos anteriormente, que se denomine *especialista* al psicólogo PIR y no al PGS, cuando los contenidos de los programas de formación de ambos son realmente muy similares.

Como puede observarse, ambos programas de formación no sólo guardan muchas similitudes y equivalencias entre sí, sino que, además, también se observa, si cabe, una mayor generalidad de los contenidos en el Programa PIR, respecto del Programa del MPGS, pareciendo tratarse más bien de una revisión y ampliación del contenido de formación de la licenciatura y del grado que



una auténtica especialización, salvo en lo que respecta al tema o el apartado de las prácticas profesionales de ambos programas, donde sí que se observa una clara distinción y ventaja a favor del Programa PIR, mediante las rotaciones que incluye por distintos servicios asistenciales, mucho más variado y de una mayor duración temporal, tema en el que el Master de PGS es claramente deficiente y que debería ser ampliado en el futuro.

3. Las competencias y las funciones adscritas a ambos profesionales y titulaciones: el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS).

Al igual que en el caso de los contenidos de formación que acabamos de comentar, también se observa una gran coincidencia en relación con los objetivos y las competencias declaradas que se pretenden alcanzar, tanto generales como específicas, a través de la formación seguida por ambos programas el del PIR y el del MPGS, donde al compararlos observamos el considerable paralelismo entre los mismos, a pesar de la insistencia por parte de los defensores de las supuestas diferencias entre ambos y, sobre todo, de la superioridad del Programa PIR sobre el del Master de PGS. Aunque no incluimos aquí el listado de estos objetivos y competencias para no cargar demasiado este artículo, remitimos a las personas interesadas en esta constatación a las referencias bibliográficas mencionadas anteriormente sobre ambos tipos de programas. (*Orden SAS/1620/2009; BOE: 17/06/2009, sobre el Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (PIR); y Orden Ministerial ECD/1070/2013; BOE: 14/06/2013, en el caso del Master de Psicología General Sanitaria*).

Respecto a este tema, también cabe señalar que el texto original del Real Decreto (LOPS, 2003) que define las funciones y competencias generales adscritas a ambos profesionales es verdaderamente confuso e inespecífico y un fiel reflejo del efecto de las influencias a que el Ministerio de Sanidad ha estado expuesto por parte de determinados grupos de presión existentes en Medicina y Psicología y al margen, por supuesto, de la opinión amplia y reiteradamente expresada por las Facultades de Psicología, a través de su máximo órgano de expresión de la Conferencia Estatal de Decanos de las mismas.

Y sobre el contenido y la redacción del texto oficial que define estas funciones (o, más bien, simplemente las menciona vagamente) lo único que cabe decir al respecto es

que crea más confusión de la que pretende evitar, observándose en el caso del Psicólogo General Sanitario (PGS) una excesiva preocupación por parte del legislador por la no utilización de determinados términos como los de: diagnóstico, trastorno, enfermedad, tratamiento, clínico o especialista, entre otros; proponiendo en su lugar como alternativos términos eufemísticos, pero, en realidad, equivalentes, como los de evaluación, intervención, pro-

**TABLA 1
ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL MÁSTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM)**

MÓDULO 1: Fundamentos científicos y profesionales de la psicología sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentos profesionales de la Psicología Sanitaria (3) (*) ✓ Bases científicas de la Psicología de la Salud (3)
MÓDULO 2: Evaluación, diagnóstico e intervención en Psicología de la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación, diagnóstico e intervención con adultos (6) ✓ Evaluación diagnóstico e intervención con niños y adolescentes (3) ✓ Evaluación, diagnóstico e intervención con personas mayores (3) ✓ Psicología de la Salud. Fundamentos teóricos, evaluación e intervención (6) ✓ Metodología aplicada al ámbito de la Psicología General Sanitaria (3) ✓ Evaluación e intervención neuropsicológicas (3)
MÓDULO 3: Habilidades del psicólogo general sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades del Psicólogo General Sanitario (6)
MÓDULO 4: Materias optativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualización en terapias psicológicas ✓ Pareja, familia y sexualidad ✓ Psicología positiva y salud ✓ Trastornos neuropsicológicos en poblaciones clínicas ✓ Psicología sanitaria laboral ✓ Intervención en crisis, emergencias y catástrofes ✓ Prevención, detección e intervención en problemas de violencia y abuso ✓ Rehabilitación en Trastornos crónicos de salud ✓ Trastornos del neurodesarrollo ✓ Psicología sanitaria: Seminario
MÓDULO 5: Materias optativas orientadas a la realización del Doctorado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Métodos avanzados de investigación en Psicología Clínica y de la Salud ✓ Actualización en Psicología Clínica y de la Salud ✓ Actualización en Neurociencia y Psicología de la cognición, emoción y comportamiento
MÓDULO 6: Prácticas externas profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prácticas externas profesionales obligatorias realizadas en centros públicos y privados acreditados (30 ECTS = 750 horas)
MÓDULO 7: Trabajo Fin de Master	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo Fin de Master (TFM) presentado y defendido públicamente ante el correspondiente Tribunal (12 ECTS = 200 horas)
(*) Nota: El número incluido dentro del paréntesis a continuación de cada apartado indica el número de Créditos ECTS dedicado a la impartición del contenido docente del mismo.	



TABLA 2
ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN
DEL PSICÓLOGO ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA (PIR)

4 CONTENIDOS BÁSICOS DE FORMACIÓN:

1. **Formación teórica general transversal** común con otras especialidades en ciencias de la salud a desarrollar durante los cuatro años de residencia.
2. **Formación teórica general en psicología clínica** a desarrollar durante los cuatro años de residencia.
3. **Contenidos clínico-asistenciales.** Rotaciones básicas y específicas vinculadas a los objetivos, actividades y conocimientos teóricos.
4. **Atención continuada.**

<p>1. FORMACIÓN TEÓRICA GENERAL TRANSVERSAL COMÚN CON OTRAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bioética, ética asistencial y deontología profesional. ✓Organización y legislación sanitaria. ✓Gestión clínica. ✓Metodología de la Investigación
<p>2. FORMACIÓN TEÓRICA GENERAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: (El programa está enfocado a incrementar el conocimiento sobre los aspectos conceptuales, metodológicos y de investigación relacionados con los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento)</p>	
<p>MÓDULO 1: Marcos conceptuales, legales e institucionales específicos de la Psicología Clínica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓El código deontológico del Psicólogo. ✓Psicología Clínica Legal y Forense. ✓El proceso de la investigación científica en Psicología Clínica. ✓Valoración de la eficacia y la eficiencia de los tratamientos y los programas de evaluación, diagnóstico e intervención en Psicología Clínica.
<p>MÓDULO 2: Evaluación y Diagnóstico clínicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓La entrevista clínica y la exploración psicológica y psicopatológica. ✓La historia clínica. ✓Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológico. ✓El proceso diagnóstico en Psicología Clínica. ✓El informe clínico. ✓El informe pericial. ✓Criterios y sistemas de diagnóstico psicopatológico y de clasificación de las enfermedades y trastornos mentales. ✓Características especiales de la evaluación y el diagnóstico clínico de la población con discapacidad intelectual y trastorno mental. ✓Características especiales de la evaluación psicológica en población con enfermedades físicas. ✓Características especiales de la evaluación y el diagnóstico clínicos de población en riesgo de exclusión social.
<p>MÓDULO 3: Clínica de los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad. ✓Actualización en psicopatología de los procesos, funciones, y actividades mentales, emocionales, relacionales, y del comportamiento. ✓Diferencias entre los trastornos mentales y del comportamiento y las alteraciones transitorias y/o vinculadas a acontecimientos vitales específicos. ✓Condicionantes culturales, sociales, y epidemiológicos de los trastornos mentales, emocionales, cognitivos, del comportamiento y relacionales.
<p>MÓDULO 4: La Psicoterapia y los procedimientos de la intervención y tratamiento psicológicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas. ✓Habilidades y estrategias de comunicación. ✓Eficacia terapéutica y análisis de la eficacia diferencial de las terapias psicológicas. ✓La eficacia de los tratamientos psicológicos, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos combinados. ✓Psicoterapia y procedimientos cognitivo-comportamentales de intervención y tratamiento psicológico. ✓Promoción de la salud mental. ✓Niveles de intervención en psicoterapia y otros procedimientos psicológicos de tratamiento: Individual; Grupal; Pareja y familia; Institucional; Comunitario. ✓Psicofarmacología
<p>INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Investigación en Psicología Clínica
<p>3. CONTENIDOS CLÍNICO-ASISTENCIALES: Programa de rotaciones básicas y específicas por distintos servicios y dispositivos asistenciales de Salud Mental Comunitaria, unidades de hospitalización y unidades de rehabilitación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria. ✓Atención Primaria. ✓Adicciones. ✓Rehabilitación. ✓Hospitalización y urgencias. ✓Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace. ✓Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia. ✓Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica. ✓Rotación de libre disposición.



blemas de comportamiento, investigación o mejora del estado de salud, en la definición de las funciones propias del Psicólogo General Sanitario (PGS) con la obsesiva preocupación de evitar el solaparse o entrar en competencia con las funciones adscritas a los PIR, y por evitar el hipotético intrusismo que tan contumazmente están preocupados por preservar, aunque sin conseguirlo en absoluto. Obsérvense, si no, las peculiaridades a las que hacemos mención en la definición de estas funciones en el documento oficial aprobado sobre la profesión del Psicólogo General sanitario (PGS) en la consabida *Disposición adicional séptima* de la *Ley General de Salud Pública 33/2011*, donde se dice literalmente que al Psicólogo General Sanitario (PGS) corresponde:

"La realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios".

Y compárese esta definición con las funciones atribuidas al Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, formado vía PIR, en la *Orden SAS/1620/2009* (BOE:17/06/2009), por la que se aprobó el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, en la que literalmente se dice que:

"La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria de la Psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos..... (y su campo de acción) abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humanas. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables".

Pero, con independencia de lo que diga el texto de la Ley, o lo que interpreten algunos que dice la misma, los Psicólogos Sanitarios (PIR o PGS) no dejarán de ejercer su profesión utilizando las técnicas, la metodología y las funciones de evaluación, diagnóstico, explicación, trata-

miento y prevención que les son propios y que han aprendido a lo largo de su formación de Grado y de Postgrado, como lo han venido haciendo los psicólogos españoles hasta la actualidad, al igual que los demás psicólogos clínicos y de la salud en todo el mundo.

Una muestra realmente contumaz y paradójica del empeño de algunos por mantener a ultranza estas diferencias es el reciente recurso contencioso-administrativo presentado por la Asociación ANPIR contra los Ministerios de Educación y de Sanidad, y contra el Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) y el propio título de Psicólogo General Sanitario (PGS) en base, precisamente, a estos dislates terminológicos, referentes a las supuestas diferencias entre "diagnóstico y evaluación" y "tratamiento e intervención"; emulando exactamente los mismos argumentos utilizados por los psiquiatras (Asociación Española de Psiquiatría) en el Recurso contencioso-administrativo interpuesto en 1998 contra la implantación del propio Programa PIR y contra la figura, precisamente, del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC). En este sentido, resulta realmente paradójico que sean ahora los propios PIR los que ejerzan el papel de psiquiatras en su recurso contra los PGS, como aquellos hicieron contra ellos en el pasado y con los mismos argumentos, aunque felizmente sin lograrlo en aquel caso, entre otras cosas, porque varios de nosotros los defendimos, ejerciendo como peritos en el proceso judicial en calidad de catedráticos de Psicología Clínica conjuntamente con el propio COP, al igual que esperamos que ocurra con mucha más razón en el recurso actual. Como expresa el dicho clásico: *"los que no recuerdan y aprenden de la historia, corren el riesgo de repetir sus errores"*.

En este sentido, un hecho realmente esperanzador y significativo para poder zanjar definitivamente esta polémica lo constituye el reciente y contundente informe remitido el 20/05/2014 por la Abogada del Estado a la Audiencia Nacional en respuesta al mencionado Recurso contencioso-administrativo de la Asociación ANPIR contra el MPGS y el PGS (Procedimiento Ordinario Nº 361/2013) en cuyas conclusiones se dice literalmente lo siguiente:

"En resumen, del examen de la disposición adicional a la Ley 33/2011 resulta acreditado que, en la regulación actual, no se establece unas actividades exclusivas de los Psicólogos Clínicos, la única exclusividad que hay es la de prestar sus servicios en el Sistema Nacional de Salud o centros concertados".



“Sentado lo anterior, debe concluirse que el Psicólogo General Sanitario puede, en el ámbito de la actividad que le es propia, realizar diagnósticos, tratar trastornos y enfermedades del comportamiento o mentales (entre otras las recogidas en el epígrafe “Prácticas externas” punto 4, relativas a adicciones, terapias de pareja, etc., cuya supresión se pide en el Suplico de la demanda) y tener pacientes (ya que la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente los define como la persona que recibe asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud, lo que es también predicable en el caso que nos ocupa) razón por la que, a juicio de esta representación, no pueden prosperar ninguna de las modificaciones solicitadas en el Suplico de la demanda. Por las razones expuestas, tampoco hay razones para que las prácticas no puedan ser realizadas en Centros del Sistema Nacional de Salud”

4. El ámbito o el contexto de trabajo de los PIR y los PGS: ¿Público o privado?

Otra curiosa controversia o confusión también suscitada en torno a este tema es la del ámbito o el contexto en el que se postula o se supone que deben ejercer sus funciones profesionales ambos tipos de psicólogos sanitarios: el PIR y el PGS; asociados a los términos *público* y *privado*. En este sentido, se argumenta que el PGS sólo podría ejercer su actividad en el ámbito *privado*, reservándose en exclusividad para los psicólogos PIR el ámbito *público* dependiente del Sistema Nacional de Salud o de centros concertados con este. A este respecto, cabe señalar la confusión o el error observado de inmediato en esta argumentación, al hacer sinónimo o equivalente el término *público* con el de *estatal* o el propio del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, complementariamente, considerar que todo lo que no se engloba o se relaciona directamente con el SNS es, por definición, no público o privado, cometiéndose el error de utilizar ambos términos, público y estatal, como similares o equivalentes.

Pero, como es obvio, el universo que incluye el ámbito público es mucho más extenso que el propio del ámbito estatal o del SNS, no estando reservada en exclusividad al Sistema Nacional de Salud (SNS) la actividad social, comunitaria o pública que pueden realizar los psicólogos,

por mucho que en el contexto sanitario español ambos términos, público y SNS, coincidan considerablemente, aunque cabe temer que las cosas pueden llegar a no ser así si continúan las actuales políticas privatizadoras de los partidos que nos gobiernan.

Abundando en este argumento, cabe también afirmar, ateniéndonos estrictamente a lo especificado en la Ley, que el Psicólogo General Sanitario (PGS) no solo puede ejercer su actividad en el ámbito privado, sino que también lo puede hacer en el ámbito público, siempre que esa actividad no esté incluida en el Sistema Nacional de Salud, como pueden ser los ámbitos municipal o autonómico, asociaciones de distintos tipos, ONGs, hospitales privados no concertados, entre muchos otros. Y, por supuesto, pueden ejercer su actividad profesional en otros contextos más específicos, como las consultas o los gabinetes privados, que suele ser el principal campo aplicado en el que la ejercen en la actualidad en nuestro país.

También cabe señalar que esto es lo que suele ocurrir en los demás países europeos de nuestro entorno en los que el título de Psicólogo Clínico o equivalente está regulado, donde los *psicólogos acreditados* como psicólogos clínicos suelen seguir un Programa de formación universitario de Master o de postgrado similar en su contenido a nuestro Master PGS, que les permite ejercer como tales psicólogos clínicos, aunque pueden denominarse simplemente *psicólogos acreditados* (no generalistas, como interesadamente dicen algunos) para ejercer como tales, de tres años de duración, de los cuales al menos uno suele ser de práctica clínica profesional tutorizada, hasta completar en su conjunto un tiempo total de unos seis años: tres años de Grado (*Bachelor*) más otros tres años de formación de master o de postgrado. Asimismo, también cabe mencionar que los psicólogos clínicos así formados pueden alcanzar en el caso de algunos países europeos, el grado complementario de Doctor, además del de Psicólogo Clínico, como parte de su programa de formación o de especialización y en algunos países, como el Reino Unido, es necesario completar el programa de formación universitario de doctorado y alcanzar el grado de Doctor para poder ejercer y utilizar el título de Psicólogo Clínico.

LA CUESTIÓN DE LA PROPUESTA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN ITINERARIO DOCENTE OBLIGATORIO ENTRE EL “GRADO – MPGS – PIR”

Otro tema de controversia, en el que la asociación AN-PIR y nuestro propio COP están también realmente em-



pecinados, es el que tiene que ver con la propuesta de la posible exigencia futura de tener que realizar obligatoriamente el Master de PGS después del Grado para poder acceder al Programa de formación PIR y a la titulación de PEPC, y no mantener, como existe ahora, la posibilidad de acceder al PIR directamente desde los estudios del Grado en Psicología.

Las principales razones esgrimidas por los defensores de esta postura son en gran medida las mismas que venimos comentando a lo largo de este artículo y que, en síntesis, pueden resumirse en las cuatro siguientes: 1) los estudios del Programa PIR para obtener el título de PEPC son de una mayor duración temporal que los del Master para alcanzar el título de PGS (4 años el PIR versus 2 años el MPGS); 2) esta distinta duración temporal entre ambas titulaciones implica un nivel de especialización diferente entre las mismas: *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC)* y *Psicólogo General Sanitario (PGS)*; y por ello debería establecerse una jerarquización entre ambas a favor del PEPC (que sería el psicólogo clínico especialista pleno) y una serie de limitaciones para el ejercicio de la psicología clínica-sanitaria por parte de los PGS, tanto en sus funciones como en el ámbito en el que pueden ejercerlas, respecto del PEPC, al que se encontrarían subordinados; 3) Estas diferencias estarían igualmente avaladas por el diferente nombre asignado por ley a ambos tipos de psicólogos sanitarios, especialmente en referencia a los términos *clínico* y *especialista* incluidos en el caso del nombre o del título del *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica*, a diferencia del *Psicólogo General Sanitario*, al que se le adscriben, en su lugar, los términos más inespecíficos de *general* y *sanitario*; 4) por estas razones se concluye que tanto la formación como la titulación obtenida por el PGS son de un nivel o una categoría inferior a los del PEPC y que por ello el PGS no está adecuadamente preparado para ejercer la mayoría de las actividades y funciones profesionales del PEPC, y en consecuencia se propone que la realización del Master PGS sea una condición previa y obligatoria para acceder a la titulación del PEPC, ampliándose la duración temporal del periodo de formación de un psicólogo clínico PEPC de los 8 años actuales (Grado + PIR) a un total de 10 años (Grado + MPGS + PIR), claramente desproporcionado según los estándares de formación especializada de los psicólogos en toda Europa.

Estos argumentos o razones utilizadas para defender la necesidad de establecer una jerarquización, un estatus diferencial y unas competencias y funciones igualmente

diferenciales entre los PEPC y los PGS pueden ser rebatidas brevemente, como hemos justificado con mucha mayor extensión anteriormente (Carrobles, 2012, 2013 y 2014) en base a los siguientes hechos y razones:

1. La duración temporal de ambos programas de formación aunque constituye, sin duda, un criterio a tomar en consideración, el mismo es realmente pobre para establecer la diferenciación entre ambos psicólogos, siendo mucho más relevante tomar en consideración el contenido específico de los mismos. Y cuando se realiza esta comparación se observa una gran similitud entre ambos y un contenido igualmente especializado entre los mismos, no justificándose por ello la pretensión de limitar las funciones del PGS, la de su subordinación al PEPC y la de no ser considerado un auténtico psicólogo clínico.
2. El argumento de las diferentes etiquetas verbales o nominales utilizadas legalmente para designar a ambos tipos de psicólogos sanitarios, con la pretensión de calificar y delimitar las funciones y competencias de los mismos ("*generalista* versus *especialista*" y "*clínico* versus *sanitario*") carece realmente de sentido científico o profesional, como hemos justificado anteriormente, no constituyendo otra cosa que meras falacias o dicotomías lingüísticas creadas artificialmente para tratar de justificar la artificial jerarquización que se pretende establecer entre los PEPC y los PGS.
3. Los datos analizados nos permiten concluir que el nivel de formación alcanzado por el PGS, a través de los estudios del Master universitario de PGS, es adecuado y suficiente para ejercer todas las funciones propias de un psicólogo clínico, de modo similar al PEPC, con independencia de que la mayor duración del periodo de formación y el mayor nivel de cualificación alcanzado por el PEPC pueda conllevar otros méritos curriculares o beneficios profesionales añadidos para los mismos.
4. Por todo ello, rechazamos la propuesta de la Asociación ANPIR y del COP del establecimiento de la jerarquización y del itinerario gradual de formación propuesto entre el Grado el MPGS y el PIR, con 10 años de duración, y en su lugar defendemos la actual vía del acceso directo desde el Grado a los dos programas de formación de posgrado existentes, el PIR y el MPGS, por ser el más parsimonioso y el más homologable y acorde con los programas de formación de los psicólogos clínicos especialistas en la mayoría de los países europeos y del mundo.



CONCLUSIONES

Como conclusión, proponemos el mantenimiento de las dos figuras de psicólogos sanitarios actualmente existentes: el PEPC y el PGS, con itinerarios y tiempos de formación distintos, pero con una clara autonomía e independencia profesional entre las mismas y con todas las credenciales para ejercer ambos plenamente las funciones de un psicólogo clínico, aunque según las leyes actualmente vigentes, el ejercicio de la profesión del psicólogo clínico en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) este reservado en la actualidad exclusivamente para los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC), aunque podría no ser necesariamente así en el futuro.

La inclusión de los PEPC en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) especialmente en el servicio de salud mental o psiquiatría, puede ser vista como positiva e incluso como coherente por la inversión y la supervisión que el propio estado aporta en la formación de los PEPC a través del Programa PIR, de igual manera que lo hace con otras profesiones sanitarias: médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc. Pero lo que resulta a todas luces incomprensible, al menos en el caso de la formación de los psicólogos clínicos, es la situación actualmente existente en nuestro país donde el número de plazas PIR convocadas anualmente (127 en el año 2014) es verdaderamente insignificante dadas las necesidades de atención psicológica existentes en nuestro país, con unas tasas de trastornos mentales o del comportamiento próximas al 40 por ciento, según los estudios más recientes existentes al respecto (Gili et al., 2012; Wittchen et al., 2011) y la carencia de psicólogos clínicos en centros públicos que los puedan atender, cifrada en un déficit de alrededor del 76 % respecto de la media de ocupación de los psicólogos clínicos en los países europeos, según un reciente estudio de la OMS (2005). Calculándose en alrededor de unos 8.000 la carencia o la necesidad actual de Psicólogos Clínicos Especialistas en el Sistema Nacional de Salud español. ¿Cómo explicar, a este respecto, que el estado que invierte en formar especialistas en Psicología Clínica bien cualificados, no se ocupe paralelamente de contratarlos o emplearlos dentro del propio SNS una vez concluida esa formación, como suele ocurrir en las demás profesiones sanitarias con programas de formación residenciales en mucha mayor proporción que en el caso de la Psicología?

Esta situación de precariedad laboral que también sufren los psicólogos clínicos PIR al finalizar su programa

de formación de cuatro años al que accedieron después de superar una dura oposición para obtener una de las escasas plazas convocadas, puede explicar también en gran medida la actitud negativa y la beligerancia mostrada por la asociación ANPIR contra la nueva figura de los PGS, formados por la universidad a través del Master PGS, al verlos erróneamente como rivales en el precario mercado de trabajo existente al que pueden verse empujados, aunque sea en el ámbito privado, ante la imposibilidad de encontrar la oportunidad que debería corresponderles en el ámbito público del SNS, reservado para ellos en exclusividad.

Sin embargo, por muy comprensible que nos pueda resultar la propia situación de inseguridad laboral por la que ellos también están pasando, es preciso recordarles que su enemigo real no son, ni deberían ser, los PGS que a la postre se encuentran en una situación mucho más precaria que la suya, sino el estado que no les ofrece la oportunidad de devolver al mismo estado el favor o la prebenda que les ha proporcionado al financiar técnica y económicamente su formación a través del programa PIR, empleándoles posteriormente para prestar su servicio en el propio SNS. En este sentido, mi propuesta es la de unir fuerzas y constituir un frente común entre el COP, las universidades, las asociaciones científicas y profesionales y todo el conjunto de la profesión de la Psicología de nuestro país para exigir al Ministerio de Sanidad la convocatoria urgente de plazas de psicólogos clínicos y sanitarios en los centros públicos de salud y los hospitales de todo el país con el fin de paliar el enorme sufrimiento y el elevado coste económico que los trastornos mentales están causando en la actualidad en nuestro país.

En cualquier caso, es necesario insistir en la aparente conveniencia de la existencia de ambos tipos de psicólogos clínicos sanitarios, el PEPC y el PGS, sobre todo si concedemos prioridad a la necesidad de ayuda clínica y psicológica de una parte muy importante de la población española y que dejemos de lado nuestras propias diferencias e intereses, por muy comprensibles y dignos que nos puedan parecer, y que, como decimos, necesitan de ambos tipos de psicólogos y, siendo realistas, los que con más probabilidad pueden a corto plazo contribuir en mayor medida a la solución de este problema son los PGS, dada la posibilidad de formación de un mayor contingente de los mismos por parte de las facultades de psicología, en comparación con la previsión de la convocatoria de plazas PIR por parte del Ministerio de



Sanidad. En este sentido, la previsión de la convocatoria de plazas para cursar el Master PGS en las 19 facultades de psicología actualmente acreditadas por la ANECA, para el curso 2014-2015, será de unas 1.500 plazas, cuyo número se irá incrementando en años sucesivos a medida que las demás facultades, de las 47 existentes en España que lo deseen, vayan obteniendo previsiblemente la correspondiente acreditación o verificación.

Sin embargo, dada la distinción que antes establecíamos entre el ámbito de lo público y del ámbito estatal o del Sistema Nacional de Salud (SNS), también es razonable plantear la inclusión laboral de los PGS en los centros de salud, asociados principalmente a los servicios de atención primaria no especializada, donde se atiende a pacientes con diferentes problemas médicos de salud, afectados conjuntamente de problemas psicológicos, que no requieren de una atención especializada por parte de los PEPC, ubicados en los servicios o unidades de salud mental o psiquiatría. Una medida como esta redundaría en una multitud de beneficios y ventajas, no sólo para mejorar el empleo del colectivo de los psicólogos PEPC y PGS, que en un estudio realizado en España por la Asociación SEPCyS (2011) se calcula que podría emplear a unos 20.000 psicólogos, sino en el estado de salud general de la población española, especialmente en ese casi 40% que actualmente se encuentra afectado de problemas o trastornos clínicos, y con unos beneficios económicos asociados muy considerables para el Sistema Sanitario español si se toma como referencia, lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, como el caso del Reino Unido, donde el estudio denominado *“Mejorando el acceso a las terapias psicológicas”* (*Improving Access to Psychological Therapies*; Clark et al., 2009; *National Health Service*, 2013; Richards y Borglin, 2011) coordinado por el Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, y con una inversión de cientos de millones de euros, está constituyendo un indiscutible éxito económico y social y que, como ya hemos mencionado en otro lugar (Carrobles, 2014) puede ser tomado como un referente de la psicología sanitaria profesional y de la extensión de las aplicaciones de las terapias psicológicas cognitivo-conductuales de eficacia probada, a distintos tipos de problemas o trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión, y que en la actualidad está siendo extendido a otros ámbitos y problemas clínicos de la población general.

A propósito de este prometedor campo aplicado de la Psicología en los centros o las consultas de Atención Primaria de los Centros de Salud y a la férrea oposición que la Asociación ANPIR y algunas otras de las anteriormente mencionadas asociaciones afines a su causa mantienen respecto a la posibilidad de que los futuros psicólogos PGS pueden ejercer su actividad clínico-sanitaria en los Centros de Salud, viene a cuento mencionar lo que parece estar empezando a ocurrir en los mismos actualmente en nuestro país, donde otros profesionales mucho menos cualificados para tratar estos problemas, como las enfermeras y los propios médicos, están asumiendo esta actividad en lugar de los psicólogos sanitarios que son los profesionales cualificados que deberían ser los requeridos para hacerlo. Como demostración del hecho que comentamos, incluimos a continuación la cita literal de la nota de prensa de la *Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana* (2014), anunciando la puesta en marcha en el Hospital General de Valencia de un Programa de intervención por parte de los equipos de atención primaria para los pacientes con Depresión Mayor. Como puede verse, el texto de la nota de prensa que lo anuncia es perfectamente explícito y no merece ninguna aclaración complementaria y simplemente cabe añadir que este puede ser el futuro que cabe esperar para la psicología clínico-sanitaria en nuestro país si algunos se empeñan en continuar dificultando el trabajo de forma generalizada de todos los psicólogos sanitarios en el ámbito extenso de los problemas clínicos y de salud sin importar si el contexto o el ámbito en el que se manifiestan los mismos es patrimonio exclusivo de un determinado profesional.

Nota de prensa anunciando el Programa: *“El Departamento de salud Valencia-Hospital General ha puesto en marcha un novedoso programa médico para la mejora de la detección y precisión diagnóstica de las depresiones mayores en las consultas de Atención Primaria. Este programa, que se implanta por primera vez en la Comunidad Valenciana, tiene un marcado carácter colaborativo, ya que la base de su funcionamiento son los equipos voluntarios de médicos y enfermeros de primaria y de salud mental.*

Características del programa: *Cuando el médico de atención primaria detecta que un paciente tiene una depresión, le da al paciente un cuestionario que el mismo cumplimenta. De este modo se confirma si tiene o no una depresión. En caso afirmativo el médico deriva al*



paciente a la consulta de la enfermera de Atención Primaria para que realice una intervención reglada sobre el paciente, consistente en terapias de activación y/o de resolución de problemas”.

A pesar de situaciones como esta, y el sombrío futuro que anuncian para la Psicología y la propia sociedad española, algunos, como la Asociación ANPIR, continúan insistiendo y hasta recurriendo judicialmente contra la propia existencia del PGS y contra la posibilidad de que puedan ejercer funciones de psicólogos clínicos de igual modo que los PEPC, cuando en caso de no ejercerlas, serán otros profesionales menos cualificados quienes nos suplanten y las ejerzan, aunque esto no parece conmovérles ni hacerles entrar en razón.

