

PAPELES DEL PSICÓLOGO

LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



TESTS PUBLICADOS EN ESPAÑA - EVALUACIÓN DEL
TOC, DEL ESTRÉS Y DEL ABUSO EN LA INFANCIA -
TCC EN PSICOSIS - CALIDAD DE VIDA EN POLICÍAS

Artículos

2. La depresión en Atención Primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento
Antonio Cano Vindel, José Martín Salguero, Cristina Mae Wood, Esperanza Dongil y José Miguel Latorre
12. Tests publicados en España: Usos, costumbres y asignaturas pendientes
Paula Elosua
22. Revisión de las medidas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)
Felix Inchausti y Ana R. Delgado
30. Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia
María Victoria Trianes Torres, María J. Blanca Mena, Francisco Javier Fernández-Baena, Milagros Escobar Espejo y Enrique F. Maldonado Montero
36. Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: Una revisión de procedimientos e instrumentos
Noemí Pereda Beltran y Mila Arch Marin
48. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: Una revisión
Javier Travé Martínez y Esther Pousa Tomàs
60. Calidad de vida en policías: Avances y propuestas
Claudia C Morales-Manrique y Juan Carlos Valderrama-Zurián

Libros

68. Aprender a practicar mindfulness
Vicente Simón, con la colaboración de Christopher Germer. Madrid: Sello Editorial, 2011
Agustín Moñivas Lázaro
74. El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura
Marino Pérez Álvarez. Madrid: Alianza editorial, 2011
Eduardo García Fernández
76. Psicología para el profesorado de educación secundaria y bachillerato
Carlos Martín Bravo y José I. Navarro Guzmán (Coordinadores). Madrid: Editorial Pirámide, 2011
Fernando Lara

Articles

2. Depression in Primary Care: Prevalence, diagnosis and treatment
Antonio Cano Vindel, José Martín Salguero, Cristina Mae Wood, Esperanza Dongil and José Miguel Latorre
12. Tests published in Spain: Uses, customs and unresolved matters
Paula Elosua
22. Review of Obsessive and Compulsive Disorder (OCD) measures
Felix Inchausti and Ana R. Delgado
30. Assessment and treatment of daily stress in childhood
María Victoria Trianes Torres, María J. Blanca Mena, Francisco Javier Fernández-Baena, Milagros Escobar Espejo and Enrique F. Maldonado Montero
36. Forensic assessment of child sexual abuse: A review of testing techniques and instruments
Noemí Pereda Beltran and Mila Arch Marin
48. Efficacy of cognitive-behavioural therapy in patients with an early-psychosis episode: A review
Javier Travé Martínez and Esther Pousa Tomàs
60. Quality of life in police officers: What is known and proposals
Claudia C Morales-Manrique and Juan Carlos Valderrama-Zurián

Books

68. Aprender a practicar mindfulness [Learning to practice mindfulness]
Vicente Simón, in collaboration with Christopher Germer. Madrid: Sello Editorial, 2011
Agustín Moñivas Lázaro
74. El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura [The myth of creative brain: Body, behaviour, and culture]
Marino Pérez Álvarez. Madrid: Alianza editorial, 2011
Eduardo García Fernández
76. Psicología para el profesorado de educación secundaria y bachillerato [Psychology for secondary education teaching staff]
Carlos Martín Bravo and José I. Navarro Guzmán (Eds.). Madrid: Editorial Pirámide, 2011
Fernando Lara

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 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 Granada
Francisco Javier Torres Ailhaud
Ramón Jesús Vilalta Suárez
Rosa Álvarez Prada
Ana M^a Sánchez Alias

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, Dositeo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carroble, Miguel Costa, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T. Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca, Pedro Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urrea, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@cop.es

Impresión

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

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 1 del Vol. 33 de Papeles del Psicólogo se han editado 55.000 ejemplares.

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

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 y en IBECS; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:
<http://www.cop.es>

LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DEPRESSION IN PRIMARY CARE: PREVALENCE, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Antonio Cano Vindel¹, José Martín Salguero², Cristina Mae Wood¹, Esperanza Dongil³ y José Miguel Latorre⁴

¹Universidad Complutense de Madrid. ²Universidad de Málaga. ³Universidad Católica de Valencia.

⁴Universidad de Castilla la Mancha

La depresión mayor es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera en la actualidad. Una gran parte de las personas deprimidas acude a los servicios de atención primaria (AP) para buscar tratamiento. En este trabajo se presenta una revisión crítica de la literatura centrada en analizar la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en los estudios realizados en nuestro país. Los resultados indican que en España la prevalencia año de depresión en AP se encuentra en un rango entre el 9.6% y el 20.2%. Además, la depresión posee una alta comorbilidad cursando con otros problemas tanto físicos como psicológicos. Pese a su alta prevalencia, este trastorno no se diagnostica correctamente en un importante porcentaje de los casos y pocas veces recibe un tratamiento mínimamente adecuado, lo que a la larga produce más abandonos y recaídas, así como elevados costes. Se discute acerca de la necesidad de incluir tratamientos basados en la evidencia científica en AP, los cuales han demostrado ser más eficaces que la práctica habitual y que pueden reducir los costes sociales y sanitarios.

Palabras clave: Atención primaria, Depresión, Prevalencia, Diagnóstico, Tratamiento.

Major depression is currently one of the most prevalent and most disabling mental disorders. A large number of people with depression seek treatment from primary care (PC) providers. We present a critical review of the literature focused on the prevalence, diagnosis and treatment of depression in PC, giving special emphasis to studies carried out in Spain. Results indicate that Spain's 12-month prevalence for depression in PC is between 9.6% and 20.2%. In addition, depression is highly comorbid with other physical and psychological conditions. In spite of its elevated prevalence, patients suffering from depression are often misdiagnosed and rarely receive minimally adequate treatment. This leads to higher drop-out and relapse rates together with an elevated cost burden. The need for scientifically-based treatments in PC is discussed, given the fact that they have shown higher efficacy rates when compared to treatment as usual and may help to reduce social and health-care costs.

Key words: Primary care, Depression, Prevalence, Diagnosis, Treatment.

La depresión mayor ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). Tanto es así, que la OMS estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Según datos del estudio ESEMeD, un estudio epidemiológico llevado a cabo en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4.0% en nuestro país, siendo la prevalencia vida de un 10.5% (Haro et al., 2006). Resultados similares fueron encontrados en este mismo estudio para el conjunto de la población eu-

ropea (Alonso et al., 2004a), donde la prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 3.9% y la prevalencia vida de un 12.8%. Estos datos indican que la probabilidad de sufrir depresión es superior a la de otros trastornos mentales, como los diferentes trastornos de ansiedad o los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Junto a los datos sobre prevalencia, la investigación sobre depresión ha tratado también de determinar el alcance que ésta supone en términos de incapacidad para la persona que la padece, costes económicos, comorbilidad con otros trastornos, así como riesgo de muerte. A este respecto, diferentes autores han llamado la atención sobre el desajuste que la depresión puede ocasionar en áreas como el trabajo, las relaciones sociales, las actividades cotidianas o las relaciones íntimas (Kessler et al., 2003). Los resultados del estudio ESEMeD-España mostraron que los trastornos mentales, entre ellos la depresión, ocasionaron el mayor impacto negativo sobre la

Correspondencia: Antonio Cano Vindel. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas s/n. 28223 Madrid. España. E-mail: canovindel@psi.ucm.es



calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional (más días de trabajo perdidos), superando incluso el impacto de enfermedades físicas crónicas. Así por ejemplo, en los casos de trastorno moderado, aproximadamente un 13.4% de personas afectadas habrá perdido algún día (entre 1 y 4) en el último año (Codony et al., 2007). Trasladando estos datos a cifras económicas, se estima que en España el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008), lo que representa un coste medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año. Un coste bastante alto, pues casi duplica el gasto medio sanitario por habitante en España, que según cifras de la OCDE es de 2.099 \$ (unos 1.713,5 €) (Casajuana & Romea, 2009).

Además, la depresión no siempre aparece de forma aislada, sino que posee una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos y físicos (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005; Kessler, Merikangas, & Wang, 2007). Por ejemplo, el 41.7% de las personas con un trastorno depresivo sufre un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol (Alonso et al., 2004b) mientras que la prevalencia de pacientes con enfermedad física crónica que presenta un trastorno depresivo se ha llegado a situar entre un 9.3% y un 23.0% (Moussavi et al., 2007). En cuanto al riesgo de muerte, una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. Según datos recientes (Bernal et al., 2007), la depresión se muestra como el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio, siendo el porcentaje de personas con depresión que muestran riesgo de suicidio de un 28%.

Todos estos datos han llevado a considerar a la depresión como un importante problema de salud pública que requiere de un adecuado diagnóstico y tratamiento. En este sentido, aunque no todas las personas deprimidas buscan ayuda profesional para solucionar su problema, de aquellas que sí deciden acudir a algún servicio de salud, cerca de un 60% lo hará a los servicios de AP (Atención Primaria) (Fernández et al., 2006). Por tanto, la realización de un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la depresión desde los servicios de AP se ha convertido en un aspecto fundamental, no sólo para la mejora de la salud y el bienestar de los propios pacientes, sino también de cara a reducir el impacto tanto social como económico que este problema psicológico puede llegar a acarrear.

Con el objetivo de examinar la implicación de la depresión en las consultas de AP, en este trabajo se presenta una revisión crítica de la literatura que, en los últimos años, se ha centrado en analizar la prevalencia, diagnóstico y la adecuación del tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en aquellos estudios llevados a cabo en nuestro país.

LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN AP

En un reciente meta-análisis llevado a cabo con 41 estudios (N = 50371) realizados en diferentes países, la prevalencia general de depresión en AP fue de 19.5% (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Sin embargo, un resultado desatacar en este trabajo fue la existencia de importantes diferencias entre las prevalencias de los países evaluados. En Europa, los resultados del estudio PREDICT, realizado en 6 países diferentes (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda) utilizando entrevista diagnóstica y criterios DSM-IV, mostraron una prevalencia de depresión en las consultas de AP de un 12.2% (8.5% para varones y 13.9% para mujeres) (King et al., 2008). De nuevo, en este estudio se encontraron grandes diferencias entre los países evaluados, siendo la mayor prevalencia para varones en Reino Unido (12.7%) y para mujeres en España (18.4%), mientras que las más bajas fueron de 4.4% para varones y 6.5% para mujeres, ambas en Eslovenia (King et al., 2008).

Si nos centramos de forma específica en estudios llevados a cabo en España y realizados con población adulta, la prevalencia de depresión se ha situado en un rango entre el 9.6% y el 20.2% (ver Tabla 1). Las diferencias en estas cifras responden principalmente a cuestiones metodológicas, como el método de evaluación utilizado (por ejemplo, si se utilizan medidas de autoinforme o entrevistas), el tipo de trastorno evaluado (por

TABLA 1
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN AP EN ESPAÑA

Estudio	Medida	N	Prevalencia
Gabarrón et al., 2002	BDI+MINI	400	20.2%
Aragonés et al., 2004	SDS+SCID	906	14.3%
Caballero et al., 2008	GADS+MINI	1150	14.0%
King et al., 2008	CIDI	1270	16.3%
Serrano-Blanco et al., 2010	SCID	3815	9.6%

BDI: Beck Depression Inventory; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; SDS: Zung's Self-Rating Depression Scale; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; GADS: Goldberg Anxiety and Depression Scale; Composite International Diagnostic Interview



ejemplo, si se evalúan otros trastornos junto a la depresión mayor, como la distimia) o el tipo de diseño (por ejemplo, si se realiza la evaluación en dos fases –una primera fase de cribado y otra de evaluación diagnóstica– o en una sola fase). Quizás, uno de los trabajos que mayores garantías metodológicas presenta, y también el más reciente, es el realizado por Serrano-Blanco et al. (2010). En él, se utilizó una amplia muestra de población adulta que fue evaluada “cara a cara” (en una sola fase) por diferentes psicólogos previamente entrenados en el uso de la versión española de la SCID, una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV. Los resultados mostraron una prevalencia de depresión en el último año del 9.6%. Por otra parte, la prevalencia en el último año para cualquier trastorno del estado de ánimo fue de 13.4%, y para cualquier trastorno mental fue de 31.2%. Sin embargo, este estudio se realizó sólo en consultas de AP de Cataluña, algo que dificulta la generalización de sus resultados al conjunto de España.

De las variables asociadas a una mayor prevalencia de depresión en AP, el género es la que más consistencia ha mostrado a lo largo de la literatura, teniendo las mujeres una mayor prevalencia en comparación con los hombres (Aragonés, Piñol, Labad, Folch, & Melich, 2004; Serrano-Blanco et al., 2010). Este resultado es similar al encontrado en la población general (Alonso et al., 2004b) y ha sido replicado en estudios realizados en diferentes países. Así por ejemplo, no se encontraron diferencias sobre esta proporción entre los 15 países de cuatro continentes en los que se llevó a cabo el estudio "Psychological Problems in General Health Care" (Sartorius et al., 1993) de la OMS, por lo que es probable que la mayor prevalencia de las mujeres frente a los hombres esté más influida por factores de tipo biológico y/o psicológico que cultural. Otra de las variables comúnmente asociada a la depresión ha sido la presencia de otros problemas psicológicos, principalmente trastornos de ansiedad (Ansseau et al., 2004; Aragonés et al., 2004) y trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Serrano-Blanco et al., 2010), así como de otros problemas físicos y/o somáticos (Caballero et al., 2008; Mergl et al., 2007). A este respecto, la probabilidad de padecer un problema de dolor crónico o un problema gastrointestinal fue 2.6 y 2.1 veces mayor (respectivamente) en personas con depresión en el estudio de Serrano-Blanco et al. (2010). Por último, es también de destacar que el número de visitas a los servicios de AP es significativamente mayor en aquellas personas que padecen

una depresión (Aragonés et al., 2004), un resultado consistente con otros estudios que han mostrado cómo la probabilidad de convertirse en visitantes frecuentes de los servicios de AP es mayor en aquellos pacientes con más sintomatología depresiva (Dowrick, Bellón & Gómez, 2000).

En conjunto, estos resultados nos muestran que la prevalencia de depresión en las consultas de AP es muy superior a la esperada en el conjunto de la población general. Además, la depresión no siempre aparecerá como un problema aislado, sino que comúnmente las personas deprimidas presentarán otros problemas psicológicos y/o físicos y, con mayor probabilidad, habrán visitado los servicios de AP con anterioridad.

Ante esto, parece de gran importancia la precisión con que los profesionales de AP detecten y diagnostiquen la depresión en sus pacientes, pues de ello dependerá en gran parte que éstos reciban el tratamiento que más les pueda ayudar. En el siguiente apartado analizaremos las dificultades principales que se han examinado en la literatura en lo que respecta al diagnóstico de la depresión en AP.

EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN AP

Los pacientes con depresión no siempre acuden a la consulta de AP demandando atención sobre sus síntomas psicológicos o presentando sus problemas afectivos como su principal queja. Como hemos señalado anteriormente, la depresión y los problemas físicos guardan una estrecha relación y, en ocasiones, estos pacientes presentarán como quejas principales otras dolencias, principalmente de carácter somático, sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales. En este sentido, algunos autores han mostrado cómo la probabilidad de presentar síntomas de dolor muscular, de cabeza o de estómago es entre 4 y 7 veces mayor en aquellos pacientes diagnosticados de depresión (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske, & Stein, 2008). Por tanto, la realización de un correcto diagnóstico no siempre es sencilla.

La literatura ha señalado dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión: el infradiagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en personas que realmente sufren depresión, dando lugar por tanto a falsos negativos, y el sobrediagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en personas que realmente no sufren depresión, dando lugar a falsos positivos. En el meta-análisis de Mitchell et al. (2009) anteriormente citado, se encon-



tró que los médicos de AP identificaron correctamente la depresión sólo en el 47.3% de los casos y registraron la depresión en sus notas tan sólo en el 33.6%. Además, en este estudio la incidencia de falsos positivos fue mayor a la de falsos negativos. Al igual que lo comentado con las cifras de prevalencia, también la precisión en el diagnóstico varió de forma importante de unos estudios a otros, con un amplio rango desde el 6.6% hasta el 78.8%. En lo que respecta a España, son pocos los estudios publicados que se han centrado en analizar esta cuestión. Aragonés et al. (2004), en un trabajo llevado a cabo en Tarragona, encontraron que el 72% de los pacientes fueron correctamente detectados, siendo este porcentaje mucho menor en el caso de depresión moderada (45%). Utilizando la misma muestra, Aragonés, Piñol y Labad (2006) encontraron además un porcentaje de sobrediagnóstico del 26.5%, asociado principalmente a la presencia de episodios depresivos previos. No obstante, un sesgo a tener en cuenta en estos estudios fue el hecho de que los médicos de AP que participaron conocían de antemano que sus pacientes recibirían una evaluación psiquiátrica, algo que pudo haber aumentado su sensibilidad en el diagnóstico y, por tanto, haber inflado el porcentaje de aciertos. Más recientemente, Fernández et al. (2010), utilizando la misma muestra que en el trabajo de Serrano-Blanco et al. (2009), encontraron que el porcentaje de personas con depresión correctamente diagnosticadas en AP fue tan sólo del 22% y que únicamente un cuarto de los casos diagnosticados como depresivos fueron "casos reales". Por otra parte, el porcentaje de aciertos se incrementó en este estudio hasta un 40% cuando se tuvieron en cuenta no sólo el diagnóstico de depresión mayor, sino también la presencia de otros trastornos depresivos como la distimia. Este dato llevó a los autores a sugerir que, si bien los médicos de AP son más capaces de detectar los trastornos depresivos en general, quizás muestran dificultades a la hora de discriminar entre unos y otros (Fernández et al., 2010).

Un objetivo común entre los estudios dirigidos a examinar el diagnóstico de depresión en AP ha sido el de conocer qué variables se asocian con una mayor o menor precisión en el mismo. De forma general, entre las variables asociadas con una menor precisión, cabe destacar el hecho de que la depresión sea de menor intensidad (leve o moderada), que los pacientes muestren como queja principal la sintomatología física, que el diagnóstico se haga en población de mayor edad, o que las personas diagnosticadas tengan una historia previa de

problemas de depresión (lo cual tiende a aumentar la posibilidad de falsos positivos) (Aragonés et al., 2004; Fernández et al., 2010; Mitchel, Rao, & Vaze, 2010, 2011). Por otra parte, se ha asociado con una mayor precisión en el diagnóstico el hecho de que los pacientes muestren mayores problemas de funcionalidad, que presenten como queja principal síntomas psicológicos y/o emocionales, o que se realice un seguimiento de los pacientes a largo plazo (Aragonés et al., 2004, 2006; Fernández et al., 2010; Mitchell et al., 2009).

Han sido varias las explicaciones sugeridas para dar cuenta de estas dificultades en el diagnóstico. Entre ellas, la presión temporal se ha identificado sistemáticamente como un importante obstáculo a la hora de ofrecer un diagnóstico adecuado (Mitchel et al., 2009), haciéndolo más difícil en casos complejos e impidiendo una adecuada expresión de los problemas por parte de los pacientes. Otras variables pueden responder más a aspectos de carácter metodológico. En este sentido, es importante tener en cuenta que el diagnóstico con fines de investigación (llevado a cabo en la mayoría de los estudios revisados) puede ser diferente del diagnóstico con fines clínicos (Fernández et al., 2010). Así, mientras que las medidas utilizadas en los estudios suelen basarse en una clasificación categórica, determinando la presencia o no de diferentes síntomas, es posible que los médicos de AP utilicen más una perspectiva dimensional a la hora de evaluar dichos síntomas, otorgando una mayor importancia a la severidad de los mismos. Por último, diferentes estudios han mostrado que las actitudes de los médicos de AP hacia la depresión pueden influir en su reconocimiento; así, por ejemplo, actitudes relacionadas con la posibilidad de tratar con éxito la depresión o con la efectividad de la psicoterapia han mostrado estar relacionadas con un mayor acierto en el diagnóstico (Gask, Dixon, May, & Dowrick, 2005).

De forma general, los resultados de los estudios revisados indican que la precisión a la hora de diagnosticar a personas que sufren depresión en AP dista mucho de lo que sería deseable. Un correcto diagnóstico es el punto de partida para un tratamiento adecuado. En este sentido, mientras que el infradiagnóstico puede llevar a que los pacientes deprimidos no reciban ningún tratamiento, el sobrediagnóstico puede dar lugar a un tratamiento innecesario además de costoso (Mitchel et al., 2009). Por otra parte, aunque la depresión no siempre sea el problema principal de muchos de los pacientes que acuden a AP, pudiendo aparecer como un problema secundario



a otras condiciones médicas, el hecho de padecerla es un factor de riesgo para el empeoramiento de otros problemas físicos (Moussavi et al., 2007; Scott et al., 2007) y su correcta identificación será de gran importancia a la hora de tomar decisiones acertadas sobre el tratamiento. En el siguiente apartado nos centraremos en analizar los resultados de diferentes estudios que han examinado la adecuación del tratamiento que reciben las personas deprimidas en AP.

EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN AP

Identificar el tratamiento más efectivo para la depresión ha sido el objetivo de un importante cuerpo de trabajos científicos llevados a cabo principalmente en las últimas tres décadas. La mayor parte de estos trabajos se ha centrado en analizar los efectos de los fármacos antidepresivos, de los tratamientos psicológicos, o bien de la combinación de ambos. Una buena parte de ellos han sido recogidos en diferentes meta-análisis en los que se compara el efecto de tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos y en los cuales coinciden en señalar que, si bien ambos tratamientos muestran resultados similares a corto plazo, los tratamientos psicológicos presentan mejores resultados a largo plazo, con una menor tasa de abandonos y recaídas (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008). Este dato es consistente en estudios que comparan el tratamiento psicológico tanto con antidepresivos tricíclicos o IMAO, como con antidepresivos de segunda generación (ISRS) (Spielmans, Berman, & Usitalo, 2011). Por otra parte, existe evidencia de que el tratamiento combinado (que incluye el tratamiento psicológico junto al tratamiento farmacológico) es más efectivo que el tratamiento psicológico por sí solo únicamente a corto plazo, pero no a largo plazo (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009). De los diferentes tratamientos psicológicos analizados, han mostrado ser más efectivos aquellos denominados "bona fide", los cuales reúnen los siguientes criterios (Spielmans et al., 2011; Spielmans, Pasek, & McFall, 2007): que el terapeuta haya sido entrenado para proveer la psicoterapia y tenga formación específica, que exista una relación terapéutica cara a cara e individualizada (no sólo una aplicación estandarizada de los procedimientos), y que los tratamientos cuenten con un manual como guía y se dirijan a modificar componentes psicológicos específicos. En esta línea, los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la depresión incluyen la terapia cogniti-

vo-conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cuijpers et al., 2009).