REFERENCIAS

- Asociación Española de Neuropsiquiatría: AEN (2005). *El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España*. Estudio elaborado con datos referidos al año 2003 incluidos en el *Proyecto Atlas-2005 de la OMS*. La media europea se ha calculado con los datos de 40 países.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios: ANPCS (2012). Declaración de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios sobre la situación actual de la Psicología en el ámbito de las Ciencias de la Salud. *Web ANPCS: Asociación nacional de psicólogos clínicos y sanitarios: asociacion.anpc@gmail.com*.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios: ANPCS (2013). Petición formulada ante el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Sanidad, y el Ministerio de Educación para que se promulgue un Real Decreto de acceso transitorio al Título de Psicólogo General Sanitario que preserve los derechos adquiridos por los Licenciados en Psicología. *Web ANPCS: Asociación nacional psicólogos clínicos: asociacion.anpc@gmail.com*.
- Carrobbles, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Carrobbles, J. A. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Carrobbles, J. A. (2014). La Psicología Sanitaria: identidad y profesión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, Vol. 22, N° 1, 2014, pp. 159-171.
- Clark, D.R., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana (2014). <http://blog.general-valencia.san.gva.es/2014/04/el-hospital-general-implanta-un-programa-de-atencion-para-los-pacientes-con-depresion/>.
- Infocop (2008). La salud mental está desatendida en España. *Infocoponline*. Recuperado el 25.09.2008.
- Infocop (2011). Uno de cada tres europeos presenta un problema de salud mental. *Infocoponline*. Recuperado el 10.10.2011.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*.
- National Health Service (2013). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. Recuperado el 10 de octubre de 2013, desde <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>.
- Richards, D. A. y Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 51-60.
- SEPCyS: Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud- Siglo XXI (2011). *Comunicado sobre la aprobación del Título de Psicólogo General Sanitario*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, desde <http://www.sepcys.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=10&cntnt01origid=15&cntnt01returnid=64>.
- Tribunal Supremo (2002). *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98*. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta (10 de octubre).
- Wittchen, H. -U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van Ost, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H. -C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.



AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO

ADVANCES IN THE ASSESSMENT OF THE NEGATIVE SYMPTOMS OF THE PSYCHOTIC SYNDROME

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,2}, Felix Inchausti³, Javier Ortuño-Sierra¹, Carmen Gutiérrez⁴,
Diane C. Gooding⁵ y Mercedes Paino^{2,6}

¹Universidad de La Rioja. ²Programa de Prevención de Psicosis (P3). ³Centro Hospitalario Benito Menni de Elizondo.

⁴Unidad de Salud Mental, Hospital San Pedro. ⁵Universidad de Wisconsin-Madison, EEUU. ⁶Universidad de Oviedo

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas negativos en los trastornos del espectro psicótico y condiciones relacionadas. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos. Se focaliza el discurso en las herramientas de nueva construcción, y se mencionan sus características psicométricas. Asimismo, se señalan diferentes instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas negativos como expresión de condición de riesgo o de vulnerabilidad a la psicosis, tanto dentro del paradigma de alto riesgo clínico como psicométrico. En tercer lugar, y para finalizar, se diserta a modo de recapitulación sobre algunas conclusiones, directrices y posibles desarrollos futuros en este área de estudio.

Palabras clave: Psicosis, Evaluación, Síntomas negativos, Anhedonia, Test.

The main goal of the present work is to bring to psychologists recent advances in the field of assessment of the negative symptoms in the psychotic spectrum disorders and related conditions. First, we briefly discuss the historical development of negative symptoms, their conceptualization, and their impact on clinical practice and research. Second, we present the tools available for the assessment of negative symptoms. Discourse focuses on the new construction tools and the psychometric characteristics are mentioned. Also, measuring instruments for the assessment of negative symptoms as an expression of risk or vulnerability to psychosis are showed, both within the clinical and the psychometric high risk paradigm. Third, and finally, there is a proposal to recap on some conclusions, guidelines, and possible future developments in this area of study.

Key words: Psychosis, Assessment, negative symptoms, Anhedonia, Test.

El síndrome psicótico aglutina un conjunto de entidades clínicas heterogéneas que son consideradas un problema sanitario y social de primer orden. Los trastornos del espectro psicótico se encuentran entre una de las diez principales causas de discapacidad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011), representando el tercer "brain disorder" que más costes genera en Europa (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, y Jönsson, 2012). Este síndrome aparece generalmente en la adolescencia y temprana adultez, y afecta al 2-3% de la población (Perälä et al., 2007). En particular, la prevalencia media estimada para la esquizofrenia es de 4 personas por cada 1000, mientras que la incidencia media es de 15,2 personas por cada 100.000 (McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008). Más allá de estas cifras, el impacto que supone un episodio psicótico para la vida de las personas y las fami-

lias que lo sufren obliga, tanto a investigadores como clínicos, a seguir dirigiendo todos los esfuerzos a analizar este conjunto de trastornos. Solo una comprensión más cabal de la naturaleza de la psicosis, considerando su complejidad y heterogeneidad, permitirá una gestión más eficiente de los recursos sociales y/o sanitarios (Fonseca Pedrero, Paino, y Fraguas, 2013).

El síndrome psicótico abarca una amplia variedad de dominios psicopatológicos entre los que se encuentran las dimensiones positiva, negativa, cognitiva, desorganizada y afectiva (van Os y Kapur, 2009). Los modelos clasificatorios actuales, como el DSM-5, tratan de capturar la estructura dimensional que subyace a la psicosis, a través de dominios, gradientes y dimensiones (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Los dominios de psicopatología que definen los trastornos psicóticos son: alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado. Los gradientes de los síntomas y signos definen la gravedad del trastorno en base al nivel, el número y a la duración, y se utilizan para

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



delimitar y diferenciar los trastornos del espectro psicótico entre sí. Las dimensiones se refieren a la estructura del cuadro clínico y se corresponden con los cinco dominios antes mencionados más la función cognitiva, la depresión y la manía (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Cada dimensión se valora en una escala de cinco puntos, donde el 0 se refiere a ausencia o no presencia, y el 4 se refiere a presencia y gravedad. Los valores superiores a 2 son de gravedad suficiente y se podrían considerar como umbral para el cumplimiento de un criterio diagnóstico.

Esta visión del síndrome psicótico propuesta desde el DMS-5 supone un giro en su conceptualización desplazándose hacia un modelo mixto o híbrido que trata de integrar los enfoques categorial y dimensional. Eran numerosas las voces que consideraban la necesidad de introducir en la evaluación y el diagnóstico un modelo dimensional ya que, entre otros aspectos, permite: a) una evaluación más específica e individualizada de los pacientes (Barch et al., 2013); b) captar la heterogeneidad clínica observada en la praxis clínica, tanto a nivel interindividual como intraindividual; c) una mejor comprensión de las elevadas tasas de comorbilidad y solapamiento con otros trastornos (Buckley, Miller, Lehrer, y Castle, 2009) y entre las dimensiones del propio síndrome; y d) incorporar los estudios sobre experiencias psicóticas atenuadas en población general (Linscott y van Os, 2013). Una aproximación dimensional considera que los síntomas psicóticos, por ejemplo los síntomas negativos, no son específicos de la psicosis, y que se pueden encontrar presentes en otros trastornos y enfermedades. Además, dichos dominios se pueden hallar distribuidos normalmente en la población general, como variación de un proceso psicológico, poniendo de manifiesto, por un lado, que su expresión fenotípica varía en gradiente de gravedad, y por otro, la dificultad de delimitar la supuesta frontera de la "normalidad" y el cuadro clínico. La inclusión del acercamiento dimensional es posible que permita superar algunas de las carencias de los sistemas nosológicos actuales -concretamente el DSM-5-, así como mejorar las estrategias de prevención, tratamiento e intervención (Heckers et al., 2013).

El estudio de la psicosis y condiciones clínicas relacionadas pasa por comprender, entre otros aspectos, la forma en la que los clínicos e investigadores tratan de capturar y apresar este síndrome (o cualquiera de sus facetas). La definición recogida en las clasificaciones internacionales, así como los modelos teóricos imperantes en

psicología clínica y psiquiatría determinan, en cierta medida, la forma de evaluación y medición de este constructo (Lemos Giraldez, Paino, Fonseca Pedrero y Vallina, en prensa). Por ello, en la actualidad, muchos de los instrumentos de evaluación (p.ej., test, entrevistas estructuradas, escalas de apreciación) que se utilizan en la praxis clínica, en los ensayos clínicos y en la investigación, se continúan fundamentando en criterios politéticos de tipo clínico-descriptivo, y no de tipo etiopatogénico (Obiols, Barrantes-Vidal, y Zaragoza Domingo, 2006). En este sentido, la comprensión y análisis de las dimensiones del fenotipo psicótico se encuentran íntimamente ligados a los instrumentos de medida utilizados, así como al propio proceso de medición, evaluación e intervención. Sin una evaluación adecuada no sería posible realizar un diagnóstico preciso, y sin un diagnóstico acertado no se podrá 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 plan de tratamiento e intervención, sean también erróneos (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

El presente trabajo tiene como objeto acercar al profesional de la psicología los últimos avances desarrollados en el campo de la evaluación de los síntomas psicóticos negativos en los trastornos del espectro psicótico. No trata de ser una revisión exhaustiva, ni de cubrir todas las áreas, técnicas e instrumentos conocidos, sino más bien realizar una actualización selectiva de los instrumentos de medida más relevantes en este campo de estudio. En un primer lugar, se comenta brevemente el desarrollo histórico de los síntomas negativos, su conceptualización, y su impacto en la práctica clínica y la investigación. En segundo lugar, se mencionan los instrumentos disponibles para la evaluación de los síntomas negativos, focalizando el discurso en las herramientas de nueva construcción. Concretamente, se exponen los nuevos desarrollos en su identificación y evaluación, y se mencionan sus características psicométricas. Asimismo, se señalan diferentes instrumentos de medida para la evaluación de los síntomas negativos como expresión de condición de riesgo o de vulnerabilidad a la psicosis. En tercer lugar, y para finalizar, se diserta a modo de recapitulación sobre algunas conclusiones, directrices y posibles desarrollos futuros en este área de estudio. Aquellos lectores que deseen profundizar de forma más exhaustiva en la evaluación de la psicosis y, concretamente de los síntomas negativos pueden consultar trabajos previos (Fonseca-Pedrero, Gooding, Paino, Lemos-Giraldez, y Muñiz, 2014; Ho-



ran, Kring, y Blanchard, 2006; Lindenmayer, Harvey, Khan, y Kirkpatrick, 2007; Marder y Kirkpatrick, 2014; Pratt y Mueser, 2010).

Los síntomas negativos en el síndrome psicótico: desarrollo histórico y conceptualización

Cuando el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler (1911) introdujo por primera vez el concepto de esquizofrenia, destacó que los síntomas más característicos del trastorno no eran los delirios y las alucinaciones que presentan este tipo de pacientes —y que Bleuler consideró síntomas “accesorios”—, sino el marcado embotamiento afectivo, la incapacidad para relacionarse (autismo), la alteración en la asociación de ideas (alogia) y la ambivalencia afectiva. Esta definición de la esquizofrenia puso de manifiesto que las características más llamativas del trastorno eran los déficits. El término déficit se ha empleado tradicionalmente para describir una reducción en una variedad de comportamientos con respecto a un perfil de comportamiento hipotéticamente “normal”, como son la expresión facial, el habla, las actividades placenteras, y la actividad dirigida a objetivos. A este conjunto de síntomas y comportamientos se les denomina *síntomas negativos*. Por su parte, los *síntomas positivos*, se refieren a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso “normal”. Curiosamente, en la práctica clínica y en los criterios taxonómicos, y recogiendo la tradición de Schneider, se le suele otorgar un mayor peso a la valoración de los síntomas positivos (p.ej., alucinaciones y delirios), tal vez en parte por su mayor facilidad en la identificación y de cara a la precisión diagnóstica. Este mismo aspecto se puede observar en los tratamientos psicológicos, donde la gran mayoría se focalizan en la intervención de los síntomas de tinte positivo (Elis, Caponigro, y Kring, 2013).

Los modelos factoriales llevados a cabo, así como la revisión de la literatura previa, evidencian que los síntomas negativos se aglutinan en las facetas de: aislamiento social, anhedonia, avolición, afecto aplanado y alogia (Blanchard y Cohen, 2006). Estas cinco facetas se agrupan en dos dimensiones generales, a saber: a) Experiencial o de involucración del entorno (asociabilidad, anhedonia y avolición), denominada generalmente Avolición; y b) Expresiva o Expresión emocional disminuida (aplanamiento afectivo y alogia) (véase Figura 1). En el DMS-5 se ha realizado una deconstrucción de los síntomas negativos, al igual que del propio constructo de psicosis, siendo recomendable evaluar y considerar estos dos dominios de forma independiente. Asimismo, el interés por el análisis e identificación de estas facetas ha si-

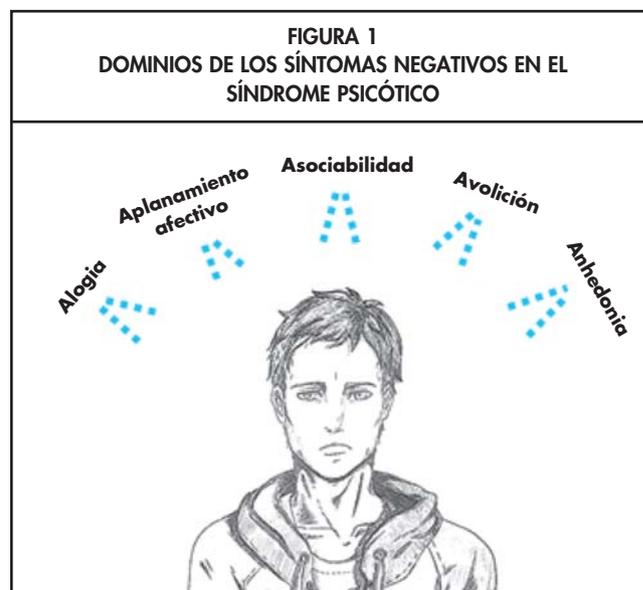
do desigual, destacando sin lugar a dudas el papel de la anhedonia (Horan et al., 2006).

Los síntomas negativos son frecuentes en pacientes con psicosis (aproximadamente el 60% presenta al menos un síntoma) (Bobes, Arango, García-García, Rejas, y CLAMORS Study Collaborative Group, 2010), y en el 10-30% de los casos tienen una elevada magnitud y persistencia (Buchanan, 2007), derivando en el síndrome deficitario. Además, estos síntomas producen un claro impacto en el funcionamiento ocupacional, familiar y social, así como en los hábitos de vida y en la salud general del paciente (García-Portilla González y Bobes, 2013). Asimismo, se han mostrado resistentes al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (Leucht et al., 2009). Al mismo tiempo, más allá de las fronteras clínicas, la presencia de síntomas negativos y, más concretamente, de anhedonia (o hipohedonia), también es considerada como un marcador de riesgo o como la expresión de vulnerabilidad latente a la psicosis (Docherty y Sponheim, 2014; Meehl, 1962).

Evaluación de los síntomas negativos

El interés por la evaluación de la dimensión negativa de la psicosis ha aumentado considerablemente en los últimos años gracias al impulso del *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter Jr, y Marder, 2006) y fruto de diversas necesidades clínicas y sociales. Hasta el momento la identificación y evaluación de los síntomas negativos era un área con grandes limitaciones e insuficiencias. En la reunión del NIMH de 2006, el grupo de trabajo para los síntomas negativos

FIGURA 1
DOMINIOS DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS EN EL SÍNDROME PSICÓTICO



consensuó una serie de directrices necesarias para mejorar su comprensión, identificación y tratamiento. Una de esas líneas fue el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación que permitieran apresar el constructo con mayores garantías científicas. Además, se consideró interesante que las nuevas herramientas recogieran los avances en el campo de la neurociencia afectiva, que sugieren la distinción entre placer anticipatorio (vinculado más a la dopamina) y consumatorio (vinculado más a la serotonina) (Berridge y Kringelbach, 2008; Gard, Kring, Gard, Horan, y Green, 2007).

Existen diferentes herramientas para la evaluación de los síntomas negativos que se podrían desglosar en dos generaciones (Kane, 2013; Marder y Kirkpatrick, 2014). La *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987) y la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) (Andreasen, 1983) serían instrumentos pertenecientes a la primera generación. La *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms* (CAINS) (Kring, Gur, Blanchard, Horan, y Reise, 2013), la *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS) (Kirkpatrick et al., 2011) y el *Motivation and Pleasure Scale-Self-report* (MAP-SR) (Llerena et al., 2013; Park et al., 2012) se corresponderían con la segunda generación. La *16-item Negative Symptom Assessment* (NSA-16) (Axelrod, Goldman, y Alphas, 1993) sería una herramienta que se encuentra a medio camino entre ambas generaciones. En términos generales, los instrumentos de segunda generación presentan un mayor rigor científico en cuanto al proceso de construcción y validación, siendo los estudios

psicométricos realizados más sofisticados y rigurosos. En la Tabla 1 se presentan, de forma esquemática, las principales características de estos instrumentos de medida.

Instrumentos de evaluación de los síntomas negativos: primera generación

La PANSS (Kay et al., 1987) es un instrumento hereteroaplicado compuesto por 30 ítems divididos en tres subescalas: Síntomas positivos, Síntomas negativos y Psicopatología general. Concretamente, la subescala de Síntomas negativos explora, a partir de 7 ítems, las facetas de aislamiento social, afectividad aplanada y amotivación. Cada ítem se puntúa sobre una escala tipo *Likert* de siete puntos, donde 1 equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. La PANSS permite evaluar el síndrome esquizofrénico, tanto desde una perspectiva dimensional, como categorial. Estudios factoriales recientes han encontrado que un modelo bifactorial compuesto por una dimensión general de psicosis más cinco dimensiones específicas (positiva, negativa, desorganizada, manía y depresión) es el más apropiado para explicar su estructura dimensional subyacente (Reininghaus, Priebe, y Bentall, 2013). En el trabajo de validación española, Peralta y Cuesta (1994) encontraron que las puntuaciones de la PANSS presentaban un adecuado comportamiento psicométrico. Posteriores estudios realizados en muestras clínicas han encontrado resultados similares que apoyan el uso de esta herramienta en investigación y en la práctica clínica en población española (Fonseca-Pedrero, Gooding, et al., 2014; Rodríguez-Jimenez et al., 2013).

La SANS (Andreasen, 1983) es una entrevista diseñada para evaluar la gravedad de los síntomas negativos en la psicosis. Se compone de un total de 25 ítems divididos en cinco dominios, a saber: Aplanamiento afectivo, Alogia, Abulia-apatía, Anhedonia-aislamiento social y Deterioro de atención. Los ítems se clasifican en una escala *Likert* de seis puntos (0 = ausente/no del todo; 5 = grave/extremo). Se puede obtener una puntuación para cada ítem y para cada grupo de síntomas, así como una puntuación total de gravedad para cada conjunto de síntomas. Las propiedades psicométricas de la SANS han sido también extensamente analizadas, encontrándose adecuados niveles de fiabilidad, así como diferentes evidencias de validez (Fonseca-Pedrero, Gooding, et al., 2014; Lindenmayer et al., 2007). Los análisis factoriales realizados hasta la fecha indican que las puntuaciones de la SANS se agrupan en dos dimensiones relativamente independientes, a saber:

TABLA 1
COMPARACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS (TOMADO DE DANIEL, 2013)

	SANS	PANSS	NSA-16	BNSS	CAINS
Ítems	25	30	16	13	13
Formato de respuesta	0-5	1-7	1-6	0-6	0-4
Tiempo estimado (min.)	30	30-40	20-30	15	30
Entrevista estructurada	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Puntos de anclaje explícitos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Informante	No	Sí	No	No	No
Puntuación global por dominio	Sí	No	No	No	No
Puntuación global	Sí	No	Sí	No	No

Nota. SANS= Scale for the Assessment of Negative Symptoms; PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale; NSA-16=16-item Negative Symptom Assessment; BNSS= Brief Negative Symptom Scale; CAINS= Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms.



Expresión emocional disminuida y Anhedonia/Aislamiento social. A pesar de sus limitaciones (p. ej., excesiva longitud o incluir la faceta de atención dentro de los síntomas negativos), la SANS es una de las entrevistas recomendadas por el grupo de trabajo NIMH, siendo de hecho una de las medidas más conocidas. Se encuentra adaptada y validada en población española (Obiols, Salvador, Humbert, y Obiols, 1985) y su rendimiento psicométrico en muestras clínicas es adecuado (Cascón y García Medina, 1997).

La NSA-16 (Axelrod et al., 1993) es una entrevista estructurada formada por 16 ítems diseñada específicamente para la valoración de los síntomas negativos en la esquizofrenia. El formato de respuesta de los ítems es *Likert* de seis puntos (1 = no ausente o funcionamiento normal y 6 = ausencia o interferencia en el funcionamiento). Las puntuaciones de la NSA-16 se agrupan en una estructura penta factorial: Comunicación, Emoción/afecto, Implicación social, Motivación y Retardo. Existe una versión abreviada de la escala de 4 ítems (Alphs, Morlock, Coon, van Willigenburg, y Panagides, 2010). Se ha usado en diversos trabajos internacionales como medición estandarizada de los síntomas negativos en psicosis y con un adecuado rendimiento psicométrico (Lindenmayer et al., 2007; Velligan, Alphs, Lancaster, Morlock, y Mintz, 2009).

Instrumentos de evaluación de los síntomas negativos: segunda generación

La CAINS (Forbes et al., 2010; Horan, Kring, Gur, Reise, y Blanchard, 2011; Kring et al., 2013) es un instrumento de medida de reciente construcción desarrollado para la evaluación de la gravedad de los síntomas negativos en pacientes. Aborda las limitaciones de las medidas previas existentes en la literatura, incorpora conocimientos actuales de la neurociencia afectiva, y proporciona una cobertura más extensa de los síntomas negativos. Concretamente, la CAINS es una entrevista semiestructurada que valora las cinco dimensiones de los síntomas propuestas por el grupo de consenso de síntomas negativos antes comentado (Asociabilidad, Anhedonia, Avoliación, Aplanamiento afectivo y Alogia); incluye extensas indicaciones y preguntas de seguimiento para cada ítem con el fin de guiar a los entrevistadores en la administración. Los 13 ítems de CAINS se responden en una escala *Likert* de cinco puntos (0 = sin déficit y 4 = déficit grave), donde las puntuaciones más altas reflejan mayor patología; nueve ítems valoran motivación y placer y cuatro afecto aplanado y alogia. Asimismo, los ítems

de la CAINS permiten recoger información sobre las experiencias de placer previas (7 días) a la evaluación y también sobre las expectativas de placer en el futuro (7 días después). Los estudios psicométricos realizados hasta el momento, tanto desde la teoría clásica de los tests como desde los modelos de teoría de respuesta a los ítems, sugieren que puede ser un instrumento de medida prometedor para la valoración de los síntomas negativos en pacientes con psicosis (Forbes et al., 2010; Horan et al., 2011; Kring et al., 2013). Actualmente se está realizando su adaptación y validación al español. Asimismo, existen videos y manuales disponibles en Internet que permiten el entrenamiento y la estandarización en su uso en contextos clínicos y de investigación.

[<http://www.med.upenn.edu/bbl/downloads/CAINSVideos.shtml>].

La BNSS (Kirkpatrick et al., 2011) es otra herramienta de nueva construcción desarrollada específicamente para su uso en ensayos clínicos. El interés de su desarrollo fue generar un instrumento de medida breve, fiable y sensible que pudiera ser utilizado para la medición del cambio de este conjunto de síntomas en ensayos clínicos (asociados a los psicofármacos) nacionales e internacionales. La BNSS es una entrevista semiestructurada conformada por 13 ítems organizados en dos subescalas: Anhedonia/ asociabilidad/abolición y Expresión emocional restringida. Todos los ítems se califican en una escala *Likert* de siete puntos (0 = normal y 6 = extremadamente grave). La Escala Breve de Síntomas Negativos presenta varias ventajas, entre las que destacan: a) está diseñada para que un médico o un investigador puedan administrarla fácilmente; b) el tiempo de administración es de aproximadamente 15 minutos; c) su construcción se realizó en base a criterios empíricos y considerando las cinco facetas mencionadas anteriormente; y d) los estudios de validación llevados a cabo indican que las puntuaciones de la escala presentan adecuadas propiedades psicométricas. Los estudios de obtención de evidencias de estructura interna han encontrado una estructura bidimensional (Motivación/placer y Expresividad emocional). Los niveles de fiabilidad de las puntuaciones son satisfactorios (Kirkpatrick et al., 2011). Asimismo, aunque el instrumento inicialmente fue diseñado para su uso en ensayos clínicos, y debido a su alta fiabilidad test-retest, también se puede utilizar en evaluaciones repetidas con la finalidad de observar cambios clínicos en la severidad de los síntomas. La BNSS ha sido recientemente adaptada y validada en



una muestra de 20 pacientes españoles con psicosis, encontrándose adecuados niveles de fiabilidad inter-observadores, consistencia interna y estabilidad temporal, así como diferentes evidencias de validez (Mané et al., 2014). Un ítem de ejemplo de la misma se presenta en la Tabla 2.

La Escala-Autoinforme de Motivación y Placer (MAP-SR) (Llerena et al., 2013; Park et al., 2012) es un instrumento de medida compuesto por 15 ítems (escala Likert de cinco puntos) que ha sido desarrollado a partir de la CAINS. El objetivo de su construcción fue desarrollar un autoinforme que midiera de forma precisa y rigurosa las facetas de motivación y placer asociados a los síntomas negativos de tipo psicótico. La versión preliminar de esta escala (denominada CAIN-SR) contenía 30 ítems divididos en una subescala de motivación/placer (abulia, anhedonia, asociabilidad) y otra de expresividad emocional (afecto aplanado, alogia). En esta versión previa se incluyeron nueve ítems que evaluaban la intensidad y la frecuencia de la experiencia de placer tanto consumatorio como anticipatorio. También se añadieron seis ítems que medían asociabilidad. Los estudios psicométricos preliminares mostraron una elevada fiabilidad para la puntuación total, si bien la subescala de expresi-

vidad emocional presentó bajos niveles de consistencia interna, por lo que los autores decidieron eliminar los ítems. Los hallazgos encontrados con la versión final parecen indicar que la MAP-SR puede ser una herramienta interesante para la valoración de los déficit auto-informados de motivación y placer en pacientes con psicosis; no obstante, es necesario llevar a cabo estudios que justifiquen su uso, así como su utilidad. Por el momento no se dispone de estudios de adaptación y validación en población española.

Instrumentos de evaluación de alto riesgo clínico y psicométrico

Una de las líneas de investigación más prometedoras en el campo de la psicosis es la identificación temprana de personas de riesgo o con vulnerabilidad latente. El *leitmotiv* de este acercamiento se fundamenta en la capacidad de identificar, antes del *debut* del cuadro clínico, a personas con riesgo o vulnerabilidad a desarrollar psicosis, y poder así realizar intervenciones profilácticas preventivas. La mera posibilidad de detectar un caso de psicosis en sus fases incipientes o antes de su aparición como trastorno clínico es alentadora. Estudios longitudinales indican que aquellos participantes que presentan un estado mental de alto riesgo (EMAR) tienen una mayor probabilidad de transitar hacia un trastorno de tipo psicótico en el futuro (Fusar-Poli et al., 2012). Concretamente, diferentes autores han ensalzado el rol los síntomas negativos atenuados a la hora de predecir la transición a la psicosis dentro de este conjunto de participantes (Valmaggia et al., 2013). De hecho, los hallazgos derivados de diversos tipos de estudios sobre EMARs son uno de los principales motivos de la inclusión del síndrome de psicosis atenuada en el DSM-5 (Fusar-Poli, Carpenter, Woods, y McGlashan, 2014). En la actualidad existe un elenco de herramientas que tratan de medir la vulnerabilidad o la condición de riesgo a la psicosis, donde todas ellas, en mayor o menor medida, consideran la dimensión negativa o algunos de sus componentes (p.ej., anhedonia). Básicamente, este conjunto de herramientas se encuadra en el paradigma de alto riesgo clínico o de ultra riesgo (p.ej., EMARs o pródrornos) o en el paradigma de alto riesgo psicométrico (p.ej., esquizotipia). Una revisión más exhaustiva de este conjunto de herramientas se puede encontrar en trabajos previos (Addington, Stowkowy, y Weiser, 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2008; Kline y Schiffman, 2014; Lemos Giraldez et al., en prensa; Obiols et al., 2006).

TABLA 2
ÍTEM DE EJEMPLO DE LA ESCALA BREVE PARA SÍNTOMAS NEGATIVOS (TOMADO DE MANÉ ET AL., 2014)

ITEM 4: MALESTAR

Preguntas de sondeo

¿Qué te hizo sentir mal la semana pasada? ¿Pasó algo que no te gustó?
¿Hubo algo que te hizo sentir triste o deprimido? ¿Preocupado o ansioso?
¿Enfadado o irritado?

Si no sucedió nada desagradable: ¿Qué te ha sucedido en el pasado que te haya hecho sentir mal? ¿Cómo te sientes acerca de ello ahora?

Puntuación

0. *Normal:* Habilidad normal para experimentar malestar y emociones desagradables.
1. *Cuestionable:* Malestar menor que la mayoría de la gente ante sucesos desagradables, pero todavía dentro del rango de la normalidad.
2. *Leve:* Ligero malestar menor de lo normal ante sucesos desagradables.
3. *Moderado:* Claramente malestar menor de lo normal ante sucesos desagradables, aunque experimenta algún malestar.
4. *Moderadamente grave:* Puede experimentar malestar significativo, pero es necesario un problema grave para generarlo.
5. *Grave:* Experimenta sólo un malestar leve incluso ante un problema grave.
6. *Extremadamente grave:* No experimenta malestar, independientemente de a qué problema se enfrente.

Nota. Este ítem puntúa la experiencia del paciente de emociones desagradables o angustiosas de cualquier tipo: tristeza, depresión, ansiedad, aflicción, ira, etc. La fuente del malestar no se considera; por ejemplo, las emociones desagradables asociadas a síntomas psicóticos no se consideran aquí.



Para la evaluación de los síntomas negativos en los estados prodrómicos de psicosis o los EMARs se pueden utilizar la *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS)/*Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS) (Miller et al., 2003) o la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (CAARMS) (Yung et al., 2005). Sin lugar a dudas son los instrumentos más utilizados. La SIPS es una entrevista semiestructurada que incluye la SOPS. La SOPS consta de 19 ítems que están organizados temáticamente en cuatro subescalas (síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales). Todos los síntomas reciben una puntuación *Likert* que oscila entre 0 y 6, que corresponden a los extremos de "ausente" y "grave y psicótico"/ "extremo". La SIPS/SOPS ha mostrado una alta fiabilidad inter-jueces y consistencia interna, así como una adecuada validez predictiva. Concretamente, las puntuaciones de la SOPS muestran una sensibilidad del 100%, una especificidad del 74% y un valor predictivo positivo del 50% al cabo de un año, y del 67% al cabo de dos años (Miller et al., 2003). En el estudio de validación en población española (Lemos et al., 2006), se obtuvieron tres factores de primer orden, siendo el más homogéneo y coincidente con investigaciones anteriores el que incluye los síntomas negativos. Se comprobó que las subescalas de la SOPS presentaron excelente valor predictivo positivo, siendo los síntomas negativos los que mostraron mejores índices de especificidad (95,5%) y de sensibilidad (100%). La versión española de la SIPS/SOPS puede encontrarse en: <http://www.p3-info.es/PDF/SIPS-4Espanol.pdf>.

Existen diferentes instrumentos interesantes para la valoración de los síntomas negativos desde la óptica de la esquizotipia o la personalidad esquizotípica, conociéndose comúnmente esta perspectiva como estudios de alto riesgo psicométrico. La esquizotipia se refiere a una organización latente de la personalidad que predispone a la psicosis y a sus trastornos relacionados (Lenzenweger, 2010). Dicha vulnerabilidad latente se puede encontrar presente en la población general (alrededor del 10%). Los participantes con puntuaciones elevadas en tests que valoran esquizotipia presentan déficit similares a los encontrados en pacientes con psicosis (Ettinger, Meyhöfer, Steffens, Wagner, y Koutsouleris, 2014), así como un mayor riesgo teórico de transitar hacia trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding, Tallent, y Matts, 2005; Kwapil, Gross, Silvia, y Barrantes-Vidal, 2013). La detección e identificación de dicha vulnerabilidad se pueden realizar mediante pruebas de laboratorio (p.ej., pruebas de atención sostenida) o mediante la se-

lección de participantes que presentan puntuaciones elevadas en tests psicométricos (Lenzenweger, 2010).

Dentro del paradigma de alto riesgo psicométrico se encuentran las Escalas de Propensión a la Psicosis (Kwapil, Barrantes Vidal, y Silvia, 2008), también conocidas como las escalas de los Chapman. Dos de ellas son la *Physical Anhedonia Scale* (PAS) (Chapman, Chapman, y Raulin, 1976) y la *Revised Social Anhedonia Scale*, (RSAS) (Eckblad, Chapman, Chapman, y Mishlove, 1982). Son instrumentos de medición clásicos en este campo, considerados por algunos como "gold standard" y que gozan de una gran difusión. La Escala de Anhedonia Física incluye 61 ítems que evalúan la dificultad para sentir placer físico y estético a través de los sentidos (p.ej., "la belleza de las puestas de sol está muy sobrevalorada"). La Escala de Anhedonia Social Revisada se compone de 40 ítems que miden el comportamiento asocial e indiferencia respecto a las relaciones interpersonales, así como la dificultad para experimentar placer en situaciones sociales (p.ej., "hacer nuevos amigos no compensa la energía que requiere"). Esas herramientas se encuentran validadas en población española y presentan adecuadas propiedades psicométricas (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Sierra-Baigrie, y Muñiz, 2010; Ros-Morente, Rodríguez-Hansen, Vilagrà-Ruiz, Kwapil, y Barrantes-Vidal, 2010). Asimismo, se dispone de una versión abreviada de las escalas de anhedonia, interesantes si se desea recabar información de este constructo (Fonseca-Pedrero, Paino, Ortuño-Sierra, Lemos Giraldez, y Muñiz, 2013). Además, y como se comentó anteriormente, la Anhedonia ha sido un foco de interés particular por parte de los terapeutas e investigadores, posiblemente debido a su trayectoria histórica en psicopatología o a los estudios realizados en familiares sanos de pacientes (Kendler, 1985; Tarbox y Pogue-Geile, 2011).

Concretamente, para la evaluación específica de la capacidad hedónica (como medida indirecta de la anhedonia), se pueden encontrar herramientas de reciente construcción como la *Temporal Experience of Pleasure Scale* (TEPS) (Gard, Gard, Kring, y John, 2006) o la *Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale* (ACIPS) (Gooding y Pflum, 2014). Estas herramientas están siendo extensamente utilizadas en una amplia variedad de temáticas, y se encuentran validadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. Los estudios psicométricos respaldan su uso como indicadores de capacidad hedónica (Gooding, Cohen, y Pflum, 2014). Nuestro grupo de investigación ha realizado el estudio de adaptación al español de estas dos escalas en muestras de universitarios.





muestras representativas de adolescentes respaldan su uso para la valoración de la faceta Anhedonia de la esquizofrenia (Fonseca-Pedrero, Muñiz, et al., 2010).

RECAPITULACIÓN

Los déficit en la expresión afectiva constituyen un aspecto central de los trastornos del espectro psicótico. La evaluación de los síntomas negativos es un temática compleja e interesante que se encuentra en ebullición; sólo hace falta echar la vista atrás y otear los tremendos avances que han acontecido en los últimos años. Actualmente, y aunque se dispone de pruebas y herramientas de diagnóstico sumamente sofisticadas (p. ej., técnicas de neuroimagen), la evaluación del cuadro clínico sigue basándose, en lo fundamental, en la psicopatología descriptiva y en el uso de entrevistas y escalas clínicas. No obstante, es igualmente cierto que existe un interés creciente por evaluar los síntomas negativos (o algunos de sus componentes) a través de biomarcadores dentro de una estrategia translacional (Wolf et al., 2014), con pruebas objetivas, como el análisis del discurso o de las expresiones vocálicas no verbales (Cohen, Mitchell, y Elvevåg, 2014) o con procedimientos donde el individuo tenga que informar sobre sus experiencias en el contexto real (*experience sampling method*) (Oorschot, Kwapil, Delespaul, y Myin-Germeyns, 2009). Por otro lado, algunas de las facetas de los síntomas negativos, como por ejemplo la anhedonia, están siendo objetivo de intenso análisis, debate y reconceptualización (Ritsner, 2013; Strauss y Gold, 2012), lo cual está generando nuevas formas de medición y evaluación.

Lógicamente el proceso de evaluación de los síntomas negativos se debe integrar dentro de una perspectiva holística, donde se considere el síndrome psicótico y la implicación de sus numerosos dominios psicopatológicos. Además, se deben contemplar diferentes niveles de análisis (p.ej., genético, biológico, neuropsicológico, psicológico). Es necesario considerar múltiples informantes, así como explorar tanto aspectos subjetivos como objetivos (pruebas de rendimiento) del paciente. La evaluación de los síntomas negativos no sólo se debe focalizar en las etapas agudas del trastorno, sino también en las etapas previas y posteriores. Además, el profesional de la psicología debe tener en cuenta una amplia variedad de factores asociados y las variables moduladoras que interactúan continuamente durante todo el proceso de evaluación y tratamiento de los síntomas psicóticos primarios y de los secundarios, como por ejemplo, el nivel de conciencia de enfermedad,

el grado de adherencia al tratamiento, el contexto social y familiar, o el nivel socioeconómico del paciente.

Los avances en la conceptualización y evaluación de los síntomas psicóticos negativos permiten ayudar al profesional no sólo en una evaluación más rigurosa de la sintomatología, sino también en el diseño y planificación de tratamientos de intervención y de rehabilitación. Es digno de mención que la evaluación de este tipo de sintomatología, en el contexto clínico, tiene que tener un objetivo concreto: la rehabilitación. Este aspecto es de especial importancia en los pacientes con psicosis con predominio de síntomas negativos, más resistentes al tratamiento, más estables y persistentes en el tiempo, y que impactan negativamente en el funcionamiento psicosocial del paciente. En España parece que, tras la reforma psiquiátrica, las autoridades sanitarias se han olvidado de paliar o detener esta sintomatología, antes llamaba "defectual" y de la que ahora se conoce mucho más. De hecho son escasos los programas y recursos dedicados para este fin. Posiblemente en nuestro país sea una asignatura pendiente desde hace demasiados años y, aunque hay voces en esta línea, son pocos los clínicos que hacen propuestas para trabajar estos aspectos del trastorno. Seguramente se podrían evitar recaídas y por tanto, nuevas hospitalizaciones, se garantizaría una adecuada toma de medicación, disminuirían las conductas de riesgo de los pacientes, etc. Todo ello tendría, sin lugar a dudas, repercusiones personales, familiares, sociales, sanitarias y económicas. No cabe duda de que en este campo de trabajo (y en otros), el papel del psicólogo es fundamental.

Los prometedores estudios de los paradigmas de alto riesgo clínico y psicométrico sugieren la cada vez menos remota posibilidad de que se logre anticipar el debut de la psicosis. Estos hallazgos deberían hacer reflexionar a los profesionales, las instituciones socio-sanitarias y los gobiernos que las gestionan de la necesidad de dirigir mayores esfuerzos en la prevención e intervención temprana en psicosis. Por ejemplo, en España, donde la educación es obligatoria hasta los 16 años, la detección de la población de riesgo o ultra-alto riesgo en los centros escolares es posible. Mayores esfuerzos en este sentido permitirían monitorizar, intervenir y hacer un seguimiento más estrecho de aquellos adolescentes con mayor riesgo y, por qué no, que se pudiesen evitar las posibles nefastas consecuencias de un primer episodio psicótico. Al menos, la evidencia científica sugiere que no sólo es posible, sino que sería efectivo y eficaz.

Los avances en la definición del concepto de psicosis y



de su evaluación resultan evidentes. Aunque por el momento no se disponga de marcadores patognomónicos, y el diagnóstico se fundamente desde un nivel meramente descriptivo y fenomenológico, se percibe una atmósfera de cambio entre los profesionales de la salud mental. Los modelos categoriales empiezan a dejar paso a modelos híbridos, donde se consideran dimensiones psicopatológicas. Los modelos basados en la curación comienzan a dejar paso a modelos de tipo preventivo y a intervenciones específicas e individualizadas en función de estadios. Los modelos basados en la observación clínica comienzan a dejar paso a abordajes fundamentados en la neurociencia que tratan de relacionar dimensiones psicopatológicas concretas con sustratos neurobiológicos (p.ej., criterios RDoC). La evaluación de la psicosis contribuye a todos estos cambios, siendo en sí misma objeto de progreso y evolución. Como se puede otear, los cambios acontecidos en los últimos años en la evaluación de la psicosis han sido considerables, si bien aquellos que están por llegar lo serán aún más.

REFERENCIAS

- Addington, J., Stowkowy, J., y Weiser, M. (2014). Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, doi: 10.1111/eip.12193.
- Alphs, L., Morlock, R., Coon, C., van Willigenburg, A., y Panagides, J. (2010). The 4-item negative symptom assessment (NSA-4) instrument: A simple tool for evaluating negative symptoms in schizophrenia following brief training. *Psychiatry*, 7, 26-32.
- Álvarez-López, E. (2005). *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos*. Tesis doctoral no publicada, Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Andreasen, N. C. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa.
- Axelrod, B. N., Goldman, R. S., y Alphs, L. D. (1993). Validation of the 16-item negative symptom assessment. *Journal of Psychiatric Research*, 27(3), 253-258.
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur R., Heckers, S., Malaspina, D., . . . Carpenter W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 15-20.
- Berridge, K., C., , y Kringelbach, M. L. (2008). Affective neuroscience of pleasure: reward in humans and animals. *Psychopharmacology (Berl)*, 199, 457-480.
- Blanchard, J. J., y Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press (Trad. 1950).
- Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., y CLAMORS Study Collaborative Group. (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 280-286.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., y Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383-402.
- Buchanan, R. W. (2007). Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin* 33, 1013-1022.
- Cascón, I. V., y García Medina, P. (1997). Propiedades psicométricas de las escalas de síntomas esquizofrénicos positivos y negativos de Andreasen. *Psicología Conductual*, 5, 93-108.
- Cohen, A. S., Mitchell, K. R., y Elvevåg, B. (2014). What do we really know about blunted vocal affect and alogia? A meta-analysis of objective assessments. *Schizophrenia Research*, 159, 533-538.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 374-382.
- Daniel, D. G. (2013). Issues in selection of instruments to measure negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 150, 343-345.
- Docherty, A. R., y Sponheim, S. R. (2014). Anhedonia as an indicator of genetic vulnerability. En M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A comprehensive Handbook (vol. II)* (Vol. II, pp. 105-123). New York: Springer.
- Eckblad, M., Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison.
- Elis, O., Caponigro, J. M., y Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928.
- Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M., y Koutsouleris, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the



- overlap with schizophrenia. *Frontiers of Psychiatry*, 5, 18.
- Fonseca-Pedrero, E., Fumero, A., Paino, M., de Miguel, A., Ortuño-Sierra, J., Lemos Giraldez, S., y Muñiz, J. (2014). Schizotypal Personality Questionnaire: New sources of validity evidence in college students. *Psychiatry Research*, 219, 214-220.
- Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D. C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2014). Measuring anhedonia in schizophrenia spectrum disorders: A selective update. En M. S. Ritsner (Ed.), *Anhedonia: A Comprehensive handbook* (pp. 19-54). New York: Springer.
- 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 [Measuring instruments for evaluation phenotype of psychotic]. *Papeles del Psicólogo*, 32, 129-151.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, 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., y Muñiz, J. (2012). Validation of the Community Assessment Psychic Experiences -42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 169-176.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., y Muñiz, J. (2010). Factor structure and measurement invariance of the Wisconsin Schizotypy Scales across gender and age. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 939-948.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Ortuño-Sierra, J., Lemos Giraldez, S., y Muñiz, J. (2013). Dimensionality of the Wisconsin Schizotypy Scales Brief forms in college students. *The Scientific World Journal*, (2013), Article ID 625247.
- Fonseca Pedrero, E., Paino, M., y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, 34, 190-207.
- Forbes, C., Blanchard, J. J., Bennett, M., Horan, W. P., Kring, A., y Gur, R. (2010). Initial development and preliminary validation of a new negative symptom measure: The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 36-42.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., . . . 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., Carpenter, W. T., Woods, S. W., y McGlashan, T. H. (2014). Attenuated Psychosis Syndrome: Ready for DSM-5.1? *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 155-192.
- García-Portilla González, M. P., y Bobes, J. (2013). Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 141-143.
- Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., y John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1086-1102.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., y Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93, 253-260.
- Gooding, D. C., Cohen, A. S., y Pflum, M. J. (2014). Hedonic capacity and schizotypy: Evidence for the criterion validity of the ACIPS. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1455-1461.
- Gooding, D. C., y Pflum, M. J. (2014). The assessment of interpersonal pleasure: Introduction of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) and preliminary findings. *Psychiatry Research*, 215, 237-243.
- 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(1), 170-175.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., . . . Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 18(377), 2093-2102.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., . . . Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research*, 150, 11-14.
- Horan, W. P., Kring, A. M., y Blanchard, J. J. (2006).



- Anhedonia in schizophrenia: A review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 259-273.
- Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., y Blanchard, J. J. (2011). Development and Psychometric Validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia Research*, 132, 140-145.
- Kane, J. M. (2013). Tools to assess negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e12. doi: 10.4088/JCP.12045tx12042c.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 538-553.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter Jr, W. T., y Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.
- Kirkpatrick, B., Strauss, G. P., Nguyen, L., Fischer, B. A., Daniel, D. G., Cienfuegos, A., y Marder, S. R. (2011). The brief negative symptom scale: Psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 300-305.
- Kline, E., y Schiffman, J. (2014). Psychosis risk screening: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 158, 11-18.
- Kring, A. M., Gur, R. E., Blanchard, J. J., Horan, W. P., y Reise, S. P. (2013). The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final development and validation. *American Journal of Psychiatry*, 170, 165-172.
- 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.
- Kwapil, T. R., Gross, G. M., Silvia, P. J., y Barrantes-Vidal, N. (2013). Prediction of psychopathology and functional impairment by positive and negative schizotypy in the Chapmans' ten-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 807-815.
- Lemos Giraldez, S., Paino, M., y Fonseca Pedrero, E. y Vallina, O. (en prensa). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., . . . Miller, T. (2006). Validez predictiva de la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS) / Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-223.
- Lenzenweger, M. F. (2010). *Schizotypy and schizophrenia: The view from experimental psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., y Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373, 31-41.
- Lindenmayer, J. P., Harvey, P. D., Khan, A., y Kirkpatrick, B. (2007). Schizophrenia: measurements of psychopathology. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 339-363.
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological 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.
- Llerena, K., Park, S. G., McCarthy, J. M., Couture, S. M., Bennett, M. E., y Blanchard, J. J. (2013). The Motivation and Pleasure Scale-Self-Report (MAP-SR): Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 568-574.
- Mané, A., García-Rizo, C., García-Portilla, M. P., Bergé, D., Sugranyes, G., García-Alvarez, L., . . . Fernandez-Egea, E. (2014). Spanish adaptation and validation of the Brief Negative Symptoms Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1726-1729.
- Marder, S. R., y Kirkpatrick, B. (2014). Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 737-743.
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827-838.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., . . . 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.
- Obiols, J., Barrantes-Vidal, N., y Zaragoza Domingo, S. (2006). La evaluación clínica y psicométrica de los



- trastornos del espectro esquizofrénico. En V. E. Caba-
llo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los*
trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e
informes psicológicos (pp. 65-88). Madrid: Ediciones
Pirámide.
- Obiols, J. E., Barragán, M., Vicens, J., y Navarro, J. B.
(2008). Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de
la población general. *Revista de Psicopatología y Psi-*
cología Clínica, 13, 205-217.
- Obiols, J. E., Salvador, J., Humbert, M., y Obiols, J.
(1985). Evaluación de los síntomas negativos de la es-
quizofrenia. *Revista del Departamento de Psiquiatría.*
Facultad de Medicina de Barcelona, 12, 85-91.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.
U., y Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain
disorders in Europe. *European Journal of Neurology*,
19, 155-162.
- Oorschot, M., Kwapil, T., Delespaul, P., y Myin-Ger-
meys, I. (2009). Momentary assessment research in
psychosis. *Psychological Assessment*, 21, 498-505.
- Park, S. G., Llerena, K., McCarthy, J. M., Couture, S. M.,
Bennett, M. E., y Blanchard, J. J. (2012). Screening
for negative symptoms: Preliminary results from the
self-report version of the Clinical Assessment Interview
for Negative Symptoms. *Schizophrenia Research*,
135(1-3), 139-143.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K.,
Isometsä, E., Pirkola, S., . . . Lönnqvist, J. (2007). Life-
time prevalence of psychotic and bipolar I disorders in
a general population. *Archives of General Psychiatry*,
64(1), 19-28.
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric prop-
erties of the positive and negative syndrome scale
(PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53,
31-40.
- Pratt, S., y Mueser, K. T. (2010). Schizophrenia. En M.
M. Antoni y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assess-*
ment and treatment planning for psychological disor-
ders (Second ed., pp. 477-528). New York, NY:
Guilford Press.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of
schizotypal personality based on DSM-III-R criteria.
Schizophrenia Bulletin, 17, 555-564.
- Reininghaus, U., Priebe, S., y Bentall, R. P. (2013). Tes-
ting the psychopathology of psychosis: evidence for a
general psychosis dimension. *Schizophrenia Bulletin*,
38, 884-895.
- Ritsner, M. S. (2013). *Anhedonia: A Comprehensive*
Handbook (Vol. I). New York: Springer.
- Rodriguez-Jimenez, R., Bagney, A., Mezquita, L., Marti-
nez-Gras, I., Sanchez-Morla, E. M., Mesa, N., . . .
PARG. (2013). Cognition and the five-factor model of
the positive and negative syndrome scale in schizoph-
renia. *Schizophrenia Research*, 143, 77-83.
- Ros-Morente, A., Rodriguez-Hansen, G., Vilagrà-Ruiz, R.,
Kwapil, T. R., y Barrantes-Vidal, N. (2010). Adaptation
of the wisconsin scales of psychosis proneness to Span-
ish. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 33-41.
- Ros-Morente, A., Vilagra-Ruiz, R., Rodriguez-Hansen,
G., Wigman, J. H., y Barrantes-Vidal, N. (2011). Pro-
cess of adaptation to Spanish of the Community As-
sessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas*
Españolas de Psiquiatría, 39, 95-105.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramo-
poulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., . . .
Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of
psychosis have a distribution in the general popula-
tion. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358.
- Strauss, G. P., y Gold, J. M. (2012). A New Perspective
on Anhedonia in Schizophrenia. *American Journal of*
Psychiatry, 169, 364-373.
- Tarbox, S. I., y Pogue-Geile, M. F. (2011). A multivariate
perspective on schizotypy and familial association
with schizophrenia: a review. *Clinical Psychology Re-*
view, 31, 1169-1182.
- Valmaggia, L. R., Stahl, D., Yung, A. R., Nelson, B., Fu-
sar-Poli, P., McGorry, P. D., y McGuire, P. K. (2013).
Negative psychotic symptoms and impaired role func-
tioning predict transition outcomes in the at-risk mental
state: a latent class cluster analysis study. *Psychologi-*
cal Medicine, 43, 2311-2325.
- van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*,
374, 635-645.
- Velligan, D. I., Alphs, L., Lancaster, S., Morlock, R., y
Mintz, J. (2009). Association between changes on the
Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and
measures of functional outcome in schizophrenia. *Psy-*
chiatry Research, 169, 97-100.
- Wolf, D. H., Satterthwaite, T. D., Kantrowitz, J. J., Katch-
mar, N., Vandekar, L., Elliott, M. A., y Ruparel, K.
(2014). Amotivation in schizophrenia: Integrated as-
sessment with behavioral, clinical, and imaging mea-
sures. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1328-1337.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J.,
Kelly, D., Dell'Olio, M., . . . Buckby, J. (2005). Map-
ping the onset of psychosis—the Comprehensive Assess-
ment of At Risk Mental States (CAARMS). *Australian*
and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 964-
971.



EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y LEGISLACIÓN INTERNACIONAL: LOS TRASLADOS TRANSFRONTERIZOS Y SUSTRACCIÓN DE MENORES

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND INTERNATIONAL LAW: CROSS-BORDER RELOCATIONS AND ABDUCTION OF CHILDREN

Carles Rodríguez Domínguez¹, Adolfo Jarne Esparcia² y Xavier Carbonell¹

¹FPCEE Blanquerna. ²Universidad de Barcelona

La globalización ha producido un nuevo orden mundial de profundas transformaciones socio-económicas que han propiciado vertiginosos cambios sin precedentes en la historia y, que junto a la revolución de la mujer, han aglutinado nuevos desafíos para el modelo de familia y sociedad. Los divorcios entre cónyuges de distinta nacionalidad ha incrementado ostensiblemente el número de traslados internacionales de menores –con o sin sustracción–, afectando tanto a la toma de decisiones judiciales sobre la guarda y custodia, como a las evaluaciones psicológicas forenses. El objetivo de este artículo es hacer una reflexión que ayude a profundizar sobre la tarea pericial del psicólogo forense en casos de traslados o sustracción de menores internacionales; para ello es necesario conocer entre otras cuestiones el marco legislativo actual.

Palabras clave: Evaluación custodia de menores, Divorcio ad litem, Traslados internacionales, Sustracción de menores.

Globalisation has produced a new world order of profound socio-economic transformations that have caused dramatic changes, unprecedented in history, and together with the women's revolution they have introduced new challenges for the model of family and society. Divorce between spouses of different nationalities has significantly increased the number of international relocations of children - with or without abduction-, affecting both the judicial decision-making regarding the care and custody, as well as the forensic psychological evaluations. The objective of this article is to reflect upon the task of the expert forensic psychologist in cases of international transfers or child abduction that will help to deepen our understanding of these cases, for which it is necessary to understand the current legislative framework, among other issues.

Key words: Child custody evaluation, Divorce ad litem, International relocations, Child abduction.

La globalización ha inducido un nuevo orden económico mundial. Estas transformaciones financieras y sociales han provocado cambios sin precedentes en la historia. Las nuevas tecnologías han modelado valores que afectan a la identidad individual y a la identidad cultural (Villoro, 1998). Sabemos que el reconocimiento de la identidad implica el de la alteridad y la diferencia (Martín-Barbero, 2003). A la globalización se añade la revolución de la mujer enlazando nuevos desafíos con la liberalización de modelo de la familia tradicional y la sociedad (Villoro, 1998), los movimientos migratorios y los matrimonios mixtos (Peñafort y Arbulo, 2002). Por ello, algunos autores han manifestado inquietud sobre algunas medidas internacionales porque cuestionan el paradigma contemporáneo de la coparentalidad cooperativa y complementaria entre progenitores (Shear y Drozd, 2013). Piense el lector algunas diferencias, por ejemplo: familia binuclear o de parentesco extenso, o la multiculturalidad, o las diferencias étnicas o religiosas. Un reciente informe ha evidenciado que la sustracción parental se ha convertido en un problema mundial, entre cuyas causas destacan divorcios de matrimonios mixtos, nacio-

nalismo judicial, abuso de los derechos de visita y el maltrato infantil, aunque existen tratados internacionales, “desde Canadá hasta Argentina hay 3.384.000 infantes sustraídos internacionalmente” (Unicef, 2013).

Un estudio (Finkelhor, Hotaling, y Sedlak, 1991), basado en los resultados de una encuesta nacional en EEUU, de 10.544 familias en que 20.505 menores estaban involucrados como parte del Estudio Nacional de Incidencia de Desaparecidos, Secuestrados, Fugados y menores Extraviados, estimó que aproximadamente 354.100 menores fueron arrebatados por un miembro de su propia familia. En otros estudios se observaron que un porcentaje mayoritario de sustracciones de menores fueron realizados por el progenitor no custodio que, tenía menos relación con el menor que el titular de la custodia, cuyo derecho fue infringido mediante sustracción internacional (Blanco, 2008).

La magistrada del Consejo General del Poder Judicial, González Vicente (2007), indica algunas circunstancias relevantes:

- a) Progresivo aumento del número de traslados o retenciones ilícitas de menores, no sólo en España sino en todos los países en general.
- b) Incremento de las crisis familiares, con carácter generalizado.
- c) Dificultades para lograr la devolución de los menores,

Correspondencia: Carles Rodríguez-Domínguez. C. FPCEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull. C/ Císter, 34. 08013 Barcelona. España. E-mail: carlesrd@blanquerna.url.edu



en especial del cumplimiento de las resoluciones que lo acuerda.

d) El ámbito tan sensible al que afecta, los menores.

En España, según el INE (2013), se produjeron 103.854 divorcios en 2012, de los que un 11,5% fueron entre cónyuges de diferente nacionalidad (Tabla 1). Un 58,37% de los divorcios fueron entre cónyuges españoles/las y americanos/as, seguido del 18,25% de españoles/las y africanos/as. Otro estudio verificó que, en el período 2007-2011, los matrimonios mixtos con menores casi doblaron la proporción de disoluciones en los cinco primeros años de matrimonio frente a los matrimonios en que ambos cónyuges son españoles con menores (Dominguez, 2014).

El Interés Superior del Menor (ISM) posee rango de supremacía y de norma (Del Niño, 1990). Es un concepto indeterminado que se concretará en cada caso particular. En Derecho, los actos de aplicación son indeterminados *ab initio* puesto que la indeterminación está evidenciada en la experiencia condicionante, es decir, en el tránsito de la regla general, el ISM, a la decisión particular del caso concreto (Kelsen, 2005). La posibilidad de exclusión de un progenitor en relación a la coparentalidad puede llevar a dicho progenitor a posicionarse en creencias o concepciones del bien que pueden diferir según las culturas, épocas, regímenes políticos o por distintas concepciones morales o religiosas, llegando a infringir los derechos de los menores (Lucero-Montaño, 2008).

Los derechos fundamentales de la persona están por encima de aquéllos otros relativos al interés familiar (de Torres, 2011), y los del menor prevalecen en caso de conflicto, debido a la preeminencia sancionada legalmente en la Convención de la ONU de 20 de noviembre de 1989, de los derechos del niño y ratificada por España el 30 de noviembre de 1990 (ONU, 1989) para garantizar al menor el derecho a no ser separado de los padres; a la reunificación familiar; al derecho de visita independientemente del país donde resida; a no ser trasladado ilícitamente al extranjero; a las obligaciones de la coparentalidad de los progenitores, o ante la carencia de relaciones familiares a la protección estatal o a la adopción (Conani, 2012).

En las últimas décadas la sociedad ha solicitado a los psicólogos una importante demanda de evaluaciones de la custodia de menores (ECM). Por ello, una de las exigencias de las guías directrices forenses para emitir informes periciales psicológicos (IPP) hace referencia al mantenimiento de la competencia profesional y la actualización científica permanente de las ECM, tanto en

la vertiente psicológica como en la jurídica (APA, 2012 a; APA, 2012 b). El psicólogo forense, para realizar una evaluación de la custodia de menores internacional (ECMI), ya sea por traslado o sustracción internacionales, a causa de un divorcio entre cónyuges de diferente nacionalidad, debería conocer la legislación y poder diferenciar la forma de elaborar su informe respecto a la forma de procesar las ECM nacionales. Se han subrayado factores adicionales en la ECMI, puesto que las leyes del país extranjero, las prácticas judiciales, el sistema educativo y la condición política crean un clima que puede ser favorable u hostil al ISM; al *ius visitandi* del menor con el progenitor no custodio, y a las intenciones del Tribunal que emita las órdenes de custodia originales. Aspectos que requerirán al evaluador mayor rigor y análisis sobre la coparentalidad y los motivos de la propuesta de régimen de visitas y traslados con el progenitor no custodio (Warshak, 2013). Cuando los padres del menor residen en diferentes países, existen complejos retos sinérgicos relacionados con el lugar, la cultura, la distancia y la competencia que obligan a profundizar en la ECMI, en que frecuentemente se han omitido elementos vitales de la historia futura del menor que no pueden ser valorados de la misma forma en un traslado internacional que en una ECM habitual (Shear y Drozd, 2013).

TABLA 1
DIVORCIOS SEGÚN NACIONALIDAD DE LOS
CÓNYUGES EN 2012

Nacionalidad del esposo	Nacionalidad de la esposa	Unidades en valores absolutos	Valores absolutos acumulados
Española	Resto de la U.E.E.	813	
Española	Otros países de Europa	160	973
Española	Asiática	133	1106
Española	Oceanía	10	1116
Española	Africana	480	1596
Española	Americana	3689	5285
Resto de la U. E. E.	Española	827	6112
Otros países de Europa	Española	135	6247
Asiática	Española	322	6569
Oceanía	Española	16	6585
Africana	Española	1407	7992
Americana	Española	2345	10337

Nota: Fuente: INE 2013



Diversos estudios señalaron la importancia de mejorar las ECMI mediante el conocimiento procedente de la revisión y análisis de casos (A. F. C. C., 2011; Austin, Kirkpatrick, y Flens, 2011; Kaufman y Lee, 2001; Kaufman y Pickar, 2013).

Un objetivo del presente estudio es dar a conocer los aspectos legislativos relacionados con los convenios internacionales; exponer algunos casos de traslados internacionales; exponer un caso que revela serias discrepancias entre Estados sobre sustracción internacional de menores; y se reflexiona sobre algunas diferencias entre la ECM y la ECMI para ayudar a orientar al psicólogo forense que quiera profundizar en las evaluaciones internacionales.

La selección de estos casos proceden de una muestra de 111 expedientes judiciales de divorcios contenciosos, en los que se estudiaron los informes psicológicos periciales y las sentencias judiciales presentados ante los Juzgados de Familia nº 15, 16, 17, 18, 19, 45 y 51 de la ciudad de Barcelona, entre enero de 2007 y diciembre de 2013 (Rodríguez-Domínguez, Jarne y Carbonell, 2015a; 2015b; 2015c, en proceso de publicación). El estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Ramón Llull y autorizado por los Secretarios Judiciales de los Juzgados de Familia. Los casos (1-4), que pertenecen al estudio, son meramente ilustrativos de una compleja realidad, pero se advierte al lector, que no es posible una extrapolación general.

LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

Muchos países, conscientes de los Derechos de la infancia, han legislado acuerdos internacionales para tratar de proteger, regular y luchar contra la sustracción internacional de menores, que consiste en el traslado de un menor de un Estado a otro, a través de fronteras, vulnerando o impidiendo el ejercicio de los derechos de custodia y/o visita (Sabido, 2004).

Entre los Derechos del niño, la ONU (1989) recoge en su Art. 11:

1. *Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.*
2. *Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.*

EL CONVENIO DE LA HAYA DE 1980 (CH, 1980)

En las cuatro últimas décadas se han producido numerosas infracciones por causa de sustracción internacional de menores que condujeron a que 75 Estados miembros firmaran el CH 1980. España es miembro desde 1987.