En lo que se refiere al ámbito de la AP, el tratamiento psicológico también ha demostrado ser más efectivo que el tratamiento convencional (Bortolloni, Menchetti, Bellini, Montagui, & Berardi, 2008), incluso cuando se trata de intervenciones breves (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010). En esta línea, Cuijpers, van Straten, van Schaik y Andersson (2009), en un reciente meta-análisis de 15 estudios controlados (con 1505 pacientes) en los que se comparó el tratamiento psicológico con grupos control o con el tratamiento convencional, encontraron que aquél fue el más efectivo para la depresión, principalmente cuando los pacientes eran remitidos por su médico de AP. Algunos trabajos en nuestro país apuntan en esta misma dirección, mostrando la eficacia de intervenciones psicológicas grupales tanto a corto como a largo plazo (González, Fernández, Pérez, & Amigo, 2006), y tanto en el caso de la depresión como de otros problemas emocionales (Segarra, Fariols, Palma, Segura, & Castell, 2011). Asimismo, los tratamientos psicológicos son preferidos a los farmacológicos por los pacientes de AP (van Schaik et al., 2004) y no adolecen de los problemas de los psicofármacos en lo que se refiere a efectos secundarios.

Todos estos datos han llevado a considerar al tratamiento psicológico como un elemento principal en la intervención de la depresión en general, y en AP en particular. Tanto es así, que diferentes guías internacionales recomiendan la aplicación de terapias cognitivo-conductuales computerizadas, programas de autoayuda y/o ejercicio físico en la intervención inicial para la depresión (indicando la no prescripción de antidepresivos en esta fase), la elección entre tratamientos psicológicos o farmacológicos en los casos moderados, y la aplicación de tratamientos combinados o el acceso a servicios especializados cuando no se encuentra mejoría (NICE, 2010). Sin embargo, la adherencia a estas guías clínicas basadas en la evidencia científica es en general muy baja, siendo consistentes los estudios a nivel internacional que informan de importantes deficiencias en cuanto a la adecuación de los tratamientos en salud mental (Wang, Demler, & Kessler, 2002; Wang et al., 2005). Por ejemplo, en EEUU, el porcentaje de adecuación del tratamiento para la depresión osciló entre el 14.9% en servicios de medicina general y el 52% en el sector especializado (Wang et al., 2005) y en Europa, en un estu-



dio llevado a cabo en Holanda, tan sólo el 31% de los pacientes con depresión recibió un tratamiento consistente con las guías clínicas (Tiemeier et al., 2002).

En España, los resultados de un estudio realizado con 333 pacientes diagnosticados de un trastorno depresivo, que fueron seguidos durante un período de 6 meses (Pinto-Meza, Fernández, Serrano-Blanco, & Haro, 2008), mostraron que el 65% de la muestra no recibió un tratamiento adecuado para su problema. Así, tan sólo entre un 27% y un 32% de los pacientes recibió un tratamiento adecuado durante la fase aguda, siendo estos porcentajes menores en la fase de continuación (entre un 21% y un 25%). Aunque el 99% de los médicos hicieron una prescripción adecuada de los antidepresivos, en cuanto al tipo de fármaco y la dosis recomendada, la mayor parte de ellos no completó el número de sesiones de seguimiento necesarias. Además, el tratamiento farmacológico fue utilizado incluso en aquellos casos en los que las guías clínicas no lo recomiendan (como en el caso de las depresiones más leves). Otro resultado a destacar en este estudio fue el porcentaje de abandono del tratamiento, que se situó entre un 30% y un 33% a los tres meses de seguimiento, y entre un 41% y un 44% a los seis meses. Resultados similares fueron encontrados por Fernández et al. (2006) utilizando datos del estudio ESE-MeD-España. En este caso, el porcentaje de personas deprimidas que recibió un tratamiento adecuado en AP fue del 31.3%. En este estudio también se analizaron datos de adecuación del tratamiento en los servicios de atención especializada, pero los resultados no fueron mejores (sólo el 31% recibió un tratamiento adecuado para su depresión).

En conjunto, los resultados de estos trabajos nos muestran que, si bien en la actualidad contamos con tratamientos que han demostrado ser efectivos para la depresión (la mayor parte de ellos recogidos en guías clínicas internacionales), estos tratamientos no están siendo utilizados de forma adecuada en los servicios de AP. Esta distancia entre la investigación y la práctica clínica en AP puede responder a muchos y diferentes factores, desde las actitudes o formación de los profesionales hasta dificultades organizativas y/o logísticas (Freeman & Sweeny, 2001). Pese a ello, algunos países han apostado por la implantación de intervenciones basadas en la evidencia científica. Éste es el caso de Reino Unido, donde desde 2007 el sistema nacional de salud trabaja siguiendo el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (Turpin, Richards, Hope, & Duffy,

2008), destinado a proporcionar tratamiento psicológico en AP a adultos con trastornos emocionales, especialmente depresión y ansiedad, y que está obteniendo resultados positivos en cuanto a su efectividad (Richards & Suckling, 2009). En esta línea, son diferentes los autores que han sugerido que la implantación de intervenciones psicológicas en AP puede reducir de forma considerable los costes médicos y sociales de la depresión (Blount et al., 2007; Pastor, 2008). De este modo, por ejemplo, aunque los tratamientos psicológicos puedan resultar caros, la terapia cognitivo-conductual en grupo ha mostrado una mejor relación coste/efectividad a largo plazo comparada con los antidepresivos (Hollingshurst, Kessler, Peters, & Gunnell, 2005).

CONCLUSIONES

La depresión ha llegado a convertirse en la actualidad en uno de los problemas psicológicos más prevalentes en la población general y que más carga supone en términos de discapacidad. La mayor parte de las personas que sufren depresión buscan ayuda en las consultas de AP, sin embargo, no siempre son diagnosticadas y tratadas de la forma adecuada. El hecho de que las personas deprimidas no reciban el tratamiento necesario puede dar lugar a importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida (Spitzer et al., 1995), la cronificación de sus problemas emocionales (Kessler et al., 2011), el incremento del uso de los servicios de salud (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993), o el aumento del riesgo de suicidio (Oquendo et al., 2002). Por tanto, la aplicación de una intervención adecuada para los problemas de depresión debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria en el nivel primario y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección.

Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental. El hecho de que las personas deprimidas presenten sus problemas psicológicos y/o emocionales como su principal queja se ha mostrado relacionado con una mayor precisión en el diagnóstico. En este sentido, mejorar la educación sobre cómo funcionan los problemas emocionales, cuáles son sus principales síntomas y posibilidades de tratamiento, y reducir la estigmatización en torno a los mismos, puede ser de gran ayuda a la hora de incrementar la probabilidad de que sean expresados y reconocidos en las consultas de AP (Fernández et al., 2010). Por otra parte, mejorar la formación



en salud mental de los profesionales de AP, así como reducir la presencia de posibles actitudes negativas de éstos hacia la depresión, se ha propuesto como una estrategia eficaz a la hora de aumentar la precisión en el diagnóstico (Gask et al., 2005). Realizar el diagnóstico correcto es un paso clave a la hora de proveer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los médicos de AP suelen prescribir antidepresivos sin realizar diagnósticos específicos ni distinguir entre los casos más o menos severos de depresión (Pinto-Meza et al., 2008), cometiendo frecuentemente errores que dan lugar tanto a falsos positivos como negativos. De este modo, el disponer de herramientas diagnósticas validadas puede servir de gran ayuda en las consultas de AP. Son varios los estudios que han mostrado evidencias de la utilidad de instrumentos breves a la hora de identificar problemas psicológicos en AP (Mitchell & Coyne, 2007). Tal es el caso del PHQ-2 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003), una escala de tan sólo 2 ítems que ha demostrado altos índices de sensibilidad y especificidad a la hora de detectar la depresión mayor.

Mejorar el diagnóstico de la depresión es el primer paso para proveer un tratamiento adecuado pero, además, son necesarios otros esfuerzos en cuanto a adecuación del tratamiento en AP que deben ir en la línea de implementar tratamientos basados en la evidencia. En este sentido, los tratamientos psicológicos se presentan como una herramienta esencial (Cano-Vindel, 2011a; Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood, en prensa). No sólo se han mostrado en general más eficaces que los psicofármacos, sino que han demostrado esta efectividad en el ámbito de la AP, mejorando los resultados de los tratamientos convencionales tanto en términos de eficacia, como de eficiencia y efectividad. Además, la investigación en torno a los tratamientos psicológicos goza de muy buena salud, habiendo permitido el desarrollo de programas de intervención eficaces mediante intervenciones grupales, con enfoque transdiagnóstico, incorporando herramientas computerizadas y *on-line* (por ejemplo, para realizar evaluaciones, incluir materiales de apoyo a las sesiones, o sesiones de seguimiento) que liberan a los profesionales de horas de trabajo, o incluso reduciendo sesiones de tratamiento (para una revisión ver Cano-Vindel, 2011b). Por tanto, la inclusión de los servicios de atención psicológica en AP parece un paso necesario en nuestro país (Pastor, 2008). Son diversos los modelos de colaboración entre los servicios psicológicos y médicos que están dando buenos resultados en

otros países y que revelan una mejora en la calidad y la sostenibilidad del servicio (Turpin et al., 2008). Por otra parte, se daría un paso necesario hacia una atención integral de los problemas de salud mental, pasando del marco fundamentalmente biomédico que impera en la actualidad, excesivamente apoyado en los tratamientos farmacológicos, a un marco biopsicosocial.

Los servicios de AP suponen un recurso fundamental en la intervención en los problemas de salud mental. En este trabajo hemos tratado de mostrar el estado de la cuestión en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de la depresión en AP, haciendo especial hincapié en aquellos trabajos realizados en nuestro país. En este sentido, hemos analizado algunos de los problemas principales expuestos en la literatura pero también algunas vías de solución que esperamos puedan servir de ayuda a la hora de planificar una estrategia adecuada en salud mental. Sin duda, el hecho de contar con una atención eficaz en la asistencia primaria para los problemas emocionales, en general, y para la depresión, en particular, supondrá un gran avance para nuestra salud pública.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 109 (420)*, 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 109 (420)*, 28-37.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 78*, 49-55.
- Aragonés, E., Piñol, J. L. & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice, 23*, 363-368.
- Aragonés, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice



- in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 21-35.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . ., Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., & Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: Summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 290-297.
- Bortolloni, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montagui M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30, 293-302.
- Caballero, L., Aragones, E., Garcia-Campayo, J., Rodriguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., . . . Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49, 520-529.
- Cano-Vindel, A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (en prensa). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Casajuana, J., & Romea, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. En V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, Suppl 2, 21-28.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Shaick, A. & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 120-127.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychological treatment versus combined treatment of depression: A meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 26, 279-288.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566-578.
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A. & Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Autonell, J., . . . Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., . . . Serrano-Blanco A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 201-209.
- Freeman, A. C., & Sweeney, K., (2001). Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *British Medical Journal*, 323, 1000-1002.
- Gabarrón, E., Vidal, J. M., Haro, J. M., Boix, I., Jover, A., & Arenas, M. (2002). Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Atención Primaria*, 29, 329-337.
- Gask, L., Dixon, C., May, C., & Dowrick, C. (2005). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal of General Practice*, 55, 854-859.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18, 471-477.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993). Depression: a neglected major illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 419-24.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.



- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 1097-1106.
- Hollinghurst, S., Kessler, D., Peters, T. J., & Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Journal of Psychiatry*, *330*, 999-1000.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, *110*, 197-206.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095-3105.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R. & Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 137-158.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., . . . Ustun, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 90-100.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., . . . Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 362-367.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, *41*, 1284-1292.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, *e442*, 3.
- Means-Christensen, A. J., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression & Anxiety*, *25*, 593-600.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression & Anxiety*, *24*, 185-195.
- Mitchell, A. J., & Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, *57*, 144-151.
- Mitchel, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2010). Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 285-294.
- Mitchel, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*, *130*, 26-36.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*, *374*, 609-619.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851-858.
- NICE. (2010). Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (update). Retrieved April 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG90>
- Oquendo, M. A., Kamali, M., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., Brodsky, B. S., . . . Mann, J. J. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1746-1751.
- Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, *29*, 271-290.
- Paykel, E.S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *5*, 411-23.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., . . . Haro, J. M. (2010). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: Results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *46*, 273-280.
- Richards, D. A., & Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, *48*, 377-396.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Gold-



- berg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., . . . Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 819-824.
- Scott, K.M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M.C., . . . Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world mental health surveys. *Journal of Affective Disorders*, *103*, 113-120.
- Segarra, G., Farriols, N., Palma, S., Segura, J., & Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad & Estrés*, *17*, 185-197.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernández, A., . . . Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *45*, 201-210.
- Spielmanns, G. I., Berman, M.I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*, 142-149.
- Spielmanns, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 642- 654.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, F. V., 3rd, . . . Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MEMD 1000 Study. *JAMA*, *274*, 1511-1517.
- Tiemeier, H., De Vries, W. J., van het Loo, M., Kahan, J. P., Klazinga, N., Grol, R., . . . Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety Health Care*, *11*, 214-218.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., & Duffy, R., (2008). Delivering the IAPT programme. *Health Care and Psychotherapy Journal*, *8* (2), 2-7.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *36*.
- van Schaik, D., Klijn, A., van Hout, H., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M., . . . van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, *26*(3), 184-189.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, *92*, 92-98.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve month use of mental health services in the U.S.: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Archives of General Psychiatry*, *62*, 629-640.



TESTS PUBLICADOS EN ESPAÑA: USOS, COSTUMBRES Y ASIGNATURAS PENDIENTES

TESTS PUBLISHED IN SPAIN: USES, CUSTOMS AND PENDING MATTERS

Paula Elosua
Universidad del País Vasco

La psicometría del siglo XXI asume entre sus tareas el desarrollo de modelos formales y el estudio y salvaguarda de las condiciones que garantizan un uso adecuado de los tests. Los progresos en ambas direcciones se conjugan en las directrices redactadas por organizaciones nacionales e internacionales que intentan acercar los últimos avances y reflexiones al profesional. Sin embargo, constatamos la distancia que separa ambos mundos. En este trabajo analizamos la práctica profesional tal y como está reflejada en los manuales de los tests más utilizados en España. Abordamos el tratamiento de la fiabilidad, validez, interpretación de puntuaciones o adaptación tomando como criterio de fuerza las directrices conjuntas de la APA y las directrices de la Comisión Internacional de Tests. Los resultados muestran las lagunas entre los usos y los deberes. A lo largo del trabajo intentamos profundizar en algunas de las razones que puedan explicar esta brecha.

Palabras clave: Tests, Usos, Directrices, Psicometría.

The tasks taken up by the XXIst century psychometric include the development of formal models and the study of the conditions that guarantee an appropriate use of the tests. The progresses in both directions are linked by the guidelines edited by national and international organizations that try to bring the last advances and reflections over to the applied professional. Nevertheless, we state the distance that separates both worlds. In this work we analyze the professional practice as it is reflected in the manuals of the tests most used in Spain. We tackle the treatment of the reliability, validity, interpretation of scores or adaptation, taking as a criterion of force the joint guidelines of the APA and the guidelines of the International Test Commission. The results show the gap between the uses and the duties. Along the work we try to study in depth some of the reasons that could explain this breach.

Key words: Tests, Uses, Standards, Psychometrics.

USOS Y COSTUMBRES

A partir de las iniciativas surgidas en las Comisiones de Tests de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, *European Federation of Psychologists' Associations*), del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP) y de la Comisión Internacional de Tests (ITC, *International Test Commission*) asistimos a un proceso de descripción y revisión de los usos relacionados con los tests. Los proyectos amparados por estas organizaciones incluyen estudios sobre las actitudes de los psicólogos hacia los tests (Evers y col., 2011, Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), análisis sobre las condiciones que favorecen una correcta evaluación (Muñiz, 2010) o la actualización de las versiones nacionales de los cuestionarios para la revisión de los manuales de tests publicados en Europa (Bartram, 2011; Muñiz, y col., 2011). Las conclusiones emanadas

de esta reflexión sobre nuestra praxis permiten dibujar un panorama de situación sobre "usos y costumbres", que es fundamental y previo a cualquier propuesta de mejora con relación a los "deberes".

Las estrategias encaminadas a mejorar el uso de los tests defendidas en España (Muñiz, 2010), abogan por la formación y por la restricción. Los objetivos fijados dentro de la estrategia formativa incluyen la formación del profesional, la diseminación de información sobre la calidad y características de los tests, y el desarrollo de directrices. La estrategia restrictiva limita el uso de tests a personal cualificado. Centrándonos en la primera, comprobamos que: a) los psicólogos participantes en el último estudio sobre actitudes hacia los tests (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) reconocen que la formación recibida en el grado de Psicología puede no ser suficiente para la correcta utilización de la mayoría de los tests, b) el conocimiento psicométrico avanza de tal forma que la distancia entre psicometría teórica y práctica aplicada es hoy mayor que nunca, y c) las directrices que intentan aunar y exponer los avances metodológicos y sociales en teoría de tests son documentos de adhesión que se suscriben pero en muchos casos no se aplican, a pesar de su papel motor sobre la mejora en los usos.

Correspondencia: Paula Elosua. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70. 20018. San Sebastián. España.
E-mail: Paula.elosua@ehu.es

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2011-30256) y por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU -GIU 09/22).



El desarrollo de la psicometría como área de conocimiento encargada de la medición en psicología ha estado marcado desde sus orígenes por la distinción entre planos de actuación psicométrica diferentes, que quedan perfectamente reflejados en los contenidos de revistas como *Psychometrika*, o la más cercana al psicólogo aplicado *Psicothema*. Es innegable, la distancia entre los contenidos de ambas, sin embargo el conocimiento psicométrico está presente y nutre a las dos. Las aportaciones de la psicometría teórica no llegan, en muchas ocasiones, al psicólogo aplicado, más interesado por naturaleza, en cuestiones prácticas y sustantivas alejadas de problemas formales. Una revisión de algunos de los tests más utilizados en España (Muñiz y col., 2011) deja patente que la psicometría aplicada se construye sobre conceptos y usos bien asentados, pero tal vez algo "arcaicos" desde la perspectiva de los avances en teoría psicométrica. Las prácticas más comunes (la utilización del coeficiente alfa de Cronbach como estimador de la fiabilidad, el empleo de la técnica del análisis factorial exploratorio como evidencia de validez interna, la estimación de las relaciones entre el test y medidas convergentes por medio del coeficiente de correlación de Pearson, o la transformación de puntuaciones para la construcción de baremos) se asientan sobre técnicas y procedimientos desarrollados en las primeras décadas del siglo XX (Spearman, 1904; Thurstone, 1932). Su uso generalizado por los profesionales ha exigido la conjunción de dos elementos: la formación, y la disposición de herramientas sencillas de utilizar. El primero queda cubierto por la formación de grado, que de forma universal ofrece conocimientos psicométricos básicos a los estudiantes de psicología. El segundo, está ligado al desarrollo de software amigable que integra módulos de análisis necesarios en el proceso de construcción de tests.

Sin embargo, en los últimos 100 años la psicometría ha avanzado, y lo ha hecho en una doble dirección. Se han desarrollado modelos teóricos más potentes que la Teoría Clásica de Tests (Teoría de Respuesta al ítem; Hambleton y Swaminathan, 1985), y se ha profundizado en la importancia del uso de los tests en la salvaguarda de sus propiedades. Hoy somos más conscientes que nunca de las consecuencias derivadas de un uso incorrecto de los tests (Messick, 1995).

Las asociaciones internacionales relacionadas con el uso de los tests asumen la labor del diseño de planes de formación y planes de actuación para acercar ambos mundos. Este esfuerzo se traduce en la organización de

congresos, cursos de formación, y sobre todo, en la elaboración de directrices profesionales y técnicas. Las directrices para el uso de los tests de la AERA, APA y NCME (1999), las directrices para la evaluación en contextos laborales y de organizaciones (EFPA), o las directrices de la Comisión Internacional de Tests relacionadas con la adaptación de tests, o la evaluación por internet (<http://www.intestcom.org>) son excelentes ejemplos de esta labor. Definen marcos de referencia de inexcusable seguimiento, en los que se recogen los avances metodológicos de mayor impacto y se recomiendan principios éticos que garantizan un uso correcto de los tests. Sin embargo, su contenido no siempre se ve reflejado en la práctica profesional.

OBJETIVOS

En este contexto de revisión de usos y costumbres el objetivo de este trabajo es analizar la práctica tal y como está reflejada en la documentación que aportan los tests publicados en España, y contraponerla con algunos de los desarrollos que sin ser de última generación, han tenido un impacto mayor en la teoría/práctica psicométricas. Para ello, y con una finalidad descriptiva y formativa, se ha analizado la documentación de los tests más utilizados en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), y se ha contrastado con un modelo bien establecido y aceptado; las directrices para el uso de tests publicadas por la AERA, APA y NCME (1999) cuya última revisión está en periodo de discusión. Se abordan los apartados de fiabilidad, validez, normas, administración y adaptación desde una perspectiva conceptual y una aproximación metodológica en la que se refieren las directrices más relevantes y se comprueba el modo de hacerlas operativas.