Hay otros 68 Estados que no son miembros del CH 1980, aunque han firmado, ratificado o se han adherido a uno o varios Convenios de la Haya.

En el preámbulo del CH 1980, se señala:

Profundamente convencidos de que los intereses del menor son de una importancia primordial para todas las cuestiones relativas a su custodia,

Deseosos de proteger al menor, en el plano internacional, de los efectos perjudiciales que podría ocasionarle un traslado o retención ilícita, y de establecer los procedimientos que permitan garantizar la restitución inmediata del menor a un Estado en que tenga su residencia habitual, así como de asegurar la protección del derecho de visita,...

Por consiguiente, la principal finalidad del CH 1980 es el mantenimiento del *status quo* anterior a la sustracción, puesto que prioriza la restitución del menor en su art. 1 a) y el mantenimiento de la vigencia y eficacia de los derechos de custodia o visita previamente establecidos en su art. 1 b). La restitución simplemente significa volver a la situación anterior sin necesidad, *a priori*, de cuestionar a quién corresponde el derecho de custodia; no obstante, si se considerara necesario plantear un ulterior proceso sobre el fondo se intentaría garantizar, a través de la restitución, que sean los tribunales de residencia habitual anterior los que vayan a conocer de la custodia (Blanco, 2008).

El CH 1980 delimita su ámbito de aplicación a los traslados ilícitos de menores residentes en un Estado parte, del CH 1980, a otro Estado también parte. Por traslado ilícito se entiende el desplazamiento de una persona, menor de dieciséis años, vulnerando el derecho de custodia otorgado, bien por resolución judicial dictada en el Estado parte y ejecutoria de dicho Estado con anterioridad al traslado o después de que éste se haya producido, bien por acuerdo vigente según el Derecho de dicho Estado, tal como indica el art. 3 del CH 1980. Exigiéndose, además en el art. 3 b), que se estuviera ejerciendo de manera efectiva el derecho de custodia en el momento del traslado o que tal derecho no se pudo ejercer como consecuencia del traslado. Conforme al art. 8.3 del CH 1980 se considerará traslado ilícito el supuesto en que el menor, tras finalizar el período de ejercicio del derecho de visita u otra estancia temporal en un Estado distinto de aquel donde tiene su residencia habitual, no regrese a este último. El CH 1980 se limita a regular la acción directa de restitución como herramienta para legitimar la tutela del ISM y la intervención efectiva del derecho de custodia (Sabido, 2004). Aunque deben concurrir algunas características previstas en el CH 1980: a) la temporalidad: en el transcurso de un año, la restitución del menor será in-

mediata toda vez que la custodia fuese desempeñada de forma efectiva y que el menor no estuviese en grave riesgo físico o psíquico; b) en el supuesto de que hubiere transcurrido más de un año desde la retención ilícita, la restitución se produciría si no se hubiera integrado a la nueva residencia habitual, con idénticas exigencias del supuesto anterior; c) el art. 11 plantea a los Estados contratantes la actuación, con carácter de urgencia en los procedimientos para la restitución de menores, un plazo de seis semanas a partir de la fecha de iniciación de los procedimientos (Sabido, 2004).

El art. 13 del CH 1980, indica que:

La autoridad judicial del Estado requerido no está obligada a ordenar la restitución del menor si la persona, institución u otro organismo que se opone a su restitución demuestra que: a) la persona, institución u organismo que se hubiera hecho cargo del menor no ejercía de modo efectivo el derecho de custodia o traslado o retenido o había consentido o posteriormente aceptado el traslado o retención; o b) existe un grave riesgo de que la restitución del menor lo exponga a un peligro grave físico o psíquico o de cualquier otra manera ponga al menor en una situación intolerable.

La autoridad judicial o administrativa podrá asimismo negarse a ordenar la restitución del menor si comprueba que el propio menor se opone a la restitución, cuando el menor haya alcanzado una edad y un grado de madurez en que resulte apropiado tener en cuenta sus opiniones.

Jurídicamente hay, pues, tres opciones para hacer frente a los supuestos de sustracción internacional: a) en el Estado al que ha sido trasladado el menor, solicitar el reconocimiento y ejecución de la resolución del derecho de custodia y régimen de visitas que fue dictado por la autoridad del Estado donde residía el menor con anterioridad al traslado; b) solicitar directamente la restitución del menor ante la autoridad competente del Estado en que se encuentra el menor con posterioridad al traslado; y c) iniciar un procedimiento sobre medidas de protección de menores en el Estado al que ha sido trasladado.

En España, el Reglamento 2201/03 que complementa el CH 1980 (véase Tabla 2), tiene por objeto la determinación de la competencia judicial y el reconocimiento y ejecución de decisiones en materia de separación, divorcio o nulidad matrimonial, de una parte y, de otra parte, la responsabilidad parental (Sabido, 2004).

CASOS DE TRASLADOS INTERNACIONALES

Caso nº 1

Un matrimonio entre una mexicana y un español con un hijo de 13 años, residieron en España durante 16 años.

Al trasladarse a México en 2004, el marido no se adaptó al cambio y se separaron. La madre obtuvo la guarda y custodia y decidió quedarse con su hijo en su país. El padre no retornó al menor durante un viaje de regreso a España. La madre interpuso demanda por sustracción. La ECMI manifestó que el menor padecía un trastorno de ansiedad y un conflicto de lealtades al no haber sido adecuadamente protegido del conflicto conyugal. El Tribunal español acordó la restitución, por sustracción ilícita, del menor a México conforme al CH 1980, desestimando el

**TABLA 2
RESTITUCIÓN DEL MENOR**

Principales normas del CH 1980	Principales normas del Reglamento
<p>Artículo 12: El órgano jurisdiccional del Estado miembro al que se ha trasladado al menor ordenará en principio la restitución inmediata del menor si ha transcurrido un período inferior a un año desde que se produjo la sustracción</p> <p>Letra b del apartado 1 del artículo 13: El órgano jurisdiccional no está obligado a ordenar la restitución si existe un grave riesgo de que la restitución del menor lo exponga a un peligro físico o psíquico o de cualquier otra manera ponga al menor en una situación intolerable.</p> <p>Apartado 2 del artículo 13: El órgano jurisdiccional no está obligado a ordenar la restitución del menor si éste se opone y ha alcanzado una cierta edad y madurez.</p> <p>(Ninguna disposición)</p> <p>Artículo 11: Las autoridades judiciales actuarán con urgencia en la restitución de los menores. Si la autoridad judicial no hubiera llegado a una resolución en el plazo de 6 semanas se podrá pedir una declaración sobre la demora.</p>	<p>Artículo 11 (2 a 5): El Reglamento confirma y refuerza este principio</p> <p>Apartado 4 del artículo 11: El órgano jurisdiccional deberá ordenar la restitución del menor incluso si pusiera al menor en peligro, si se demuestra que las autoridades del Estado miembro de origen garantizan su protección tras la restitución.</p> <p>Apartado 2 del artículo 11: El órgano jurisdiccional velará por que se dé al menor posibilidad de audiencia, a menos que esto no se considere conveniente habida cuenta de su edad o grado de madurez.</p> <p>Apartado 5 del artículo 11: Los órganos jurisdiccionales no podrán denegar la restitución de un menor en que se haya dado posibilidad de audiencia a la persona que solicitó su restitución.</p> <p>Artículo 11(3): El órgano jurisdiccional utilizará los procedimientos más expeditivos que prevea la legislación nacional. El órgano jurisdiccional dictará su resolución como máximo seis semanas después de la interposición de la demanda, salvo que existan circunstancias excepcionales que lo hagan imposible.</p>
<p><small>Nota: Las normas del Reglamento (Apartados 2 a 5 del art. 11) prevalecen sobre las respectivas normas del Convenio. Fuente: Guía práctica para la aplicación del Reglamento Bruselas II (CE) 2201/2003. Servicios de la Comisión en Consulta con la Red Judicial Europea en materia civil y mercantil. (Adaptado Rodríguez-Domínguez et al.)</small></p>	

recurso del padre. La ECMI propuso hallar medidas adecuadas a las necesidades del menor, a la disminución del conflicto e intentar lograr acuerdos mutuos, sugerencias estimadas en la sentencia. Si la madre regresase a España le correspondería la Guarda y Custodia y el régimen de visitas al padre. Si permaneciese en México la Guarda y Custodia sería atribuida al padre y el régimen de visitas para la madre. Se suprimió una orden de restricción del régimen de contactos entre el progenitor y el menor en el punto de encuentro supervisado, cambiando al punto de encuentro en el consulado mexicano, estableciéndose un sistema de video conferencias webcam. Observamos cómo la tarea de la ECMI puede ir más allá de la propia evaluación y tratar de ayudar a la reducción del conflicto crónico entre los progenitores –que duraba más de cinco años. En casos con potencial de secuestro, los jueces deben equilibrar el riesgo de restringir indebidamente las relaciones del menor con un progenitor contra el riesgo de que el secuestro prive al menor de su relación con el otro progenitor. Los obstáculos para la recuperación de menores en el extranjero pueden ser muy elevados, a veces incluso insuperables. En tales situaciones, los encargados de tomar las decisiones deben ser cautelosos y estar muy bien informados sobre esta realidad (Shear y Shear, 2013).

Caso nº 2

Matrimonio entre española y gabonés con una hija de 9 años. Residieron en Libreville hasta 2006. Diferencias socioculturales, desconocimiento del idioma, de normas y hábitos de la cultura árabe, junto al sentimiento de soledad, llevaron a la madre a decidir regresar a España con su hija. Vinieron a residir en una ciudad costera y el padre a otra ciudad donde instaló un negocio internacional por el cual viajaba frecuentemente entre ambos Estados. En el divorcio contencioso se realizó una ECMI, donde se exploraron varias cuestiones, entre las que se destacó que la menor contaba con raíces que la vinculaban a dos culturas diferenciadas, que la menor tenía el derecho y la necesidad, para la adecuada configuración de su identidad, de poder recibir ambas en el marco de la mayor coherencia educativa posible. Inicialmente el régimen de visitas entre el progenitor no custodio –el padre– y la menor se articuló en el “punto de encuentro supervisado” en prevención de un posible raptó, temor que tenía la madre, y por cautelas, dada la posibilidad de ablación. Descartadas estas cuestiones, la sentencia de modificación de medidas previas mantuvo la atribución de la custodia a la madre, levantó la prohibición del demandado de salir del país con su hija y permitió la ampliación del régimen de contactos de la menor con el

progenitor no custodio. Aspectos que contribuyeron a disminuir la tensión del conflicto y a tratar de alcanzar acuerdos más favorables.

Caso nº 3

Matrimonio entre una panameña y un español con tres hijas de 11, 9 y 7 años. Coincidiendo con el inicio de la crisis económica, se produjo el divorcio y la madre fue a residir a otra ciudad española para trabajar, teniendo que viajar las menores para poder visitar al otro progenitor. En este contexto, la madre deseaba marcharse a Panamá, con posibilidades de abrir un negocio, a lo que el padre se negaba razonando que en dicho país había inseguridad social, que era inadecuado para el desarrollo de las menores, que era una estrategia de la madre para alejar las menores del padre. En las interlocutorias de medidas cautelares anteriores se prohibió la salida de las menores del territorio nacional sin autorización paterna o judicial. La ECMI se enfocó a la parentalidad y al proceso de adaptación al cambio y a aclarar las dudas sobre el impacto del cambio, se escuchó a las menores, a su deseo de conocer el país de origen materno. Se valoró que en la coparentalidad no se había preservado adecuadamente a las menores del conflicto parental generando en ellas un conflicto de lealtades. La sentencia dejó sin efecto la prohibición de salida acordada anteriormente. Planteó la división de la vivienda en común de ambos progenitores. Reguló la posibilidad de que el progenitor no custodio viajase a Panamá y de las hijas a la inversa en períodos de vacaciones escolares. Reguló los contactos con el padre mediante web-cam. Asimismo, cualquier cambio de domicilio o de centro escolar debería ser comunicado por la madre al padre fehacientemente.

Caso nº 4

Una madre de nacionalidad cubana, residente en España casada con un español, con un hijo menor de 3 años, presentó una demanda de divorcio solicitando la custodia exclusiva y traslado con el menor a Noruega donde tenía familia. El demandado se opuso a la demanda y solicitó la custodia compartida. En las medidas cautelares, se estableció la prohibición de sacar al menor del país sin autorización judicial. Existían denuncias interpuestas por violencia de género o violencia machista. La ECMI se mostró favorable a la conveniencia de la custodia exclusiva a la madre bajo el razonamiento de que la actitud del demandado no era empática con las necesidades del menor, que tenía a la madre como adulto de referencia y principal cuidador, que carecía de aptitudes necesarias por falta de habilidades parentales y



una actitud que no preservaba la figura materna. Propuso mediación familiar y un régimen de visitas progresivo para reforzar o afianzar el vínculo paterno-filial. La sentencia razonó la custodia exclusiva para la madre, autorizando el traslado de la madre y el hijo a Noruega. Argumentando, no obstante, el *ius visitandi* derivado del derecho de relación con los padres, recogido en art. 160 CC, como "El derecho de visita" regulado en el art. 94 del propio cuerpo legal, que no es un propio y verdadero derecho, sino un complejo de derecho-deber, cuyo cumplimiento no tiene por finalidad satisfacer los deseos o derechos de los progenitores, sino también cubrir las necesidades afectivas y educacionales de los hijos en aras de un desarrollo equilibrado, evocado por el Tribunal de este caso, en referencia a la SAPB 190/09.

CASO QUE EVIDENCIA DISCREPANCIAS Y DIFICULTADES JURÍDICAS INTERNACIONALES

Caso nº 5

Lamentablemente, hay casos internacionales con serios problemas por causa de diferentes sentencias decretadas en ambos países (Pozzi, 2009). Una abogada española que se casó en 1999 con un estadounidense, ambos cónyuges se separaron e interpusieron una demanda de nulidad matrimonial en 2004, ella en España y él en ambos países. Al intentar renovar su pasaporte en 2005, la madre fue informada sobre una denuncia interpuesta por el padre, por supuesto secuestro de su hija. El padre vino a España para denunciar a la madre, sin que el juzgado competente en Valencia le diese la razón, por cuanto la madre continuó ostentando la custodia de la menor. En España, no cabía considerar el secuestro de la menor; incluso conforme al régimen de contactos establecido el padre podía visitar a su hija. El padre apeló la resolución, pero la Audiencia Provincial ratificó la sentencia (SAP 199, 2007) y posteriormente la Sala 2ª del Tribunal Constitucional inadmitió el recurso de amparo al actor (TC 6375, 2007). Para demostrar tales hechos ante la autoridad americana, la madre viajó a EEUU; ya en New Jersey, el Juez retiró el pasaporte a la madre y le exigió entregar la menor que estaba en España, cosa que la madre no podía cumplir porque el pasaporte de la hija lo retenía las autoridades españolas hasta la mayoría de edad de la menor. La madre fue encarcelada y condenada desde 2006 a 14 años, por Desacato a la Autoridad y Secuestro.

DISCUSIÓN

Los casos de sustracción de menores transfronterizos acostumbran a involucrar elevados niveles de estrés entre las partes. El progenitor, desfavorecido y lesionado

por la pérdida brusca, puede desconfiar de no volver a ver a su hijo, en tanto que el progenitor sustractor, al vislumbrar la transcendencia de su acción ilegal, puede temer las acciones legales, la ineludible restitución y un factible impacto perjudicial sobre el proceso de custodia.

En el divorcio contencioso, a nivel preventivo, el evaluador puede generar un informe provisional de urgencia que analice los factores de riesgo y las posibles repercusiones lesivas para el menor, cuando haya sospechas fundadas de la posibilidad de la sustracción o traslado ilícito del menor, a fin de que el Tribunal determine las medidas cautelares previas. Analizar, asimismo, los factores de protección y conducta en relación a la coparentalidad.

Son necesarios estudios que revelen los posibles perfiles de los sustractores. Una diferencia de la ECMI respecto de la ECM es que los plazos imprimen la necesidad de realizar el informe en un plazo inferior a las seis semanas, si se ha de aportar al Tribunal un informe en el cual se indiquen riesgos en la restitución del menor al país de origen, conforme al apartado 1, del art. 13 del CH 1980. La ECMI deberá tener en cuenta la existencia de graves riesgos para el menor que pueden existir en dos situaciones: a) el retorno pone al menor en peligro inminente, como devolver el niño a una zona de guerra, hambruna, o enfermedades, y b) el retorno conlleva malos tratos o abandono del menor, y que el país de retorno sea incapaz de protegerle adecuadamente. El grave riesgo de daño sólo se establece si se prueba que el menor que pueda sufrir 'graves abusos' al ser devuelto (Melcher, 2013); y resulta aquí, especialmente adecuada, la evaluación forense.

Uno de los requisitos recogidos en la aplicación del Reglamento (CE 2201, 2003), relativo a la audiencia del menor, arts. 23, 41, 42, reside en la importancia de que los menores puedan manifestar su opinión en los procesos que los afecten, pero no es necesario que éste exprese su opinión ante la jurisdicción, sino que puede ser designado por la autoridad competente la posibilidad de que sea un especialista en ECMI quien escuche al menor. Además, el menor puede oponerse al retorno, puesto que ha de ser escuchado según el apartado 2º del art. 13, y el informe psicológico deberá evaluarlo adecuadamente en función de la edad y determinar el grado de madurez.

La ECMI, basada en el ISM, debe recomendar las medidas adecuadas a las necesidades del menor, tratar de contribuir a la disminución del conflicto y tratar de lograr acuerdos mutuos. Analizar, en la medida de lo posible, el potencial de sustracción por parte de uno de los progenitores; y analizar la recomendación de res-



tricción o ampliación de las relaciones de un progenitor con el menor.

La ECMI debería contemplar la exploración sobre la situación psicosocial del menor; su nivel de adaptación al cambio e integración; su raigambre en ambas culturas; así como la configuración adecuada de la identidad del menor; conocimientos del idioma de ambos países; su relación con ambos progenitores y si ésta puede, en alguna medida, resultar perjudicial o no para el menor.

En la determinación de riesgos para el menor, conviene que el psicólogo se informe sobre leyes y procedimientos del país extranjero, y si forma parte del CH 1980, si hay antecedentes de información fiable y segura en cuanto al reconocimiento y cumplimiento de las órdenes de custodia emitidas por el Tribunal, que serán respetadas y aplicadas en el país extranjero. Los evaluadores deben requerir a los abogados pruebas suficientes que permitan considerar tales cuestiones. El hecho de que el país extranjero sea un estado signatario del CH 1980 no establece automáticamente que el país reconocerá y aplicará una orden custodia. El sistema jurídico de un país extranjero puede operar de forma diferente en su sistema. Determinar si el país de destino es parte del CH 1980 es sólo un primer paso. La Convención es un tratado internacional, pero diferentes países varían mucho en su aplicación. Países como el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda suelen devolver los menores rápida y eficazmente; otros mucho más lentamente, como el caso de México, Costa Rica y Guatemala (Morley, 2013); y otros no cumplen el convenio, como es el caso de Bahamas (Unicef, 2013).

De acuerdo a la evidencia de los datos estadísticos (Conani, 2012; Domínguez, 2014; Unicef, 2013), es muy probable que en los próximos años los psicólogos forenses reciban un incremento de demandas de ECMI, por lo que recomendamos, tal como se recoge en las directrices (APA, 2012a; APA, 2012b), abrir espacios de formación y reflexión en esta área relacionada con los derechos de los menores.

AGRADECIMIENTOS

Al Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, y a los Secretarios Judiciales de los Juzgados de Familia, nº 15, 16, 17, 18, 19, 45 y 51 de la ciudad de Barcelona que autorizaron y facilitaron el estudio.

REFERENCIAS

American Psychological Association. (2012a). Guidelines for Psychological Evaluations in Child Protection Matters. Washington: *American Psychological Association*. 68 (1), 20-31. doi:10.1037/a0029891.

American Psychological Association. (2012b). Specialty guidelines for forensic psychology. *American Psychologist*, 68(1), 7-9. doi: 10.1037/a0029889.

Association of Family and Conciliation Courts (AFCC), Child Custody Consultant Task Force. (2011). Mental Health consultants and child custody evaluations: A discussion paper. *Family Court Review*, 49(4), 723-736. doi: 10.1111/j.1744-1617.2011.01409x.

Austin, W.G., Kirkpatrick, H.D., y Flens, J.R. (2011). The emerging forensic role for work product review and case analysis in child access and parenting plan disputes. *Family Court Review*, 49(4), 737-749. doi:10.1111/j.1744-1617.2011.01410x.

Blanco, P. J. (2008). *Litigios sobre la custodia y sustracción internacional de menores*. Madrid: Marcial Pons, Ed. Jurídicas y Sociales.

De Torres, J. M. (2011). Custodia compartida: Una alternativa exigida por la nueva realidad social. *Indret*. 4,1-61. Recuperado el 14 de Junio de 2013, de http://www.indret.com/pdf/853_es.pdf.

Domínguez, J. A. (2014). La ruptura de matrimonios entre españoles y extranjeros con menores. Una estadística comparada. *Papers*, 99(2), 213-234. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.593>.

Finkelhor, D., Hotaling, G., y Sedlak, A. (1991). Children abducted by family members: A national household survey of incidence and episode characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 805-817.

González, P. (2007). La sustracción internacional de menores y su nueva regulación. *Revista Jurídica de Castilla y León*. 11, 67-124. Recuperado de <http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/1/868/RJ11-07-P.Gonzalez,0.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8> el 15-07-2014.

Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Estadística de nulidades, separaciones u divorcios*. Madrid: INE.

Kaufman, R. L., y Lee, S. M. (2011). Introduction to the special issues on forensic mental health consulting in family law: Part of the problem or part of the solution? *Journal of Child Custody*, 8(12), 1-4. doi: 10.1080/15379418.2011.547750.

Kelsen, H. (2005). *Teoría pura del derecho* (Décimo cuarta ed.). (R. Vernengo, Trad.). México: Porrúa.

Lucero-Montaño, A. (2008). Desafíos venideros: Luís Villoro: Los retos de la sociedad por venir. *Astrolabio: revista internacional de filosofía*, (7), 38-42.

Martín-Barbero, J. (2003). Identidad, tecnicidad, alteridad. Apuntes para re-trazar el mapa nocturno de nuestras culturas. *Revista iberoamericana*, 69(2-3), 367-387.



- Melcher, C.C. (2013). The Role of the Mental Health Professional in Assessing Grave Risk of Harm Under the Hague Convention on the Civil Aspects Of Child Abduction. *Journal of Child Custody*, 10(3-4), 236-251 doi: 10.1080/15379418.2013.833453.
- Morley, J.D. (2013). The impact of foreign law on child custody determinations. *Journal of Child Custody*, 10(3-4), 209-235. doi: 10.1080/15379418.2013.833833.
- Peñafort, R., y Arbulo, B. (2002). El traslado ilícito de menores en la crisis familiar: Aspectos jurídicos y psicológicos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(3) 109-124.
- Pickar, D. B. y Kaufman, R. L. (2013). The Child Custody Evaluation Report: Toward an Integrated Model of Practice. *Journal of Child Custody*, 10(1), 17-53. doi: 10.1080/15379418.2013.778702.
- Pozzi, S. (2009, 24 Diciembre). EE UU condena a 14 años a Carrascosa por secuestrar a su hija. *El País*. Recuperado de <http://www.elpais.com> el 15/03/2014.
- Rodríguez-Domínguez, C., Jarne, A. y Carbonell, X. (2015a). Informe pericial psicológico en Tribunales de Familia: Análisis de estructura y metodología. *Escritos de Psicología*. (En proceso de publicación)
- Rodríguez-Domínguez, C., Jarne, A. y Carbonell, X. (2015b). Apreciación del Informe Psicológico sobre la Custodia de Menores en Sentencias Judiciales. *Revista de Psicología Social*. (En proceso de publicación)
- Rodríguez-Domínguez, C., Jarne, A. y Carbonell, X. (2015c). Guarda y custodia de menores: Razonamientos y atribuciones de las sentencias judiciales. *Acción Psicológica*. (En proceso de publicación)
- Sabido, M. (2004). La Sustracción de Menores en Derecho Internacional Privado Español: Algunas Novedades que introduce el Reglamento 2001/03. *Anuario de la Facultad de Derecho*, Universidad De Extremadura. Vol. XXII, p. 307-320.
- Shear, L. E., y Drozd, L. M. (2013). To Speak of All Kinds of Things: Child Custody Evaluations and the Unique Characteristics of Relocation to Foreign Countries. *Journal of Child Custody*, 10 (3-4), 325-358. doi: 10.1080/15379418.2013.864937.
- Shear, L. E. y Shear K. J. C. (2013) Taking and Keeping the Children: Family Abduction Risk and Remedies in US Family Courts. *Journal of Child Custody*, 10 (3-4), 252-294. doi: 10.1080/15379418.2013.859944.
- Unicef, (2013). *Manual del Delegado* (Mayabmun 2013) Recuperado de <http://www.anahuacmayab.mx/userfiles/File/MANUAL%20UNICEF...>
- Villoro, L. (1998). *Estado plural, pluralidad de culturas* (Vol. 3) Méjico: Paidós Mexicana Editorial.
- Warshak, R. A. (2013). In a Land Far, Far Away: Assessing Children's Best Interest in International Relocation Cases. *Journal of Child Custody*, 10 (3-4), 295-324. doi: 10.1080/15379418.2013.851577.

NORMATIVA LEGAL

- Boletín Oficial del Estado (BOE), A-1889-4763 de 24 de Julio. Código Civil.
- Boletín Oficial del Estado. A-1990-31312. (1990). De 31 de Diciembre. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- C.E. (2003). Reglamento 2201/03 del Consejo de la Unión Europea de 27 de Noviembre relativo a la competencia, el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia matrimonial y de responsabilidad parental, por el que se deroga el Reglamento (CE) nº 1347/2000. L 338/1.
- Comisión de la Red Judicial Europea en materia civil y mercantil (2005). Guía práctica para la aplicación del nuevo Reglamento Bruselas II. (CE) nº 2201/2003 del Consejo, de 27 de Noviembre de 2003, relativo a la competencia, el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia matrimonial y de responsabilidad parental, por el que se deroga el Reglamento (CE) nº 1347/2000.
- Conani, (2012). *Estadísticas sobre casos de Sustracción Internacional de Menores de edad, atendidos por CONANI, durante el período 2004.2011*. Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia Departamento de Planificación y Desarrollo. Sección Estadística. Republica Dominicana. Boletín Estadístico 3. Recuperado de <http://www.conani.gov.do/Conani/pdf/estadísticas/01.pdf>.
- Convenio de la Haya. (1980). *Convenio sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores*, de 25-10-1980. Recuperado el 2-03-2014, de <http://www.hcch.net>.
- O. N. U. (20 / Noviembre / 1989). Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. (ONU, Ed.) S J F 144/12. (2012). Sentencia 144/2012. Juzgado de Familia nº 17, Barcelona.
- S A P V 199/07. (2007). Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia. Sección 10ª Auto 199/07 relativa a la apelación de restitución de una menor nº 759/05 del J. 1ª I. nº 9 de Valencia.
- T. C. 6337/07. (2007) Recurso de Amparo 6337-2007 de 28-02-2008 inadmitido por Tribunal Constitucional de España.



PERSONALIDAD Y CEREBRO: UN ENCUENTRO INEVITABLE

THE PERSONALITY AND THE BRAIN: AN INEVITABLE ENCOUNTER

Eduardo J. Pedrero Pérez¹, José M. Ruiz Sánchez de León² y Marcos Llanero Luque¹

¹Ayuntamiento de Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid

La personalidad es un constructo que, hasta los últimos años, no había suscitado demasiado interés entre los neuropsicólogos. Sin embargo, durante la década pasada han proliferado los estudios interesados en buscar correlatos cerebrales, estructurales y funcionales de rasgos de personalidad propuestos por las distintas teorías, especialmente el modelo de los cinco grandes factores de personalidad. Se ha ido acumulando evidencia sobre el hecho de que los cinco rasgos se relacionan con localizaciones cerebrales concretas pudiendo, actualmente, trazar un mapa cerebral asociado a cada rasgo. Estudios más recientes relacionan a estos rasgos con la red cerebral por defecto, donde residiría el compendio de reglas implícitas de gestión (personalidad), que se iría formando durante la vida mediante mecanismos de "plasticidad dependiente de la experiencia". Estas propuestas suponen el umbral de un cambio de paradigma que puede llevar el estudio de los "trastornos mentales" al territorio de las alteraciones en la conectividad cerebral.

Palabras clave: Modelo de los cinco grandes factores, Neurociencia, Neuroimagen, Neuroplasticidad, Red por defecto.

Personality is a construct that, until recent years, had not aroused much interest among neurologists and neuropsychologists. However, during the past decade it has proliferated interest in studies pursuing brain structural and functional correlates of personality traits proposed by different theories, especially the Big Five model of personality. These studies have accumulated evidence about the five traits related to specific brain locations, allowing, at the present time, drawing a brain map associated with each trait. More recent studies relate these features with the brain default mode network, where he reside the compendium of implicit rules of management which we call personality. This will go forming along the life through mechanisms of "experience-dependent plasticity". These proposals represent the threshold of a paradigm shift which may lead the study of "mental disorders" to the territory of the alterations in brain connectivity, which is an immediate challenge for neuroscience.

Key words: Big five model, Brain, Default mode network, Neuroimage, Neuroplasticity, Neuroscience.

La psicología de la personalidad, por un lado, y la neurociencia, por otro, han recorrido caminos en ocasiones ajenos a los hallazgos mutuos en relación al constructo que denominamos *personalidad*. Los sucesivos modelos propuestos para explicarla, más próximos al ámbito conceptual que al tangible sistema nervioso, han competido entre sí por acumular evidencia empírica describiendo su relación con el comportamiento normal y patológico mientras que las neurociencias se han orientado a describir aspectos más pragmáticos de la conducta, con repercusiones directas en las patologías o en las diferentes manifestaciones del funcionamiento cerebral. No obstante, el encuentro entre ambos enfoques era una necesidad anunciada desde hace muchos años:

"El psicólogo y el neurofisiólogo pueden ocupar un mismo ámbito de trabajo, tal vez desde orillas opuestas, a veces solapándose y duplicándose entre sí, pero con ciertos temas comunes y continuamente con la oportunidad de contribuir a los resultados de cada uno. El problema de la comprensión del comportamiento es el problema de la

comprensión de la acción total del sistema nervioso, y viceversa. Esto no siempre ha sido un asunto bienvenido, ni por el psicólogo ni por el fisiólogo" (Hebb, 1949; p. XIV).

El momento actual representa, quizá, el encuentro entre los diversos enfoques de estudio de la personalidad en el marco de una comprensión transdisciplinar propio de las neurociencias. Los últimos hallazgos indican que el concepto de personalidad es "algo más que un concepto" y que "los rasgos de personalidad reflejan mucho más que meras taxonomías descriptivas" (Susic-Vasic, Ulrich, Ruchow, Vasic y Grön, 2012).

Aun cuando debiéramos remitirnos a la tipología de Pavlov como primer referente del estudio de las características de la personalidad vinculadas al funcionamiento del sistema nervioso central (Strelau, 1997), es Eysenck el primer investigador que aborda el estudio de la personalidad humana desde el conocimiento del funcionamiento de las estructuras neuroendocrinas y la aplicación de métodos matemáticos, como el análisis factorial, para conocer la agrupación de elementos en factores de orden superior, a los que denominó rasgos. Su modelo (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985) propone

Correspondencia: Eduardo J. Pedrero Pérez. C/ Alcalá 527.
28027 Madrid. España. E-mail: ejpedrero@yahoo.es



la existencia de tres dimensiones o rasgos de personalidad: *neuroticismo* (vinculado al funcionamiento del sistema nervioso autónomo), *extraversión* (vinculado al sistema de activación reticular ascendente) y el *psicoticismo* (vinculado sucesivamente al metabolismo de la serotonina o al de la testosterona). La propuesta de Eysenck fue criticada por autores como Gray (1970) quien, efectuando una rotación sobre las dimensiones propuestas por aquel, sugirió la existencia de dos dimensiones vinculadas al funcionamiento del sistema nervioso central: el *sistema de activación conductual* (BAS), relacionado con los sistemas de excitación cerebral, como la corteza frontal, el tálamo y el estriado, y el *sistema de inhibición conductual* (BIS), relacionado con el sistema reticular ascendente y sus proyecciones a la corteza prefrontal.

Propuesto inicialmente por Digman (1989) y Goldberg (1992), el *modelo de los cinco grandes factores de personalidad* (del inglés, *Big Five Model*) partió de una estrategia de investigación diferente. Los investigadores encontraron que los descriptores de la personalidad disponibles en el lenguaje habitual de las personas se agrupaban consistentemente, mediante análisis factorial, en cinco dimensiones. Desarrollos posteriores llevaron a McCrae y Costa (1997) a proponer un modelo de personalidad basado en cinco factores independientes, que se repetía en estudios transculturales: *extraversión*, *neuroticismo*, *meticulosidad*, *afabilidad* y *apertura*. El modelo suponía un avance sobre la teoría de Gray (Smits y Bock, 2006) y, mediante el uso del instrumento propuesto por los autores, el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992), el modelo empezó a acumular evidencia empírica, constituyéndose en la teoría predominante en las últimas décadas sobre la estructura de la personalidad humana. El modelo también ha recibido duras críticas, como la de ser un mero artefacto psicométrico sin una teoría ni hallazgos biológicos en los que sustentarse, o como la falta de ortogonalidad de los pretendidamente independientes factores, entre otras (Block, 1995, 2001, 2010). A pesar de ello, los investigadores de las diferencias individuales en personalidad ven en el *modelo de los cinco grandes factores* la primera muestra explícita de consenso sobre la que profundizar en las dimensiones primarias de la personalidad.

Un avance importante en la primera década de este siglo es la que se refiere a un cambio en el foco de la investigación: es posible que los sistemas de neurotransmisión actúen de maneras diversas (incluso opuestas) según la localización cerebral; si los rasgos son programas de comportamiento, deben sustentarse en diferentes patrones de actividad cerebral global. Por tanto, no es la serotonina o la dopamina lo que debe centrar nuestro interés, sino

qué partes del cerebro, qué haces de fibras, qué patrones de conexión se relacionan con cada uno de los rasgos propuestos y a las conductas manifiestas que los caracterizan. De la molécula, se ha pasado al estudio del cerebro como órgano en constante interacción con el ambiente. Tal y como afirman algunos autores, el trazado es: “*desde los genes, al cerebro, hasta la conducta*”, completado, en último término como “*desde el ambiente, a los genes, al cerebro, y hasta la conducta*” (Raine, 2008).

Los dos primeros elementos, genes y ambiente, han quedado firmemente ligados desde que se conocen los mecanismos epigenéticos (Petronis, 2010). La metilación diferencial del ADN puede explicar diferencias en rasgos de personas con la misma carga genética (Kaminskya et al., 2008). Estudios en animales han mostrado como la manipulación de los factores epigenéticos ambientales se traduce en profundos cambios en el comportamiento observable (Carere, Drent, Koolhaas y Groothuis, 2010). Estudios longitudinales con grandes muestras han mostrado como los factores epigenéticos influyen sobre la carga genética, provocando una enorme variabilidad dentro de los márgenes permitidos por ésta: quienes tienen predisposición a cierto tipo de conducta la manifestarán en mayor o menor grado, o no la manifestarán, en función de circunstancias ambientales; pero quien no tiene tal predisposición genética no mostrará tal conducta ni siquiera en presencia de similares circunstancias ambientales (Caspi et al., 2002). Quedaba, pues, comprobar que los rasgos de personalidad, teórica o empíricamente formulados, tenían un reflejo en la estructura y funcionamiento del cerebro, que eran algo más que meros constructos descriptivos. El presente trabajo tiene por objeto efectuar un recorrido desde la formulación de las teorías de la personalidad hasta los hallazgos neurológicos y neuropsicológicos más recientes que vinculan aquellas con el funcionamiento observable del sistema nervioso central.

MÉTODO

Se consultaron las principales bases de datos internacionales (Academic Search Premier y PubMed), utilizando los descriptores “personality” y “neuroimage”. Se limitó la búsqueda a trabajos posteriores al año 2.000. Se obtuvieron 139 y 458 trabajos, respectivamente. Se seleccionaron aquellos publicados en revistas de prestigio y que vincularan hallazgos estructurales en el cerebro con constructos (rasgos) previamente definidos por el modelo de los cinco grandes factores de personalidad, o bien propusieran modelos explicativos teóricos novedosos para dar cuenta de los hallazgos previos. Sin ánimo de exhaustividad, se seleccionaron aquellos trabajos que



permitieran establecer el estado actual de conocimiento y plantearan un punto de partida sólido para el estudio futuro de la cuestión.

RESULTADOS

Muchos investigadores abordaron esta cuestión desde el cambio de siglo (Tabla 1): los estudios iniciales de Canli

TABLA 1
PRINCIPALES TRABAJOS QUE RELACIONAN LOS 5 GRANDES FACTORES DE PERSONALIDAD CON NEUROIMAGEN

Artículo	Rasgos estudiados	Técnica	Hallazgos principales
Canli (2004)	N, Ex	RMf	Encuentra relación entre rasgos y redes de conexión (no sólo zonas aisladas, como la amígdala).
Omura, Constable y Canli (2005).	N, Ex	RMf y MORFv	Ex correlación positiva con concentración de materia gris en la amígdala izquierda, N correlación negativa con concentración de materia gris en la amígdala derecha.
O’Gorman et al. (2006)	Los 5 rasgos	Combinación de diversos métodos	Los rasgos aparecieron fuertemente asociados con la perfusión cerebral en reposo en una variedad de regiones corticales y subcorticales, proporcionando una prueba más de la hipótesis sobre las bases neurobiológicas de la personalidad
Kalbitzer et al. (2009)	Ap	TEP	La Ap se relaciona con marcadores cerebrales de actividad serotoninérgica.
DeYoung et al. (2010)	Los 5 rasgos	RMf	Encuentra relación entre los rasgos y diferentes volúmenes en zonas cerebrales, proponiendo un modelo biológico de la personalidad.
Wei et al. (2011)	N, Ex	RMf-rs	N mostró correlación negativa con homogeneidad en la circunvolución frontal media izquierda y Ex con homogeneidad en la CPF medial, parte importante de la DMN, lo que sugiere la relación entre el DMN y personalidad. Adicionalmente, Ex correlacionó positivamente con la homogeneidad en la ínsula, el cerebelo y la corteza cingulada, sugiriendo asociaciones entre las diferencias individuales en Ex y regiones del cerebro implicadas en el procesamiento afectivo.
Adelstein et al. (2011)	Los 5 rasgos	RMf-rs	Propone un mapeado cerebral de las zonas relacionadas con los 5 rasgos, encontrando diferencias individuales en tal distribución general, en estados de reposo (DMN).
Xu y Potenza (2012)	Los 5 rasgos	ITD	N se asoció con peor integridad de la sustancia blanca en extensas estructuras corticales y subcorticales, contrariamente a la Ap.
Sosic-Vasic et al. (2012)	Los 5 rasgos	RMf	Me correlacionó positivamente con la actividad en la circunvolución frontal inferior izquierda, la ínsula anterior adyacente y la circunvolución cingulada anterior. N correlacionó negativamente con la actividad en la corteza frontal inferior, reflejando la inter-correlación negativa entre ambas escalas observadas en el nivel conductual.
Servaas et al. (2013)	N	Metaanálisis	Se encontraron diferencias en la activación cerebral que se asocia con el N durante el aprendizaje miedo, la anticipación de los estímulos aversivos y el tratamiento y la regulación de las emociones.
Bjørnebekk et al. (2013)	Los 5 rasgos	ITD	Asociaciones entre N, Ex y Me con estructuras en diversas áreas cerebrales, pero no para Ap y Af.
van Tol et al. (2013)	N, Ex	RMf	Disminución de conectividad funcional de CPF medial, CPF ventrolateral y el estriado ventral con la red de prominencia fronto-opercular en pacientes con TDM en comparación con los controles, relacionado con extraversión, pero no con neuroticismo.
Sampaio et al. (2014)	Los 5 rasgos	RMf-rs	Los 5 rasgos de personalidad se mostraron consistentemente relacionados con diferentes zonas de DMN.
Passamonti et al. (2015)	Ap	RMf en tareas y estados de reposo	La apertura se asoció positivamente con la conectividad funcional entre la sustancia negra derecha tegmental ventral, principal fuente de entradas dopaminérgicas en el cerebro, y la CPF dorsolateral ipsilateral, región clave en la codificación, mantenimiento y actualización de la información relevante para las conductas adaptativas.
Kong et al. (2015)	Los 5 rasgos	MORFv	Rasgos como N, Ex y Me, contribuyeron al bienestar social, pero sólo la Ex actuó como un mecanismo de mediación que subyace a la relación entre el volumen de la corteza dorsolateral prefrontal medial y el bienestar social, sugiriendo que este rasgo podría desempeñar un papel importante en la adquisición y el proceso de bienestar social.

N= Neuroticismo, Ex= Extraversión, Ap= Apertura, Me= Meticulosidad, Af= Afabilidad. RMf= resonancia magnética funcional, MORFv= Morfometría basada en voxels, ITD= imagen por tensor de difusión, TEP= Tomografía por emisión de positrones, VMC= volumetría cerebral, RMf-rs= Resonancia magnética funcional en estados de reposo; CPF= Corteza prefrontal.; DMN red cerebral por defecto.



(2004) empezaron a buscar los correlatos cerebrales de los rasgos del modelo de cinco factores. Mediante resonancia magnética de alta resolución y morfometría basada en voxels encontró que la *extraversión* correlacionaba positivamente con la concentración de materia gris en la amígdala izquierda, mientras que el *neuroticismo* lo hizo negativamente con la concentración de materia gris en la amígdala derecha (Omura, Constable y Canli, 2005). Otros estudios han ido completando el mapeo de áreas relacionadas con estos dos rasgos y su relación con la emocionalidad negativa (van Tol et al., 2013). Aunque la mayor parte de trabajos se centraron en la materia gris y sus conexiones con estructuras subcorticales, Xu y Potenza (2012) estudiaron la materia blanca mediante imágenes con tensor de difusión, encontrando que el *neuroticismo* se relacionaba con una pobre integridad de la sustancia blanca, implicando a amplias interconexiones entre estructuras corticales (p.ej., corteza prefrontal) y subcorticales (p. ej., amígdala), mientras que la *apertura* mostraba relaciones contrarias. Bjørnebekk et al. (2013) encontraron también que era el *neuroticismo* el rasgo más relacionado con la estructura cerebral, asociándose a un menor volumen cerebral total, disminución generalizada en la microestructura de la materia blanca y una menor superficie del área frontotemporal; altas puntuaciones en *extraversión* se asociaron con un menor grosor en la circunvolución frontal inferior y la *meticulosidad* lo hizo negativamente con la sectorialización de la confluencia tèmpro-parietal.

Las relaciones entre el *neuroticismo* y determinadas estructuras cerebrales han quedado sólidamente acreditadas mediante estudios de metaanálisis (Servaas et al., 2013), en tanto que el resto de rasgos no están aun consistentemente vinculados a estructuras cerebrales concretas, si bien diversos estudios aproximan, cada vez más, a cada rasgo con diversas estructuras, localizaciones y funciones cerebrales (DeYoung et al., 2010; Kalbitzer et al., 2009; O'Gorman et al., 2006). Por ejemplo, la *apertura* parece vinculada a la conectividad entre la sustancia nigra derecha del área tegmental ventral y la corteza dorsolateral prefrontal ipsilateral, región encargada de codificar, mantener y actualizar la información relevante para la conducta adaptativa (Passamonti et al., 2015), mientras que la *extraversión* es el rasgo más consistentemente vinculado con el bienestar social, lo que correlaciona con el grosor de la sustancia gris en la corteza dorsolateral prefrontal medial (Kong, Hub, Xue, Song y Liu, 2015). Se dispone de pocos datos sobre las relaciones de la *meticulosidad* y la *afabilidad* con marcadores de funcionamiento cerebral.

Parecen existir evidencias de que el volumen de las diferentes áreas cerebrales se relaciona, al menos en parte, con los rasgos de personalidad, y que ello tiene una cierta base genética (Lewis et al., 2014). Sin embargo, y como se verá más adelante, los factores epigenéticos parecen estar más relacionados con la variabilidad observada en estudios funcionales, en especial en rasgos como la *afabilidad* (Van der Cruyssen, Heleven, Ma, Vandekerckhove y Van Overwalle, 2015).

En definitiva, parece contarse con evidencia suficiente para sustentar aquella afirmación, ya mencionada, según la cual, los rasgos de personalidad del *modelo de cinco grandes factores* reflejan algo más que meras taxonomías descriptivas en la medida en que los rasgos cuentan con sólidas evidencias de validez externa que los vincula a variables estructurales y funcionales del cerebro (Sosis-Vasic et al., 2012). Sin embargo, estos trabajos dejaban aún muchas preguntas sin respuesta: ¿cómo “se forma” la personalidad en el cerebro? ¿Reflejan los estudios de neuroimagen -generalmente basados en la realización de tareas concretas- el verdadero sentido de algo estático y persistente como es la personalidad? ¿Mediante qué mecanismos se vinculan los sustratos genéticos al historial de aprendizaje y la experiencia para configurar los cambios estructurales y funcionales que sustentan la personalidad individual? ¿Dónde, en qué parte del cerebro está la personalidad, si es que puede localizarse?

A principios de la década pasada algunos investigadores observaron que cuando el individuo no está realizando ninguna tarea, o se encuentra en un periodo de descanso entre tareas, el cerebro no se encuentra realmente en reposo (Raichle, MacLeod, Snyder, Powers, Gusnard y Shulman, 2000). Existe una red neuronal que permanece activa, y que denominaron *red neuronal por defecto* (del inglés *default mode network*, DMN), cuando la red neuronal orientada a la tarea (*task oriented network*, TON) no se encuentra activa en la persecución de un objetivo concreto (Figura 1). Estudios posteriores confirmaron la existencia de la DMN (Greicius, Krasnow, Reiss y Menon, 2003; Raichle y Snyder, 2007; Raichle y Snyder, 2007) y relacionaron fallos en su funcionamiento con diferentes patologías, como la esquizofrenia (Jafri, Pearlson, Stevens y Calhoun, 2008) o la enfermedad de Alzheimer (Sperling et al., 2009), entre otras.

No obstante, el estudio de la red por defecto ha ido centrándose cada vez de forma más estrecha en su relación con la personalidad. En efecto, la DMN aparece estrechamente vinculada tanto con rasgos de personalidad normal -p.ej., la emocionalidad positiva (Volkow et al., 2011)- como con trastornos de la personalidad -p.ej., el límite (Krause-Utz et al., 2014; Wolf et al., 2011) o el

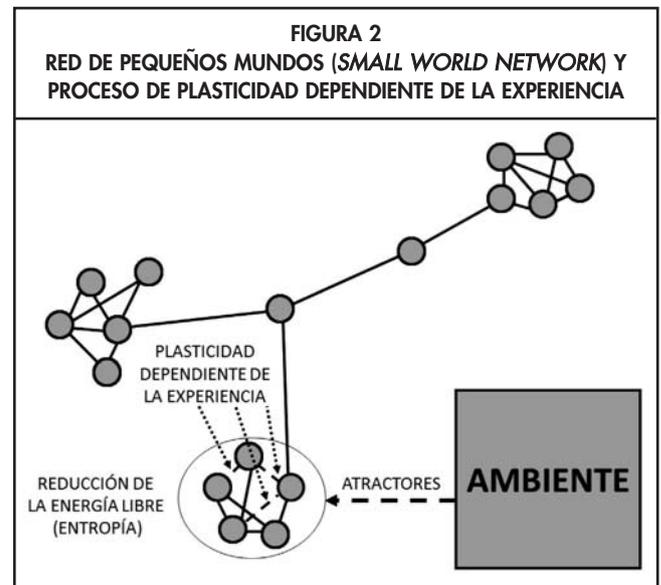
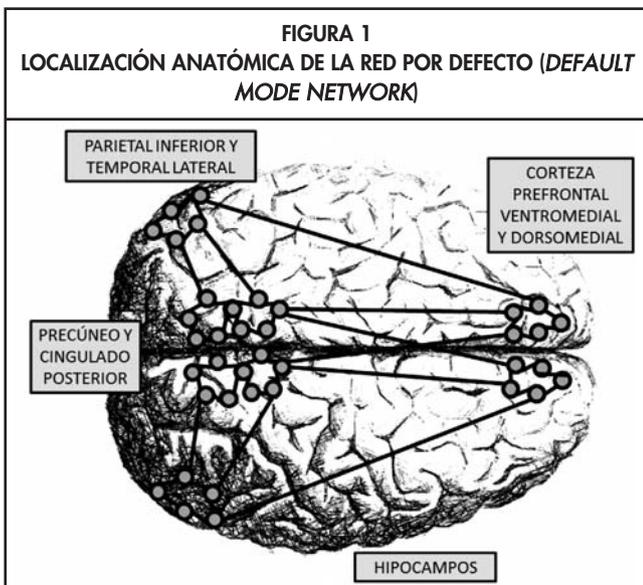


antisocial (Tang, Liao, Wang y Luo, 2013). Como era previsible, el *modelo de los cinco grandes factores* es el que más interés ha suscitado, encontrándose relaciones sólidas entre la DMN y rasgos aislados, como la *extraversión* (Lei, Zhao y Chen, 2013), ésta y el *neuroticismo* (Wei et al., 2011) o los cinco en conjunto y sus relaciones con diferentes tramos de la red por defecto (Sampaio, Soares, Coutinho, Sousa y Gonçalves, 2013), siendo posible, en el momento actual, disponer de una propuesta de mapeado cerebral en relación a los rasgos del modelo (Adelstein et al. 2011).

Parece, pues, que la DMN representaría el sustrato neurológico en el que se deposita el producto de la interacción entre la carga genética y las experiencias en la relación del individuo con su ambiente, representando, en último término, un *manual de instrucciones* que dirige, de forma estable y persistente, el modo en que el sujeto gestiona su relación con el mundo, su búsqueda de reforzamiento, su afrontamiento de conflictos, sus metas y valores personales: en suma, donde reside su personalidad. Pero estos hallazgos meramente correlacionales requieren de hipótesis sobre el modo en que tal depósito de reglas se produce a lo largo del tiempo; hipótesis que deberán ser contrastadas en futuros estudios. Peled (2012) ha sugerido que hay tres elementos a considerar: la *conectividad*, la *reducción de la entropía* y la *plasticidad dependiente de la experiencia* (Figura 2).

En cuanto a la primera, la DMN - pero no sólo esta red - se organizaría principalmente a partir de las denominadas *redes de pequeños mundos* ("small world networks") que permitirían la concentración de información en agrupaciones limitadas de neuronas y que podrían enviar la

información procesada a centros de control alejados en los que se produciría la integración multimodal. En segundo lugar, el aprendizaje es un proceso que implica la formación y el fortalecimiento de las conexiones interneuronales, de modo que ese conjunto tenderá a activarse ante situaciones estímulares y patrones de activación similares o atractores ("attractors"), tendiendo a reducir la energía libre o entropía; algo que en términos psicológicos denominaríamos *reducir la incertidumbre*. Finalmente, la experiencia de interacción con el ambiente, orientada a reducir la incertidumbre, modifica la conectividad neuronal mediante mecanismos de *plasticidad dependiente de la experiencia*, lo que, en último término, supone el paso en el que la experiencia queda depositada en el cerebro, modulando lo que hemos denominado personalidad. Este autor ha llegado a plantear que mediante estos mecanismos y sus alteraciones -*globalopatías*- podría explicarse toda la psicopatología. Así, los fallos en los mecanismos de reducción de la energía libre explicarían los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (*entropatías*), los fallos en los mecanismos de conectividad explicarían los trastornos psicóticos (*connectopatías*) y los fallos en la red por defecto explicarían los trastornos de la personalidad (en inglés "*resting-state networkopathies*" o *patologías de la red por defecto*; Peled, 2013). La confirmación de estas hipótesis implicaría cambios importantes, no sólo en la comprensión de la etiología y los mecanismos patofisiológicos de los trastornos comportamentales - como ya había sido sugerido años atrás (Buckner, Andrews-Hanna y Schacter, 2008)- sino también en la práctica clínica y el abordaje psicoterapéutico y farmacológico (Peled, 2012; Fox y Greicius, 2010).





DISCUSIÓN

A pesar de que hace décadas hubiera parecido improbable, el encuentro entre la personalidad y el cerebro era inevitable ¿Dónde si no iba a localizarse la personalidad? El avance en las técnicas de neuroimagen ha permitido buscar los sustratos cerebrales de constructos meramente teóricos o empíricamente derivados, como son los rasgos de la personalidad. En el momento actual puede afirmarse que existen indicios suficientes para considerar que la experiencia individual interacciona con la dotación genética para modificar, mediante mecanismos de plasticidad neuronal, la arquitectura cerebral y permitir de algún modo la formación de reglas de comportamiento: una especie de *manual de instrucciones* idiosincrásico que permite al sujeto anticipar las consecuencias de su conducta y reducir la incertidumbre.

Afortunadamente, estos hallazgos nos proporcionan más preguntas que respuestas. Entre ellos queda por establecer de qué modo interactúa la DMN con las redes que se activan en función de cada tarea concreta; por ejemplo, cómo influye en los mecanismos atencionales durante la conducción de vehículos, en el almacenamiento en la memoria y el posterior recuerdo de la información, o en si el individuo responde airadamente a la sutil ofensa de un interlocutor. En efecto, si la DMN resulta ser el sustrato de dicho *manual de instrucciones* general que llamamos personalidad podría hipotetizarse que, en las situaciones en las que exista un *objetivo* –lo que implica la puesta en marcha de las funciones ejecutivas– la DMN pasaría a un segundo plano (o a un estado de desactivación, según proponen los estudios disponibles), primando las decisiones generadas en los circuitos prefrontales. De hecho, lo que se sugiere es que más allá de ese *cerebro ejecutivo* existiría un *cerebro directivo*, que establecería las estrategias generales o normas de funcionamiento transituacionales. Entonces ¿de qué modo influye la DMN en la toma de decisiones de la corteza prefrontal ante diferentes situaciones (oportunidades, amenazas, desafíos) que el ambiente le propone en cada momento? ¿Persiste alguna modalidad de conexión activa cuando el protagonismo lo asume la red orientada a la tarea? ¿Existe alguna forma de modulación o influencia del estilo de gestión en la respuesta a situaciones concretas? En definitiva, ¿de qué modo la personalidad influye en la toma de decisiones?

La pregunta conlleva más implicaciones. Si lo que miden los test de personalidad es la conciencia que posee el individuo sobre su manual de instrucciones ¿es posible que tales principios se correspondan poco con lo que el sujeto hace cuando se enfrenta a una tarea concreta? En el enunciado de esta pregunta subyace uno de

los debates aún no resueltos en el ámbito de la psicología: el efecto del ambiente en la conducta. Las teorías personalistas se enfrentan, desde hace décadas, a quienes desde perspectivas situacionistas abogan porque es la situación la que determina la conducta. Es posible que mientras la DMN se vincule más a los rasgos, los denominados *estilos cognitivos* estén más próximos a la ejecución de tareas vinculadas a la corteza prefrontal, más relacionada con la situación en la que se requiere una respuesta. O quizá, algunos de estos estilos cognitivos que se estudian como componentes de la personalidad, como la *articulación de campo* (grado en que el individuo es dependiente o independiente de la estructura del campo visual que le rodea), la *diferenciación conceptual* (grado en que percibe más las diferencias o las semejanzas entre los objetos), el *estilo conceptual* (grado en que se analiza o se sincretiza como estrategia preferida para categorizar conceptos) o la dimensión *impulsividad-reflexividad*, sean artefactos de esa DMN activa en segundo plano.

No cabe duda de que el momento genera un torrente de hipótesis que deberán ser contrastadas en los próximos años. Lejos de la tentación al reduccionismo (“*todo está en el cerebro*”) sabemos ahora que este órgano no puede ser estudiado prescindiendo del concepto de *interacción*. En efecto, puede que *todo esté en el cerebro*, pero éste está en permanente cambio por efecto de la interacción con el ambiente. Cada nuevo aprendizaje, cada nueva experiencia, se transforma de inmediato en cambios estructurales del cerebro que los vivencia. Ubicar el concepto de personalidad como algo estable en un órgano en perpetuo cambio es una tarea excitante a la que deberemos prestar atención. Si durante las próximas décadas llegaran a probarse o falsarse algunas de las hipótesis comentadas en el presente trabajo abocaría inevitablemente a un cambio de paradigma en el estudio de la personalidad, pero también en el de la psicopatología o la psicoterapia; por poner un simple ejemplo, la efectividad de algunas de las terapias denominadas de tercera generación, como es la basada en el *mindfulness* o en técnicas de meditación, puede estar justificada por su efecto sobre esas zonas cerebrales, como la DMN, que sólo son accesibles en estados de vigilia inactiva o de reposo funcional del cerebro (Brewer, Worhunsky, Gray, Tang, Weber y Kober, 2011).

El presente estudio se ha limitado a recoger los trabajos que vinculan un modelo de rasgos de personalidad, el más aceptado actualmente por la comunidad científica, y los estudios que encuentran relación con estructuras y circuitos cerebrales, mediante el uso de diversas técnicas de neuroimagen. Desde luego, existen otros



modelos y, por otra parte, los medios técnicos mejoran continuamente, lo que permitirá nuevos avances en un futuro inmediato. Como se ha podido comprobar, el interés en esta cuestión cuenta apenas con una década de antigüedad, agrupándose los trabajos más importantes en el último lustro. Esto hace que muchos trabajos no hayan sido aún replicados y el conocimiento esté afectado por cierta dispersión. Sin embargo, algo importante puede afirmarse ya: el estudio de la personalidad ha abandonado el territorio de las formulaciones teóricas para vincularse definitivamente con el funcionamiento cerebral. Ésta es la conclusión principal que podemos extraer en el momento actual.

REFERENCIAS

- Adelstein, J. S., Shehzad, Z., Mennes, M., DeYoung, C. G., Zuo, X. N., Kelly, C. et al. (2011). Personality is reflected in the brain's intrinsic functional architecture. *PLoS ONE*, 6, e27633.
- Bjørnebekk, A., Fjell, A. M., Walhovd, K. B., Grydeland, H., Torgersen, S. y Westlye, L. T. (2013). Neuronal correlates of the five factor model (FFM) of human personality: Multimodal imaging in a large healthy sample. *Neuroimage*, 65, 194-208.
- Block, J. A contrarian view of the five-factor approach to personality description. (1995). *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.
- Block, J. (2001). Millennial contrarianism. *Journal of Research in Personality*, 35, 98-107.
- Block, J. (2010). The Five-Factor framing of personality and beyond: some ruminations. *Psychological Inquiry*, 21, 2-25.
- Brewer, J. A., Worhunsky, P. D., Gray, J. R., Tang, Y. Y., Weber, J. y Kober, H. (2011). Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 108, 1-6.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R. y Schacter, D. L. (2008). The brain's default network anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1-38.
- Canli, T. (2004). Functional brain mapping of extraversion and neuroticism: learning from individual differences in emotion Processing. *Journal of Personality*, 72, 1105-1132.
- Carere, C., Drent, P. J., Koolhaas, J. M. y Groothuis, T. G. G. (2010). Epigenetic effects on personality traits: early food provisioning and sibling competition. *Behaviour*, 142, 1329-1355.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and the five factor inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- DeYoung, C. G., Hirsh, J. B., Shane, M. S., Papademetris, X., Rajeevan, N. y Gray, J. R. (2010). Testing predictions from personality neuroscience: brain structure and the Big Five. *Psychological Science*, 21, 820-828.
- Digman, J. M. (1989). Five robust trait dimensions: Development, stability, and utility. *Journal of Personality*, 57, 195-214.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Fox, M. D. y Greicius, M. (2010). Clinical applications of resting state functional connectivity. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 4, 19.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers or the big five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Greicius, M. D., Krasnow, B., Reiss, A. L. y Menon V. (2003). Functional connectivity in the resting brain: A network analysis of the default mode hypothesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 100, 253-258.
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 249-266.
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior: a neuropsychological theory*. New York: Wiley & Sons Inc. Reedición por Taylor & Francis e-Library, 2009.
- Jafri, M. J., Pearlson, G. D., Stevens, M. y Calhoun, V. (2008). A method for functional network connectivity among spatially independent resting-state components in schizophrenia. *Neuroimage*, 39, 1666-1681.
- Kong, F., Hub, S., Xue, S., Song, Y. Y Liu, J. (2015). Extraversion mediates the relationship between structural variations in the dorsolateral prefrontal cortex and social well-being. *Neuroimage*, 105, 269-275.
- Kalbitzer, J., Frokjaer, V. G., Erritzoe, D., Svarer, C., Cumming, P., Nielsen, F. A. et al. (2009). The personality trait openness is related to cerebral 5-HTT levels. *Neuroimage*, 45, 280-285.
- Kaminsky, Z., Petronisa, A., Wanga, S. C., Levinea, B., Ghaffara, O., Floden, D. et al. (2008). Epigenetics of personality traits: an illustrative study of identical twins discordant for risk-taking behavior. *Twin Research and Human Genetics*, 11, 1-11.