Fiabilidad. Las directrices definen la fiabilidad en términos de consistencia y en términos de error; de hecho, el título genérico del apartado que aborda este punto es "Fiabilidad y Errores de Medida" (Directriz 2.1. "For each total score, subscore, or combination of scores that is to be interpreted, estimates of relevant reliabilities and standard errors and standard errors of measurement or test information functions should be reported"). Esta dualidad no es la norma en los manuales analizados.

Desde la aparición del artículo Cronbach (1951), el uso del coeficiente alfa como indicador de consistencia interna de las puntuaciones es una constante en la documentación que acompaña a los tests y a los artículos sobre construcción/adaptación. Su éxito puede justificarse sobre tres puntos; es fácil de estimar, es sencillo de inter-



pretar (Nunnally, 1978) y no es complicado mejorar su valor. Prácticamente todos los manuales analizados aportan información sobre este indicador, que se ha convertido en el estadístico más conocido de la Teoría Clásica de Tests.

Error de medida. Sin embargo, la consistencia no es la única acepción relacionada con la precisión de las medidas; el concepto de error típico de medida ocupa un lugar preeminente en la evaluación individual. El error típico de medida (ETM o Se) cuantifica el error aleatorio en torno a la puntuación verdadera, y en los contextos evaluativos en los que el objetivo final es la interpretación de una puntuación su relevancia es mayor que el de la consistencia interna; aporta una vía para expresar la incertidumbre con relación a las puntuaciones que no es ofrecida por el coeficiente alfa de Cronbach. Solo a partir del valor del Se podrían construirse enunciados como: "Con un 95% de probabilidad la puntuación de la persona X se sitúa entre los valores 34 y 48".

La necesidad de aportar información sobre la consistencia interna y el error de medida afecta a todas y a cada una de las escalas parciales que miden áreas o aspectos bien diferenciados de la conducta dentro de un test (Elosua, 2008).

La importancia de informar sobre la (in)certidumbre de una puntuación aumenta en las situaciones que exigen el establecimiento de puntos de corte en la interpretación. A pesar de que uno de los principios básicos de la teoría clásica de tests asume la constancia del error típico de medida a lo largo del continuo de puntuaciones, su cumplimiento es violado de forma habitual (Hambleton y Swaminathan, 1985). Si existen indicios de tal violación, y además el test ofrece intervalos de puntuación con criterios diagnósticos o de selección, es importante estimar el efecto del error de medida alrededor de las puntuaciones críticas. De igual manera, si en el test se aportan criterios de interpretación diferentes en función del sexo, edad u otra variable relevante con relación al test, situación común en la práctica profesional, sería conveniente estimar el error típico de medida de modo diferenciado para cada uno de los grupos considerados.

La estimación del error típico de medida desde la teoría clásica es tan sencilla como el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach; a pesar de ello, la mayoría de los programas informáticos al uso no ofrecen información sobre este índice entre sus estandarizadas salidas.

Consistencia desde un modelo. A pesar del extendido uso del coeficiente alfa como estimador de la fiabilidad,

un número cada vez mayor de psicómetras lo desaconseja, y propone alternativas de estimación y de definición de la fiabilidad construidas sobre modelos alternativos de medida a la teoría clásica de tests (McDonald, 1981, 1999; Jöreskog, 1971; Raykov, 2001).

Las nuevas aproximaciones al estudio de la consistencia de las puntuaciones se basan bien en los modelos de respuesta al ítem bien en modelos factoriales que ahondan en el problema de la homogeneidad con relación al factor medido. Estimar la consistencia desde la perspectiva factorial ayudaría a eliminar a) el uso incorrecto del coeficiente alfa como indicador de unidimensionalidad (Hattie, 1985), b) los problemas derivados del uso de estadísticos que no cumplen las asunciones del modelo referidas en este caso al carácter continuo de las variables o a la tau-equivalencia de las medidas (Zumbo, Gadermann y Zeisser, 2007), y c) permitirían profundizar en el estudio de la estructura interna del test. Son varios los procedimientos disponibles para el estudio de la homogeneidad de las medidas desde los modelos de ecuaciones estructurales para cuya estimación puede utilizarse software como Mplus (Muthén y Muthén, 2001), FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2007), LISREL (Jöreskog y Sörbom, 1996), EQS (Bentler, 1995), AMOS, o R (Ihaka y Gentleman, 1996; ver códigos en Elosua y Zumbo, 2007).

En el estudio de la fiabilidad merecen un apartado destacado los modelos construidos desde la teoría de respuesta al ítem (TRI) en tanto en cuanto suponen un avance importante respecto a la teoría clásica de tests en los procesos de construcción de tests y análisis de ítems (Embretson y Reise, 2000; Lord, 1980; van der Linden y Hambleton, 1997). Los modelos de respuesta al ítem favorecen el estudio de: a) la invarianza tanto de las personas como de los ítems b) la equivalencia entre grupos, y c) la estimación condicional de los errores de medida (función de información). Las ventajas y propiedades formales de la TRI hacen de ella un marco teórico atractivo y efectivo en la resolución de problemas asociados a la medida en psicología; entre ellos la equiparación y comparabilidad de puntuaciones, el análisis del funcionamiento diferencial de los ítems, la construcción de tests adaptativos o la elaboración de informes evaluativos.

Validez. Si hay un punto sobre el que no hay discusión entre teóricos y profesionales es el referente a la importancia de la validez y del proceso de validación de las puntuaciones en la construcción y uso de los tests. "Validity refers to the degree to which evidence and theory support the interpretation of test scores entailed by proposed uses of tests" (APA, AERA y NCME, 1999, pág. 9).



Desde una perspectiva histórica la definición y evolución del concepto de validez ha quedado reflejada en las sucesivas publicaciones de las directrices conjuntas de la APA (1954, 1966, 1974, 1985, 1999; ver Elosua, 2003). La diferenciación entre validez de constructo, validez predictiva y validez de contenido ha impregnado las 4 primeras ediciones. La edición de 1985 defiende por primera vez una concepción unitaria de la validez, aunque diferencia entre tres tipos de evidencia. En la edición de 1999 se define la validez como concepto unitario, se postulan cinco fuentes de evidencia, y se incide en el aspecto práctico de la validez. El giro adoptado implica ligar la validez de las puntuaciones a su uso (perspectiva que se mantiene en la próxima edición). Las directrices aconsejan la utilización de cinco fuentes de evidencias: evidencias de contenido, evidencias basadas en la estructura interna, evidencias basadas en las relaciones con otras variables, evidencias sobre el proceso de respuesta y evidencias basadas en las consecuencias del test.

La nueva teoría sobre la validez (validación) sitúa el foco de atención sobre la validación de la interpretación propuesta; no hablamos ya de validez del test y en este contexto carece de sentido hablar de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. El objetivo es justificar una interpretación de las puntuaciones basada en razones, argumentos, que se recogen durante el proceso de validación (Kane, 1992, 2006). Esta idea, que está recogida en las directrices de 1999 (*"validation can be viewed as developing a scientifically sound validity argument to support the intended interpretation of test scores and their relevance to the proposed use"*. APA, AERA y NCME, 1999, pág. 9), persigue justificar el uso de las puntuaciones como representación del constructo que se quiere medir, o cuando así proceda, justificar su utilidad en la predicción de conductas.

Las definiciones de validez ofrecidas en los años 30 que diferencian tres tipos de validez, son las más comúnmente adoptadas en los manuales analizados. Reflejan la idea de que un test es válido para aquello con lo que correlaciona (Kelley, 1927; Guilford, 1946), o equiparan la validez del test al grado en que el test mide lo que pretende medir. La operacionalización de la primera acepción es harto sencilla; basta estimar la correlación entre un test y un criterio; es decir basta estimar un coeficiente de validez. La segunda acepción más acorde o cercana a los modelos factoriales, se materializa habitualmente por medio del análisis factorial exploratorio.

Aunque ambas definiciones han sido tachadas como incorrectas desde hace décadas (Anastasi, 1954; Rulon, 1946), los procedimientos ligados y derivados de ellas siguen vigentes en la práctica actual. Las técnicas factoriales y los estudios de correlación (regresión) están presentes en todos los manuales analizados. Son técnicas diseñadas en los albores de la psicometría (Spearman, 1904, Thurstone, 1932) que han influenciado las primeras definiciones de validez, están integradas en todos los planes de estudio de las facultades de psicología españolas, y forman parte de los módulos de software para el análisis de datos en ciencias sociales.

Sin embargo, al igual que ha evolucionado el concepto de validez (validación), los modelos factoriales y de regresión originales han dado paso a metodologías más potentes y explicativas diseñadas para el estudio de las relaciones entre variables observadas y latentes; los modelos de ecuaciones estructurales (SEM, *structural equation modeling*). Desde la década de los años 70 se ha producido un rápido desarrollo de los modelos teóricos SEM y de software amigable para su estimación (Bentler, 1980, 1986; Bollen, 1989; Jöreskog y Sörbom, 1996), que no aparece reflejado en los manuales de los tests analizados. SEM representa una familia de técnicas estadísticas multivariantes potentes y flexibles entre las que se incluyen los modelos factoriales confirmatorios, que permiten modelar las relaciones entre variables latentes e indicadores, asumiendo en todo caso la presencia de errores de medida. Los modelos de regresión y correlación no contemplan este hecho. La aplicabilidad de las técnicas SEM está bien documentada tanto para estudios correlacionales como para estudios de carácter experimental. Sus ventajas en los estudios cross-seccionales o longitudinales, entre los que cobran especial relevancia los diseños de curvas de crecimiento, es evidente, en tanto en cuanto favorecen e impulsan el rol de la teoría en la investigación aplicada y permiten contrastar y evaluar modelos explicativos alternativos (Kline, 2010; Millsap y Maydeu-Olivares, 2009). Las ventajas asociadas al uso de los modelos de ecuaciones estructurales en el proceso de validación incluyen, la estimación de la fiabilidad y el error de medida, la construcción de modelos teóricos explicativos y su contraste simultáneo para diferentes grupos.

El software para la aplicación de modelos SEM es variado; LISREL (Jöreskog y Sörbom, 1996), EQS (Bentler, 1995) AMOS, Mx (ahora integrado en R) o los paquetes *sem* y *lavaan* de R (Elosua, 2009; Ihaka y Gentleman, 1996).



Escalas, baremos y comparación entre puntuaciones. La transformación de las puntuaciones brutas en puntuaciones derivadas (puntuaciones típicas, percentiles, escalas de grado...) cuya finalidad es favorecer la interpretación, o la definición de puntos de corte que discriminan entre categorías diagnósticas, o niveles de rendimiento, y el establecimiento de criterios para la selección, ocupan un apartado específico en las directrices. En ellas se remarca la importancia de diferenciar entre interpretaciones normativas e interpretaciones criterio de las puntuaciones. En el primer caso, que es el más habitual en los manuales analizados, las puntuaciones se leen con referencia a la distribución estadística de la muestra de baremación; una puntuación se interpreta en función de cómo ha realizado el grupo normativo el test, y para ello se utilizan transformaciones en escalas percentiles, puntuaciones z , puntuaciones T , escalas de grado u otro tipo de puntuación derivada. La interpretación criterial es diferente, y su utilización exige la definición de un referente externo respecto al cual se comparan los niveles de ejecución. En este sentido, es posible informar sobre el porcentaje de aciertos en un dominio determinado, sobre la probabilidad de responder correctamente a un ítem, o sobre la probabilidad de presentar determinada patología o rasgo.

La distinción teórica (norma-criterio), no es mutuamente excluyente, pero su utilización conjunta ha de estar basada en una documentación que justifique tanto una como otra. Son varios los manuales que crean categorías sustantivas en base a distribuciones normativas, convirtiendo un percentil en una clase diagnóstica. Sin embargo, en este punto las directrices son claras (Directriz 4.9. "When raw score or derived score scales are designed for criterion-referenced interpretation including the classification of examinees into separate categories, the rationale for recommended score interpretations should be clearly explained". Directriz 4.19. "When proposed score interpretations involve one or more cut scores, the rationale and procedures used for establishing cut scores should be clearly documented".).

La adopción de una interpretación criterial de las puntuaciones exige que se especifique claramente el método y el procedimiento utilizados para su determinación (Cizek y Bunch, 2007; Hambleton y Pitoniak, 2006). Esta práctica que es común en la evaluación educativa a gran escala o en los programas internacionales como PISA o TIMSS no está presente en los manuales de los tests analizados.

La lectura criterial de los resultados adquiere una relevancia mayor cuando el objetivo de la evaluación es un diagnóstico diferencial. (Directriz 12.6 "When differential diagnosis is needed the professional should choose, if possible, a test for which there is evidence of the tests' ability to distinguished between the two or more diagnostic groups of concern rather than merely to distinguished abnormal cases from the general population"). En los contextos evaluativos los argumentos aportados en el proceso de validación habrían de recoger información sobre la plausibilidad de las inferencias con relación a un diagnóstico. No constituye un argumento válido la descripción de las medias aritméticas obtenidas en diferentes grupos. Los argumentos habrían de incluir intervalos de confianza, tamaños del efecto, o tablas que muestren el grado de superposición de la distribución entre muestras diagnósticas, análisis discriminantes, u otras técnicas derivadas de la minería de datos que estimen funciones de clasificación/predicción (Bully y Elo-sua, 2011).

Administración, corrección e informes. La administración, corrección y elaboración del consiguiente informe de evaluación son tareas ineludibles en el establecimiento de procedimientos estandarizados de medida. Solo cuando las oportunidades y las condiciones de examen son equitativas puede hablarse de medidas estandarizadas. El estudio de las condiciones de examen óptimas no excluye, al contrario, exige considerar medidas de acomodación para aquellos evaluandos que las necesiten, bien por no alcanzar el nivel de dominancia lingüístico necesario para una correcta evaluación, bien por la presencia de discapacidades motoras o de otro tipo. Los métodos de acomodación que son comunes en la evaluación educativa todavía no están recogidos en nuestra praxis.

La importancia de una adecuada elaboración de los informes de evaluación está siendo reconocida de forma unánime por la comunidad psicométrica (Hattie, 2009; Hambleton y Zenisky, en prensa). La información sumativa, diagnóstica y normativa incluida en un informe ha de estar redactada de forma inteligible y clara para el destinatario final. Tiene que ofrecer información sobre la calidad de la medida y su interpretación conforme al propósito del test de una manera efectiva. A este respecto recuerda la directriz 5.10. "...the interpretations should describe in simple language what the test covers, what scores mean, the precision of the scores, common misinterpretations of test scores, and how scores will be used."



Adaptación de tests. La edición de las directrices conjuntas de la APA sobre el uso de tests no tiene un apartado dedicado a la adaptación de tests, carencia que es cubierta por las directrices elaboradas por la Comisión Internacional de Tests. Son un modelo inmejorable como criterio de referencia. Su importancia en el contexto que tratamos es clara si tenemos en cuenta que de los 10 tests más utilizados en Europa (Elosua y Iliescu, en prensa) 9 fueron construidos en lengua inglesa, y de los 25 tests más utilizados en España 17 son adaptaciones de versiones construídas en otro idioma.

Las directrices para la adaptación de tests fueron publicadas por primera vez el año 1994 (Muñiz y Hambleton, 1996), y en su segunda edición (Bartram, Gregoire, Hambleton, y van de Vijver, 2011; Elosua y Hambleton, 2011) aportan un modelo en el cual se describen y operativizan de forma clara los puntos a considerar en la adaptación de tests. Las 20 directrices están estructuradas en 6 categorías con el fin de cubrir todas las etapas implicadas en el proceso de adaptación; directrices previas, directrices de desarrollo, directrices de confirmación, directrices de administración, directrices de puntuación, y directrices referidas a la documentación.

Una de las más importantes y que puede resumir el contenido de todas ellas recuerda la importancia de ofrecer información empírica sobre la equivalencia de constructo, equivalencia de método y equivalencia entre los ítems en todas las poblaciones a las que va destinado el test (segunda directriz de confirmación). Sintetiza la relevancia del análisis de la equivalencia entre el objeto de medida en distintas poblaciones y el modo en que este es medido. Las aproximaciones para su estudio pueden ser cualitativas (procedimientos de juicio, análisis de contenido, entrevistas) y cuantitativas. Desde esta última podrían adoptarse acercamientos exploratorios clásicos como el índice de congruencia de Tucker (1951), si bien es recomendable la utilización de modelos de invarianza derivados de los modelos de respuesta al ítem o de los modelos de ecuaciones estructurales (Elosua y Muñiz, 2010).

PROCEDIMIENTO

La última edición del estudio sobre las opiniones de los psicólogos llevado a cabo en España (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) ha revelado entre otros puntos, los tests más utilizados en la práctica profesional (tabla 1). En la relación de los 10 tests más utilizados por especialidad (Clínica, Educativa y Trabajo) comprobamos que de los 25 cuestionarios, 24 son instrumentos estandarizados de medición. De ellos 15 fueron construidos en Es-

tados Unidos, 1 en el Reino Unido, 1 en Suiza, 1 en Francia, 1 en Italia, y 6 son de origen español. Estos datos reflejan que el 76% de los tests más usados en España son adaptaciones, y de ellas, 15 (79%) provienen de Estados Unidos.

Los 10 tests más usados en España con independencia de la especialidad profesional (ver tabla 1) son adaptaciones; de ellos 9 fueron construidos originalmente en inglés y sus primeras versiones fueron publicadas hace décadas. El test de matrices progresivas de RAVEN es el más antiguo; su primera edición se publicó en 1938. Es curioso constatar que el año medio de publicación de los *top ten* nos sitúa en el año 1960; lo cual es un indicador de la fortaleza y actualidad de estos tests. De ellos algunos están construidos sobre sólidos modelos formales. Tal es el caso de las escalas cognoscitivas (WAIS, WISC) o de las medidas de la personalidad de Cattell que se construyeron sobre modelos factoriales, bien de la inteligencia bien de la personalidad. Otras escalas tienen una naturaleza más ecléctica y surgen a partir de consideraciones prácticas o aplicadas, como el MMPI, SCL o BDI.

La clasificación de los tests en función de su dominio psicológico permite atestiguar que de los 25 tests, 12 son de naturaleza cognitiva (WAIS, WISC, Raven, BADYG, TALE, MSCA, PROLEC, BENDER, ITPA, TAMAI, DAT, IGF), 6 son cuestionarios de personalidad (16PF, NEO PI-R, PAPI, TPT, IPV, BFQ) y 6 tienen carácter clínico (MCMI, MMPI, SCL-90, BDI, STAI, MMSE).

De los 25 tests que componen el universo del estudio, se han analizado 22. El Rorschach se excluyó por su naturaleza proyectiva; el BDI es un cuestionario "fantasma" en el sentido de que si bien figura en la lista de los tests más utilizados en la práctica profesional, no existía cuando se elaboró este estudio una versión oficial de él en Español; finalmente no se estudió el PAPI por no poder acceder a él.

RESULTADOS

Fiabilidad. El tratamiento otorgado al tema de la fiabilidad por los manuales se corresponde mayoritariamente con una concepción clásica en la que se equipara la fiabilidad con la consistencia interna. En este orden, el coeficiente alfa de Cronbach es el indicador preferido. Un total de 15 manuales ofrecen esta información. La estabilidad temporal de las puntuaciones analizada por medio de un test-retest es abordada por un total de 6 manuales. Desafortunadamente la información sobre el error típico de medida no está presente en todos los manuales, sólo 5 manuales aportan esta información. Si se



considera la conveniencia de ofrecer información sobre los errores de medida condicionales a las puntuaciones o a las muestras de baremación, este número decrece. Uno de los manuales analizados ofrece información sobre el ETM condicional a la puntuación en el marco de la Teoría de Respuesta al Ítem, y 4 tests estiman este estadístico por muestra.

Tratamiento de la validez. La perspectiva mayoritaria adoptada en los manuales analizados no se adecúa al marco teórico defendido desde las directrices de la AERA; APA y NCMEA (1999). Incluso si se considera la concepción trinitaria de la validez (contenido, criterio, constructo), solo 11 de los manuales hacen referencia a las tres formas de validez. Evidencias sobre el contenido son recogidas en 8 manuales; informan sobre la estructura interna en 16 manuales, y sobre las relaciones entre el test y otras variables en 17. Sólo se ha encontrado una escueta referencia al proceso de respuesta o las consecuencias en 1 de los manuales.

Metodología de validación. La mayoría de los tests apoya sus evidencias en estudios correlacionales que son utilizados en 18 manuales. El modelo de regresión es

utilizado en 2 de los manuales. El análisis factorial exploratorio es estimado en 11 manuales, y se aporta información sobre modelos confirmatorios en 6 manuales.

Interpretación de las puntuaciones. En el proceso de interpretación de las puntuaciones la mayoría de los manuales analizados proponen interpretaciones normativas basadas en la distribución de las puntuaciones o en normas de grado. Además, algunos de ellos, 7, ofrecen interpretaciones criterios. Puntos de corte entre categorías son ofrecidos en 14 manuales. Sin embargo, justificaciones o evidencias para la definición de esos puntos de corte solo son ofrecidas en 8 manuales.

Los manuales ofrecen tablas o baremos para la interpretación de las puntuaciones. Se han utilizado transformaciones no-lineales en 20 manuales y transformaciones lineales en 19. La información sobre la distribución de las puntuaciones ofrecidas en los 7 manuales que la incorporan es escueta. La mayoría de los manuales no añaden información basada en el error de típico de medida en la lectura de los resultados.