- Krause-Utz, A., Veer, I. M., Rombouts, S. A., Bohus, M., Schmah, C. y Elzinga, B. M. (2014). Amygdala and anterior cingulate resting-state functional connectivity in borderline personality disorder patients with a history of interpersonal trauma. *Psychological Medicine*, *44*, 2889-2901.
- Lei, X., Zhao, Z. y Chen, H. (2013). Extraversion is encoded by scale-free dynamics of default mode network. *Neuroimage*, *74*, 52-57.
- Lewis, G. J., Panizzon, M. S., Eyler, L., Fennema-Notestine, C., Chen, C. H., Neale, M. C. et al. (2014). Heritable influences on amygdala and orbitofrontal cortex contribute to genetic variation in core dimensions of personality. *Neuroimage*, *103*, 309-315.
- McCrae, R. R. y Costa, T. P. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, *52*, 509-516.
- O'Gorman, R. L., Kumari, V., Williams, S. C., Zelaya, F. O., Connor, S. E., Alsop, D. C. et al. (2006). Personality factors correlate with regional cerebral perfusion. *Neuroimage*, *31*, 489-95.
- Omura, K., Constable, R. T. y Canli, T. (2005). Amygdala gray matter concentration is associated with extraversion and neuroticism. *Cognitive Neuroscience and Neuropsychology*, *16*, 1905-1908.
- Passamonti, L., Terracciano, A., Riccelli, R., Donzuso, G., Cerasa, A., Vaccaro, M. et al. (2015). Increased functional connectivity within mesocortical networks in open people. *Neuroimage*, *104*, 301-309.
- Peled, A. (2012). Personality disorders disturbances of the physical brain. *Medical Hypotheses*, *79*, 487-492.
- Peled, A. (2013). Brain "Globalopathies" cause mental disorders. *Medical Hypotheses*, *81*, 1046-1055.
- Petronis, A. (2010). Epigenetics as a unifying principle in the aetiology of complex traits and diseases. *Nature*, *465*, 721-727.
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A. y Shulman, G. L. (2000). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, *98*, 676-682.
- Raichle, M. E. y Snyder, A. Z. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *Neuroimage*, *37*, 1083-1090.
- Raine, A. (2008). From genes to brain to antisocial behavior. *Current Directions in Psychological Science*, *17*, 323-328.
- Sampaio, A., Soares, J. M., Coutinho, J., Sousa, N., Gonçalves, O. F. (2014). The Big Five default brain: functional evidence. *Brain Structure and Function*, *219*, 1913-1922.
- Servaas, M. N., van der Velde, J., Costafreda, S. G., Horton, P., Ormel, J., Riese, H. et al. (2013). Neuroticism and the brain: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies investigating emotion processing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *37*, 1518-1529.
- Smits, D. J. M. y Boeck, P. D. (2006). From BIS/BAS to the Big Five. *European Journal of Personality*, *20*, 255-270.
- Sosic-Vasic, Z., Ulrich, M., Ruchow, M., Vasic, N. y Grön, G. (2012). The modulating effect of personality traits on neural error monitoring: evidence from event-related fMRI. *PLoS ONE*, *7*, e42930.
- Sperling, R. A., LaViolette, P. S., O'Keefe, K., O'Brien, J., Rentz, D. M., Pihlajamaki, M. et al. (2009). Amyloid deposition is associated with impaired default network function in older persons without dementia. *Neuron*, *63*, 178-188.
- Strelau, J. (1997). The contribution of Pavlov's typology of CNS properties to personality research. *European Psychologist*, *2*, 125-138.
- Tang, Y., Liao, J., Wang, W. y Luo, A. (2013). Identifying individuals with antisocial personality disorder using resting-state fMRI. *PLoS ONE*, *8*, e60652.
- Van der Cruyssen, L., Heleven, E., Ma, N., Vandekerckhove, M., Van Overwalle, F. (2015). Distinct neural correlates of social categories and personality traits. *Neuroimage*, *104*, 336-346.
- van Tol, M. J., Veer, I. M., van der Wee, N. J., Aleman, A., van Buchem, M. A., Rombouts, S. A et al. (2013). Whole-brain functional connectivity during emotional word classification in medication-free Major Depressive Disorder: Abnormal salience circuitry and relations to positive emotionality. *NeuroImage: Clinical*, *2*, 790-796.
- Volkow, N. D., Tomasi, D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Telang, F., Goldstein, R. Z. et al. (2011). Positive emotionality is associated with baseline metabolism in orbitofrontal cortex and in regions of the default network. *Molecular Psychiatry*, *16*, 818-825.
- Wei, L., Duan, X., Yang, Y., Liao, W., Gao, Q., Ding, J. R. et al. (2011). The synchronization of spontaneous BOLD activity predicts extraversion and neuroticism. *Brain Research*, *1419*, 68-75.
- Wolf, R. C., Sambataro, F., Vasic, N., Schmid, M., Thomann, P. A., Bientre, S. D. et al. (2011). Aberrant connectivity of resting-state networks in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *36*, 402-411.
- Xu, J. y Potenza, M. N. (2012). White matter integrity and Five-Factor personality measures in healthy adults. *Neuroimage*, *59*, 800-807.



EFFECTOS PSÍQUICOS DE LA MASTECTOMÍA (PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA). CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

THE PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MASTECTOMY. CHANGES IN THE PERCEPTION OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Teresa Sánchez Sánchez
Universidad Pontificia de Salamanca

¿Qué sentido puede tener escribir un trabajo más -dada la abundante literatura específica sobre ello-, que analice las consecuencias de la mastectomía en mujeres que o bien han sido diagnosticadas previamente de un cáncer de mama o bien tienen un fundado temor genético a desarrollarlo en un futuro indeterminado a tenor de los antecedentes familiares que poseen? Repasaremos algunos trabajos destacados sobre el impacto en el psiquismo de la mastectomía (sea ésta como forma de prevención secundaria frente al cáncer o sea profiláctica) en comparación con la llamada "cirugía conservadora" (lumpectomía, tumorectomía), a fin de valorar el consenso o el disenso entre los investigadores. Nuestra hipótesis de trabajo es que se ha producido en las pacientes con cáncer de mama un cambio de tendencia en su perspectiva de la mastectomía coincidente con el cambio de siglo (y milenio), tal vez debido a la generalización de la cirugía reconstructiva mamaria tras la resección, lo que mitiga el alcance traumático (imaginario, simbólico y físico) de la amputación sin reconstrucción.

Palabras clave: Cáncer de mama, Mastectomía quirúrgica, Mastectomía preventiva, Impacto psicológico, Crecimiento postraumático, Autoimagen, Autoestima, Psicooncología.

Considering the abundant literature specifically on the subject, what point can there be in writing yet another study that analyses the consequences of the mastectomy in women who have either been diagnosed with breast cancer previously or have a well-founded, genetics based fear of developing it at some point in the future due to the precedents in their family? In this paper, we review some notable studies on the psychological impact of the mastectomy (whether as a form of secondary prevention against cancer or as a prophylactic measure) compared to what is known as "conservative surgery" (lumpectomy), in order to value the consensus or the dissent among the researchers. Our hypothesis is that a change of tendency has taken place in the patients with breast cancer in their perspective of the mastectomy, coinciding with the turn of the century (and the millennium), perhaps due to the widespread practice of mammary reconstructive surgery after the resection, which mitigates the trauma (imaginary, symbolic and physical) of the amputation without reconstruction.

Key Words: Breast cancer, Mastectomy surgery, Preventive mastectomy, Psychological impact, Post-traumatic growth, Self-image, Self-esteem, Psycho-oncology.

VISIÓN DE LA ENFERMEDAD DESDE LA PSICOLOGÍA

Lo que durante décadas fue una vaga sospecha -en cuanto a las complejas interacciones -entre el psiquismo, el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Endocrino e Inmunológico- que conducen a la formación y proliferación de tumores cancerosos, ha sido desvelado por la Psiconeuroinmunología actual como una premisa científica indiscutida. En un clarificador artículo de Sirera, Sánchez y Camps (2009), se expone elocuentemente cómo tanto el estrés

como la depresión alteran las citocinas proinflamatorias. Éstas funcionan como neurotransmisores, inmunodeprimiendo al sujeto. Sabemos que en el hipotálamo se cruzan las informaciones de todos los sistemas mencionados, actuando así como centralita. El displacer, el estrés, los traumas y los duelos actúan suprimiendo o disminuyendo la respuesta inmune ante la presencia de células proliferantes nocivas. En situaciones de estrés y sufrimiento psíquico, los mecanismos autoprotectores fallan y las alertas no funcionan con eficacia². En épocas de estrés se producen tales alteraciones moleculares y químicas que se rompe el equilibrio favoreciendo la promoción tumoral o las metástasis.

Diversos estudios empíricos recogidos por Artaloytia (1998) documentan que las enfermas de cáncer de mama presentan un perfil psíquico caracterizado por: menor hostilidad, elevada hiperadaptación social, escasa sintomatología mental y reducida angustia expresada. Todo ello, aunque discutido, originó la teoría sobre la mayor incidencia del cáncer de mama en mujeres con personalidad tipo C.

Correspondencia: Teresa Sánchez Sánchez. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. C/ Compañía, 5. 37002 Salamanca. España. E-mail: tsancheza@upsa.es

² La implicación del circuito psiconeuroinmunológico en los distintos tipos de tumores es poco relevante en los de susceptibilidad hereditaria, en los inducidos por carcinógenos químicos (tabaco, grasa, metales, polución...), de media relevancia en los inducidos por cambios hormonales (mama, próstata) y muy relevantes en los inducidos por agentes infecciosos.



Otras teorías psicosomáticas propusieron una configuración multifactorial en la personalidad que puede propiciar una tumoración: alexitimia, depresión esencial, pensamiento y vida operatorios, mentalización incierta e insuficiente de los conflictos, sobreadaptación sociolaboral y familiar (elevada eficacia) y alto nivel de autoexigencia (Sánchez, 2008, 2014). Un estudio clásico de Brainsky (1985) sobre una muestra compuesta por 130 pacientes con cáncer de mama en el GE³ y 55 pacientes de otros diagnósticos como GC⁴, condujo al autor a concluir que las enfermas de mama habían padecido un "síndrome de desmoralización" que precipitó en ellas un derrumbe psíquico en las defensas inmunitarias. A menudo un duelo actuaba como detonante inespecífico llevándolas a darse por vencidas⁵. Muy llamativo fue por ello el artículo de Andreu, Galdón e Ibáñez (1991) en el que contradijeron los resultados de otros estudios que atribuían mayores perturbaciones depresivas y ansiosas a las mujeres con cáncer. Sí observaron que las enfermas, en cualquier estadio de la enfermedad, eran más dependientes que las mujeres sin cáncer, pero solo las mujeres que han llegado al estadio IV son más lábiles emocionalmente que el grupo de mujeres sanas. Sin embargo, tanto la dependencia emocional como la depresión remiten cuando aparecen las metástasis. Esto sugiere que la quinta fase del duelo establecida por Kübler-Ross (2008) (aceptación) se cumple.

Los factores protectores de una reacción psicopatológica ante el diagnóstico son múltiples (Barreto, 2008):

- a) Capacidad de la enferma de dar un sentido a la experiencia.
- b) Competencia (percepción de autocontrol) ante el manejo de las situaciones familiares, personales y laborales inmediatas.

- c) Buena gestión de las emociones, sean positivas o negativas.
- d) Capacidad de autocuidado.
- e) Afrontamiento optimista ante la propia recuperación.
- f) Fuentes internas de resiliencia.

Es indudable la compleja red de variables que determinan la aparición del tumor⁶, el tipo, la fase, la malignidad, la edad y el pronóstico⁷. No corresponde aquí combinar estas variables. La Psicooncología no pretende desplazar ni sustituir a la Biología Molecular ni a las teorías sobre el Genoma y el Ambiooma en el abordaje científico para entender y tratar esta proteiforme enfermedad, pero sí puede contribuir aportando conocimiento de otros factores psíquicos, relacionales y contextuales que confluyen en la enfermedad, así como en el conocimiento de las respuestas terapéuticas interdisciplinarias convenientes para optimizar los procesos de adaptación y de supervivencia, la calidad de vida y la normalización de las reacciones que el cáncer inicialmente rompe o estraga.

LA CIRUGÍA

Aunque hoy en día se considera el cáncer de mama una enfermedad sistémica (Román, 2007) tanto en su etiología como en su terapéutica, es claro que la cirugía de la mama ocupa siempre el centro del proceso médico⁸. Las modalidades de intervención quirúrgica pueden ser conservadoras (mediante tumorectomía o cuadrantectomía) o radicales (mastectomía), dependiendo de diversos factores relativos no solo al tamaño de la lesión o a los resultados de la biopsia, sino también a las deliberaciones entre el oncólogo y la paciente, donde entran en juego sin duda factores psíquicos como temores, fantasías y significados de la mama. La paciente puede primar su apariencia estética sobre su seguridad

³ GE: Grupo Experimental.

⁴ GC: Grupo de Control.

⁵ Engel (1966-1968) había insinuado que las mujeres con cáncer de mama habían tenido un 'complejo de darse por vencidas', de rasgos difusos, pero cuya desesperanza y desamparo provocaban que, cuando emergían circunstancias o vivencias adversas, el sistema psíquico se desbordara y se desorganizaran otros sistemas.

⁶ En España se diagnostican unos 22.000 casos de cáncer de mama al año, un 30% de todos los tumores femeninos. La franja de edad más habitualmente afectada se sitúa entre los 35 y los 80 años, situándose la moda estadística entre los 45-65 años.

⁷ Según datos de la AECC, la tasa mundial de esta enfermedad es de 37,4 casos/100.000 habitantes/año. En España es de 50,9 casos/100.000 habitantes/año. La tasa aumenta con el desarrollo económico. Actualmente, 1/8 mujeres lo padecen, aunque existe una curiosa variabilidad en la incidencia según las diversas Comunidades Autónomas, siendo Cataluña donde dicha proporción asciende a 84/100.000 habitantes/año. En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer en el sexo femenino, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media de la muerte por esta enfermedad es de 66 años. Si bien están aumentando los casos, la tasa de mortalidad desciende, lo que indica claramente que el cáncer de mama está convirtiéndose en una enfermedad crónica y relativamente controlable. (Vide www.aecc.es y www.cancer.gov.co/cancerencifras).

⁸ Según cifras de la AECC, el 64% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama recurren a la mastectomía, y de ellas el 30% a la reconstrucción mamaria, aunque el porcentaje va en ascenso. Solo un 40% lo hacen de forma inmediata, en el mismo acto quirúrgico. Lamentablemente, solo un 60% de las mujeres diagnosticadas son informadas de la posibilidad de reconstruir su mama en el mismo acto quirúrgico o posteriormente. Información del Instituto Nacional de Cancerología.



o a la inversa, pero en la valoración previa a la autonomía de la decisión, la mujer se ve atravesada por multitud de procesos mentales que van a mediatizar el resultado final.

Habida cuenta de la información existente, profusa y amenazadora, todas las mujeres sienten y calibran -de forma más o menos consciente- desde la pubertad el riesgo de padecer eventualmente un cáncer de mama. El hecho de que ésta sea, tras la de pulmón, la tumoración más frecuente, así como el clamor de las estadísticas y las probabilidades epidemiológicas de padecerlo, provoca una hipersensibilidad y una predisposición a las exploraciones y a las visitas ginecológicas y pruebas radiodiagnósticas crecientemente masivas en las sociedades de casi todo el "primer mundo"⁹. Todo lo cual, si bien tiene el inconveniente de que coadyuva temores hipocondríacos y fóbicos que no pueden desdeñarse, conduce en muchos casos a un diagnóstico precoz (*in statu nascendi*) cuando la lesión apenas tiene 1 cm de diámetro. En estos casos la cirugía puede ser menos injuriosa que cuando el tumor sobrepasa la medida de los 2 cm o ha alcanzado mayor tamaño y su malignidad puede haberse extendido a otras zonas o a los ganglios axilares.

MASTECTOMÍA PREVENTIVA¹⁰

La detección de marcadores genéticos¹¹ predisponentes al cáncer de mama y útero despierta temores en mujeres que también cuentan con parientes de grado uno víctimas de la enfermedad. Se ha desencadenado una oleada de inquietud y de esperanza en la población femenina mundial, alentando exploraciones preventivas que acarrearán un beneficio: el diagnóstico precoz. La decisión de someterse a mastectomía preventiva por parte de algunas de las portadoras de los marcadores es audaz y, en algunos casos, irreflexiva o dominada por el miedo.

Aclaremos esto: la mastectomía, además de no ser el

procedimiento recomendado ni siquiera en casos de riesgo genético, disminuye pero no excluye el riesgo de desarrollar la enfermedad, pues, por escaso que sea el tejido mamario residual preservado o respetado por el bisturí, allí podría anidar el cáncer. El tema es que la mastectomía no es una decisión reversible y, por ello, es necesario calibrar el grado de congruencia y la proporcionalidad riesgo/beneficio, sopesando desmesuras hipocondríacas o *actings* psicóticos o prepsicóticos materializados en ataques al cuerpo imaginario enfermo que en nada se correspondan con márgenes probables de morbilidad

La revisión de la literatura específica sobre esta cuestión llevó a Cruzado et als (2007) a ponderar positivamente esta vía. Ellos alegan que el 97% de las mujeres mastectomizadas preventivamente en Ontario entre 1991 y 2000 repetirían el procedimiento. En otro estudio parejo de Hatcher y Fallowfield (2003), se comprobó que, a pesar de la percepción de pérdida de atractivo y a las molestias y problemas postoperatorios, la mayor parte estaba satisfecha. Por otra parte, Cruzado et als (2007) certifican que las mujeres con MP¹² experimentan mayor calidad de vida que las que, aun conociendo su riesgo, no optan por esta solución. Adicionalmente, también reducen su ansiedad y su morbilidad psicológica a medio y largo plazo. Wagner (2000) destaca que lo más relevante es el riesgo subjetivo y la prontitud con que se toma la decisión de someterse a MP, pues a menudo el inicial interés difuso en la MP se desvanece sin concretarse. Los estudios de Stefanek (2001) y Meiser (2002), hallaron que el riesgo subjetivo conduce a sobreestimaciones que a menudo no guardan relación con la historia familiar de la enfermedad¹³.

ESTUDIOS DE MUESTRAS DE MUJERES MASTECTOMIZADAS (AÑOS 1980-1999). PRIMEROS PASOS DE LA NACIENTE PSICOONCOLOGÍA

Retrotrayéndonos en el tiempo, y rastreando la pista de

⁹ En las sociedades del Segundo Mundo el diagnóstico de cáncer de mama suele ser tardío, cuando la tumoración es de tamaño y de malignidad más peligrosos por lo que el procedimiento terapéutico más habitual termina siendo la mastectomía radical. No solo la insuficiencia de recursos médicos o la carencia de sistemas nacionales de salud gratuita, sino también factores culturales y religiosos ligados al pudor y a la evitación supersticiosa de exploraciones y exámenes médicos contribuyen a este resultado (de Haro, Gallardo et als, 2014)

¹⁰ Puede darse Mastectomía Profiláctica Contralateral (operar el pecho de momento sano cuando el otro ya ha estado afectado por el cáncer) o Mastectomía Profiláctica Pretumoral (cuando el riesgo es crítico y deducible de otros marcadores analíticos, pero aún no hay evidencia de masa tumoral). La mastectomía puede realizarse con resección radical del máximo tejido mamario que sea posible o puede ser subcutánea: con preservación del pezón, se elimina todo el tejido mamario compatible con la preservación del pezón, con el fin de conservar la mayor naturalidad y simetría de la mama una vez reconstruida.

¹¹ Los marcadores de probada transmisión hereditaria son el BRCA1 y el BRCA2. Otros genes cuya mutación incrementa el riesgo de cáncer de mama son el TP53 y el PTEN.

¹² MP: Mastectomía Preventiva.

¹³ En las Unidades de Consejo Genético se estipulan unos criterios de selección para la práctica de MP a fin de filtrar demandas que puedan estar basadas en impulsos de imitación o en sobrevaloraciones del riesgo hereditario.



investigaciones antiguas vemos la evolución en las actitudes femeninas hacia el cáncer:

- ✓ En 1985, Claudel y Hernández estudiaron las consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía, arrojando un resultado sombrío para estas mujeres: aumento de sus conductas regresivas, cambios negativos en las relaciones interpersonales, mayor fragilidad psicológica, conductas inhibitorias y vergonzosas en el vestir y en la presencia pública, disminución de la libertad de movimientos, vivencia de afrenta corporal y mutilación, ocultamiento de la "herida" al compañero sexual, ahondamiento en crisis existenciales y familiares previas, susceptibilidad aumentada al rechazo afectivo por parte de otros familiares, percepción distorsionada y autorreferente (paranoide) del interés o la curiosidad mostrada por los demás, dificultades físicas y psicológicas para desarrollar una actividad laboral o doméstica, repercutiendo negativamente sobre su autovaloración, presencia de sentimientos y pensamientos pesimistas, retroalimentados en el contacto con otras enfermas y derivando en una sensación de envejecimiento prematuro ("sin pecho, soy menos mujer, una mujer vieja..."). Atisbamos la expectativa perfilada para las mujeres mastectomizadas hace 30 años:

Sienten con agudeza que las personas que las rodean tienen conocimiento de la falta de un seno y se fijan en ello, interpretando cualquier mirada como una invasión a su intimidad. Con motivo de ello, muchas se inclinan por aislarse en su hogar, considerando que la mastectomía las condena en alguna forma, a un estilo de vida sobrio y púdico, comparable al de una monja (Claudel y Hernández, 1985, 34).

- ✓ En 1989, Fernández-Argüelles y colaboradores efectuaron un estudio sobre 46 pacientes mastectomizadas, en el que se intentaron evaluar los efectos a largo plazo de la mastectomía, en unos casos de forma prospectiva y en otros de forma retrospectiva y prospectiva a un tiempo. Contemplaron una amplia diversidad de factores anamnésticos y de personalidad. Sus interesantes conclusiones permitieron ver que
 - a) La mitad de las pacientes no tuvieron reacción a la mastectomía porque la aceptaron estoicamente. El resto sí mostraron reacciones diversas: incompletud, pena, fealdad, vergüenza/asco/repulsión por su propio cuerpo, mutilación, sentimiento de inferioridad y temor al rechazo social. Significativamente: ninguna mencionó explícitamente el miedo a la pérdida de atractivo sexual.
 - b) Referente a los temores expresados, no hallaron di-

ferencia entre las mujeres que tenían, previamente, una personalidad patológica en comparación con las que no la tenían. Es como si —fuera cual fuese el perfil premastectomía— todas ellas quedaran igualadas tras el quirófano en cuanto a que debían resituarse con otra identidad psicocorporal.

- c) Las reacciones psicopatológicas posteriores al diagnóstico no correlacionaron ni con pérdidas previas, ni con antecedentes psiquiátricos, ni con la evolución del cáncer, ni con la calidad del apoyo familiar, ni con la información que se posea sobre la enfermedad y su morbilidad, pero sí lo hicieron con la adaptación psicosocial y con la aceptación de la mastectomía como opción segura.
 - d) La negación de la gravedad del tumor predijo consecuencias psicopatológicas a largo plazo, coadyuvando una mayor tardanza en decidir un tratamiento u otro.
 - e) No se observaron diferencias entre las recién mastectomizadas y las veteranas.
- ✓ En 1988, González Barrón investigó la relación de los efectos psicológicos de la mastectomía con la influencia del medio. Para ello, reunió una muestra de 95 mujeres mastectomizadas, comparándola con su equivalente GC. Su conclusión más relevante es que los efectos psicológicos están en función del estadio en que se encuentren, pero éste no se relaciona tanto con el tiempo transcurrido desde la cirugía, cuanto con el grado de asimilación y afrontamiento alcanzados por las mujeres mastectomizadas. El autor recopila fuentes y coteja la calificación de dichos estadios dada por diversos autores, hablando de tres estadios que se han de recorrer en el proceso de ajuste. Lo visualizamos en la tabla 1.
- La unanimidad sobre las etapas queda patente, aunque difiera la forma de designarlas. Por ende, encuentra que lo más determinante en cuanto a la forma de reaccionar y la prontitud en atravesar los estadios es el grado de exigencia laboral de las mujeres, por encima del grado de apoyo familiar, en el tiempo considerado necesario para la recuperación y el dominio sobre la nueva situación.
- ✓ En 1990, González Barrón se preguntaba si la mastectomía alteraba la personalidad de las personas afectadas. Por entonces, una de cada catorce (1/14) mujeres desarrollaba la enfermedad y la mama mutilada parecía ocupar un lugar más o menos central en el autoconcepto, viviéndose como agresión a la identidad femenina. En la muestra de 110 mujeres (55 GE de mujeres mastectomizadas, 55 GC de mujeres sanas) se comprobó que el GE presentaba sentimientos de desesperanza y desamparo (añadiéndose "característicos de



la mastectomía¹⁴). Concluyen que la enfermedad es el origen de rasgos psicopatológicos que no preexistían. El grupo experimental de mujeres mastectomizadas mostraba tras la operación gran labilidad emocional, hipersensibilidad y alto neuroticismo, favoreciéndose con ello la emergencia de reacciones psicopatológicas. La conclusión del estudio es clara: la mastectomía altera la personalidad, marcando un hiato traumático que oscila entre el 30-75% de respuesta depresiva o ansiosa, no presente en los tumores benignos:

Estas reacciones son consideradas como parte de la depresión que subyace, consecuencia del shock producido por la enfermedad, siendo parte del proceso de adaptación a la mastectomía y consecuencia del duelo que debe realizar en dicho proceso (González Barrón, 1990, 249).

- ✓ Dos psicoanalistas, Mercedes Samanes y J. Rallo (1991), estudiaron 60 casos y, a tenor de las anamnesis, descubrieron que: dependiendo del tiempo transcurrido desde el hallazgo del tumor hasta la consulta diagnóstica, podía inferirse que la angustia ante la mastectomía sería mayor en las mujeres con fuerte negación de la patología y que dicha negación se relaciona con el nivel de narcisismo patológico que presentaban. Para las mujeres fuertemente narcisistas, su cáncer suponía una amenaza global a su identidad psicosexual, evitando reconocer durante más tiempo la existencia de un mal y la necesidad de un remedio, postergándolo hasta el punto de comprometer su propia supervivencia. En cambio, en las mujeres maduras, el descubrimiento del tumor incita a una solución adaptativa: la cirugía local-regional o total, viviéndose ésta como una "pérdida de objeto parcial", no sintiéndose tan "castradas" en su feminidad. Tanto por su carácter nutricional como por su carácter erógeno, la mama

es depositaria de significados fundamentales en la vivencia femenina. De ahí que la inevitable visualización de la mastectomía sea un recuerdo constante de la herida.

El miedo a la recidiva del cáncer, el temor al rechazo, la aversión al propio cuerpo, el ocultamiento, la reducción de la actividad física y la mayor vulnerabilidad emergerán, en la trama del duelo, durante el primer año posterior a la cirugía, como cortejo de la depresión postmastectomía. Los autores, sin que ello presuponga desarrollo psicopatológico inevitable, no vacilan en afirmar que la mastectomía es "la injuria física más grave que puede sufrir una mujer" (p. 155).

- ✓ Por su parte, Coll Espinosa et al. (1991), buscaron con una muestra incidental de 30 pacientes (15 con mastectomía parcial y 15 con mastectomía radical), algunas de ellas recién operadas y otras intervenidas 15 años atrás- las representaciones mentales sobre la enfermedad. Las mujeres expresaban vivencias persistentes de pérdida (fuera cual fuera el tiempo transcurrido desde la intervención), dudas sobre la capacidad para inspirar deseo, así como creencias acerca de la relación de la función materna con el cáncer¹⁵. Todas ellas hubieran preferido la mastectomía parcial a la radical, pero ésta se vive de forma distinta dependiendo de la edad: las mayores de 55 años tenían sus sensaciones de mayor distancia emocional y de cierta melancolía. No se privaron los autores de interpretar la subjetividad del pensamiento femenino, reconstruyendo atribuciones profundas:

Sería como decir que "el médico se ha quedado con una parte de su cuerpo y él es el que debe llevar el control de esa parte faltante". (...) Parece haber una asociación inconsciente de que a partir de la extirpación de la mama, hay algo de menos, algo que la priva de ser como todas" (Coll et al., 1991, 36)

- ✓ López Pérez y otros publicaron en 1992 un estudio realizado con 58 enfermas mastectomizadas. Subdividieron la muestra en dos grandes grupos: el grupo A (con afectación grave a su imagen corporal) y el grupo B (sin cambios importantes tras la mastectomía). Extrajerón la conclusión de que los rasgos previos de personalidad predecían más el tipo de reacción que la operación misma y su radicalidad, constatando que

TABLA 1

1º	"De diagnóstico" (Lohman)	"Aturdimiento" (Brantner)	"Desesperanza" (Kaufman)	"Incertidumbre" (Bayés)
2º	"Operatorio y Postoperatorio" (Lohman)	"Depresivo" (Brantner)	"Indefensión e Impotencia" (Kaufman)	"Sentimientos negativos" (Bayés)
3º	"Readaptación" (Lohman)	"Asimilación" (Brantner)	"Redefinición e Integración" (Kaufman)	"Controlabilidad" (Bayés)

¹⁴ Es un ejemplo de la falacia llamada 'quod erat demonstrandum' en la que se da por incuestionable aquello que, precisamente, se trata de confirmar o refutar, adjudicándose características ciertas a un hecho o circunstancia. Podemos hablar, igualmente, de la prevalencia del estereotipo (mastectomía = desamparo y desesperanza) que no ha pasado por ningún procedimiento de contrastación empírica.

¹⁵ D. Gros (1987) afirmó en su libro "El pecho al descubierto" este preciso significado: "el seno: promesa de la vida y amenaza de la muerte".



durante la etapa postquirúrgica se intensificaban los rasgos previos. El grupo con mayor deterioro en la auto percepción, como cabía prever, fue el que también obtuvo mayor puntuación en ansiedad y depresión. Es notable que un factor decisivo para la adaptación al propio cuerpo tras la operación fuera el rechazo de las prótesis mamarias y los cambios o ajustes en el vestuario. Por la fecha aludida (hace 23 años) el procedimiento de reconstrucción oncoplastica de la mama no estaba tan instaurado como en la actualidad. El 84% de la muestra acusó cambios negativos en la autoimagen corporal, pero no correlacionaba ni se derivaba de, ni conducía a otras reacciones posibles como la depresión, la ansiedad o el locus control.

- ✓ Los mismos autores (López Pérez, Polaino, et als, 1991), y probablemente sobre la misma muestra anterior de 58 mujeres con amputación de los senos, buscaron fijar los nexos entre mastectomía y sexualidad. Sus resultados parecen alarmantes con la mirada actual, pero seguramente no sobresaltaron hace 24 años: El 74% de las mujeres experimentaron en sus relaciones sexuales cambios negativos vinculados a la no-aceptación de la imagen corporal ($r = 0,43$), desembocando para el 32% de la muestra en una disfunción sexual. A menudo dichos cambios persistían hasta 2 años después de la mastectomía.
- ✓ En la pequeña muestra aportada por Usobiaga (1995), las mujeres descubrieron su tumor en la perimenopausia, momento delicado de por sí, haya o no mastectomía, pues estas "amazonas voluntarias" añaden una "castración blanca" a las otras "castraciones" (envejecimiento, pérdidas narcisistas de belleza, desaparición de la regla...). Basándose en los sistemas clasificatorios del IPSO (Instituto de Psicología de París), Usobiaga bosqueja un perfil de estas mujeres en duelo: mantienen una relación significativamente estrecha con su madre, de la que a menudo son prolongación, padre ausente o de perfil bajo, identidad mal constituida, yo ideal elevado, consagradas a la familia y/o sin recorrido propio... Características todas ellas que inducen un desfallecimiento psíquico que afecta al plano de la intimidad y a la socialización. Vincula la autora el cáncer a duelos no mentalizados, siendo el principal el duelo de sí mismas.
- ✓ Glosamos también el trabajo de Guerra, Báñez et als (1996), muy revelador, pues efectúa una comparación entre las manifestaciones psicopatológicas presentadas por 29 mujeres tumorectomizadas y 57 mujeres mastectomizadas. La diversidad de tamaño de las muestras podría representar un problema metodológico a la hora de extrapolar los resultados. Se les aplicó a todas ellas el General Health Questionnaire. Resultó difícil

discriminar la incidencia de tres variables independientes que confluían en las respuestas al Cuestionario:

- a) El miedo a la propia enfermedad y a la muerte: incertidumbre, pérdida de control, dependencia, amenaza...
- b) El rechazo a la pérdida del pecho, con el subsiguiente sentimiento de minusvalía y pérdida de feminidad y atractivo sexual.
- c) La ansiedad anticipatoria a los efectos secundarios de los tratamientos posteriores.