Adaptación. Aunque la mayoría de los tests analizados son adaptaciones, el proceso de adaptación no aparece

TABLA 1
TESTS MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA

	Nombre castellano	Ámbito	1ª edición	Origen	Adaptación
MCFI-III*	Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III	C-T	1977	EE.UU.	2007
16PF-5*	16PF-5, Cuestionario Factorial de Personalidad	C-E-T	1949	EE.UU.	1995/2005
MMPI-2-RF*	Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-2-Reestructurado	C-T	1943	EE.UU.	2009
BDI-II*	Beck Depression Inventory-II	C	1961	EE.UU.	--
WISC-IV*	Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV	C	1949	EE.UU.	2005
WAIS-III*	Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III	C	1955	EE.UU.	1999
STAI*	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	C	1970	EE.UU.	1994
RORSCHACH*	Rorschach	C	1921	Suiza	
SCL-90-R*	Cuestionario de 90 síntomas Revisado	C	1975	EE.UU.	2001
MMSE	Examen Cognoscitivo Mini-Mental	C	1975	EE.UU.	2002
BADYG	Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales	E	1989	España	--
TALE	Test de Análisis de Lecto-Escritura	E	1980	España	--
MSCA	Escalas McCarthy de Aptitudes y psicomotricidad para Niños	E	1972	EE.UU.	1977/2006
RAVEN*	Raven Matrices progresivas	E	1938	Reino Unido	2001
PROLEC-R	Batería de Evaluación de los Procesos Lectores Revisada	E	1996	España	--
BENDER	Test gestaltico visomotor de Bender	E	1938	EE.UU.	1993
ITPA	Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas	E	1968	EE.UU.	1984/2004
TAMAI	Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil	E	1983	España	No
PAPI	Inventario de personalidad y preferencias	T	1960	EE.UU.	
DAT-5	Test de Aptitudes Diferenciales-5	T	1947	EE.UU.	1960 / 2002
TPT	Test de Personalidad de TEA	T	2002	España	--
IPV	Inventario de Personalidad para Vendedores	T	1977	Francia	2005
IGF	Inteligencia General y Factorial Renovado	T	1991	España	--
BFG	Cuestionario "Big Five"	T	1993	Italia	1995 /2007
NEO-PI-R	Inventario de Personalidad NEO Revisado	T	1978	EE.UU.	1999/2008

(C-Clinica, E-Educación, T-Trabajo; * 10 tests más usados independientemente de la especialidad)

bien documentado. Solo 8 tests discuten problemas relacionados con la equivalencia lingüística. El coeficiente de congruencia de Tucker aparece en 4 manuales. No se han encontrado pruebas sobre estudios de equivalencia estructural o métrica basada en modelos SEM ni en el estudio del funcionamiento diferencial del ítem.

DISCUSIÓN

Los tests constituyen el aspecto más conocido y de mayor impacto social relacionado con la investigación psicométrica. Desde los albores del siglo XX han servido a la investigación psicológica, y han ayudado en la toma de decisiones en los ámbitos educativo, social, jurídico o clínico. A lo largo de su historia su utilización y consiguiente consideración social han pasado por etapas de apogeo y crisis en cuyo origen encontramos usos abusivos e incorrectos.

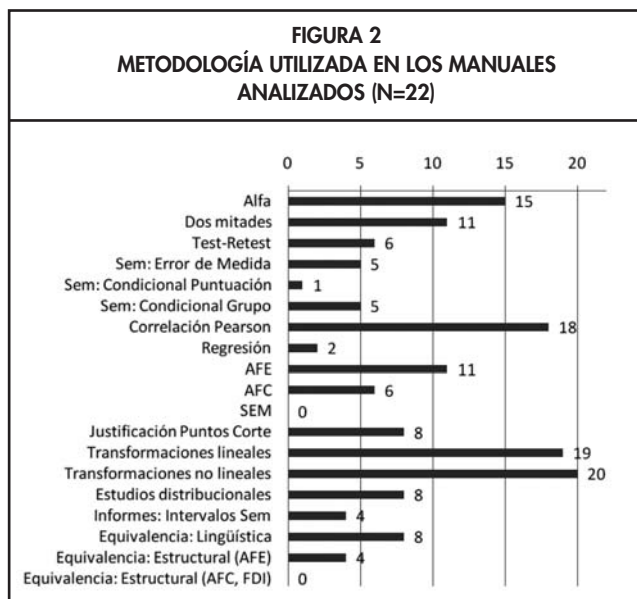
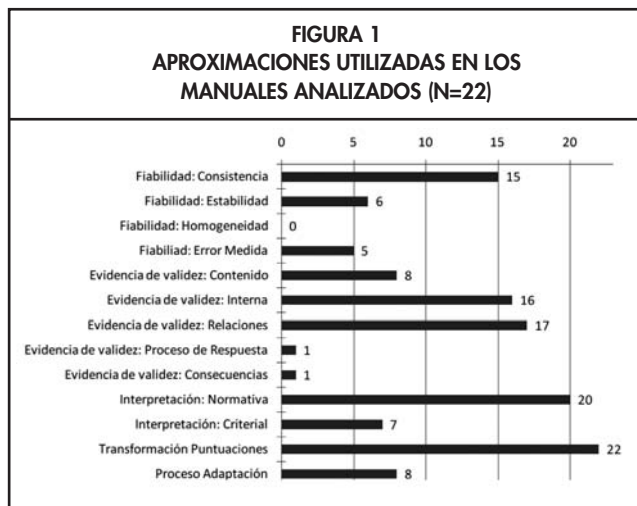
En la práctica profesional los test psicológicos son herramientas de apoyo en el diagnóstico, en el diseño de planes de intervención y evaluación, y en la selección profesional. Independientemente de la modalidad del test (cognitivo, neuropsicológico, adaptativo, social, conductual, de personalidad o vocacional), y de su propósito, es un instrumento que tiene que ser construido siguiendo principios que garanticen su calidad técnica (Wilson, 2005), y tiene que ser utilizado de acuerdo a criterios que permitan salvaguardar éstas. Sólo un uso apropiado y conforme a los propósitos para los que el test fue construido garantizará la validez de sus interpretaciones.

Las organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con el uso de los tests tratan de mejorar la práctica profesional utilizando como argumento principal la formación. Aunque la principal base formativa del profesional es el grado ofrecido en nuestras universidades; éste puede no ser suficiente (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Los contenidos de los planes de estudio se asientan sobre la inercia marcada por años de tradición y usos, y se retroalimenta con respecto a las prácticas establecidas. Pero la psicometría ha evolucionado, y la distancia entre teoría psicométrica y práctica profesional es hoy mayor que nunca. El desarrollo de la psicometría viene marcado por la construcción y estudio de nuevos modelos formales, pero también, por una toma de conciencia respecto a la relevancia social de los tests, que no ha existido hasta ahora.

Las directrices elaboradas por las organizaciones profesionales cumplen una importante misión en la difusión de los avances formales y sociales. Son documentos que

conjugan rigor y sencillez en textos de fácil lectura y comprensión. Ofrecen normas generales que son importantes en el proceso y en la evaluación del resultado de la construcción/ adaptación y uso de los tests. En este trabajo, que sigue la línea formativa y divulgadora iniciada desde el CGCOP, se pretendía mostrar el reflejo de dos de los referentes más importantes relacionados con el uso de los tests, las directrices conjuntas de la APA, y las directrices redactadas desde la Comisión Internacional de Tests. El resultado muestra los usos y costumbres asentados en nuestra práctica, pero también las asignaturas pendientes.

Las conclusiones más importantes referidas a cada uno de los puntos analizados se resumirían en la necesidad



de aportar información sobre el error típico de medida, la necesidad de actualizar la idea de validez hacia una concepción más dinámica y argumental, la conveniencia de utilizar modelos confirmatorios y explicativos en el estudio de las relaciones entre variables, el interés en justificar las interpretaciones criterioles y de utilizar modelos adecuados para estimar la verosimilitud de un diagnóstico, o la importancia de garantizar la equivalencia en la adaptación de tests por medio de estudios de invarianza. Ninguno de los puntos es nuevo en la investigación psicométrica, y el trabajo de Muñiz-Fernández-Hermida (2010) muestra que los profesionales son conscientes de algunas de estas deficiencias (p.e., la no utilización del error de medida es reconocida como un problema por los profesionales). Sin embargo, tras más de una década de publicación de las directrices su contenido no está reflejado en la documentación analizada. Las directrices marcar un camino y la responsabilidad sobre la transición desde las costumbres hacia los deberes es compartida entre todos; profesionales, editores, colegios profesionales y profesores.

REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anastasi, A. (1954). *Psychological testing*. New York: Macmillan.
- Bartram, D. (1998). The need for international guidelines on standards for test use: A review of European and international initiatives. *European Psychologist*, 2, 155-163.
- Bartram, D. (2011, Julio). The EFPA Test Review Model: Time for an Update? Symposium organizado en el *12th European Congress of Psychology*, Estambul, Turquía.
- Bartram, D., Gregoire, J., Hambleton, R. K., y van de Vijver, F. (2011, Julio). International Test Commission Guidelines for adapting educational and psychological tests (2nd edition). Sesión especial en el *7th Conference of the International Test Commission*, Honk Kong, China.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software
- Bentler, P.M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: causal modeling. *Annual Review of Psychology*, 31, 419-456.
- Bentler, P.M. (1986). Structural modeling and psychometrika: an historical perspective on growth and achievements. *Psychometrika*, 51, 31-51.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: Wiley
- Bully, P. y Elosua, P. (2011, Julio). Classification procedures and cut-score definition in psychological testing: A review. Comunicación presentada en el *11th European Conference on Psychological Assessment*. Ritga.
- Cizek, G. J., y Bunch, M. B. (2007). *Standard setting: A guide to establishing and evaluating performance standards on tests*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal consistency of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Embretson, S. E. y Reise, S. P. (2000). *Item Response Theory for Psychologists*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Evers, A., Muñiz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, J.R., Frans, O., Gintiliené, G., Hagemester, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jimenez, P., Manthouli, M., Matesic, K., Schittekatte, M., Sümer, C., & Urbánek, T. (in press). Testing practices in the 21th century. Developments and European Psychologist's opinions. *European Psychologists*.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Elosua, P. (2008). Una aplicación de la estimación Bayes empírica para incrementar la fiabilidad de las puntuaciones parciales. *Psicothema*, 20(3), 497-503.
- Elosua, P. (2009). ¿Existe vida más allá del SPSS? Descubre R. *Psicothema* 21,4, 652-655.
- Elosua, P. y Hambleton, R.K. (2011, Julio). Nuevas directrices de la ITC para la adaptación de tests. Trabajo presentado en el *XII Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*, San Sebastián.
- Elosua, P. y Iliescu, D. (2011). Psychological test validity. Where we are an where we should to go. Comunicación presentada en el *12th European Congress of Psychology*, Estambul, Turquía.
- Elosua, P. y Iliescu, D. (en prensa). Test in Europe. Where we are an where we should to go. *International Journal of Testing*.
- Elosua, P. y Muñiz, J. (2010). Exploring the factorial structure of the Self-Concept: A sequential approach using CFA, MIMIC and MACS models, across gender and two languages. *European Psychologist* 15, 58-67.
- Elosua, P. y Zumbo, B. (2008). Reliability coefficients for ordinal response scales. *Psicothema*, 20, 896-901.

- Guilford, J.P. (1946). New standards for test evaluation. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 427-439.
- Hambleton, R. K. y Swaminathan, H. (1985). *Item response theory. Principles and applications*. Boston, Kluwer: Nijhoff Publishing.
- Hambleton, R. K. y Pitoniak, M. (2006). Setting performance standards. . En R. L. Brennan (Ed.), *Educational measurement* (4th ed., pp. 433-470). Westport, CT: Praeger.
- Hambleton, R.K. y Zenisky, A. (en prensa). *Reporting Test Scores in More Meaningful Ways: A Research-Based Approach to Score Report Design*
- Hattie, J. (1985). Methodology review: assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement* 9, 139-164.
- Hattie, J. (2009, April) *Visibly learning from reports: The validity of score reports*. Paper presented at the meeting of the National Council on Measurement in Education, San Diego, CA.
- Ihaka, R., y Gentleman, R. (1996). R: A language for data analysis and graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 5, 299-31
- Jöreskog, K. G. (1971). Statistical analysis of sets of congeneric tests. *Psychometrika*, 36, 109-133.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1996). *LISREL8. User's Reference Guide*. Chicago: Sci Software Int.
- Kane, M. T. (1992). An argument-based approach to validity. *Psychological Bulletin*, 112, 527-535.
- Kane, M. T. (2006). Validation. En R. Brennan (Ed.), *Educational measurement*, 4th ed (pp. 17-64). Westport, CT: Praeger
- Kelley T.L. (1927). *Interpretation of educational measurements*. Yonkers, NY, World Book Company.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd Edition). The Guilford Press.
- Lord, F. M. (1980). *Applications of item response theory to practical testing problems*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2007). *FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. University Rovira y Virgili
- McDonald, R.P. (1981). The dimensionality of tests and items. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 34, 110-117.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory. A unified treatment*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist*, 50, 741-749.
- Millsap, R. y Maydeu-Olivares, A. (Eds.) (2009). *Handbook of Quantitative Methods in Psychology*. London: Sage
- Muñiz, J. (2010, Julio). Estrategias para mejorar el uso de los tests. Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo
- 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. y Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Alvarez, A. y Peña-Suarez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32, 113-128.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles del psicólogo*, 66, 63-70.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (2001). *Mplus user's guide*. Los Angeles: Muthén y Muthén.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*, New York: McGraw-Hill.
- Raykov, T. (2001). Estimation of Congeneric Scale Reliability via Covariance Structure Analysis with Nonlinear. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54, 315-323.
- Rulon, P. J. (1946). On the validity of educational tests. *Harvard Educational Review*, 16, 290-296.
- Spearman, C. (1904). "General intelligence," objectively determined and measured. *American Journal of Psychology* 15, 201-293.
- Thurstone, L. L. (1924/1973). *The Nature of Intelligence*. London: Routledge.
- Tucker, L.R. (1951). *A method for synthesis of factor analysis studies*. Personnel Research Section Report, 984. Washington, D. C.: Department of the Arm
- Van der Linden, W. y Hambleton, R.K. (1997). *Handbook of modern item response theory*. New York: Springer Verlag.
- Wilson, M. (2005). *Constructing Measures. An Item Response Modeling Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M. y Zeisser, C. (2007). Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta For Likert Rating Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21-29.

REVISIÓN DE LAS MEDIDAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

REVIEW OF OBSESSIVE AND COMPULSIVE DISORDER (OCD) MEASURES

Felix Inchausti¹ y Ana R. Delgado²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Universidad de Salamanca

El objetivo de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura especializada para analizar la medición actual del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Tras una búsqueda exhaustiva en SCOPUS y PsycINFO, se seleccionaron los 68 artículos que incluían medidas del TOC, además de resultar relevantes según los criterios previamente establecidos a partir del análisis de 1066 resúmenes, y se codificaron mediante sistemas ad hoc de categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes. Se describieron las características de los instrumentos más frecuentemente empleados y la evidencia neuropsicológica utilizada en su validación. Los resultados permiten concluir que los aspectos sociales y emocionales apenas se tienen en cuenta en las medidas más utilizadas, así como describir otras limitaciones. Para la mejora de las medidas, se sugiere el uso de modelos psicométricos avanzados acompañados de estrategias de validación que tomen en consideración los conocimientos neuropsicológicos sobre el TOC, y en particular la faceta afectiva del mismo.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Medición, Modelo de rasch, Revisión, Teoría de respuesta al ítem (TRI).

The objective of the study was the systematic review of the literature on Obsessive and Compulsive Disorder (OCD) measures. Some 68 articles were selected after an exhaustive search in SCOPUS and PsycINFO. These papers were those that, as well as including OCD measures, were considered as relevant according to criteria previously established from the analysis of 1066 abstracts. Coding was carried out by means of exhaustive and mutually exclusive ad hoc category systems. Some psychometric properties as well as the neuropsychological evidence employed in the validation of the most frequently used measures were described. Results indicate that the social and emotional facets are hardly taken into account; some other limitations of OCD measures are highlighted. The use of advanced psychometric models and the consideration of affective as well as cognitive neuropsychological evidence are suggested in order to improve current OCD measurement instruments.

Key words: Obsessive and compulsive disorder (OCD), Measurement, Rasch model, Review, Item response theory (IRT).

Según la cuarta edición del texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales, DSM-IV-TR (APA, 2000), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos no deseados, ideas e imágenes que evocan ansiedad (es decir, las obsesiones) que se resisten subjetivamente, y cuya ansiedad urge reducir a través de algún tipo de conducta ritual (las compulsiones). Esta definición del TOC ha supuesto que los test clásicos que lo evalúan se centren fundamentalmente en identificar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno, dejando de lado otros que se están mostrando relevantes para dicho trastorno, como son los aspectos socio-emocionales (Olatunji, Abramowitz, Williams, Connolly y Lohr, 2007; Cisler, Brady, Olatunji y Lohr, 2010).

A pesar de ello, en esta última década se ha incrementado exponencialmente el estudio de la emoción y su re-

lación con la psicopatología (Woody y Teachman, 2000; Deacon y Abramowitz, 2006; Olatunji, 2010) y, desde esta perspectiva, se ha encontrado que el miedo y el asco tienen una gran importancia en aquellos trastornos en los que aparecen componentes de contaminación y enfermedad, como ocurre en el TOC (Herba y Rachman, 2007). Estas investigaciones han motivado la construcción de nuevos instrumentos que miden constructos tales como la sensibilidad al asco o el miedo a la contaminación mental y que pueden resultar muy útiles en la medición del TOC (Olatunji, Sawchuk, de Jong y Lohr, 2007; van Overveld, de Jong, Peters, Cavanagh y Davey, 2006; McLaughlin, Stewart y Taylor, 2007).

Disponer de instrumentos psicométricos que nos aporten puntuaciones fiables y con adecuada evidencia de validez de constructo resulta primordial en cualquier rama de la psicología (Prieto y Delgado, 2010). Esto implica que éstas sean específicas y sensibles a los cambios que se producen en la intensidad de los síntomas. Aunque existen numerosos instrumentos de medida para los síntomas asociados al TOC, en su mayoría



no parecen ser consistentes con los recientes hallazgos empíricos sobre la naturaleza y estructura de las obsesiones y compulsiones (Gabrill, Merlo, Duke, Harford, Keeley, Geffken y Storch, 2008); además, presentan problemas de especificidad y sensibilidad (Taylor, 1995; Feske y Chambless, 1997) e ignoran reciente evidencia psicopatológica asociada, sobre todo en lo referente a la faceta afectiva del TOC, que tampoco se ha tomado en consideración en la validación de las nuevas medidas (Chamberlain et al., 2005; Taylor et al., 2007; Suppiger, In-Albon, Hendriksen, Hermann, Margraf y Schneider, 2009). Actualmente no existe un instrumento psicométrico que englobe todas las dimensiones (cognitiva, conductual y socio-emocional) del TOC y que permita obtener puntuaciones válidas y fiables. Esto ha llevado a que no exista ninguna escala aceptada por todos los autores, lo que dificulta la comparación de resultados entre estudios (Kaiser, Bouvard y Millierey, 2010).

Por lo tanto, consideramos que resultaría de interés revisar sistemáticamente las pruebas que miden los síntomas asociados al TOC, prestando especial atención al uso, en su caso, de modelos psicométricos sofisticados que pudieran contribuir a mejorar la calidad de las medidas. En concreto, el Modelo de Rasch (Rasch, 1960; Wright y Stone, 1979; Prieto y Delgado, 2003; Lopes, Prieto, Delgado, Gamito y Trigo, 2010; Prieto, Delgado, Perea y Ladera, 2010) constituye un acercamiento complementario a la Teoría Clásica de los Test (TCT) que resuelve algunas de sus desventajas metodológicas pues existe un amplio consenso de que éste es superior métricamente a la TCT (Wilson, 2005). Además, dado el avance de las neurociencias y su contribución a la validación de los instrumentos de evaluación psicológica, se atendió también de forma especial al empleo de evidencia neuropsicológica en la validación de los instrumentos.

MÉTODO

Materiales

En una primera fase, se revisaron los resúmenes de un total de 1066 artículos. En una segunda fase, se seleccionaron y revisaron los 68 artículos relevantes para el objetivo de nuestra investigación.

Procedimiento

En la primera fase, se revisaron los estudios procedentes de las bases de datos de PsycINFO y SCOPUS. La primera muestra de resúmenes, descargada el 9 de marzo

de 2010, se conformó de manera deductiva mediante el uso de palabras clave con los siguientes términos ingleses: "OCD and testing", "OCD and validity", "OCD and reliability", "OCD and IRT" y "OCD and Rasch Model". En español, estos términos corresponden respectivamente a TOC, pruebas, validez, fiabilidad, Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI) y Modelo de Rasch.

Tras el análisis de los resúmenes, a partir del que se construyeron inductivamente sistemas *ad hoc* de categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes (EME), se llevó a cabo la selección de los 68 artículos relevantes para nuestro objetivo.

Análisis de la información

El análisis cualitativo de los datos en la primera fase dio lugar a los sistemas de categorías EME que permitieron codificar las mediciones del TOC halladas en los estudios seleccionados para la segunda fase: (1) Tipo de ítems empleados en la medición del TOC (cognitivos, conductuales, socio-emocionales, cognitivo-conductuales y cognitivo-emocionales); (2) Tipo de muestra utilizada (clínica con grupo control, clínica sin grupo control, subclínica con grupo control, subclínica sin grupo control y no clínica); y (3) Relevancia neuropsicológica (alusión a sistemas funcionales o a estructuras neurales).

RESULTADOS

En la primera fase de la investigación, la búsqueda con palabras clave aportó un total de 1066 resúmenes. Las bases de datos de PsycINFO y SCOPUS coincidieron en los resultados obtenidos, aunque SCOPUS proporcionó 26 estudios más que PsycINFO. En el caso de la búsqueda con el término "IRT", cuatro artículos fueron eliminados por referirse a la abreviatura inglesa "Intensive Rehabilitation Therapy", y no a "Item Response Theory". Los dos artículos revisados sobre TOC y Modelo de Rasch no resultaron pertinentes para la investigación puesto que no estaban relacionados directamente con el TOC, al ser uno de ellos una validación de la versión danesa del SCL-90 (Olsen, Mortensen y Bech, 2004), y el segundo un análisis mediante el modelo de Rasch de los datos del Inventario Bear-Fedio en pacientes con larga historia de epilepsia en el lóbulo temporal (Sorensen, Hansen, Andersen, Hogenhaven, Allerup y Bolwig, 1989). En cuanto a los cuatro artículos revisados sobre TOC y TRI, solo uno resultó pertinente para esta revisión, el que analizaba los resultados del Inventario Obsesivo Com-



pulsivo de Maudsley (MOCI) en una muestra con 1080 participantes (Woods, 2002). Los resúmenes se categorizaron por temas y objetivos, lo que permitió tener una representación más precisa de las investigaciones sobre el TOC y decidir acerca de la relevancia o no de los estudios. La mayoría de los artículos excluidos eran investigaciones sobre autoinformes que no se referían al TOC o no lo hacían específicamente. Asimismo, se encontró un gran número de artículos cuyo objetivo era evaluar la eficacia y efectividad de distintos tratamientos (psicológicos, psicofarmacológicos y quirúrgicos) para el TOC.