Entre sus hallazgos más destacados figuran: la presencia de cuadros de ansiedad en un porcentaje elevado de ambas muestras; presencia moderada de depresión, apareciendo en ciertos casos una euforia reactiva tras la cirugía que podría significar la "victoria sobre el monstruo", la "erradicación del mal". Para algunas mujeres mastectomizadas, la mutilación representa un daño aún mayor que el cáncer mismo. La depresión es más patente en las mujeres mastectomizadas en tanto que la ansiedad lo es en las tumorectomizadas, pues éstas albergan dudas sobre la eliminación total del "enemigo". (Vide Morales et als, 1997).

ESTUDIOS DE MUESTRAS DE MUJERES MASTECTOMIZADAS (AÑOS 2000-2014). CAMBIOS DE TENDENCIA EN LA PSICOONCOLOGÍA

Al doblar la esquina del siglo y del milenio, siendo el cáncer de mama una realidad omnipresente, se han ido produciendo cambios en la percepción social del mismo, los más importantes de los cuales pueden ser el borrado de su condición mortífera y la eliminación del estigma que pesaba sobre las enfermas. No podemos soslayar que símbolos publicitarios como el lazo rosa (Pink Ribbon) o la presencia de mujeres célebres asociadas a organizaciones de lucha contra el cáncer, han dado a la enfermedad una condición de icono, incluso de marca. Diversas auras (positivas o negativas) pueden atribuirse a este reciente escaparatismo mediático del cáncer de mama, algunas de las cuales exhiben actitudes pro-vida muy entusiastas y voluntaristas, y otras proclaman victoriosas el orgullo resiliente de las supervivientes del cáncer¹⁶.

Las mastectomías, con el avance del diagnóstico precoz, y las cirugías de alta precisión, van decreciendo, pero además, incluso cuando se practican por necesidad o por elección de la paciente, pierden una parte importante del carácter traumático que otrora poseyeran, pues se les aplica de inmediato -en combinación con cirujanos plásticos- cirugías reconstructivas que minimizan los daños psíquicos relativos a la auto percepción, la autoestima corporal, la imagen pública y las relaciones interpersonales.



Este cambio de mentalidad en la imagen pública sobre el cáncer trasciende hasta llegar a las propias pacientes afectadas, dulcificando sus reacciones emocionales primero ante el diagnóstico y luego ante la intervención quirúrgica. Nuestra hipótesis al realizar este trabajo es comprobar si en las últimas investigaciones sobre el impacto de la mastectomía en el psiquismo se refleja dicho cambio de tendencia en los resultados muestrales.

Recientemente se concede mayor relevancia en las reacciones psicológicas a variables que dependen de las propias mujeres: locus de control, estrategias de afrontamiento. Ello concuerda con el papel crecientemente proactivo que se otorga a las personas en su propia salud, así como la mayor responsabilización y autodeterminación que se asigna a los enfermos, tanto a la hora de componer sus creencias acerca de la salud como a la hora de decidir con autonomía el tipo de intervención que desean que se les practique.¹⁷

- ✓ Suárez Vera (2005), con una muestra de 40 pacientes mastectomizadas procedentes del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, no halló diferencias en cuanto a la capacidad de afrontamiento de las mujeres que optaron por mastectomía radical o tumorectomía. La capacidad de afrontamiento dependía, de forma significativa, del nivel de **información** que poseían y de su grado de **control** cognitivo sobre la enfermedad que padecían.
- ✓ En una publicación del 2007, García Arroyo y Domínguez López (2007) enlazan las reacciones postmastectomía con el **esquema corporal** y las vivencias sobre el cuerpo que poseyera la mujer antes de la cirugía. Esto supone que se descarga a la mastectomía de su carácter inherentemente traumático. Éste va a depender más bien del **momento evolutivo** (existencial) en el que se encuentre la mujer.
- ✓ Un estudio coetáneo de Olivares (2007)¹⁸ realizado sobre una muestra de enfermas de Reino Unido compara mujeres sanas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, a cirugía radical y a cirugía reconstructiva. In-

forma de que un gran número de mujeres recurre a la reconstrucción mamaria inmediata tras la mastectomía. Cruzando todas las muestras trabajadas en cuanto a algunas variables aporta escasas novedades en las conclusiones, pero algunas merecen especificarse:

- a) La cirugía conservadora (tumorectomía) es más recomendable que la cirugía radical (mastectomía) si se pretende preservar la imagen corporal y conservar una vida sexual satisfactoria, pero no hay diferencias entre ambas en cuanto a aminorar los temores de recurrencia del cáncer.
 - b) No se han encontrado diferencias entre ambos tipos de cirugía en cuanto a la imagen corporal o el ajuste a la enfermedad.
 - c) La calidad de vida o el bienestar social entre las mujeres sanas y las mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria es similar. Mastectomizadas con y sin reconstrucción se igualan en ansiedad, aunque la depresión es mayor en las no reconstruidas que en las sí reconstruidas.
 - d) El grado de satisfacción con el resultado de la cirugía reconstructiva dependía del **nivel de expectativas** y motivaciones previas de las pacientes: cuanto más joven o más depresiva se fuera, más riesgo de padecer estrés o frustración por el resultado obtenido: "los niveles preoperatorios de depresión y ansiedad están inversamente relacionados con la satisfacción del paciente respecto al resultado quirúrgico" (p. 457). Lo subrayado aquí es la relevancia de la imagen: si ésta queda preservada, casi todo va bien.
- ✓ Vázquez Ortiz et als (2010) se centraron en analizar el ajuste sexual y la imagen corporal en mujeres mastectomizadas. Con un GE de 60 mujeres mastectomizadas y un GC de 30 mujeres sanas, aplicaron la Escala de Excitación, la Escala de Satisfacción del S.A.I., la Escala de Autoconcepto Físico y una entrevista estructurada. De todo ello concluyeron que la mastectomía ejerce un efecto muy negativo sobre la

¹⁶ Sería interesante estudiar el impacto de estas campañas -que se venden como preventivas de la enfermedad- sobre el modelo o arquetipo de mujer. Entre líneas del mensaje publicitario se pide a las mujeres televidentes que se identifiquen con esas otras que, tras el cáncer, lucen un aspecto muy saludable y vital, se rodean de vivencias gratas, recuperan su vida laboral y su atractivo previo, como si la enfermedad hubiera sido solo un paréntesis que no hubiese roto la continuidad de sus vidas. Cabría indagar el alcance del mensaje según el cual el cáncer puede obrar una metamorfosis positiva en la vida de la mujer y, tras él, ellas tienen la 'obligación' moral de no considerarlo un trauma y de retomar su vida, con el enemigo ya vencido. ¿Resulta esto una exigencia que anula o niega el duelo por la pérdida? ¿Se está con ello trivializando el problema 'prohibiendo' a las mujeres sentirse mal tras la intervención?

¹⁷ La *Ley 41/2002 básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE, 15 Noviembre 2002) así lo reconoce y destierra para siempre el paternalismo médico también en la psicooncología.

¹⁸ Esta investigación presenta un defecto metodológico importante al comparar mujeres mastectomizadas con mujeres sanas en lugar de comparar diversas muestras de mujeres mastectomizadas en distintas etapas tras la cirugía -con y sin reconstrucción mamaria-.



imagen corporal, la sexualidad, el deseo, la relación con el propio cuerpo (vergüenza ante la propia desnudez y vigilancia suspicaz hacia las características de las prendas de vestir); no se muestran las mamas y se evita acariciarlas, todo lo cual repercute negativamente sobre la vida sexual y su satisfacción, incluso después del primer año postmastectomía. De ellas, un 30% requieren ayuda o apoyo psicológico para superar esos problemas. Gran número de mujeres mastectomizadas no reciben ni toleran caricias en la zona del pecho, aunque en esta muestra se constata la inexistencia de diferencias entre ambos grupos en cuanto a frecuencia de relaciones sexuales, grado de excitación sexual, autoimagen física global o número de orgasmos. Destacamos la contradicción que parece emanar entre la vivencia subjetiva de las mastectomizadas (claramente deteriorada) y los indicadores que pretenden objetivar y medir la satisfacción sexual o, dicho de otro modo, entre el cuerpo real y el cuerpo imaginario, o entre la **función sexual** (operativamente eficiente y satisfactoria) y la fantasmaticización sexual (duraderamente dañada).

✓ En la misma línea, y sobre una muestra colombiana de 100 mujeres sanas y 84 con cáncer de seno, Finck, Barradas et als (2012) sorprendieron con resultados inesperados: las mujeres sanas se encuentran menos satisfechas con su sexualidad que las mujeres enfermas de cáncer. El **ajuste a la enfermedad** y la adecuada comunicación en la pareja son decisivos al valorar la calidad de su vida sexual. Esta investigación no contradice las conclusiones de Markopoulos (2009) sobre que las dificultades sexuales disminuyen con el tiempo y que éstas son mayores en las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Tampoco refutan las conclusiones de Andersen y Hahn (2008) que vinculan la alteración en la vida sexual en las pacientes jóvenes, al ver más comprometida tanto su feminidad como su función materna. Notable es la observación de Finck et als (2012) acerca de que la insatisfacción o disfunciones sexuales previas a la intervención quirúrgica no predicen tanto la insatisfacción posquirúrgica como la distorsión o la **disforia** provocada por la imagen corporal alterada debido a los tratamientos del cáncer¹⁹. Respondieron a la pregunta de Burwell (2006) respecto a si la que se ve modificada es la satisfacción con el sexo o el interés por el mismo (deseo,

apetencia, fantasía, juego), demostrando que es esto último lo más repercutido tras la operación²⁰.

- ✓ Un sencillo artículo de Rincón Fernández et als (2012) versa sobre el impacto de la reconstrucción mamaria en la autoestima y la imagen corporal. Aplicaron a una muestra de 72 pacientes sometidas a cirugía mamaria diversas escalas (la de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal). Se comprobó lo obvio: las pacientes con **mamas reconstruidas** tras la mastectomía manifestaron mayor satisfacción estética, mayor autoestima y menor deterioro en la imagen corporal.
- ✓ En la investigación sobre 98 pacientes mexicanas de todas las edades publicada este año (de Haro-Rodríguez, Gallardo-Vid et als, 2014), usando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado por Cano García (2007), se halló que la reacción más habitual tras el diagnóstico es la de "Resolución de problemas" ("liberación de emociones que acontecen en el proceso de estrés modificando la situación que lo produce"), tras la que sigue la estrategia de búsqueda de apoyo social. La **Inteligencia Emocional** de las pacientes predijo la calidad de vida que tendrían tras la intervención quirúrgica y correlacionó con la prontitud en la consulta médica y con la determinación y cooperación en los tratamientos, estimulando también un mayor optimismo ante los resultados.
- ✓ Por último, la investigación más reciente que corona este periplo es la de Segura-Valverde et als (2014). Con una muestra de 23 pacientes (12 mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) en el GE y 24 mujeres de GC, se utilizó el método de la rejilla corporal. Se ha podido identificar mediante ANOVA qué aspectos psíquicos son los más dañados tras la operación. Comprobaron que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la imagen corporal global, pero sí en cuanto a las **zonas corporales** implicadas en la cirugía. Esta técnica, desarrollada en España por Feixas et als (2003), y basada en la teoría de los constructos personales de Kelly, logra establecer el impacto que tiene una enfermedad concreta sobre los constructos que elaboran los enfermos acerca de su cuerpo. Asombra que Segura Valverde et als concluyan que la valoración de agravio al cuerpo es indistinta en mastectomías y lumpectomías. Añaden que si

¹⁹ Ha de destacarse aquí que a la vivencia de deformidad subsiguiente a la mastectomía contribuye de forma determinante el vaciamiento de la axila y ocasionalmente la aparición de linfedema, tanto más perturbador y relacionado con el daño de la imagen corporal global que la propia resección de la mama.

²⁰ El defecto metodológico principal consiste en suponer que la mujer puede evaluar autónomamente su satisfacción sexual sin valorar si ésta depende solo de ella misma o de la implicación y de las evidencias genuinas de deseo sexual por parte de su pareja.



bien las mastectomizadas integran peor su imagen corporal en aquellos órganos y zonas corporales dañadas por la operación, la adaptación de la imagen corporal global es buena pues, a cambio, obtienen un pasaporte de supervivencia.

EL CÁNCER COMO OPORTUNIDAD. CLAROSCUROS EN LA POSTURA DEL PENSAMIENTO POSITIVO

En los últimos años se aprecia un giro acusado de las investigaciones oncológicas hacia la corriente de la Psicología Positiva. Ésta contempla el cáncer como una oportunidad para resucitar aspectos del psiquismo dormidos o aletargados, o lo que es lo mismo: tras un duelo (o incluso sin él) puede llevarse a cabo una reinterpretación de la nueva circunstancia y de la nueva realidad corporal que posibilite un reinicio, una reinención del proyecto de vida de la mujer, un nuevo punto cero desde el que se abra un abanico de posibilidades para el mayor control y protagonismo personales. Podría interpretarse como una moda teórica que, por su profusa implantación en la sociedad actual, acaba ejerciendo una molesta "tiranía"²¹ que atraviesa -en este caso a las enfermas de cáncer de mama- de expectativas y demandas abrumadoras. Empero, algunas manifiestan, justo tras haber experimentado "la muerte en los talones"²², que el cáncer les ha servido para emerger de nuevo a la vida, tras un largo marasmo de desmentalización y vida plana:

Me encuentro mucho mejor ahora -dice una paciente- que antes de la operación (...). Ahora tengo ganas de hacer muchas cosas, siento que mi mente vuelve a funcionar, me siento más viva. Antes del cáncer me sentía vacía, con la mente seca, me abandoné a mí misma, nada de la vida me interesaba y me daba igual si me moría... (Franco Vicario, 2010, 106).

Sería un imperdonable fallo inductivo suponer que un ejemplo sea una prueba, pero nos invita a considerar que puede elaborarse mentalmente el duelo por la pérdida de la mama de maneras muy diversas dependiendo del sentido que se le atribuya: forma de apego con un nuevo objeto (el pecho enfermo²³), como aldabón del ha-

llazgo de nuevas fortalezas, como despertar consciente a una vida más auténtica, como prueba crucial, como acontecimiento vital traumático, como renuncia a la omnipotencia narcisista del cuerpo sano y perfecto, etc.

Desde este paradigma se insiste en destacar la influencia del Afecto Positivo en la evolución del cáncer. Tedeschi y Calhoun (1999) encontraron 6 categorías de cambios susceptibles de incluirse como indicadores de Crecimiento Postraumático (CTP):

- a) Mejora de las relaciones interpersonales.
- b) Mayor apreciación de la vida.
- c) Percepción de mayor fuerza personal.
- d) Mayor espiritualidad.
- e) Cambios en las prioridades y metas de la vida.
- f) Mayor control global sobre la propia salud.

Por su parte, Castilla y Vázquez (2007, p. 398), tras el rastreo realizado a través de las evidencias científicas, concluyeron que "las pacientes de cáncer de mama que refirieron la percepción de mayores beneficios después del cáncer, también experimentaron un mayor nivel de interés, desafío y plenitud en su vida diaria". Hallaron también que un amplio número de supervivientes de cáncer de mama refirieron haber experimentado cambios positivos en diferentes áreas de sus vidas: percepción de sí, relaciones interpersonales, espiritualidad, cambio de prioridades...

Abundando y validando los anteriores resultados, Mera y Ortiz (2012), a partir de una muestra de 25 mujeres chilenas con cáncer de mama que completaron diversos cuestionarios sobre calidad de vida, encontraron correlaciones entre las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento²⁴) y Calidad de Vida (CV). Concluyeron que ésta tiene una correlación inversa con la estrategia autocrítica dado que, en quienes la utilizan, es frecuente detectar autoinculpaciones e interpretaciones del cáncer como castigo. Por el contrario, las buenas expectativas (optimismo) propendían al uso de estrategias correctas y viceversa:

El optimismo, además de ser un favorecedor de la adaptación a la enfermedad, actuaría como factor protector, disminuyendo la vulnerabilidad frente a otro tipo de enfermedades de carácter

²¹ Algunos hablan de la "tiranía del pensamiento positivo" (Alonso Fernández y Bastos Flores, 2011).

²² "Con la muerte en los talones" es el título significativo, con resonancias cinematográficas, que Franco Vicario (2010) puso a un trabajo en el que se clarifica este estado.

²³ Así lo formuló M. Zubiri en una conferencia en el Colegio de Médicos de Madrid sobre "Cáncer y Psicopatología" (febrero, 2014). Seguramente, la base de su pensamiento está en Smadja (2010) que habla del cáncer como un intento de reorganización psicobiológica que ayuda a devolver el cuerpo a la conciencia del enfermo, habida cuenta de que el cuerpo no estaba adecuadamente representado en la mente.

²⁴ Las estrategias más relacionadas con la calidad de vida son: la reestructuración cognitiva y el apoyo social. En cuanto al optimismo se comprobó que fomenta la salud psicológica, social y ambiental.



emocional y físico asociadas al cáncer (Mera y Ortiz, 2012, 75).

Ochoa, Castejón, Sumilla y Blanco (2013) investigaron si el CPT en supervivientes de cáncer y sus allegados (familiares, pareja, amigos) es vicario o secundario. Concluyeron que el CPT en los enfermos es primario, y (por aprendizaje, modelado e imitación) vicario en los "otros significativos"; en cambio, cuando el cáncer se hallaba en fase terminal e irreversible sólo aportaba un CPT secundario (fortalecimiento de los recursos adaptativos). Parecidos resultados obtuvieron dos años antes García y Rincón (2011) con una muestra de mujeres con cáncer de mama; en el mismo enfoque ahondaron Broche y Medina (2011), tomando el concepto de resiliencia como pivote impulsor del CPT.

Otros autores (Pastells y Font, 2011) han hallado una correlación positiva entre el llamado "optimismo disposicional"²⁵ y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, resaltando la relación inversa entre optimismo y percepción del dolor, lo que las haría más resistentes a los tratamientos quirúrgicos y químicos del cáncer, así como potenciaría su sistema inmunitario²⁶. Interpretan que el pesimismo incide en la pérdida de calidad de vida emocional: "sería tan importante o más no sentirse pesimista que sentirse optimista" (p. 26). Las enfermas más optimistas de la muestra estudiada (50) sentían menos ira y dolor y no se sentían tan cansadas o con dificultad en sus movimientos, al tiempo que podían realizar mejor sus tareas habituales y tenían menos miedo al futuro y a la evolución de su cáncer.

Frente a la hegemonía del pensamiento positivo, se levanta una corriente crítica que denuncia los excesos del "pensamiento positivo y del CPT". Exponen también la contradicción existente entre el mensaje de que el cáncer es resultado de múltiples déficit y el opuesto: las supervivientes del mismo son heroínas, adalides de madura y valiente lucha contra la enfermedad, tanto en lo emocional como en lo estrictamente médico-terapéutico. La psicooncología busca encontrar las carencias (desarreglos, deterioro) de la personalidad premórbida que están en la base de la enfermedad, mientras que la Psicología Positiva ensalza a las enfermas de cáncer, elevándolas a una condición sublime, estandartes de coraje:

Superar la enfermedad implicaría, desde esta perspectiva y bajo la etiqueta de identidad de superviviente, dotar al self no de los atributos propios de la normalidad, sino dibujarlo y presentarlo socialmente bajo los parámetros de

excepcionalidad positivizada espontáneamente generados tras vencer el cáncer (Sumalla et al., 2013a, 49).

¿En qué quedamos –dicen–: ¿son víctimas de su pobreza mental, de sus fallidos recursos psicológicos ante los conflictos y los duelos, o ejemplos de fortaleza, resiliencia y afrontamiento positivo? Crítica que se dirige a la "corriente del *Pink Ribbon*" (lazo rosa) porque, implícitamente, carga a las enfermas de cáncer de mama con una sobreexigencia de resiliencia (por ser valerosas supervivientes), invitándolas a ocultar o a disimular sus emociones negativas (tristeza, ansiedad, miedo, rabia, soledad, envidia, culpa o vergüenza) consideradas exponentes de debilidad o de duelos patológicos. En otro trabajo (Sumalla, 2013b), se plantea incluso si el CPT es real o ilusorio en el cáncer, pues no se puede determinar qué parte de los presuntos cambios positivos experimentados por los pacientes se asocian a procesos genuinos de crecimiento personal y qué parte a otros factores o variables extrañas. Se preguntan: ¿si existe un genuino CPT, debe éste reducir el sufrimiento o mantener el sufrimiento y trascenderlo? Es muy posible que, en muchos casos, los indicadores subjetivos de CPT posean un "sesgo de autoensalzamiento" por lo que deben reclamarse criterios más objetivos (conductas observables positivas, cambios positivos en las personas cercanas al enfermo) para determinar que la paciente con cáncer ha crecido gracias a él y no a pesar de él.

Los eventuales excesos de esta corriente hegemónica actualmente no deben hacernos olvidar que el propósito no debe ser convertir a las enfermas de cáncer de mama en paradigmas de madurez psíquica, sino ayudarlas a entender y cambiar (o al menos corregir) el curso de su enfermedad, mejorando su pronóstico, y eso puede hacerse mediante la rementalización y mediante la reeducación emocional hacia la resiliencia: asumiendo creativamente el futuro tras la enfermedad

Para procurarse una vida que aún valga la pena vivir, una vez que se ha entendido bien que todos los cuerpos humanos somos radicalmente deteriorables, vulnerables y caducables (Pera, 2006, 172).

CONCLUSIONES

A través de numerosos estudios empíricos hemos asistido a cambios en las respuestas y en expectativas mostrados por las mujeres sometidas a mastectomía, así como en la tendencia social general hacia ellas. Si bien las mastectomías afectan a la autoestima y la autoimagen

²⁵ Definen el optimismo disposicional como "expectativa generalizada de que van a ocurrir cosas positivas" (Pastells y Font, 2014, 22).

²⁶ El fortalecimiento del sistema inmunitario se puede operacionalizar en el aumento de las células citotóxicas (Natural Killer, NK) y de las células colaboradoras (Linfocitos T).



corporales, el halo salvador de las cirugías preventivas minimiza las repercusiones negativas sobre las relaciones sexuales, relación con la familia, percepción sobre la mirada de los demás, creencias sobre la propia salud global, etc. En las mastectomías terapéuticas el temor a la proliferación de un mal que ya se ha presentado infiltra de mayor pesimismo las reacciones postquirúrgicas y distorsiona mayormente la autoimagen y las relaciones interpersonales.

No obstante, la investigación sobre el cáncer de mama ha experimentado tal avance en los últimos 30 años que se ha desactivado en parte el temor social y la fatídica equivalencia cáncer = muerte; a ello contribuyen también los protocolos de tratamiento y seguimiento de la enfermedad, así como la Educación para la Salud y la Medicina Preventiva. Se ha logrado, si bien no disminuir el número de pacientes, sí cambiar el imaginario social e individual sobre la enfermedad, hoy en día abordable y curable en alto porcentaje, perdiendo así su condición de estigma. Ya no se invisibiliza a las mujeres afectas de un cáncer de mama. Ellas mismas dan la cara, protagonizan campañas de sensibilización, cooperan orgullosas en asociaciones y grupos de prevención contra el cáncer y lucen orgullosas sus cuerpos (amputados y/o reconstruidos).

Las respuestas de las mujeres tanto al diagnóstico como a la cirugía estaban más impregnadas de pesimismo y vivencias depresivo-ansiosas sobre su cuerpo en los estudios de las décadas finales del siglo XX (1980-2000), tendencia que parece estar revirtiendo en los quince años transcurridos del siglo XXI. La mayor autonomía, empoderamiento, control del proceso por parte de las enfermas, así como los avances de la oncología y de la medicina plástica-reconstructiva favorecen actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer de mama.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. (1990). Ideas para un enfoque sistémico del cáncer. *Psiquis*, 11(3), 25-32.
- Alonso Fernández, C. y Bastos Florez, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2, 187-207.
- Andreu Vaillo, Y., Galdón Garrido, M.J., y Ibáñez Guerra, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J., Manterola, A., Salgado, E., y Domínguez, M.A. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4(2-3), 367-384.
- Artaloytia Usobiaga, J.F. (1998). De la psicopatología al cáncer. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 40, 67-77.
- Barreto, P. y Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Barreto, P.; de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.
- Brainsky, S. (1985). Factores emocionales y de personalidad en el cáncer de seno. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 10, 7-19.
- Broche Pérez, Y. y Ricardo Medina, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento. Una visión desde la Psicooncología. *Revista de Psicología.com*, 15-17. Available from <http://hdl.handle.net/10401/4068>.
- Cano García, F.J., Rodríguez, L. y Martínez, J. (2007). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Castilla, C. y Vázquez, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Claudel, P.T. y Hernández, F.S. (1985). Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 6(2), 29-38.
- Coll Espinosa, F.J., Heras González, M., y Navarrete Montoya, A. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. *Psiquis*, 12(10), 29-39.
- Cruzado, J.A., Olivera, H., y Pérez Segura, P. (2007). Cirugía profiláctica como medida preventiva del cáncer de mama y ovario hereditario. *Psicooncología*, 4(2-3), 483-498.
- Díaz, V.E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7, 155-160.
- Fernández-Argüelles, P., Duque, A., Borrego, A. y García López, O. (1989). Trastornos psíquicos y adaptación psicosocial tras la mastectomía: estudio retrospectivo y prospectivo. *Anales de Psiquiatría*, 5(1), 20-24.
- Finck, C., Barradas, S., Agudelo, D., y Moyano, J. (2012). Cuando el cáncer de mama no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo. *Psicooncología*, 9(1), 41-64.
- Franco Vicario, J.M. (2010). Con la muerte en los talones. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 61, 105-114.
- García Arroyo, J.M. y Domínguez López, M. L. (2007). Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada. *Anales de Psiquiatría*, 23(5), 235-240.



- García Arroyo, J.M. y Domínguez López, M. L. (2009). Reacciones psicológicas de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Anales de Psiquiatría*, 25(6), 287-294.
- González Barron, R. (1988). Efectos psicológicos de la mastectomía: influencia del medio. *Psiquis*, 9(5), 23-39.
- González Barron, R. (1990). La mastectomía, ¿altera la personalidad de las personas afectadas? *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(2), 245-255.
- Guerra, D., Rarez, M., Viñolas, N., Fernández-Cid, A., y Farre, J.M. (1996). Incidencia de psicopatología en pacientes intervenidas de cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 32-37.
- Haro-Rodríguez, M.A. de., Gallardo-Vidal, L.S., Martínez-Martínez, M.L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., y Paredes Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de reciente diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Kübler-Ross, R. (2008). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- López Pérez, M.D., Polaino Lorente, A., y Arranz, P. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clínica y Salud*, 2(3), 271-278.
- López Pérez, M.D., Polaino Lorente, A., y Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 49-54.
- Mera, P. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30, 69-78.
- Morales, M.P., Granada, O., Guerrero, G., Penedo, C., y Ylla Segura, L. (1997). Adaptación psicológica en el cáncer de mama: comparación entre mastectomía y cirugía conservadora. *Psiquis*, 18(9), 25-30.
- Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- Pastells, S., Font Guiteras, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Rincón Fernández, M. E.; Pérez San Gregorio, M. A., Borda Más, M. y Martín Rodríguez, A. (2010). Factores que predicen un buen ajuste psicosocial postquirúrgico en pacientes con cáncer de mama. *Estudios de Psicología*, 31(3), 325-337.
- Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M. y Martín Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psicológica*, 11(1), 25-41.
- Román, J.M. (2007). La cirugía en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 301-310.
- Samanes, M. y Rallo, J. (1991). Problemas psicológicos de las enfermas con tumoraciones de mama. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 18/19, 153-162.
- Sánchez Sánchez, T. (2008). *¿Qué es la Psicopatología? Del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez Sánchez, T. (2014). De la depresión esencial (desmentalizada) al cáncer (en particular de mama) y de éste al crecimiento postraumático (rementalización). *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 85, 43-69.
- Segura Valerde, M., García-Nieto, R., Saúl Gutiérrez, L.A. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57.
- Sirera, R., Sánchez, P.T. y Camps, C. (2006). Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Smadja, C. (2010). La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 61, 30-40.
- Suárez Vera, D.J. (2005). Mastectomía, Afrontamientos y autopercepción corporal. *Psicología.com*, 9(2). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/759/>
- Sumalla, E.C., Castejón, V., Ochoa, C., y Blanco, I. (2013a). ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? *Oncología, disidencia y cultura hegemónica*. *Psicooncología*, 10(1), 7-56.
- Sumalla, E.C. Ochoa, C., y Blanco, I. (2013b). ¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un cáncer? *Infocop*, 67-68. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2265
- Usobiaga, I. (1995). Las Amazonas involuntarias. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 21, 59-74.
- Vázquez Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.



¿SOMOS TODOS ENFERMOS MENTALES? MANIFIESTO CONTRA LOS ABUSOS DE LA PSIQUIATRÍA

Frances, A.
Madrid: Ariel, 2014

Ernesto López Méndez y Miguel Costa Cabanillas
Ayuntamiento de Madrid

Desde aquellos clásicos *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura*, de Thomas Szasz, hasta los más recientes *Medicalizar la mente*, de Richard Bentall, *La invención de trastornos mentales*, de Héctor González y Marino Pérez, o el último nuestro, *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología*, han sido muchos los que han criticado la ortodoxia psicopatológica. Recientemente, la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología denunciaba las limitaciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y reclamaba un sistema conceptual basado en la formulación psicológica de los problemas y no en el modelo psicopatológico de enfermedad. Recientemente también un grupo de psiquiatras británicos proponía la abolición del DSM y reclamaba un paradigma alternativo.

El psiquiatra americano Allen Frances se acaba de unir al coro crítico con el libro *¿Somos todos enfermos mentales?*. La crítica de Frances tiene una especial significación por tratarse del director del grupo de trabajo que elaboró el DSM-IV.

SALVAR A LA GENTE NORMAL Y SALVAR A LA PSIQUIATRÍA

El propósito de su denuncia es *“ayudar a salvar a la gente normal”* de ser diagnosticada como enferma y de ser sometida a tratamientos médicos innecesarios, lo cual nos convierte en una *“sociedad de adictos a las pastillas”*, y *“ayudar a salvar la psiquiatría”* protegiéndola de los excesos. Su denuncia es una alarma ante la mercantilización de la enfermedad que *“vende enfermedades psiquiátricas como la forma más eficaz de traficar con píldoras muy rentables”*, la inflación diagnóstica y la

“epidemia falsa de enfermedades mentales” que, según Frances, ha adquirido proporciones exorbitadas con la aparición del DSM-5. Es al mismo tiempo la confesión de su desencanto, porque considera que su denuncia puede estar siendo una *“batalla perdida”* en *“una guerra civil dentro de la psiquiatría”*, que por el momento van ganando la inflación diagnóstica y las empresas farmacéuticas, porque sigue creciendo el mercado de los psicofármacos y el número de personas adictas a los psicofármacos, y el abuso de fármacos se ha convertido en un *“grave problema de salud pública”*.