En la segunda fase, se analizaron los 68 artículos considerados pertinentes para nuestra investigación al referirse específicamente a estudios en los que se incluían medidas del TOC además de tener relevancia neuropsicológica. La mayoría de estos artículos ($n=61$) describían estudios correlacionales cuyo objetivo era investigar la calidad psicométrica de las puntuaciones mediante estrategias de validación convergente. El resto se repartió de la siguiente manera: un estudio experimental, uno cuasi-experimental, uno observacional y tres revisiones teóricas.

En los 68 artículos seleccionados, se hallaron 94 evaluaciones realizadas con un total de 30 autoinformes que medían síntomas asociados al TOC. El análisis de estas evaluaciones reflejó que 60 de ellas se llevaron a cabo con pruebas que medían aspectos cognitivo-conductuales, 14 con pruebas de tipo socio-emocional, 13 con pruebas que valoraban aspectos cognitivos, y 7 evaluaciones con pruebas cognitivo-emocionales.

La Tabla 1 muestra la estructura de los autoinformes más empleados en la medición del TOC en función de los contenidos de sus ítems. El más utilizado fue el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R) de Foa et al. (2002) que se utiliza en trece ocasiones, seguido por la Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I DSM-IV, SCID-I (APA, 2000), que se empleó en nueve. Del total de 30 autoinformes, la Tabla 1 analiza aquéllos que aparecieron en más de una ocasión. Es de resaltar que todos los artículos analizados aportaron algún estimador de fiabilidad, excepto en el caso de la Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I DSM-IV, SCID-I, en el que tan solo lo hacían siete de los nueve artículos. El procedimiento más empleado fue la estimación de la consistencia interna, principalmente con el estadístico alfa de Cronbach (α), que se utilizó en el 96% de los casos. De este 96%, un 45% empleó además

otros estimadores, tales como la correlación test-retest o KR21. Solo un 4% utilizó únicamente la estimación test-retest.

Las puntuaciones del OCI-R, la medida más frecuentemente utilizada, obtuvieron unos valores de fiabilidad que oscilaron en un rango entre .76 y .92. Además, los valores de fiabilidad más bajos fueron los obtenidos con el MOCI, con un rango de valores entre .61 y .79, y los más altos correspondieron a la Escala de Emoción de Asco, DES (Kleinknecht, Kleinknecht y Thorndike, 1997), cuyo rango osciló entre .85 y .93. En el caso de las tres medidas TOC específicas para niños y adolescentes, destacan los bajos valores de fiabilidad, siendo la Escala Yale-Brown en su versión para niños, CY-BOCS (Goodman et al., 1989) la que mejores valores obtuvo, con un rango entre .60 y .75.

Por otro lado, las 94 evaluaciones se codificaron según el tipo de ítems utilizados (cognitivos, cognitivo-conductuales, socio-emocionales o cognitivo-emocionales) y el tipo de muestra empleada (clínica, subclínica o no clínica) como puede verse en la Tabla 2. Los resultados indican que las medidas cognitivo-conductuales fueron las más habituales (se emplearon en 60 ocasiones), coincidiendo con los criterios diagnósticos del DSM y la CIE. Las medidas que emplearon ítems cognitivos se llevaron a cabo mayoritariamente con muestras no clínicas, en general universitarias. Lo mismo ocurre con las medidas con ítems socio-emocionales. Todavía son pocas las medidas que utilizan ítems cognitivo-emocionales. Los datos muestran que existe un uso generalizado de los grupos control en las investigaciones: solo dos estudios no los incorporaban.

Con respecto a los artículos españoles revisados, se seleccionaron cinco. En esta ocasión, de nuevo, el cuestionario más utilizado fue el OCI-R, que se empleó en cuatro ocasiones, seguido del MOCI en tres. El Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver, VOCI (Thordarson et al., 2004), el Cuestionario de Creencias Obsesivas, CCO (Obsessive and Compulsive Cognitions Working Group, 2005) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, ASI (Peterson y Reiss, 1992) se emplearon en una sola ocasión. Es de destacar que solo una investigación incluyera participantes con TOC, utilizando el resto muestras con estudiantes universitarios o subclínicas.

En cuanto a los aspectos neuropsicológicos, como puede verse en la Tabla 3, sesenta y cuatro medidas del TOC (pertenecientes a 29 artículos) de las 94 totales, reflejaron la existencia de anomalías estructurales y/o fun-



cionales en los circuitos fronto-estriados de estos pacientes. En todos los casos, estas anomalías estructurales y funcionales se propusieron como explicación para los déficits neuropsicológicos y los síntomas clínicos de los pacientes con TOC. El número de medidas que refirió explicaciones estructurales duplicó al de funcionales (42 frente a 22). Más en concreto, nuestros resultados indicaron que los estudios con medidas cognitivo-conductuales usaron más frecuentemente explicaciones de tipo estructural, frente a los estudios con medidas cognitivas,

emocionales y socio-cognitivas, que prefirieron optar por explicaciones de tipo funcional.

Del total de 29 artículos con relevancia neuropsicológica, ocho analizaron los perfiles neuropsicológicos de estos pacientes presentando resultados mixtos en términos de déficits de atención selectiva y velocidad de procesamiento. Respecto a las funciones ejecutivas, estos artículos concluyeron que es muy probable que existan dificultades para cambiar el foco de atención al dirigirse de manera repetida a los estímulos relacionados con las

TABLA 1
FRECUENCIA Y COMPOSICIÓN DE LOS AUTOINFORMES (TIPO Y NÚMERO DE ÍTEMS)

Adultos	f	Tipo de ítems		
		Cognitivos	Conductuales	Socio-emocionales
Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado, OCI-R (Foa et al., 2002)	13	3	15	No se valoran emociones
Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I DSM-IV, SCID-I (APA, 2000)	9	3	1	No se valoran emociones
Escala Yale-Brown para el TOC, Y-BOCS (Goodman et al., 1989)	6	5	5	No se valoran emociones
Cuestionario de Creencias Obsesivas, CCO (Obsessive and Compulsive Cognitions Working Group, 2005)	5	31	No se valoran compulsiones	No se valoran emociones
Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley, MOCI (Hodgson y Rachman, 1977)	4	14	16	No se valoran emociones
Inventario Obsesivo Compulsivo de Florida, FOCI (Storch et al., 2007)	4	10	10	No se valoran emociones
Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver, VOCI (Thordarson et al., 2004)	3	30	25	No se valoran emociones
Inventario de Escrupulosidad de Penn, PIOS (Abramowitz et al., 2002)	3	No se valoran cogniciones	No se valoran compulsiones	19
Escala Revisada de Propensión y Sensibilidad al Asco, DPSS-R (van Overveld et al., 2006)	3	No se valoran cogniciones	No se valoran compulsiones	16
Escala de Emoción de Asco, DES (Kleinknecht, Kleinknecht y Thorndike, 1997)	3	No se valoran cogniciones	No se valoran compulsiones	30
Escala de Fusión Pensamiento-Acción, TAFS (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996)	3	19	No se valoran compulsiones	No se valoran emociones
Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, ASI (Peterson y Reiss, 1992)	2	5	No se valoran compulsiones	11
Niños				
Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado Versión para niños, OCI-R-CV (Foa et al., 2002)	4	3	15	No se valoran emociones
Escala Yale-Brown para el TOC versión para niños, CY-BOCS (Goodman et al., 1989)	3	5	5	No se valoran emociones
Inventario de Obsesiones de Leyton para niños y adolescentes, LOI-CV (Berg et al., 1986)	3	20	No se valoran compulsiones	No se valoran emociones



amenazas obsesivas y compulsivas, además de problemas en la inhibición de la respuesta y dificultades para generar estrategias de planificación. Con respecto a la memoria, se concluye en estos artículos que los pacientes con TOC presentan una clara deficiencia en la memoria no verbal, aunque no es tan clara en la memoria verbal, y esto lo explican, junto con los déficits visuoespaciales, aludiendo a la poca capacidad que presentan para aplicar de manera eficiente estrategias elaboradas, la necesidad de exámenes excesivos y la aparición de la duda.

En lo referente a los perfiles neuropsicológicos en la infancia, nuestra revisión no ha hallado evidencia que induzca a pensar que varíe del perfil de los adultos. Solo se añade evidencia consistente de que hay deterioro en la supresión de las respuestas y una inhibición en las habilidades motoras. Finalmente, se sugiere que, aunque la observación clínica parece indicar que hay problemas a nivel de metamemoria y de capacidad metacognitiva en los niños con TOC, dichos procesos no se han investigado adecuadamente en esta población por falta de pruebas adaptadas (Piacentini, Peris, Bergman, Chang y Jaffer, 2007).

TABLA 2
FRECUENCIA DE LAS MEDIDAS DEL TOC (N=94)
POR TIPO DE ÍTEM Y MUESTRA

Tipo de ítems	Muestra de sujetos				
	Clínica		Subclínica		No Clínica
	Grupo control	Sin grupo control	Grupo control	Sin grupo control	
Cognitivos	4	0	1	0	8
Socio-emocionales	3	0	2	0	9
Cognitivo-conductuales	46	2	1	0	11
Cognitivo-emocionales	1	0	2	0	4
Total	54	2	6	0	32

TABLA 3
FRECUENCIA DE LAS MEDIDAS DEL TOC POR TIPO DE ÍTEM Y RELEVANCIA NEUROPSICOLÓGICA (N=64)

Tipo de ítems	Relevancia neuropsicológica	
	Funcional	Estructural
Cognitivos	7	3
Socio-emocionales	4	3
Cognitivo-conductuales	9	35
Cognitivo-emocionales	2	1
Total	22	42

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la luz de nuestros resultados, concluimos que las muestras que principalmente se han utilizado en las investigaciones con autoinformes de carácter emocional son, en su mayoría, no clínicas (muestras universitarias generalmente). En este grupo podemos incluir también los estudios con test cognitivos y cognitivo-emocionales, que utilizan en su mayoría, de nuevo, muestras no clínicas. En el caso de las muestras clínicas con participantes con TOC, los autoinformes que mayoritariamente se han empleado para su evaluación han sido los de tipo cognitivo-conductual, coincidiendo con la orientación de los criterios diagnósticos tanto de la APA como de la CIE. Esto supone un olvido de los aspectos de carácter más puramente cognitivos y socio-emocionales del TOC que, aunque pudieran no ser relevantes para el diagnóstico diferencial, sí pueden serlo para conocer mejor la gravedad del trastorno. Afecta, por otra parte, a la estimación de la fiabilidad de las puntuaciones que, pese a encontrarse en el rango de lo aceptable, se ve influida por la heterogeneidad de las muestras. Además, en España este sesgo en la selección de la muestra se observa más claramente, incluso cuando se emplean autoinformes cognitivo-conductuales.

Lograr obtener medidas más precisas que nos permitan escalar a los participantes, según sus síntomas, en un continuo de gravedad, tendría importantes implicaciones prácticas: mejorar la adecuación de los tratamientos a las personas, evaluaciones de seguimiento más válidas y fiables, un mayor conocimiento de los efectos de las terapias, etc. (Franklin y Foa, en prensa).

En el caso del TOC de inicio en la infancia, sorprendentemente, solo se han desarrollado 3 medidas de autoinforme que evalúan directamente el trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico: el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado, versión para niños (OCI-R-CV; Foa et al., 2002); la Escala de Obsesiones y compulsiones para niños Yale-Brown (CY-BOCS; Goodman et al., 1989); y el Inventario de Obsesiones para niños de Leyton (LOI-CV; Berg et al., 1986). Revisando el contenido de estas escalas, observamos que sus ítems son los mismos que los empleados en sus versiones para población adulta, reduciendo únicamente su número en el caso del LOI-CV, y adaptando los baremos en las tres. Además, estas escalas han sido tradicionalmente desarrolladas en muestras pequeñas y no proporcionan una evaluación rápida de los síntomas a través de dominios múltiples (Merlo, Storch, Murphy, Goodman y Geffken, 2005; Foa, Coles, Huppert, Pasupuleti, Franklin y March, 2010).



Tras revisar de manera sistemática la literatura para conocer cómo se está midiendo el TOC, observamos que no se están empleando modelos psicométricos avanzados, tales como el modelo de Rasch. Dicho modelo permitiría diferenciar de manera adecuada síntomas inespecíficos y específicos del TOC y ayudaría a mejorar la medida de la gravedad de sus síntomas teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivo-conductuales como los socio-emocionales. Además, también nos permitiría adaptar más fácilmente estas pruebas a la población infantil. En todo caso, la utilización del modelo de Rasch en el análisis de las puntuaciones de un test presupone la unidimensionalidad, es decir, requiere que todos los ítems midan esencialmente un mismo atributo. Los resultados de nuestra revisión de las medidas del TOC indican la posible existencia de tres dimensiones que, al menos conceptualmente, se encuentran bien definidas (cognitiva, conductual y socio-emocional). Empíricamente, incorporar distintos tipos de ítems según cada dimensión podría dar lugar a multidimensionalidad. En ese caso, los tests del TOC tendrían que constar de subtests, cada uno de los cuales se analizaría con el modelo de Rasch. Otra posibilidad sería emplear modelos TRI multidimensionales.

En cuanto a los aspectos neuropsicológicos, nuestros resultados parecen arrojar evidencia de que la orientación de los autoinformes podría relacionarse con el tipo de explicación neuropsicológica utilizada (estructural o funcional). Esto podría deberse a que, en la neuropsicología actual, las explicaciones de tipo funcional están teniendo más aceptación que las estructurales, y sus investigaciones se han interesado por los aspectos cognitivo-socio-emocionales del trastorno. Por el contrario, los enfoques más tradicionales (ligados a la neuropsicología clásica y la neurología) han preferido explicaciones de tipo estructural, interesándose por los aspectos comportamentales más clásicos (Saxena y Rauch, 2000). Podemos concluir que existe una gran heterogeneidad en los síntomas asociados al TOC, así como importantes limitaciones en muchos estudios que no controlan la influencia de variables como la comorbilidad y la medicación. Todo esto nos lleva a no poder obtener conclusiones más definitivas en este ámbito (Aycicegi, Dinn, Harris y Erkmen, 2003; Martínez-González y Piqueras-Rodríguez, 2008). Pese a que todos los estudios parecen concluir que el déficit neuropsicológico más consistente en el TOC se da en las funciones ejecutivas, la pobre evidencia de validez de constructo de las pruebas que miden dichas

funciones, así como la falta de consenso en la literatura sobre su operacionalización, ponen en entredicho estos resultados.

Finalmente, desde el punto de vista de la validación de instrumentos, sería importante tener en cuenta los datos neuropsicológicos recientes a la hora de construir nuevos tests o bien a la hora de interpretar los resultados de los ya existentes. En las dos últimas décadas, se ha desarrollado una extensa literatura que investiga las diferencias afectivas entre individuos en distintos trastornos psicopatológicos y sus correlatos neuropsicológicos (Cook, 1999; Grillon y Baas, 2003; Patrick y Bernat, 2006). En el caso del TOC, los nuevos modelos neuropsicológicos proponen una explicación de la conducta ritualizada en términos de una excesiva activación del sistema neuronal de alerta, encargado de inferir y detectar situaciones de amenaza. Este sistema, muy ligado a las emociones de asco y miedo, incluiría un repertorio de pistas para el peligro potencial, así como de precauciones típicas para nuestra especie. Desde el punto de vista anatómico-funcional, este sistema se sitúa en las regiones límbicas, especialmente en el cuerpo estriado (formado por los núcleos caudado y lenticular), amígdala y lóbulo posterior de la ínsula, así como en sus conexiones entre sí y con la corteza frontal y prefrontal (Vaidyanathan, Patrick y Cuthbert, 2009). En el caso de los pacientes con TOC, este sistema no discerniría adecuadamente las situaciones de amenaza potencial, dando lugar a dudas sobre el correcto cumplimiento de las precauciones y a la repetición de la acción (Boyer y Lienard, 2006). Futuras investigaciones deberían considerar, además, el control de variables extrañas (efectos no controlados de la medicación, sesgos del paciente y/o experimentador, tipo de pruebas empleadas en la evaluación, etc.), así como la relación entre los procesos cognitivos y los síntomas del TOC.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., & Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy, 40*, 825-838.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed. rev)*. Washington, DC: APA.
- Aycicegi, A., Dinn, W.M., Harris, C.L., & Erkmen, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive-



- compulsive disorder: Effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry*, 18, 241–248.
- Berg, C. J., Rapoport, J. L., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 84–91.
- Boyer, P., & Lienard, P. (2006). Why ritualized behavior? Precaution systems and action parsing in developmental, pathological and cultural rituals. *Behavioral and Brain Sciences*, 29, 595–613.
- Cisler, J.M., Brady, R.E., Olatunji, B.O., & Lohr, J.M. (2010). Disgust and Obsessive Beliefs in Contamination-Related OCD. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 439–448.
- Cook, E. W., III. (1999). Affective individual differences, psychopathology, and startle reflex modification. En M. E. Dawson, A. M. Schell, & A. H. Bohmelt (eds.), *Startle modification: Implications for neuroscience, cognitive science, and clinical science* (pp. 187–208). New York, NY: Cambridge University Press.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 837–857.
- Feske, U., & Chambless, D.L. (1997). A review of assessment measures for obsessive-compulsive disorder. En Goodman WK, Ruderfer, M. & Maser, J. (eds.), *Treatment challenges in obsessive compulsive disorders*. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Foa, E.B., Coles, M., Huppert, J.D., Pasupuleti, R.V., Franklin, M.E., & March, J. (2010). Development and Validation of a Child Version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41, 121–132.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (en prensa). Obsessive Compulsive Disorder. *Annual review of clinical psychology*.
- Gabrill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K., Keeley, M.L., Geffken, G.R., & Storch, E.A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders* 22, 1–17.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, G., Heninger, G., & Charney, D. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale I: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1016.
- Grillon, C., & Baas, J. M. (2003). A review of the modulation of startle reflex by affective states and its application to psychiatry. *Clinical Neurophysiology*, 114, 1557–1579.
- Herba, J.K., & Rachman, S. (2007). Vulnerability to mental contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2804–2812.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Kaiser, B., Bouvard, M., & Millierey, M. (2010). Washing, checking, and rumination: Are the belief domains, obsessions and compulsions specific to OCD subtypes? *Encephale*, 36, 54–61.
- Kleinknecht, R.A., Kleinknecht, E.E., & Thorndike, R.M. (1997). The role of disgust and fear in blood and injection - related fainting symptoms: A structural equation model. *Behaviour, Research, and Therapy*, 25, 1075–1087.
- Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A. R., Gamito, P., & Trigo, H. (2010). Rasch-modeling the Portuguese SOCRATES in a clinical sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 355–359.
- Martínez-González, A.E., & Piqueras-Rodríguez, J.A. (2008). Neuropsychological update on obsessive-compulsive disorder. *Revista de Neurología*, 46, 618–25.
- McLaughlin, E.N., Stewart, S.H., & Taylor, S. (2007). Childhood anxiety sensitivity index factors predict unique variance in DSM-IV anxiety disorder symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 210–219.
- Merlo, L.J., Storch, E. A., Murphy, T.K., Goodman, W.K., & Geffken, G.R. (2005). Assessment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a critical review of current methodology. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 195–214.
- Olatunji, B. O. (2010). Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: A prospective examination of specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 313–317.
- Olatunji, B. O., Abramowitz, J.S., Williams, N.L., Connolly, K.M., & Lohr, J.M. (2007). Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity. *Journal of Anxiety Disorder*, 21, 771–787.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., de Jong, P. J., & Lohr,



- J.M. (2007). Disgust sensitivity and anxiety disorder symptoms: psychometric properties of the Disgust Emotion Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 115–124.
- Olsen, L.R., Mortensen, E.L., & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 225–229.
- Patrick, C. J., & Bernat, E. (2006). The construct of emotion as a bridge between personality and psychopathology. En R. F. Krueger & J. L. Tackett (eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 174–209). New York, NY: Guilford Press.
- Peterson, R.A., & Reiss, R.J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual (2nd edition)*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Piacentini, J., Peris, T.S., Bergman, R.L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the child obsessive-compulsive impact scale-revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 645–653.
- Prieto, G., & Delgado, A.R. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*, 15, 94–100.
- Prieto, G., & Delgado, A.R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 31, 67–74.
- Prieto, G., Delgado, A.R., Perea, M.V., & Ladera, V. (2010). Scoring Neuropsychological Tests Using the Rasch Model: An Illustrative Example With the Rey-Osterrieth Complex Figure. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 45–56.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment test*. Copenhagen, Denmark: Danish Institute for Educational Research.
- Saxena, S., & Rauch, S.L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 563–586.
- Schumacker, R.E. (2004). Rasch measurement: The dichotomous model. En E.V. Smith & R.M. Smith (eds.), *Introduction to Rasch measurement* (pp. 226–257). Maple Grove, Mn: JAM Press.
- Shafraan, R., Thordarson, D., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579–91.
- Sorensen, A.S., Hansen, H., Andersen, R., Hogenhaven, H., Allerup, P., & Bolwig, T.G. (1989). Personality characteristics and epilepsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 620–631.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Adkins, J.W., Lewin, A.B., Geffken, G.R., Johns, N.B., Jann, K.E., & Goodman, W.K. (2006). The children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Psychometric properties of child and parent-report formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1055–1070.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J., & Schneider, S. (2009). Acceptance of Structured Diagnostic Interviews for Mental Disorders in Clinical Practice and Research Settings. *Behavior Therapy*, 40, 272–279.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: reliability, validity and sensitivity to treatment effects. *Clinical psychology Review*, 15, 261–292.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176–188.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafraan, R., Sawchuk, C.N., & Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289–1314.
- Vaidyanathan, U., Patrick, C. J., & Cuthbert, B. N. (2009). Linking Dimensional Models of Internalizing Psychopathology to Neurobiological Systems: Affect-Modulated Startle as an Indicator of Fear and Distress Disorders and Affiliated Traits. *Psychological Bulletin*, 135, 909–942.
- van Overveld, M., de Jong, P. J., Peters, M. L., Cavanagh, K., & Davey, G. C. L. (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences*, 41, 1241–1252.
- Wilson, M. (2005). *Constructing measures*. Mahwah, NJ: LEA
- Woods, C.M. (2002). Factor analysis of scales composed of binary items: Illustration with the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 215–223.
- Woody, S. R., & Teachman, B. A. (2000). Intersection of disgust and fear: normative and pathological views. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 291–311.
- Wright, B.D., & Stone, M.H. (1979). *Best test design*. Chicago: MESA Press.



EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO EN LA INFANCIA

ASSESSMENT AND TREATMENT OF DAILY STRESS IN CHILDHOOD

**María Victoria Trianes Torres, María J. Blanca Mena, Francisco Javier Fernández-Baena,
Milagros Escobar Espejo y Enrique F. Maldonado Montero**
Universidad de Málaga

El estrés cotidiano infantil se refiere a contratiempos y preocupaciones que suceden en el entorno diario de los escolares. Se trata de un problema que se asocia a dificultades y disfunciones en el desarrollo socioemocional, por lo que es importante disponer de instrumentos para su diagnóstico en contextos escolares y familiares. Con esta finalidad se ha desarrollado una medida de autoinforme denominada Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI), validada y baremada en una muestra de escolares entre 6 y 12 años, hallándose unas propiedades psicométricas adecuadas. El presente artículo expone diversos resultados que ponen de manifiesto la importancia del estudio y evaluación del estrés cotidiano en población infantil, así como de su prevención y tratamiento, principalmente a través de intervenciones que promuevan la adquisición de estrategias de afrontamiento eficaces.*

Palabras clave: Estrés cotidiano, Infancia, Evaluación, Afrontamiento.

Daily stress in childhood refers to the worries and setbacks that occur in the everyday lives of school-age children. As the problem is associated with difficulties and dysfunctions in social and emotional development there is a need for diagnostic instruments that can be used in school and family contexts. The Children's Daily Stress Inventory (IECI in the original Spanish) is a self-report measure that was developed to this end. It has been validated and normed in a sample of schoolchildren aged 6-12 years, and shows adequate psychometric properties. This paper presents various findings that highlight the importance not only of studying and assessing children's daily stress, but also of preventing and treating it, principally through interventions that promote the acquisition of effective coping strategies.*

Key words: Daily stress, Childhood, Assessment, Coping.

CONCEPTO DE ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL

El estrés en población infantil ha sido objeto de estudio de la Psicología durante los últimos años, reconociéndose su importancia para la predicción de psicopatología en la infancia y la adolescencia. No obstante, aún se precisan investigaciones que aporten datos descriptivos de la incidencia del estrés cotidiano en escolares, así como técnicas de evaluación y manejo de esta problemática en la infancia. El estrés se define atendiendo a tres concepciones ampliamente extendidas en la literatura: estrés como estímulo, estrés como respuesta, y estrés como relación acontecimiento-reacción.

El estrés como estímulo hace referencia a la exposición a circunstancias o acontecimientos externos al sujeto, de-

nominados estresores, capaces de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo (Holmes y Rahe, 1967). El estrés como respuesta se refiere a las manifestaciones del organismo de tipo fisiológico (Selye, 1978), emocional o conductual ante estresores (Escobar, Blanca, Fernández-Baena y Trianes, 2011; Fimian, Fastenau, Tashner y Cross, 1989). Finalmente, el estrés como relación acontecimiento-reacción se considera como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

Atendiendo a la concepción de estrés como estímulo, los estresores se clasifican en acontecimientos vitales, crónicos y cotidianos. Los acontecimientos vitales han sido definidos como situaciones excepcionales, traumáticas, impredecibles e incontrolables que conllevan cambios muy relevantes en la vida de la persona y que exigen determinados reajustes adaptativos por parte de la misma, como por ejemplo la pérdida de un ser querido (Johnson, 1986). Los estresores crónicos se caracterizan por un endurecimiento de aspectos físicos y sociales en el ambiente próximo, que tienen como consecuencia

Correspondencia: María Victoria Trianes Torres. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos s/n, 29071. Málaga. España. E-mail: triatorr@uma.es

(*) El IECI ha sido galardonado con el XV Premio TEA Ediciones 2010 por sus propiedades psicométricas y por su originalidad y utilidad.



una serie de privaciones y desventajas que propician continuas amenazas y cambios para el sujeto, como por ejemplo padecimiento de enfermedad crónica o altos niveles de contaminación acústica en la vivienda (Compas, 1987). Finalmente, el estrés cotidiano se define como las demandas frustrantes e irritantes que acarrea la interacción diaria con el medio ambiente (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Se trata de sucesos, problemas, preocupaciones y contrariedades de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad que pueden alterar el bienestar emocional y físico del individuo (Seiffge-Krenke, 2007). La continua experiencia de estos estresores cotidianos puede afectar al bienestar y a la salud del individuo desde la infancia (Trianes, 2002; Trianes y Escobar, 2009).

La investigación ha mostrado que la incidencia del estrés cotidiano en niños y niñas puede tener importantes consecuencias emocionales. En este sentido, se ha encontrado que el estrés cotidiano puede impactar más negativamente en el desarrollo emocional del niño o adolescente que el estrés debido a sufrir acontecimientos vitales o estresores crónicos (Seiffge-Krenke, 2000; Wagner, Compas y Howell, 1988).

En población escolar, los estresores de naturaleza cotidiana se agrupan en tres ámbitos principales: salud, escuela y familia (Trianes, 2002). En el ámbito de salud se hallan sucesos tales como situaciones de enfermedad, procedimientos médicos y preocupación por la imagen corporal. Respecto al ámbito escolar, se contemplan estresores tales como problemas en la interacción con el profesorado, dificultades en la realización de las tareas académicas, realización de exámenes, presiones académicas, bajas calificaciones escolares, cometer errores ante los compañeros y exceso de actividades extraescolares. Asimismo, se incluyen estresores relativos a las dificultades en las relaciones con iguales, como falta de aceptación de los iguales, peleas y situaciones de ridiculización o burla. En cuanto al ámbito familiar, la literatura especializada señala estresores como dificultades económicas, falta de supervisión de los padres o soledad en el hogar y continuas peleas entre hermanos.

La evaluación de los citados estresores es necesaria para desarrollar acciones de detección, prevención e intervención del estrés cotidiano en los escolares. Por este motivo, se ha desarrollado un instrumento específico para la evaluación de este constructo en lengua española denominado *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil* (IECI; Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2011).

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS COTIDIANO: INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL (IECI)

El IECI se centra en la evaluación de los estímulos estresores y de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales que se emiten en la infancia al sufrir la acción de los estresores. Se compone de un listado de acontecimientos negativos, en el que los escolares responden acerca de si les han ocurrido o no, mediante autoinforme. La elección de este formato de autoinforme para la evaluación de los estresores cotidianos en población escolar, a diferencia de otras formas de evaluación como la entrevista, posee la ventaja de que es más fácil de administrar, de corregir y de interpretar, pudiendo además ser complementado con otros instrumentos de evaluación. Igualmente, posibilita la administración colectiva lo que permite la evaluación e intervención psicoeducativa en muestras amplias (Trianes et al., 2011).

El IECI presenta 22 ítems dicotómicos (Sí/No) que describen la ocurrencia de diversos sucesos, problemas, demandas y contrariedades que se originan en la interacción diaria con el entorno, susceptibles de una reacción emocional, y que pueden afectar de forma negativa al desarrollo de los escolares. En la redacción de los ítems se ha procurado que el lenguaje sea comprensible a la población infantil en los países de habla hispana, siendo revisado por profesionales y académicos de Argentina, Cuba y República Dominicana.

El IECI aborda tres ámbitos propios del estrés infantil que conforman los siguientes factores: a) *Problemas de salud y psicosomáticos*, relacionados con situaciones de enfermedad, visitas al médico, pequeños padecimientos y preocupación por la imagen corporal; b) *Estrés en el ámbito escolar*, con contenidos relativos al exceso de tareas extraescolares, problemas en la interacción con el profesorado, bajas calificaciones escolares y dificultades en la relación con los compañeros de clase; y c) *Estrés en el ámbito familiar*, con situaciones como dificultades económicas, falta de contacto y supervisión de los padres, soledad percibida, peleas entre hermanos y exigencias de los padres. Dichos factores han sido extraídos por análisis factorial confirmatorio (Trianes et al., 2011). Altas puntuaciones en el IECI son indicativas de altos niveles de estrés. En el manual del IECI se pueden consultar los baremos de la prueba en función del sexo y el curso académico de los escolares.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la prueba, se ha analizado su estructura factorial, propiedades de los ítems, fiabilidad test-retest, consisten-



cia interna, así como evidencias externas de validez basadas en sus relaciones con otras variables psicológicas como ansiedad, ira y depresión, entre otras, en una muestra de 1957 escolares de primer a sexto curso de educación primaria ($M = 9,85$; $DT = 1,70$). Los resultados muestran unas propiedades psicométricas adecuadas.

El análisis factorial confirmatorio se ha ajustado a un modelo de tres factores de primer orden con los factores propuestos, y mencionados anteriormente, de *Problemas de salud y psicósomáticos*, *Estrés en el ámbito escolar* y *Estrés en el ámbito familiar*, y uno de segundo orden indicativo de *Estrés total*. Por su parte, el análisis de ítem realizado, en el que se han calculado los índices de discriminación para cada uno de los ítems con respecto a su factor y al total del test, muestra una adecuada discriminación entre los escolares con altas y bajas puntuaciones en los factores y en el test total.

En cuanto a la fiabilidad test-retest de la prueba, se han alcanzado unas correlaciones entre la primera y la segunda administración del test, en un intervalo de 3 meses, de 0,61, 0,66, 0,67, en los factores del IECI, y 0,80 en la puntuación total de estrés. La consistencia interna de la prueba en la muestra de baremación del instrumento oscila desde 0,62 para problemas de salud y psicósomáticos, hasta 0,81 para la puntuación total de estrés.

Las evidencias de validez se han obtenido a partir de la relación de los factores del IECI con otras pruebas psicológicas. Para evaluar la inadaptación socioemocional se administró el autoinforme del *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes* (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). Las correlaciones de las cuatro puntuaciones del IECI (una por cada ámbito de estrés en la infancia, más la puntuación total) con los factores de la prueba son altas y significativas. Se obtienen relaciones positivas con las variables indicadoras de inadaptación socioemocional, como ansiedad y depresión, y relaciones negativas con las indicadoras de adaptación personal, como adecuadas relaciones interpersonales, autoestima y confianza en sí mismo (Trianes et al., 2011).

Como otra evidencia de validez, también se ha analizado la relación del IECI con marcadores de estrés fisiológico mediante la ratio cortisol/DHEA. La relación es positiva y estadísticamente significativa, observándose que mayores niveles de estrés fisiológico corresponden a

mayores puntuaciones en el IECI (Trianes et al., 2011).

Respecto a la relación del IECI con variables del contexto escolar, se han hallado relaciones negativas y estadísticamente significativas con el rendimiento académico y la aceptación de los iguales, evaluada mediante un procedimiento sociométrico, en concreto, con una escala de valoración. Los escolares con mayores puntuaciones en el IECI manifiestan peor rendimiento académico en las tareas escolares y una menor aceptación por parte de sus compañeros (Trianes et al., 2011).

Por último, cabe resaltar la relación positiva hallada entre el IECI y el estrés provocado por acontecimientos vitales y crónicos. Es decir, altas puntuaciones de estrés cotidiano total se asocian a mayores niveles de estrés en el contexto familiar y a la ocurrencia de acontecimientos que interfieren en la vida de los escolares, como por ejemplo, separación de los padres, conflictos entre los padres, desempleo o fallecimiento de un familiar (Trianes et al., 2011).

En definitiva, la investigación ha mostrado que el IECI presenta adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación del estrés cotidiano infantil. Resulta un instrumento preciso para evaluar los niveles de estrés en muestras normativas. Además, está dirigido a una población de 6 a 12 años, a diferencia de otras medidas disponibles en el mercado que se dirigen a población adolescente o adulta. Otra ventaja del IECI es que evalúa estresores cotidianos en lengua española, y no acontecimientos vitales como incluyen otros instrumentos. Por tanto, el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil ha sido elaborado como un instrumento específico para niños y niñas en edades de educación primaria, que además de ofrecer una puntuación total de estrés cotidiano, arroja puntuaciones parciales en los ámbitos de problemas de salud y psicósomáticos, académico y familiar, con indudable utilidad para los profesionales del ámbito clínico y escolar.

RESULTADOS DE NUESTRAS INVESTIGACIONES SOBRE EL ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL

En los últimos años se han realizado diversos estudios para avanzar en el conocimiento sobre el estrés cotidiano en la infancia y su relación con otras variables de inadaptación emocional, aceptación social y rendimiento cognitivo. Igualmente, se ha estudiado la relación entre estrés cotidiano y manifestaciones fisiológicas, emocionales y conductuales en población adolescente.



En cuanto a inadaptación emocional, estudios realizados en población escolar encuentran asociaciones entre altos niveles de estrés cotidiano y sintomatología internalizada como ansiedad, baja autoestima, bajo autoconcepto, depresión, locus de control externo y sentimientos de incapacidad (Escobar, Trianes y Fernández-Baena, 2008; Trianes et al., 2009).

Referente a la relación del estrés cotidiano con la adaptación social en escolares, se han hallado relaciones entre altos niveles de estrés cotidiano y baja aceptación sociométrica (Escobar, Trianes, Fernández-Baena y Miranda, 2010). Igualmente, se ha examinado el papel que juega el estrés cotidiano en la relación entre aceptación sociométrica y problemas de inadaptación emocional (Escobar, 2008; Escobar, Fernández-Baena, Miranda, Trianes y Cowie, 2011). En estas investigaciones, el estrés cotidiano ha demostrado ser una variable relevante en la predicción de psicopatología emocional y social evaluadas con la prueba de autoinforme del BASC (sintomatología emocional, desajuste escolar y clínico y ajuste personal) incluso después de controlar la influencia de la baja aceptación sociométrica. Ello se traduce en que el alumnado que experimenta baja aceptación sociométrica y alta puntuación de estrés cotidiano tiene mayor riesgo de mostrar inadaptación socioemocional que el alumnado que, aunque padezca baja aceptación, no presenta alto estrés.

La relación del estrés cotidiano en la infancia con el rendimiento cognitivo también ha recibido atención en nuestras investigaciones (Maldonado et al., 2008). Los resultados han mostrado que los niños y niñas con una alta puntuación de estrés cotidiano en los diversos factores del IECI presentan puntuaciones más bajas en varias pruebas de una batería de desempeño cognitivo, en concreto, peor capacidad de atención sostenida y mayor tiempo para recuperar la información de la memoria de trabajo o episódica, en comparación con escolares que obtienen una baja puntuación de estrés cotidiano. Estos resultados, junto a la relación negativa hallada entre el estrés cotidiano y el rendimiento académico (Fernández-Baena, 2007; Trianes et al., 2009), evidencian que la percepción de estrés cotidiano en la infancia perturba el rendimiento académico del escolar.

Con respecto a la relación del estrés cotidiano con manifestaciones fisiológicas, diversos estudios realizados en nuestro grupo de investigación muestran correlatos con los niveles de cortisol matutino (Fernández-Baena, 2007; Maldonado et al., 2008). Se ha hallado que el estrés co-

tidiano se asocia con los niveles de cortisol, en concreto con niveles disminuidos, y éstos se relacionan con problemas socioemocionales y académicos en la infancia. En muestra adolescente, con una versión adaptada del IECI, se ha estudiado la relación del estrés cotidiano con manifestaciones fisiológicas, emocionales y conductuales, hallándose relación positiva con todas ellas (Escobar et al., 2011).

EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO INFANTIL

La prevención y el tratamiento del estrés cotidiano infantil se centran en la promoción de estrategias eficaces de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento se refieren a los esfuerzos voluntarios realizados con la finalidad de manejar las situaciones estresantes. Estas estrategias pueden ser clasificadas en tres estilos de afrontamiento básicos: a) centrado en el problema, con estrategias como concentrarse en resolver el problema, buscar diversiones relajantes, distracción física, esforzarse y tener éxito y fijarse en lo positivo; b) centrado en los demás, compuesto por estrategias como buscar apoyo social, buscar apoyo profesional, buscar apoyo espiritual, buscar pertenencia, acción social e invertir en amigos íntimos; y c) improductivo, referido a estrategias como preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento o no afrontamiento, ignorar el problema, reservarlo para sí, autoinculparse y reducción de la tensión (Frydenberg y Lewis, 1996; Frydenberg y Rowley, 1998).

En el ámbito de la intervención psicoeducativa existen programas específicos dirigidos a enseñar estrategias de afrontamiento, por ejemplo, *The Best of Coping* (BOC) (Frydenberg y Brandon, 2002; Frydenberg et al., 2004). El programa BOC se estructura en 10 sesiones de una hora, en las cuales se entrena al alumnado a dar soluciones efectivas ante situaciones estresantes. Entre las destrezas a trabajar se incluyen pensamiento optimista, comunicación efectiva, solución adaptativa del problema, toma de decisiones, planificación de objetivos y organización del tiempo (Frydenberg et al., 2004). Los resultados de este programa ponen de manifiesto la conveniencia de entrenar en afrontamiento a niños y adolescentes ya que estas habilidades son susceptibles de mejora mediante la educación.

Además, existen otros programas que, si bien no son creados específicamente para enseñar afrontamiento, pueden ser utilizados con esta finalidad. Por ejemplo, los problemas interpersonales con iguales son considerados estresores cotidianos que requieren, por parte del alum-



nado, una respuesta de afrontamiento. Por ello, los programas que se centran en la solución de problemas interpersonales (SPI) pueden ser adecuados para promover nuevas estrategias que permitan afrontar estresores sociales como rechazo de los iguales, recibir burlas o insultos, agresión física y otras situaciones negativas (Trianes, 1996; Trianes y Fernández-Figares, 2002). Concretamente, la enseñanza de estrategias de SPI se dirige a generar diversas respuestas ante un problema surgido, como negociar, ser asertivo y pedir ayuda. También la solución de problemas supone un modelo de afrontamiento aplicable a problemas de salud o del contexto familiar.

Para concluir, se enfatiza que es posible educar en la infancia un estilo saludable de afrontamiento ante los estresores cotidianos, reforzando intentos de solucionar los problemas y ayudando a que los menores aprendan a superarlos por sí mismos o buscando apoyo social, evitando explosiones emocionales que puedan suponer formas improductivas de hacer frente al estrés. Por tanto, el contexto escolar, además del familiar, es un marco ideal para la transmisión y enseñanza de estrategias de afrontamiento productivas que promuevan el desarrollo y el bienestar personal.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha recibido financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, proyecto I+D+i SEJ2007-61447/PSIC (2007-2010).

REFERENCIAS

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.

Escobar, M. (2008). *Aceptación sociométrica e inadap-tación socioemocional en la infancia: Modelos predic-tivos* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga, España). Extraído desde <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2673>.

Escobar, M., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J. y Trianes, M. V. (2011). Adaptación española de la es-cala de manifestaciones de estrés del Student Stress Inventory (SSI-SM). *Psicothema*, 23, 475-485.

Escobar, M., Fernández-Baena, F. J., Miranda, J., Trianes, M. V. y Cowie, H. (2011). Low peer acceptance and emotional/behavioural maladjustment in school-children: Effects of daily stress, coping and sex. *Anal-es de Psicología*, 27, 412-417.

Escobar, M., Trianes, M. V. y Fernández-Baena, F. J. (2008). Daily stress, sociometric status and emotional adjustment in primary school children. En P. Roussi, E. Vassilaki y K. Kaniasty (Eds.), *Stress and psychosocial resources* (pp. 91-101). Berlin: Logos Verlag Berlin.

Escobar, M., Trianes, M. V., Fernández-Baena, F. J. y Miranda, J. (2010). Relaciones entre aceptación sociométrica escolar e inadap-tación socioemocional, es-trés cotidiano y afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 469-479.

Fernández-Baena, F. J. (2007). *Estrés, riesgo familiar e inadap-tación socioemocional y escolar en la infancia* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga, España). Ex-traído desde <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2674>.

Fimian, M. J., Fastenau, P. A., Tashner, J. H. y Cross, A. H. (1989). The measure of classroom stress and bur-nout among gifted and talented students. *Psychology in the Schools*, 26, 139 -153.

Frydenberg, E. y Brandon, C. M. (2002). *The best of co-ping*. Melbourne: Oz Child.

Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 224-235.

Frydenberg, E., Lewis, R., Bugalski, K., Cotta, A., Mc-Carthy, C., Luscombe-Smith, N., et al. (2004). Preven-tion is better than cure: Coping skills training for adolescents at school. *Educational Psychology in Prac-tice*, 20, 117-134.

Frydenberg, E. y Rowley, G. (1998). Coping with social issues: What Australian university students do. *Issues in Educational Research*, 8, 33-48.

González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del Sistema de Evalua-ción de la Conducta en Niños y Adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjust-ment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childho-od and adolescence*. Beverly Hills, CA: Sage.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two models of stress measu-rement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos*



- cognitivos. Barcelona: Martínez Roca (Trabajo original publicado en 1984).
- Maldonado, E. F., Fernández-Baena, F. J., Trianes, M. V., Wesnes, K. A., Petrini, O., Zangara, A., et al. (2008). Cognitive performance and morning levels of salivary cortisol and alfa-amylase in children reporting high vs. low daily stress perception. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 3-15.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Seiffge-Krenke, I. (2007, Febrero). *Stress, coping, and depression*. Ponencia presentada en el Postgrado de Investigación en Procesos Básicos e Intervención en Psicología de la Salud, bienio 2006-2008, Universidad de Málaga, España.
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York, NY: McGraw Hill (Trabajo original publicado en 1956).
- Trianes, M. V. (1996). *Educación y competencia social: Un programa en el aula*. Málaga: Aljibe.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. F. y Muñoz, A. M. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21, 598-603.
- Trianes, M. V. y Escobar, M. (2009). Estrés cotidiano en la infancia media. En F. Etxebarria (Ed.), *Educación y menores en riesgo* (pp. 283-297). Barcelona: Sello Editorial.
- Trianes, M. V. y Fernández-Figares, C. (2001). *Aprender a ser persona y a convivir: Un programa para secundaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wagner, B. M., Compas, B. E. y Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 189-205.



EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: UNA REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS

FORENSIC PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CHILD SEXUAL ABUSE: A REVIEW OF PROCEDURES AND INSTRUMENTS

Noemí Pereda Beltran¹ y Mila Arch Marin²

¹Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)-Universitat de Barcelona. ²Universitat de Barcelona

El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión de los procedimientos e instrumentos publicados para la exploración psicológica forense del abuso sexual infantil. Se obtuvieron 82 artículos originales con información relativa a instrumentos psicológicos para la evaluación del abuso sexual infantil. El 71,9% de los artículos se centraron en instrumentos clínicos, basados en indicadores psicológicos y emocionales, mientras que el 28,1% se basaron en el análisis de la credibilidad del relato. Se muestra la hegemonía de Estados Unidos en la creación de aquellas medidas que valoran los posibles indicadores clínicos, mientras que los países europeos se muestran más activos en el desarrollo y adaptación de instrumentos para evaluar la credibilidad del testimonio. No existe suficiente evidencia para abogar por una metodología única en la evaluación psicológica del abuso sexual infantil, siendo lo más recomendable un enfoque multidimensional y comprehensivo que incluya el uso de diferentes instrumentos y técnicas.

Palabras clave: Abuso sexual, Infancia, Evaluación, Psicología forense, Instrumentos psicológicos.

The aim of the present study was to present an overview of the forensic assessment and psychological testing techniques of child sexual abuse. Eighty-two original articles which included information about psychological instruments on child sexual abuse assessment were gathered. Most of these articles (71.9%) were focused on clinical measures, based on psychological and emotional indicators of sexual abuse, while 28.1% addressed the credibility of the allegations of child sexual abuse. The majority of the clinical measures were developed in the United States, whereas European countries were more involved in the development of instruments to assess the child's testimony. A multidimensional and comprehensive approach is recommended in these cases, including different instruments and techniques.

Key Words: Sexual abuse, Childhood, Assessment, Forensic psychology, Psychological instruments.

El abuso sexual infantil es un importante problema de salud pública que afecta a uno de los colectivos más vulnerables de la sociedad, la infancia, y repercute, a su vez, en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto (MacMillan, 1998).

Son múltiples los estudios que señalan las importantes repercusiones físicas, psicológicas y sociales que esta tipología de maltrato tiene en los individuos que la experimentan, tanto en la infancia (para una revisión véase Pereda, 2009) como, en algunos casos, en la edad adulta (Pereda, 2010). Se hace patente que la experiencia de abuso sexual infantil y sus resultantes lesiones físicas y emocionales merecen especial atención por parte de profesionales capacitados para la evaluación psicológica y la intervención con menores. Diversos autores resaltan la necesidad de instrumentos especializados y con robustas propiedades psicométricas dentro de esta área de trabajo (e.g. Berliner y Conte, 1993; Briere, 1992). Una adecuada evaluación psicológica de la situación

incrementa la probabilidad de interrumpir el abuso sexual, de prevenir nuevos abusos, de identificar sus consecuencias y, por tanto, de dirigir la intervención de forma adecuada, así como, lo más importante, de mejorar el bienestar de los menores víctimas de esta situación (Laraque, DeMattia y Low, 2006).

La alta tasa de prevalencia de esta victimización, que oscila entre el 7,4% de los varones y el 19,2% de las mujeres según el último estudio de meta-análisis llevado a cabo a nivel internacional (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009), junto con el hecho de ser una de las evaluaciones más solicitadas desde el entorno judicial, ponen de relieve la importancia del desarrollo de instrumentos de evaluación psicológica forense con un adecuado sustento teórico y cuyos resultados resulten válidos y fiables.

Cabe destacar que la evaluación del abuso sexual infantil es, probablemente, una de las áreas dentro del ámbito clínico-forense que ha generado mayor controversia y mayores dificultades técnicas (Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás, 2004). La evaluación, en este entorno, se centra en dilucidar la credibilidad del testimonio que aporta el menor a través de diversas técnicas

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



cuyos resultados deben integrarse entre sí y relacionarse con el resto de la información disponible, con el fin de obtener una visión de conjunto que proporcione mayores garantías a la valoración (Jiménez y Martín, 2006). Sin embargo, algunos de los instrumentos que se utilizan para llevar a cabo esta evaluación no han sido estandarizados (e.g. el juego, véase la revisión de Murrie, Martindale y Epstein, 2009), muchos instrumentos específicos no están validados y, en los casos en que existen normas sobre el instrumento, no se ha desarrollado un registro relevante de estudios de validez (Cantón y Cortés, 2000).

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que, en muchos casos, la falta de conocimiento de los profesionales de las técnicas de evaluación más adecuadas supone un riesgo de victimización secundaria para el menor. En estos casos, se intensifica el malestar psicológico del evaluado como consecuencia de un mal uso de los procedimientos de valoración de la credibilidad de la notificación de abuso sexual por los profesionales implicados en el proceso (Conte, 2001).

En este contexto, y dada la ausencia de estudios al respecto en nuestro país, el objetivo del presente trabajo fue realizar un análisis descriptivo, en lengua española, de los procedimientos e instrumentos de evaluación psicológica utilizados por los profesionales para realizar la exploración forense del abuso sexual infantil. Para ello, se ha realizado una revisión de la literatura científica que versa sobre los instrumentos psicológicos que, a través de medidas directas o indirectas, se han utilizado para confirmar o refutar una denuncia de abuso sexual.

MÉTODO

En el presente estudio se incluyeron aquellos artículos publicados en revistas científicas en los últimos veinte años (1990-2010 ambos incluidos), dados los importantes avances que se han producido durante las últimas décadas en este área, cuyo abstract se encontrara en español o en inglés. Los trabajos fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión: a) su principal objetivo era desarrollar, adaptar o revisar instrumentos de evaluación del abuso sexual infantil, y b) el instrumento iba dirigido a menores (niños, niñas o adolescentes).

La búsqueda se realizó en enero de 2011 a través de las bases de datos Psycinfo y Medline de la Web of Science, utilizando los siguientes términos: (*assessment OR forensic assessment OR evaluation OR instrument*)

AND (*sexual abuse OR child sexual abuse*). Como complemento a lo anterior se realizó una búsqueda manual de los documentos publicados en revistas especializadas en la materia, específicamente en *Child Abuse & Neglect* y *Journal of Child Sexual Abuse*. También se examinaron las listas de referencias de estudios publicados acerca de la evaluación psicológica del abuso sexual infantil con el fin de obtener información adicional.

Como criterios de exclusión, se descartaron todos aquellos estudios en cuyo abstract no se incluyeran los temas de revisión o hicieran referencia a temas relacionados, pero no directamente vinculados, como la evaluación de los indicadores físicos del abuso sexual, la evaluación del abusador o aquella referida a otros tipos de maltrato infantil.

Codificación de estudios

Las variables tomadas en cuenta fueron: a) los autores del trabajo, b) el año de publicación, c) el país en el que se llevó a cabo el estudio, y d) el instrumento presentado.

Siguiendo a Glaser y Frosh (1988) se ha distinguido entre aquellos instrumentos utilizados para investigar la credibilidad de una alegación de abuso sexual, de aquellos utilizados para analizar una sospecha. Si bien ambas situaciones se encuentran vinculadas al ámbito forense, mientras que la primera conduce a la investigación y a la obtención de pruebas y evidencias, la segunda lleva al diagnóstico clínico y a la evaluación de los efectos asociados al abuso sexual.

RESULTADOS

Características de los estudios

Se obtuvieron 82 artículos originales que cumplieron los criterios de inclusión (marcado con * en la lista de referencias), con información relativa a instrumentos psicológicos para la evaluación del abuso sexual infantil desarrollados o adaptados en 16 países distintos.

El 71,9% (59) de los artículos se centraron en instrumentos clínicos, basados en indicadores psicológicos y emocionales. De éstos una gran mayoría (66,1%) (39) son publicaciones sobre instrumentos creados y estandarizados en los Estados Unidos de América, un 16,9% (10) son adaptaciones europeas (dos de ellos en colaboración con los Estados Unidos), un 6,8% (4) pertenecen a Canadá, un 5,1% (3) a Latinoamérica, un 3,4% (2) a Australia y un artículo con adaptaciones de tres instrumentos a Sudáfrica (1,7%).



**TABLA 1
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA
RELACIONADA CON EL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Instrumento	País	Autores	Año de publicación	
Trauma Symptom Checklist for Children and Young Children	Estados Unidos	Briere et al.	2001	
		Crouch, Smith, Ezzell y Saunders	1999	
		Lanktree et al.	2008	
		Sadowski y Friedrich	2000	
	Suecia	Nilsson, Wadsby y Svedin	2008	
	Países Bajos	Bal y Uvin	2009	
Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES)	Canadá	Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe	1991	
	Estados Unidos	Crouch et al.	1999	
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R)	Estados Unidos	Chaffin y Schultz	2001	
Child Behavior Checklist	Estados Unidos	Ruggiero y McLeer Sim et al.	2000 2005	
Child Dissociative Checklist	Estados Unidos	Wherry, Jolly, Feldman, Adam y Manjanatha	1994	
		Malinosky-Rummell y Hoier	1991	
		Putnam y Peterson	1994	
		Putnam, Helmers y Trickett	1993	
	Turquía	Zoroglu, Tuzun, Ozturk y Sar	2002	
	Puerto Rico	Reyes-Pérez, Martínez-Taboas y Ledesma-Amador	2005	
	Adolescent Dissociative Experiences Scale	Estados Unidos	Smith y Carlson	1996
			Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith	1997
Seeley, Perosa y Perosa			2004	
Reino Unido		Farrington, Waller, Smerden y Faupel	2001	
Turquía		Zoroglu, Sar, Tuzun, Savas y Tutkun	2002	
Países Bajos		Muris, Merckelbach y Peeters	2003	
Child Sexual Behavior Inventory	Puerto Rico	Martínez-Taboas et al.	2004	
	Estados Unidos	Friedrich et al.	1992	
		Friedrich et al.	2001	
		Wherry, Jolly, Feldman, Adam y Manjanatha	1995	
	Estados Unidos/Holanda	Friedrich, Sandfort, Oostveen y Cohen-Kettenis	2000	
	Suecia/Holanda/Bélgica	Larsson, Svedin y Friedrich	2000	
		Sandfort y Cohen-Kettenis	2000	

**TABLA 1 (CONT.)
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA
RELACIONADA CON EL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

Instrumento	País	Autores	Año de publicación
Children Attributions and Perceptions Scale	Estados Unidos	Mannarino, Cohen y Berman	1994
	España	Pereda y Forns	2005
Structured interview of Symptoms Associated with Sexual Abuse (SASA)	Estados Unidos	Wells, McCann, Adams, Voris y Dahl	1997
Negative Life Events (NLEs) Negative Cognitive Assessments (NCAs)	Estados Unidos	Spaccarelli	1995
Beck Self-Concept Inventory for Youth	Estados Unidos	Runyon, Steer y Deblinger	2009
Louisville Behavior Checklist	Estados Unidos	Chantler, Perco y Mertin	1993
		Young, Bergandi y Titus	1994
Rosebush Picture Q-Sort	Canadá	Carter, Allan y Boldt	1992
Test de Rorschach	Estados Unidos	Clinton y Jenkins-Monroe	1994
		Friedrich, Einbender y McCarty	1999
		Leifer, Shapiro, Martone y Kassem	1991
	Canadá	Billingsley	1995
	Test de Apercepción Temática	Estados Unidos	Ornduff, Freedendfeld, Kelsey y Critelli
Ornduff y Kelsey			1996
Pistole y Ornduff			1994
Canadá		Stovall y Craig	1990
		Henderson	1990
Test House-Tree-Person	Estados Unidos	Palmer et al.	2000
	Sudáfrica	Louw y Ramkinsson	2002
Test de la familia	Estados Unidos	Hackbarth, Murphy y McQuary	1991
Test de la figura humana	Sudáfrica	Louw y Ramkinsson	2002
Roberts Apperception Test	Estados Unidos/Sudáfrica	Friedrich y Share	1997
		Louw y Ramkinsson	2002
Dibujo	Estados Unidos	Chantler et al.	1993
		Hibbard y Hartman	1990
		Sadowski y Loesch	1993
Juego	Australia	Harper	1991
	Estados Unidos	Wershba-Gershon	1996
		Zinni	1997
Muñecas anatómicas	Estados Unidos	Cohn	1991
		Faller	2005
		Levy, Markovic, Kalinowski, Ahart y Torres	1995
	Argentina	Durantini	2006



El 28,1% (23) de los artículos restantes se basaron en instrumentos dirigidos a analizar la credibilidad del relato del menor mediante pruebas como los protocolos, pautas, guías y criterios de entrevista (82,6%) (19), tests para evaluar la sugestibilidad del menor (8,7%) (2), y uso del dibujo de la figura humana (4,3%) (1) y de las muñecas anatómicas (4,3%) (1) en la entrevista forense. De éstos, un 43,5% (10) son estudios llevados a cabo en los Estados Unidos, mientras que un 56,5% (13) se han desarrollado en Europa (cinco de ellos en colaboración con los Estados Unidos).

DISCUSIÓN

La revisión de las publicaciones sobre instrumentos de evaluación forense en casos de abuso sexual infantil muestra la hegemonía de Estados Unidos en la creación de estas medidas, especialmente en aquellas que se utilizan para valorar los posibles indicadores clínicos relacionados con la experiencia de abuso sexual. Los países europeos se muestran más activos en el desarrollo y adaptación de instrumentos destinados a evaluar la credibilidad del relato del menor, destacando la aplicación a esta declaración de los denominados indicadores de fiabilidad del Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA), por su extenso uso y aceptación.

Sin embargo, pese a que muchos de estos instrumentos son utilizados, no en todos los casos han sido adaptados y validados a la cultura a la que se aplican como sucede con el CBCA en España (Godoy-Cervera y Higuera, 2005; Masip, Garrido y Herrero, 2003), o el NICHD en Francia (Cyr, Lamb, Pelletier, Leduc y Perron, 2006), muy a pesar de la importancia que estas adaptaciones culturales tienen para un uso correcto del instrumento y para aprovechar las bondades de las que éste dispone en su versión original (Prieto, Muñiz, Almeida y Bartram, 1999; Seisdedos, 2000). Cabe destacar que la revelación de abuso sexual y el contexto en el que se produce ésta se encuentra influida por factores culturales, que deben tenerse en cuenta en el momento de evaluación (Fontes y Plummer, 2010).

Son muchos los profesionales que defienden que la declaración del menor es el mejor indicador para evaluar si el abuso sexual se ha producido (Berliner y Conte, 1993; Conte, 1992). Esta afirmación se basa en las escasas falsas acusaciones que se observan en estos casos, variando generalmente entre un 2 y un 8% (Trocmé y Bala, 2005) y en el hecho que, cuando se producen, suelen ser o ideadas por adultos o interpretaciones erróneas del

relato del menor, más que una invención deliberada de éste (Berliner y Conte, 1993; Brown, Frederico, Hewitt y Sheehan, 2001). Así pues, se considera que cuando un menor revela una situación de presunto abuso sexual, existe una gran probabilidad de que el abuso haya ocurrido (Dammeyer, 1998), siendo el riesgo de falsos negativos lo que supone un importante problema en la estimación del abuso sexual infantil (Berliner y Conte, 1995; Oates et al., 2000). No obstante, generalmente los entrevistadores no siguen las indicaciones ni aplican las técnicas que se recomiendan en los protocolos de entrevista, con lo que los resultados de ésta no siempre son tan válidos como sería deseable, a menos que reciban una formación específica e intensiva y sean supervisados por profesionales expertos (véase por ejemplo el reciente estudio con policías noruegos de Thoresen, Lønnum, Melinder y Magnussen, 2009; pero también el trabajo con psicólogos, psiquiatras y policías finlandeses de Santtila, Korkman y Sandnabba, 2004; o trabajadores sociales y policías en Inglaterra y Gales de Sternberg, Lamb, Davies y Westcott, 2001).

En este sentido, y en función del número de publicaciones revisadas, los profesionales parecen basarse más en los denominados indicadores clínicos o patrones de conducta que presenta el menor y que, en el mejor de los casos, se han observado en una parte importante de las víctimas de abuso sexual, como son la conducta sexualizada (también denominados comportamientos erotizados; para una revisión véase el trabajo de Kellog, 2009, sobre conducta sexual normal y problemática en niños y niñas), las atribuciones y percepciones distorsionadas que presenta el menor respecto a sí mismo y al mundo, o la sintomatología postraumática asociada al abuso sexual. El uso de estos criterios pretende facilitar la evaluación de estas situaciones y ayudar al profesional a diferenciar entre un caso de abuso sexual real y un caso de falso testimonio. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no existe un patrón de síntomas único, sino una extensa variedad de síntomas heterogéneos en estas víctimas (O'Donohue y Elliott, 1991), y que incluso puede observarse la ausencia total de síntomas en algunas de ellas, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual (Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor, 1993).

Una solución a esta dificultad es basar la evaluación del menor en la consideración del abuso sexual como experiencia vital, no como condición clínica, y tener en



cuenta la importancia de las variables mediadoras, o aquellas variables cuya presencia o ausencia puede incrementar o reducir la sintomatología que presenta la víctima, perspectiva que ha recibido el nombre de modelo científico-clínico o *scientist-practitioner* (Kuehne, 1998). Cabe considerar que la presencia o ausencia de estos síntomas frecuentes no prueba la existencia o no de abuso sexual infantil pero es de utilidad al añadirlos a la información obtenida con técnicas más adecuadas, como la entrevista (Babiker y Herbet, 1996).

De forma similar, la utilización de instrumentos psicológicos clásicos, no creados específicamente para la evaluación de la víctima de abuso sexual, muestra grandes limitaciones en la confirmación del relato del menor e impide establecer conclusiones fiables al respecto; si bien, puede ser de gran utilidad en la intervención clínica posterior (Waterman y Lusk, 1993).

Destaca el uso del cuestionario *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991) para evaluar la sintomatología psicopatológica internalizante y externalizante asociada al abuso sexual infantil, tanto en muestras norteamericanas como, por ejemplo, con muestra francófonas en Canadá (Hébert, Parent, Daignault y Tourigny, 2006), si bien no se han publicado resultados sobre su adaptación a ésta u otras culturas. Estos estudios, llevados a cabo principalmente en los Estados Unidos, obtienen, de forma mayoritaria, diferencias significativas entre las elevadas puntuaciones en ambas escalas que presentan las víctimas de abuso sexual infantil cuando se las compara con grupos control (e.g., Swanston et al., 2003); sin embargo, las víctimas de abuso sexual infantil no presentan diferencias significativas en su puntuación a las escalas internalizantes y externalizantes cuando son comparadas con muestras psiquiátricas o con víctimas de otros malos tratos, con la excepción de una mayor puntuación relacionada con la presencia de conductas sexualizadas (e.g., Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg y Gaines, 1995). Las revisiones realizadas sobre este tema constatan estos resultados (Kaufman, 1996; Wolfe y Birt, 1997) y muestran la necesidad de crear escalas específicas para acontecimientos específicos (Sim et al., 2005). Sin embargo, y a pesar de la relativa frecuencia de esta conducta en menores víctimas de abuso sexual, otros autores advierten que la conducta sexualizada y los comportamientos erotizados no son buenos indicadores, por sí solos, para el diagnóstico del abuso sexual infantil (Drach, Wientzen y Ricci, 2001).

TABLA 2
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL RELATO DE
ABUSO SEXUAL INFANTIL

Instrumento	País	Autores	Año de publicación
Evaluación de la validez de la declaración (SVA)	Estados Unidos	Raskin y Esplin	1991
	Suecia	Gumpert y Lindblad	2000
	Holanda	Lamers-Wilkelman	1999
Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA)	Alemania	Steller y Wolf	1992
	Estados Unidos	Anson, Golding y Gully	1993
	Estados Unidos/ Israel	Horowitz et al. Lamb et al.	1997 1997
Forensic Evaluation Protocol	Estados Unidos	Carnes, Nelson-Gardell y Wilson	1999
Protocolo de entrevista	Estados Unidos	Sternberg, Lamb, Esplin y Baradaran	1999
NICHD Investigative Interview Protocol	Estados Unidos/ Israel	Orbach et al.	2000
	Israel/ Reino Unido	Hershkowitz, Fisher, Lamb y Horowitz	2007
	Reino Unido/ Estados Unidos/ Israel	Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin y Horowitz	2007
	Reino Unido/ Estados Unidos	Lamb et al.	2009
	Estados Unidos	Wood, Orsak, Murphy y Cross	1996
Narrative elaboration	Estados Unidos	Saywitz y Snyder	1996
Parámetros prácticos para la evaluación forense de menores víctimas de abuso físico o sexual	Estados Unidos	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	1997
Child Sexual Abuse Interview Protocol	Estados Unidos	Cheung	2008
		Cheung y Bouitté-Queen	2010
Evaluación cualitativa estructurada del testimonio experto (SQX-12)	Suecia	Gumpert, Lindblad y Grann	2002
Bonn Test of Statement Suggestibility	Alemania	Endres	1997
	Finlandia	Finnilä, Mahlberg, Santtila, Niemi y Sandnabba	2003
Dibujo de la figura humana	Reino Unido	Aldridge, Lamb, Sternberg, Orbach, Esplin y Bowler	2004
Muñecas anatómicas	Estados Unidos/ Reino Unido	Thierry, Lamb, Orbach y Pipe	2005



El *Trauma Symptom Checklist for Children*, centrado principalmente en la evaluación de conducta sexualizada, sintomatología postraumática, ansiedad y depresión, es uno de los instrumentos más utilizado a nivel internacional (e.g., Australia: Barrett, Sonderegger y Sonderegger, 2002; Islandia: Bödvarsdóttir, Elkit, Gudmundsdóttir, 2006; Slovenia: Šprah, 2008; Países Bajos: Bal y Uvin, 2009) y se ha aplicado a grupos culturales distintos (e.g., hispanoamericanos y afroamericanos: Shaw, Lewis, Loeb, Rodríguez y Rosado, 2001), si bien en muchos casos no se encuentra estandarizado a la cultura a la que se aplica. En otros casos, ha sido estandarizado pero no con muestras de víctimas de abuso sexual (e.g., China: Li et al., 2009).