LA INCIERTA FRONTERA ENTRE LA NORMALIDAD Y LA ANORMALIDAD

En la primera parte del libro, intenta Frances la difícil tarea de establecer una frontera entre lo que denomina *“perturbaciones típicas que forman parte de la vida”* y *“un auténtico trastorno psiquiátrico”*, entre lo *“mentalmente normal”* y lo *“mentalmente anormal”*. Pero Frances mismo confiesa no haber encontrado ninguna definición de *“trastorno mental”* que sea útil para determinar qué experiencias deben considerarse trastornos mentales y cuáles no, cómo decidir *“quién está enfermo y quién no”*.

Desde luego para Frances, no se trataría de una auténtica enfermedad, una dolencia diferenciada con una causa unitaria, como sería el caso de un tumor cerebral, lo que para él sería un *“reduccionismo biológico”*. Tal vez sea eso lo que le lleva a diferenciar *“enfermedad médica”* y *“enfermedad psiquiátrica”*, si bien nos dice que la distinción entre ambas *“es a menudo confusa y difícil de determinar”*. No obstante esta ambivalencia, reconoce en todo caso que para trazar la línea divisoria entre normalidad y trastorno mental, los avances en el estudio del funcionamiento del cerebro, que él considera *“la ciencia básica de la psiquiatría”*, nos confirman que *“la esperanza de encontrar una explicación sencilla a cualquier trastorno mental, basada en genes, neurotransmisores o circuitos,*

Correspondencia: Ernesto López Méndez. Email: lopezmendez@gmail.com

Miguel Costa Cabanillas. Email: mcosta@cop.es



ha resultado ingenua e ilusoria". En ello, Frances podría coincidir con Germán Berrios, quien, en *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*, reconoce que "los marcadores biológicos no están disponibles", si bien Frances considera que "la ausencia de pruebas biológicas es una enorme desventaja de la psiquiatría".

PRAGMATISMO UTILITARISTA

A pesar de esa dificultad de encontrar fundamento para la declaración de "enfermedad mental", como sí lo debe encontrar la medicina científica en sus modelos anatómico-clínico, fisiopatológico y etiopatogénico para evidenciar la "sede y causa" de la "enfermedad médica", Frances le otorga al concepto de "trastorno mental" una utilidad práctica, de acuerdo con un "pragmatismo utilitarista". Así, la esquizofrenia "es claramente real, los patrones en que se presenta son claramente reconocibles", y por ello sería un "concepto útil, la descripción de una serie determinada de problemas psiquiátricos", si bien "no una explicación de sus causas". Si declaramos que esta persona tiene un tumor hepático, una enfermedad pulmonar obstructiva, o una amigdalitis, hemos de aportar evidencias de la declaración. En el pragmatismo utilitarista de Frances, basta con hacer la declaración de que esta persona tiene un "trastorno mental".

Aunque, según Frances, es difícil definir el concepto general de trastorno mental, un "auténtico trastorno psiquiátrico" sería "síntomas y comportamientos que no se autocorrijen, una avería en el proceso curativo homeostático normal". En todo caso, Frances dice que "podemos definir con bastante facilidad cada uno de los trastornos mentales específicos" mediante una serie de criterios que enumeran "los síntomas que lo definen, cuántos tienen que estar presentes y qué duración deben tener". Es la concepción de "síndrome" propia del DSM-IV, si bien "las líneas divisorias que delimitan diferentes trastornos son siempre mucho más borrosas en la vida real que sobre el papel, y si bien Frances reconoce los problemas de fiabilidad, y sobre todo de validez, que afectan a esos síndromes.

LOS RESPONSABLES DE LA INFLACIÓN DIAGNÓSTICA

Considera Frances que en la elaboración del DSM-IV se hizo un riguroso esfuerzo por mitigar la inflación diagnóstica y porque la psiquiatría no expandiera sus límites para incluir a personas normales. No elude, sin embargo, la autocrítica y reconoce que el DSM-IV no fue capaz de predecir y prevenir tres falsas epidemias de

trastornos mentales infantiles a las que iba a dar lugar, autismo, déficit de atención y trastorno bipolar infantil, y que la inflación diagnóstica ya había despegado de manera alarmante con DSM-III.

Pero Frances señala como máximos responsables de la inflación al DSM-5 y a la presión de la industria farmacéutica frente a la que "el DSM-IV resultó ser un dique demasiado endeble para frenar el aluvión". No cabe duda de que son, en efecto, las farmacéuticas las que fabrican las píldoras, pero hay que reconocer que son los profesionales los que las prescriben y que, como hemos documentado en el libro referido más arriba, es el propio DSM en sí mismo un aluvión de psicopatología. De hecho, como nos dice el mismo Frances, cada vez más son los médicos de atención primaria los que recetan la mayoría de los psicofármacos, sobre todo los ansiolíticos y los antidepresivos, con la explícita o implícita creencia de que los problemas por los que la gente consulta son fáciles de "tratar con una píldora mágica". Frances no puede por menos de reconocer que muchos médicos son colaboradores voluntarios o involuntarios del marketing farmacéutico y que "una enorme legión de líderes de opinión de la psiquiatría son reclutados para anunciar los maravillosos beneficios que proporcionan los fármacos y quitar importancia a los perjuicios que causan". El propio Frances reconoce haber sido en tiempos uno de esos líderes, aunque ahora lamentablemente, arrepentido, que aquello fue "algo impropio".

Se puede reprochar a las farmacéuticas la "venta de enfermedades", pero es que ya las ha fabricado y vendido previamente el DSM, que no puede eximirse de responsabilidad. Es verdad, como denuncia Frances, que la industria farmacéutica está "inculcando la idea de que muchos de los problemas normales de la vida son trastornos mentales debidos a un desequilibrio bioquímico que puede solucionarse engullendo pastillas", que está extendiendo su mercado a la población infantil y que "vende antipsicóticos como churros en los hogares de anciano", pero es verdad también que el propio modelo psicopatológico y el DSM no los ha creado la industria farmacéutica, aunque ésta contribuya sin duda a mantenerlos vivos. Por ello, no es fácil sostener, como sostiene Frances, que "la psiquiatría no inventó la inflación diagnóstica".

LAS MODAS PSIQUIÁTRICAS SON PERJUDICIALES PARA LA SALUD

Esto dice Frances en la segunda parte del libro, donde aparte de las modas del pasado, son las más actuales las que le alarman más y a las que el DSM-IV contribu-





yó, dice Frances que “involuntariamente” por no haberlo previsto: el sobrediagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que *“se ha extendido como la pólvora”*, el autismo y el trastorno bipolar II del adulto. Pero lo que a Frances le resulta más vergonzoso es la moda del “trastorno bipolar infantil” que está haciendo que niños de 2 y 3 años estén siendo atiborrados de medicamentos que tienen claros efectos neurotóxicos. La “desregulación destructiva del estado de ánimo” podría ser, a juicio de Frances, *“la epidemia más peligrosa provocada por el DSM-5”*, aunque no le iría a la zaga el “trastorno de somatización”. Nos refiere Frances que, en el proceso de elaboración del DSM-IV discutieron la posibilidad de incluir la *“dependencia de la cafeína como categoría oficial”*. Lo descartaron porque *“la dependencia de la cafeína es tan omnipresente, que no parecía que valiese la pena hacer que sesenta millones de personas se levantaran cada día sabiendo que su placer matutino era un trastorno mental”*. Ante este curioso razonamiento, cabe preguntarse por qué los expertos que elaboraron DSM-IV no lo aplicaron a tantos otros diagnósticos incluidos en el Manual.

UNA REAFIRMACIÓN DEL MODELO PSICOPATOLÓGICO

El libro de Frances tiene el gran valor de la denuncia, con la que nos aliamos, de la inflación diagnóstica y de la medicación abusiva. Es, sin embargo, en nuestra opinión, una reafirmación y reivindicación del modelo psicopatológico, cuyo análisis crítico hemos acometido en el libro referido más arriba, y que convierte experiencias vitales y problemas psicológicos en patología, en psicopatología. Y aún cuando Frances utilice preferentemente, como hace también el DSM, la denominación de “trastorno” o “problema”, y aún cuando de acuerdo con la perspectiva sindrómica que propugnaba el DSM-IV, considere que esos trastornos son “patrones” o “comportamientos”, sin referencia a sus causas, no duda en hablar de “enfermedades mentales” como contrapuestas a “enfermedades médicas”, y si lamenta que estén siendo tratadas personas normales *“preocupadas pero sanas”* cree, sin embargo, que se está prestando poca atención a *“quienes están realmente enfermos”*. Si el modelo psicopatológico y su soporte DSM no se atiene a los criterios de la medicina científica, que requiere evidencias de la “sede y causa”, ¿con qué derecho declara “enfermedades” a la colección de comportamientos, trastornos o problemas

que conforman los síndromes cuando no puede aportar más evidencias que los mismos comportamientos que forman parte de la colección?, ¿con qué derecho los denomina “síntomas” si no ha identificado, y declara no interesarle esa identificación, la entidad patológica causante de la que esos síntomas serían indicadores, como lo es la ictericia de una hepatitis o de un hepatoma?, ¿por qué llamar “curación” a los efectos de los psicofármacos, como si la colección de comportamientos que se pretende cambiar fueran un análogo de una meningitis curable con antibiótico? Y no se trata, como Frances quería con DSM-IV, de *“elevar el listón de los trastornos que parecían demasiado fáciles de diagnosticar”* para evitar la arbitrariedad diagnóstica, sobre todo si como dice el propio Frances *“la decisión final acerca de dónde situar el listón es siempre subjetiva”*, o de modificar los umbrales de los diagnósticos existentes haciendo más estrictos *“los criterios vagos del DSM, exigiendo más síntomas y/o mayor duración y/o más incapacitación”* para restringir la inflación, se trata de que el diagnóstico de enfermedad aplicado al comportamiento es, en palabras de Thomas Szasz, un *“error lógico y epistemológico”*. Frente a la creencia, que Frances considera con razón precientífica, de la *“enfermedad provocada por el demonio”*, no sería más científica la *“enfermedad de la mente”*.

Aparte de las recomendaciones que Frances hace en la tercera parte del libro para *“domar la bestia de la inflación diagnóstica”* y para ser un *“consumidor inteligente”* de la intervenciones profesionales, y aún cuando afirme que *“todavía no entendemos las causas de la enfermedades mentales”*, lo que seguramente se debe a que Frances desconoce el valor hermenéutico y explicativo de los paradigmas de la psicología, compartimos con él la importancia que otorga, en varios casos tratados por él de manera atinada, al papel jugado por las variables psicológicas implicadas y a la preparación clínica y psicológica de los profesionales, más allá del diagnóstico categorial. La revista de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en el número de octubre de 2014, hace una revisión de la evidencia científica sobre la aplicación de la terapia psicológica cognitivo-conductual en personas con trastornos psicológicos graves, lo que pone de relieve el creciente interés de la Psiquiatría hacia la aplicación de intervenciones psicológicas. Hay ahí sin duda un importante lugar de encuentro y de deliberación compartida entre psiquiatría y psicología clínica.



LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS NO SON ENFERMEDADES

López, E. y Costa, M.
Madrid: Pirámide, 2014

José Javier Moreno Arnedillo
Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Enfrentarse a la ortodoxia psicopatológica no es una tarea exenta de riesgos, habida cuenta del grado de generalización de esta ortodoxia y del enorme poder de algunos de quienes la sustentan. Ciertamente, acometer esta tarea requiere ir bien pertrechado. En primer lugar, con el conocimiento de esa ortodoxia, de sus inconsistencias epistemológicas, de su endeblez empírica, de su circunstancia histórica y de sus condicionantes diversos. Pero, sobre todo, conviene ir pertrechado con una alternativa conceptual sólida para aquello que se critica. En este caso, esta alternativa, que recoge los frutos de más de un siglo de psicología científica, ha ido forjándose a lo largo de muchos años y de una veintena de libros (desde aquel inolvidable *Salud Comunitaria* de 1986). A mi juicio, el planteamiento de esta alternativa es la principal virtud del libro que aquí comentamos, una virtud que justifica de sobra que los autores hayan optado por un título tan deliberadamente provocador. Digamos, también, que esta crítica es agradecida. Agradecida por muchos de quienes, nos guste o

no, padecemos como profesionales de la psicología clínica la omnipresencia y la imposición por razones extracientíficas de un modelo insuficiente, incluso tautológico, y ciertamente ajeno a la psicología

El momento, además, es de lo más oportuno. Desde hace algunos años, y especialmente a partir del nacimiento de la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se han levantado distintas voces críticas con el modelo psicopatológico, sus condicionantes y sus implicaciones, llegando incluso a la negativa, recogida en un número de INFOCOP¹, al uso del DSM-5 por parte de instituciones como la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología² o el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos³, si bien no en todos los casos por los mismos motivos. Podríamos decir que el debate está en plena ebullición. Cabe organizar la crítica, para situarnos y de modo muy elemental, en distintos niveles de radicalidad.

Como mínimo, se señala la inflación diagnóstica del DSM-5, donde fenómenos como la timidez o la rebeldía, por ejemplo, convenientemente reformuladas en términos de la "logomaquia psicopatológica", en palabras de López y Costa, aparecen como trastornos mentales. Esta es la posición, entre otros, de Allan Frances, psiquiatra y presidente del grupo de trabajo del DSM-4^{4,5}. Yendo un poco más allá, se denuncia, como determinante, el papel de distintos grupos de presión, y especialmente la industria farmacéutica (ver, a este respecto, el libro *La invención de trastornos mentales*, de Héctor González y Marino Pérez⁶ o el artículo de Deacon⁷ comentado en un número anterior de INFOCOP⁸) al tiempo que se señala la ineficacia y los efectos secundarios de los abordajes farmacológicos (ver la serie de artículos publicados en INFOCOP⁹ donde se exponen los planteamientos de Irving Kirsch (eficacia de los antidepresivos), Robert Whitaker (efectos nocivos de los psicofármacos) y Daniel Carlat (alianza entre psiquiatría e industria farmacéutica).

Pero, más allá de estas argumentaciones, la cuestión de fondo es de tipo epistemológico y hasta ontológico, por-

Correspondencia: José Javier Moreno Arnedillo. Centro de Promoción de Hábitos Saludables. Montesa 22, edificio C. 28006 Madrid. España. E-mail: morenoajj@madrid.es

¹ Infocop nº 61, año 2013

² <http://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-ondiagnosis-master-doc.pdf>

³ <http://www.nimh.nih.gov/about/director/>

⁴ Infocop nº 62, año 2013

⁵ Frances, A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Ariel

⁶ González, H. y Pérez, M. (2007). La invención de trastornos mentales. Alianza Psicología

⁷ Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>

⁸ Mitos y realidades sobre el modelo biomédico en salud mental. Infocop, 2014, nº 65

⁹ La caída del imperialismo farmacológico en salud mental. Infocop, 2012, nº 57

que tiene que ver con la naturaleza misma del comportamiento y de eso que algunos insisten en llamar “enfermedades mentales”. Lo que se plantea aquí es hasta qué punto es posible explicar los comportamientos problemáticos a partir de simples desajustes cerebrales y, por lo tanto, extender sin más la aplicación del modelo médico a lo que son problemas de comportamiento (los trastornos “mentales” serían trastornos del “órgano de la mente”, o sea, del cerebro). Esa crítica implica, obviamente, la defensa de la consideración de las variables “psicosociales” (formuladas en distintos términos más o menos equívocos y ocupando un lugar más o menos central). Esta cuestión está magníficamente desarrollada en el libro ya citado de Héctor González y Marino Pérez, y también en un artículo de los propios López y Costa¹⁰ publicado en Papeles del Psicólogo, que puede considerarse un adelanto del libro que aquí comentamos.

Ciertamente, la falta de evidencias sobre las causas cerebrales de los problemas de comportamiento nunca ha detenido el proceso de patologización de los mismos. El proceso es mucho más simple. López y Costa plantean en su libro la pirueta pseudoexplicativa en la que se basa el modelo de enfermedad. Se parte de una constelación de comportamientos que habitualmente coexisten (por ejemplo, quedarse en la cama, abandonar actividades, llorar, quejarse de uno mismo o de los demás...) y se le adjudica un nombre (por ejemplo, “depresión”) que, en principio es sólo una etiqueta con la que describimos o denominamos a ese conjunto de conductas. A partir de ahí se “cosifica” el nombre, se asume que tal etiqueta designa algo que existe realmente y que tiene entidad propia (“la depresión”) y, finalmente, esa entidad se convierte en “causa” de los mismos comportamientos de los que partíamos. Diremos entonces que Fulano de Tal padece una depresión porque manifiesta determinados comportamientos, y diremos que los padece porque padece una depresión. La circularidad es evidente y, si se quiere romper y hacer así el argumento más digerible, siempre cabe decir que “todavía no se conocen las causas” o simplemente inventar una extráida de la investigación neurocientífica (que es “neuro” y es “científica”) y financiada por la misma industria farmacéutica que fabrica el fármaco capaz de “curar” la “enfermedad” (otro tipo de líneas de investigación no encuentran financiación tan fácilmente).

Si la pirueta conceptual en que se fundamenta la ortodoxia psicopatológica no puede ser justificada desde el punto de vista epistemológico (ciertamente endeble), la existencia y el predominio de esta ortodoxia sólo puede ser fundamentada desde el punto de vista histórico, identificando su peripecia, su proceso de nacimiento y consolidación, siempre en íntima relación con los contextos filosóficos o religiosos dentro de los cuales va apuntalándose. A esta tarea se dedica el capítulo 1. Se trata de un documentadísimo texto, de esos que apetece paladear y releer, en el que se nos muestra la equivalencia entre el viejo modelo “humoral” de la psicopatología, mezcla de naturalismo, magia y teología, (“la bilis negra”, causa de la melancolía), y el modelo psicopatológico actual, donde se sustituye el “desequilibrio de los humores” por el “desequilibrio de los neurotransmisores cerebrales”, con idéntica ausencia de justificación empírica. Nada nuevo bajo el sol, pues. Un poco más adelante (capítulo 2) se muestra el proceso de patologización de los problemas psicológicos por el procedimiento de “explicar” los problemas de comportamiento mediante la aplicación a los mismos de los nuevos modelos de la patología médica (anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatológico) surgidos a partir del Renacimiento y consolidados especialmente en los siglos XIX y XX, y que tantos beneficios ha reportado al desarrollo de la medicina. Nace así la actual “neuromitología” (o “cerebrocentrismo”, en términos de Marino Pérez), que sitúa la “mente” y por lo tanto la explicación de los comportamientos y, por extensión, de todos los asuntos humanos, incluyendo, obviamente las conductas consideradas problemáticas, “dentro” del cerebro.

Esta búsqueda de las causas de la “psicopatología” en el cerebro es infructuosa, como no podría ser de otro modo dado que los fenómenos que se investigan (comportamientos) son de otra naturaleza. Es como buscar un objeto perdido no donde se ha perdido sino donde hay más luz para buscarlo o donde hay más interés en encontrarlo. A pesar de ello, la búsqueda continúa: recordemos que Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, fundamenta su rechazo a la DSM-5 en la necesidad de que la taxonomía psicopatológica esté basada en marcadores biológicos de la “enfermedad mental”, cuya investigación considera prioritaria. O las recientes declaraciones de Nora Vol-

¹⁰ López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. Papeles del Psicólogo, vol. 33



kow, directora del Instituto Nacional para el Abuso de Drogas norteamericano (NIDA), que en una reciente visita a Madrid ha felicitado al Ayuntamiento de la capital por su "trabajo pionero de carácter internacional en el tratamiento de las enfermedades del cerebro como la Patología Dual" (digamos, de pasada, que el concepto de "patología dual", de nombre tan pomposo, es un magnífico ejemplo de cómo se resuelven los problemas de explicación de lo difícilmente explicable desde la perspectiva psicopatológica: se añaden más etiquetas y ya está; es como si poner más nombres sirviera para entender mejor lo que queremos entender; posteriormente se aclara que la base cerebral de esta doble patología "todavía no se conoce", y problema resuelto).

Una vez planteado el fundamento del modelo psicopatológico, los autores pasan (capítulo 3) a la exposición y crítica de las implicaciones prácticas derivadas del mismo: la tautología y la irrefutabilidad del diagnóstico, la exención de responsabilidad que supone y por lo tanto la indefensión y pasividad del "enfermo" a que dan lugar, el estigma social que lo acompaña, la quimera terapéutica que se deriva de modelo y, más allá del ámbito clínico, la función de control social que ejerce el modelo de enfermedad mental. Dos cuestiones (al menos) destacan su interés, y también por la agudeza del bisturí crítico de los autores. Por un lado, la cuestión de los tratamientos farmacológicos: su falta de fundamentación empírica y por tanto su carácter de pseudotratamiento, su estrategia autoconfirmativa (si administro el fármaco X y el paciente mejora, significa que se trata de una enfermedad, y que esta enfermedad está causada por el desequilibrio del neurotransmisor sobre el que actúa el fármaco X), su soporte en los intereses de la industria farmacéutica y sus nada despreciables efectos secundarios. Por otro lado, el carácter marcadamente ideológico (conservador) de la ortodoxia psicopatológica, en la medida en que desvincula los problemas de la vida de la gente de los contextos en que la gente vive, considerándolos asunto estrictamente individual, de modo que el sufrimiento que cabría atribuir a, por ejemplo, las consecuencias de la crisis económica (precariedad, paro, inseguridad), del que somos espectadores a diario, en realidad sería un asunto de desajustes cerebrales.

Como decía anteriormente, una crítica es siempre incompleta si no ofrece una alternativa mejor. En este caso, con ser la crítica más que suficiente para justificar por sí sola el libro, sirve como preámbulo necesario para adentrarse en lo que, a mi juicio, es su meollo y su au-

téntica "perla": el desarrollo, a lo largo de los capítulos 4, 5, 6, 7 y 8, de un modelo alternativo que, desde los paradigmas de la psicología, desvela el sentido y el significado de los comportamientos que por su aparente incomprendibilidad son considerados enfermos por el modelo psicopatológico.

Se trata de un hermoso texto fronterizo entre la psicología y la antropología filosófica. El comportamiento, cualquier comportamiento, no puede ser entendido si se le despoja de su carácter de transacción con el contexto, una transacción continua, que sólo artificialmente podemos trocear, en la que el contexto influye, "deja huella", condiciona, transforma al sujeto, y en la que el sujeto, a través de su capacidad de obrar, produce igualmente efectos, cambios en la situación previa que a su vez modifican tanto la morfología como la probabilidad de unos y otros comportamientos; de este modo se construye el patrimonio biográfico, la biografía única e irrepetible, cincelada a través de innumerables transacciones. El sujeto no es nunca puro sujeto, es ante todo biografía, única y siempre inacabada, "habitante de la frontera" (el "ser-en-el-mundo" de Heidegger, el "yo circunstanciado" de Ortega, el "ser para sí" de Sartre), que se hace a sí misma en la medida en que está volcada "hacia fuera", en la medida en que es modificada por el contexto pero a su vez modifica el contexto mediante el obrar y por lo tanto se construye a sí misma. El capítulo 6, en particular, incluye una demoledora y hasta poética defensa de la capacidad ejecutiva, de la capacidad de obrar, de operar cambios en el contexto, como elemento primordial de la naturaleza humana, frente a la visión idealista del ser humano como ser pensante. Todo comportamiento, pues, incluidos los comportamientos considerados patológicos por el modelo médico, es siempre, y al mismo tiempo, biográfico, contextual y transaccional. Resulta incomprensible sólo si se le despoja de estas tres dimensiones. Desentrañar este entramado, construir una hipótesis explicativa a la medida del caso que guíe la intervención profesional (si es este el ámbito en que nos movemos) puede ser complejo, pero esta dificultad no justifica que el comportamiento en cuestión sea considerado irracional o patológico ni que despachemos fácilmente el asunto inventando una entidad que está "dentro" del individuo, aunque nadie haya visto, y que funciona como "causa" del comportamiento a explicar. A la exposición de esa tesis y de sus implicaciones se dedica el capítulo 4.



Esta radical unidad entre biografía y contexto, planteada en el capítulo 4, es despiezada magistralmente en los capítulos siguientes (5, 6, 7 y 8), dedicados a los paradigmas básicos de la psicología y a su aplicación en la explicación de los comportamientos, tanto los "normales" como, especialmente, aquellos que la logomaquia psicopatológica considera "patológicos" y que ahora, vistos desde la perspectiva de su naturaleza biográfica y transaccional, se revelan como plenos de sentido. El texto trae al presente y recupera (por si alguien los hubiera extraviado) el paradigma de condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, del aprendizaje vicario y del marco relacional, pero provocando en el lector un sabor muy diferente de aquel que provocaba en nuestros tiempos de estudiantes la lectura de los textos básicos de psicología del aprendizaje, que rara vez iban más allá de los perros que salivaban y de las ratas que oprimían palancas. ¡Qué mal nos han explicado los paradigmas de la psicología! En el texto de López y Costa se camina desde el experimento de laboratorio de los autores clásicos como Pavlov, Watson o Skinner hasta la explicación de los comportamientos más complejos y aparentemente "incomprensibles", mostrándonos, con múltiples ejemplos (capítulo 7), el papel de la observación de modelos, del refuerzo negativo, de los programas de refuerzo intermitente (de intervalo o de razón, fija o variable) o del control estimular, entre otros procesos, en el origen y mantenimiento de las conductas. De paso, se va señalando la aplicación de estos mismos procesos al tratamiento de los problemas psicológicos, un tratamiento que debe ser igualmente radical (ir a la raíz) y, por lo tanto, fundamentado en la experiencia de nuevas transacciones correctoras. En relación con este asunto, se alude también de modo crítico a algunas versiones del modelo y la terapia "cognitivo-conductual", que no son sino una forma de dualismo cartesiano en la medida en que desgajan la dimensión cognitiva del comportamiento y la consideran un mundo aparte, una "variable independiente" no explicada que se postula como "causa" de los comportamientos. Específicamente al comportamiento condicionado por reglas verbales, al papel de la función sustitutiva y mediadora del lenguaje (el "segundo sistema de señales" de Pavlov) al que se refiere el paradigma del Marco Relacional, que es un fenómeno igualmente transaccional, vinculado a la acción, que no "brota del cerebro", se dedica el capítulo 8.

El capítulo final del libro está dedicado al "mundo interior, la mente y la conciencia", y en él se denuncia la

búsqueda en la "mente" o en la "enfermedad mental" de la explicación de los comportamientos, ignorando las transacciones biográficas que son su raíz primera y que les dan sentido. Esta logomaquia está enraizada en el dualismo que impregna no solo la religión (donde, al fin y al cabo, tiene sentido) sino el lenguaje cotidiano, la ortodoxia psicopatológica (sustituyendo acaso "mente" por "cerebro", pero el dualismo es esencialmente el mismo) y también la psicología cognitivo-conductual. Frente a esta concepción dualista que considera lo "mental" o lo "cerebral" como variable independiente inexplicada, se muestra, desde la psicología evolutiva y también desde la filogénesis del comportamiento, cómo "pensar" es igualmente conducta que tiene su génesis en la acción operante.

¿Qué cabe esperar del efecto que produzca la publicación de este libro? "Obras son amores", dicen los autores. Una "obra" es más "obra" cuanto más "opera", cuanto más significativo es el cambio que produce en la situación anterior, y este es el sentido que tiene. Obviamente, en este momento no sé cuál puede ser ese impacto. Pero creo que sí se pueden decir ya algunas cosas. En primer lugar, que la intención de los autores es generar cuestionamiento y debate. Este libro no pretende ser solo, como dice en un conocido poema el donostiarra Gabriel Celaya, "un bello producto", "un fruto perfecto". El título lo da a entender claramente, a mi juicio. En segundo lugar, ese debate al que el libro pretende contribuir es necesario, porque es necesario cambiar el triste panorama de la práctica clínica derivada de la ortodoxia psicopatológica. Y, en tercer lugar, y como decía al principio, será un impacto agradecido por muchos de quienes ejercemos la psicología clínica jugando siempre "en campo contrario".

Finalmente, me atreveré a decir que este es un libro de síntesis y madurez. Es un libro que solo puede ser escrito por quienes, después de haber realizado un largo y provechoso camino por numerosos ámbitos aplicados que tienen que ver con el comportamiento, vuelven a casa, a su querida Itaca clínica, y, tomando como ocasión propicia la crítica a la ortodoxia psicopatológica (igual que todos los caminos conducen a Roma, todos los asuntos humanos conducen al mismo punto) desembocan en la pregunta radical sobre la naturaleza misma del ser humano, que ellos, hermosamente, sintetizan en el concepto de "ser operante, habitante de la frontera", una condición que hace comprensible y explicable aquello que de otro modo puede parecer que no lo es.

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 atenderse 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, introducido

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. Podrían no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también

muy especializado y que no se ajustase al 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.

INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

V SYMPOSIUM NACIONAL PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

19/21
NOVIEMBRE

MADRID
2015



PONENTES:

DEBORAH BEIDEL / ROBERT NEIMEYER / PETER MURIS / CECILIA ESSAU / JANET TREASURE / JORDI MIRÓ / MIREIA ORGILÉS / AURORA GAVINO / XAVIER MÉNDEZ / SOLEDAD SANTIAGO / CARMEN MAGANTO / VICTORIA DEL BARRIO / INMACULADA MORENO / MAITE GARAIGORDOBIL / MONTSERRAT PERIS / MIGUEL A. CARRASCO / RAFAEL BALLESTER / MATEU SERVERA / JOSÉ I. BAILE / JUAN M. MORENO / REMEDIOS GONZÁLEZ / JOSÉ MANUEL PEIXOTO / SANTOS OREJUDO / LUIS CARLOS DELGADO / ROSA RAICH / ESTRELLA ROMERO / REYES MOLINER / XAVIER CARBONELL / PAULO AZEVEDO / CRISTINA LARROY / M. XESÚS FROJÁN / ANTONIO GODOY

TEMAS:

Tratamiento de la ansiedad social / Duelo en la familia / Conductas adictivas / Adolescentes y redes sociales / Tratamiento del TOC infantil / Diagnóstico a través del dibujo / Mindfulness con niños y adolescentes / Trastornos de la conducta alimentaria / Tratamiento de la fobia a la oscuridad / Avances en el diagnóstico del TDAH / Psicopatología del desarrollo y ansiedad / Terapia icónica en trastorno límite de la personalidad / Prevención de trastornos alimentarios / Psicopatología infantil y psicología positiva / Psicooncología infantil y adolescente / Sexualidad de riesgo en niños y adolescentes / Dolor crónico en niños / Obesidad infantil / Problemas de la intervención clínica con niños y adolescentes

Envío de trabajos hasta el 15 de JUNIO de 2015

ORGANIZA:



CO-ORGANIZA:



COLABORA:



SECRETARÍA:



psicologiainfantil.umh.es