Una de las áreas en la que se encuentra una mayor adaptación de instrumentos es la disociación, tanto en niños y niñas, como en adolescentes, dada su elevada frecuencia en víctimas de abuso sexual en la infancia. La *Adolescent Dissociative Experiences Scale* ha sido utilizada con diferentes muestras de distintos países, si bien no siempre se han presentado sus propiedades psicométricas (e.g., Finlandia: Tolmunen et al., 2008; Japón: Yoshizumi, Murase, Honjo, Murakami y Kaneko, 2004).

Se observa también la utilización por parte de los profesionales implicados en la evaluación del abuso sexual infantil de instrumentos proyectivos, como los dibujos (Williams, Wiener y MacMillan, 2005) o el uso del juego (Murrie et al., 2009), si bien existen diferentes trabajos que han demostrado su escasa utilidad como únicos indicadores en la evaluación del abuso sexual infantil (véase el estudio de revisión de Garb, Wood y Nezworski, 2000; o el reciente trabajo de Amil y Ducos López, 2010).

Respecto a las muñecas anatómicas, éstas constituyen un instrumento de evaluación controvertido, si bien, como se obtiene de los estudios analizados, han sido utilizadas tanto para evaluar los posibles efectos del abuso sexual en la conducta sexual y afectiva del menor, como para valorar la credibilidad de su testimonio. Son diversos los profesionales que han criticado su uso, considerando que las muñecas sugieren o sobreestiman la sexualidad, comunicando al menor que se espera de él o ella que hable de temas sexuales, lo que puede conllevar falsos testimonios y relatos no verídicos (para una revisión de estas críticas véase Cantón y Cortés, 2000). Recientes estudios, sin embargo, defienden su utilidad durante la entrevista forense, si bien establecen que no deben considerarse un test diagnóstico y, en caso de uti-

lizarlas, su uso debe limitarse a ayudar al menor a clarificar y apoyar su relato (Hlavka, Olinger y Lashley, 2010).

Como síntesis, destacar que en la actualidad no existe suficiente evidencia, basada en estudios controlados y en el uso de tests estandarizados, como para abogar por una metodología única y sencilla en la evaluación psicológica del abuso sexual infantil (Babiker y Herbet, 1998), siendo lo más recomendable utilizar un enfoque multidimensional y comprehensivo que incluya el uso de diferentes instrumentos y técnicas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988; American Professional Society on the Abuse of Children, 2002).

Siguiendo esta línea, se propone, en función de los resultados obtenidos, (a) el uso principal de protocolos de entrevista adaptados a la víctima de abuso sexual infantil; (b) la aplicación de escalas de fiabilidad de los resultados obtenidos con la entrevista; (c) la administración de instrumentos clínicos, adecuadamente validados al contexto español, que refuercen la presencia de sintomatología psicopatológica en la víctima al ser comparada con no víctimas y con víctimas de otros acontecimientos traumáticos, siempre que sea posible; (d) así como la utilización de la información proveniente del entorno del menor mediante un análisis psicosocial exhaustivo y (e) el análisis de su historia clínica evolutiva, como metodología comprehensiva que permita confirmar o refutar la existencia del abuso sexual.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo ha pretendido acercar aquellos instrumentos que se están usando en el contexto nacional e internacional a los profesionales del ámbito clínico-forense, facilitándoles las fuentes de referencia en las que buscar los últimos avances metodológicos al respecto. Se ha avanzado mucho en las últimas décadas en el ámbito del maltrato infantil. Sin embargo, la evaluación psicológica de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual sigue siendo un reto para los profesionales debido a la complejidad del fenómeno. Resulta fundamental continuar trabajando en la mejora de los instrumentos de evaluación con la finalidad de trasladar los resultados obtenidos a nivel empírico a la práctica clínica y forense, lo que permitirá una mejor detección, y tratamiento psicológico y jurídico del menor víctima, así como reducirá el riesgo de victimización secundaria vinculada a estos casos.



REFERENCIAS

- *Estudios incluidos en la presente revisión.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- *Aldridge, J., Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Orbach, Y., Esplin, P. W. y Bowler, L. (2004). Using a human figure drawing to elicit information from alleged victims of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (2), 304-316.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1988). Guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 655-657.
- *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 423-442.
- American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) (2002). *Investigative interviewing in cases of alleged child abuse: Practice guidelines*. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children.
- Amil, A. B. y Ducos López, M. (2010). Problemas con el uso de técnicas proyectivas en la evaluación del abuso sexual infantil. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 56* (1), 51-56.
- *Anson, D. A., Golding, S. L. y Gully, K. J. (1993). Child sexual abuse allegations. Reliability of Criteria-Based Content Analysis. *Law and Human Behavior, 17* (3), 331-341.
- *Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z. y Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185* (8), 491-497.
- Babiker, G. y Herbert, M. (1996). The role of psychological instruments in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Review, 5* (4), 239-251.
- Babiker, G. y Herbert, M. (1998). Critical issues in the assessment of child sexual abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1* (4), 231-252.
- *Bal, S. y Uvin, K. (2009). De Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse vertaling. [The Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Psychometric evaluation of the Dutch translation]. *Gedragstherapie, 42* (3-4), 185-204.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R. y Sonderegger, N. L. (2002). Assessment of child and adolescent migrants to Australia: A crosscultural comparison. *Behaviour Change, 19* (4), 220-235.
- Berliner, L. y Conte, J. R. (1993). Sexual abuse evaluations: Conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse & Neglect, 17*, 111-125.
- Berliner, L. y Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 19* (3), 371-384.
- *Billingsley, R. C. (1995). Indicators of sexual abuse in children's Rorschach responses: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse, 4* (2), 83-98.
- Böðvarsdóttir, Í., Elkit, A. y Gudmundsdóttir, D. B. (2006). Post-traumatic stress reactions in children after two large earthquakes in Iceland. *Nordic Psychology, 58* (2), 91-107.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 196-204.
- *Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1001-1014.
- Brown, T., Frederico, M., Hewitt, L. y Sheehan, R. (2001). The child abuse and divorce myth. *Child Abuse Review, 10*, 113-124.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- *Carnes, C. N., Nelson-Gardell, D. y Wilson, C. (1999). Addressing challenges and controversies in child sexual abuse interviewing: The forensic evaluation protocol and research project. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 2* (2), 83-103.
- *Carter, M. A., Allan, J. A. y Boldt, W. B. (1992). Projective assessment of child sexual abuse: Use of Rosebush Picture Q-Sort. *British Journal of Projective Psychology, 37* (1), 50-60.
- *Chaffin, M. y Shultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale—Revised. *Child Abuse & Neglect, 25* (3), 401-411.
- *Chantler, L., Pelco, L. y Mertin, P. (1993). The psychological evaluation of child sexual abuse using the Louis-



- ville Behavior Checklist and Human Figure Drawing. *Child Abuse & Neglect*, 17, 271-279.
- *Cheung, M. (2008). Promoting effective interviewing of sexually abused children: A pilot study. *Research on Social Work Practice*, 18 (2), 137-143.
- *Cheung, M. y Boutté-Queen, N. M. (2010). Assessing the relative importance of the Child Sexual Abuse Interview Protocol items to assist child victims in abuse disclosure. *Journal of Family Violence*, 25, 11-22.
- *Clinton, G. T. y Jenkins-Monroe, V. (1994). Rorschach responses of sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (1), 67-84.
- *Cohn, D. S. (1991). Anatomical doll play of preschoolers referred for sexual abuse and those not referred. *Child Abuse & Neglect*, 15 (4), 455-466
- Conte, J. R. (1992). Has this child been sexually abused? Dilemmas for the mental health professional who seeks the answer. *Criminal Justice and Behavior*, 19 (1), 54-73.
- Conte, J. R. (2001). *Critical issues in child sexual abuse*. Thousand Oaks: Sage.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. y Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (8), 1033-1042.
- *Crouch, J. L., Smith, D. W., Ezzell, C. E. y Saunders, B. E. (1999). Measuring reactions to sexual trauma among children: Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment*, 4 (3), 255-263.
- Cyr, M., Lamb, M. E., Pelletier, J., Leduc, P. y Perron, A. (2006, July 5 -7). *Assessing the effectiveness of the NICHD Investigative Interview protocol in Francophone Quebec*. Paper presented at the Second International Investigative Interviewing Conference, Portsmouth, UK.
- Dammeyer, M. D. (1998). The assessment of child sexual abuse allegations: Using research to guide clinical decision making. *Behavioral Sciences & the Law*, 16 (1), 21-34.
- Drach, K. M., Wientzen, J. y Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behaviour problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25 (4), 489-503.
- *Durantini de Albarraçin, M. R. (2006). Behavior with anatomically detailed dolls by children from Buenos Aires, Argentina. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (3), 341-354.
- *Endres, J. (1997). The suggestibility of the child witness: The role of individual differences and their assessment. *The Journal of Credibility Assessment and Witness Psychology*, 1, 44-67.
- *Faller, K. C. (2005). Anatomical dolls: Their use in assessment of children who may have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14 (3), 1-21.
- *Farrington, A., Waller, G., Smerden, J. y Faupel, A. W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (10), 722-727.
- *Finnilä, K., Mahlberg, N., Santtila, P., Niemi, P. y Sandnabba, K. (2003). Validity of a test of children's suggestibility for predicting responses to two interview situations differing in their degree of suggestiveness. *Journal of Experimental Child Psychology*, 85 (1), 32-49.
- Fontes, L. A. y Plummer, C. (2010). Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19 (5), 491-518.
- *Friedrich, W. N., Einbender, A. J. y McCarty, P. (1999). Sexually abused girls and their Rorschach responses. *Psychological Reports*, 85 (2), 355-362.
- *Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A. y Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6 (1), 37-49.
- *Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V. y Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- *Friedrich, W. N., Sandfort, T., Oostveen, J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2000). Cultural differences in sexual behavior: 2-6 year old Dutch and American children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12 (1-2), 117-129.
- *Friedrich, W. N. y Share, M. C. (1997). The Roberts Apperception Test for Children: An exploratory study of its use with sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (4), 83-91.
- Garb, H. N., Wood, J. M. y Nezworski, M. T. (2000). Projective techniques and the detection of child sexual



- abuse. *Child Maltreatment*, 5 (2), 161-168.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1993). *Child sexual abuse*. Toronto, ON, Canadá: University of Toronto Press.
- Godoy-Cervera, V. y Higuera, L. (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del Psicólogo*, 26, 92-98.
- *Gumpert, C. H. y Lindblad, F. (2000). Expert testimony on child sexual abuse: A qualitative study of the Swedish approach to statement analysis. *Expert Evidence*, 7 (4), 279-314.
- *Gumpert, C. H., Lindblad, F. y Grann, M. (2002). A systematic approach to quality assessment of expert testimony in cases of alleged child sexual abuse. *Psychology, Crime, & Law*, 8 (1), 59-75.
- *Hackbarth, S. G., Murphy, H. D. y McQuary, J. P. (1991). Identifying sexually abused children by using kinetic family drawings. *Elementary School Guidance and Counseling*, 25 (4), 255-260.
- *Harper, J. (1991). Children's play: The differential effects of intrafamilial physical and sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15 (1-2), 89-98.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V. y Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11 (3), 203-216.
- *Henderson, O. (1990). The object relations of sexually abused girls. *Melanie Klein and Object Relations*, 8 (2), 63-76.
- *Hershkowitz, I., Fisher, S., Lamb, M. E. y Horowitz, D. (2007). Improving credibility assessment in child sexual abuse allegations: The role of the NICHD investigative interview protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31, 99-110.
- *Hibbard, R. A. y Hartman, G. L. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (2), 211-219.
- *Horowitz, S. W., Lamb, M. E., Esplin, P. W., Boychuk, T. D., Krispin, O. y Reiter-Lavery, L. (1997). Reliability of criteria-based content analysis of child witness statements. *Legal and Criminological Psychology*, 2 (1), 11-21.
- Hlavka, H. R., Olinger, S. D. y Lashley, J. L. (2010). The use of anatomical dolls as a demonstration aid in child sexual abuse interviews: A study of forensic interviewers' perceptions. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19 (5), 519-553.
- Jiménez Cortés, C. y Martín Alonso, C. (2006). Valoración del testimonio en abuso sexual infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 83-102.
- Kaufman, J. (1996). Child abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 9 (4), 251-256.
- Kellogg, N. (2009). Clinical report- The evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124, 992-998.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams L. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kuehne, K. (1998). Child sexual abuse evaluations: The scientist-practitioner model. *Behavioral Sciences & the Law*, 16 (1), 5-20.
- *Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W. y Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1201-1231.
- *Lamb, M. E., Orbach, Y., Sternberg, K. J., Aldridge, J., Pearson, S. Stewart, H. L., Esplin, P. W. y Bowler, L. (2009). Use of a structured investigative protocol enhances the quality of investigative interviews with alleged victims of child sexual abuse in Britain. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 449-467.
- *Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, P. W., Hershkowitz, I., Orbach, Y. y Hovav, M. (1997). Criterion-based content analysis: A field validation study. *Child Abuse & Neglect*, 21 (3), 255-264.
- *Lamers-Wilkelman, F. (1999). Statement Validity Analysis: Its application to a sample of Dutch children who may have been sexually abused. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2 (2), 59-81.
- *Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Chen, K., Saltzman, W. R., Maida, C. A. y Taylor, N. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, 32 (6), 621-625.
- Laraque, G., DeMattia, A. y Low, C. (2006). Forensic child abuse evaluation: A review. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73 (8), 1138-1147.
- *Larsson, I., Svedin, C-G y Friedrich, W. N. (2000). Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54 (4), 251-257.
- *Leifer, M., Shapiro, J. P., Martone, M. W. y Kassem, L. (1991). Rorschach assessment of psychological func-



- tioning in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment*, 56 (1), 14-28.
- *Levy, H. B., Markovic, J., Kalinowski, M. N., Ahart, S. y Torres, H. (1995). Child sexual abuse interviews: The use of anatomic dolls and the reliability of information. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (3), 334-353.
- Li, X., Fang, X., Stanton, B., Lin, X., Zhang, L., Chen, X., Hong, Y., Zhao, J. y Zhao, G. (2009). Psychometric evaluation of the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) among children affected by HIV/AIDS in China. *AIDS Care*, 21 (3), 261-270.
- *Louw, A. E. y Ramkinsson, S. (2002). The suitability of the Roberts Apperception Test for Children (RATC), the House-Tree-Person (HTP) and Draw-a-Person (D-A-P) scales in the identification of child sexual abuse in the Indian community: An exploratory study. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 14 (2), 91-106.
- MacMillan, H. L. (1998). Child abuse: A community problem. *Canadian Medical Association Journal*, 158, 1301-1302.
- *Malinosky-Rummell, R. R. y Hoier, T. S. (1991). Validating measures of dissociation in sexually abused and nonabused children. *Behavioral Assessment*, 13(4), 341-357.
- *Mannarino, A. P., Cohen, J. A. y Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- *Martínez-Taboas, A., Shrout, P. E., Canino, G., Ramírez, R., Bauermeister, J. J., Ribera, J. C., Bravo, M. y Chavez, L. M. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (4), 33-54.
- Masip, J., Garrido, E. y Herrero, C. (2003). El Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 15 (1), 75-92.
- *Muris, P., Merckelbach, H. y Peeters, E. (2003). The links between the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (1), 18-24.
- Murrie, D., Martindale, D. A. y Epstein, M. (2009). Unsupported assessment techniques in child sexual abuse evaluations. En, K. Kuehnle y M. Connell (Eds.). *The evaluation of child sexual abuse allegations: A comprehensive guide to assessment and testimony* (pp.397-420). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- *Nilsson, D., B., Wadsby, M. y Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*, 32 (6), 627-636.
- Oates, R. K., Jones, D. P. H., Denson, D., Sirotak, A., Gary, N. y Krugman, R. D. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24 (1), 149-157.
- O'Donohue, W. T. y Elliott, A. N. (1991). A model for the clinical assessment of the sexually abused child. *Behavioural Assessment*, 13, 325-339.
- *Orbach, Y., Hershkowitz, I., Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, P. W. y Horowitz, D. (2000). Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 733-752.
- *Ornduff, S. R., Freedendfeld, R. N., Kelsey, R. M. y Criteilli, J. W. (1994). Object relations of sexually abused female subjects: A TAT analysis. *Journal of Personality Assessment*, 63 (2), 223-238.
- *Ornduff, S. R. y Kelsey, R. M. (1996). Object relations of sexually and physically abused female children: A TAT analysis. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 91-105.
- *Palmer, L., Farrar, A. R., Valle, M., Ghahary, N., Panella, M. y DeGraw, D. (2000). An investigation of the clinical use of the House-Tree-Person projective drawings in the psychological evaluation of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5 (2), 169-175.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 3-13.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 143-153.
- *Pereda, N. y Forns, M. (2005). Use of the Children's Attributions and Perceptions Scale in an underprivileged Spanish sample. *Psychological Reports*, 97 (3), 835-846.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- *Pistole, D. R. y Ornduff, S. R. (1994). TAT assessment of



- sexually abused girls: An analysis of manifest content. *Journal of Personality Assessment*, 63 (2), 211-222.
- Pons-Salvador, G., Martínez, A., Pérez, M. y Borrás, J. J. (2004). *Claves para la evaluación del abuso sexual infantil*. VIII Congreso Español de Sexología y II Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología. Santander: Junio de 2004.
- Prieto, G., Muñiz, J., Almeida, L. S. y Bartram, D. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 8 (2), 67-82.
- *Putnam, F. W., Helmers, K. y Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17 (6), 731-741.
- *Putnam, F. W. y Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders*, 7 (4), 204-211.
- *Raskin, D. C. y Esplin, P. W. (1991). Statement validity assessment: Interview procedures and content analysis of children's statements of sexual abuse. *Behavioral Assessment*, 13 (3), 265-291.
- *Reyes-Pérez, C. D., Martínez-Taboas, A. y Ledesma-Amador, D. (2005). Dissociative experiences in children with abuse histories: A replication in Puerto Rico. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (1), 99-112.
- *Ruggiero, K. J. y McLeer, S. V. (2000). PTSD Scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 287-299.
- *Runyon, M. K., Steer, R.A. y Deblinger, E. (2009). Psychometric characteristics of the Beck Self-Concept Inventory for Youth with adolescents who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 129-136.
- *Sadowski, C. M. y Friedrich, W. N. (2000). Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Maltreatment*, 5 (4), 364-372.
- *Sadowski, P. M. y Loesch, L. C. (1993). Using children's drawings to detect potential child sexual abuse. *Elementary School Guidance and Counseling*, 28 (2), 115-123.
- *Sandfort, T. G. M. y Cohen-Kettenis, P. T. (2000). Sexual behavior in Dutch and Belgian children as observed by their mothers. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12 (1-2), 105-115.
- Santtila, P., Korkman, J. y Sandnabba, K. N. (2004). Effects of interview phase, repeated interviewing, presence of a support person, and anatomically detailed dolls on child sexual abuse interviews. *Psychology, Crime & Law*, 10 (1), 21-35.
- *Saywitz, K. J. y Snyder, L. (1996). Narrative Elaboration: Test of a new procedure for interviewing children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1347-1357.
- *Seeley, S. M., Perosa, S. L. y Perosa, L. M. (2004). A validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Child Abuse & Neglect*, 28 (7), 755-769.
- Seisdedos, N. (2000). Adaptación y tipificación: unos lujos indispensables. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 10 (2), 37-50.
- Shaw, J. A., Lewis, E. Loeb, A., Rodriguez, R. A. y Rosado, J. (2001). A comparison of Hispanic and African-American sexually abused girls and their families. *Child Abuse & Neglect*, 25 (10), 1363-1379.
- *Sim, L., Friedrich, W. N., Davies, W. H., Trentham, B., Lengua, L. y Pithers, W. (2005). The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (6), 697-705.
- *Smith, S. R. y Carlson, E. B. (1996). Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 9 (2), 125-129.
- *Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (6), 703-727.
- Šprah, L. (2008). Survey of domestic violence among young adolescents in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 20 (2), 208-216.
- *Steller, M. y Wolf, T. (1992). Realkennzeichen in kinderaussagen: Empirische Grundlagen der kriterienorientierten Aussageanalyse. [Credibility criteria for children's testimonies: Empirical foundations for a criterion-oriented analysis of testimonies]. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 39 (1), 151-170.
- *Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Esplin, P. W. y Baradaran, L. P. (1999). Using a scripted protocol in investigative interviews: A pilot study. *Applied Developmental Science*, 3 (2), 70-76.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Davies, G. M. y Westcott, H. L. (2001). The Memorandum of Good Practice: the



- ory versus application. *Child Abuse & Neglect*, 25, 669-681.
- *Stovall, G. y Craig, R. J. (1990). Mental representations of physically and sexually abused latency-aged females. *Child Abuse & Neglect*, 14 (2), 233-242.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.
- *Thierry, K. L., Lamb, M. E., Orbach, Y. y Pipe, M-E. (2005). Developmental differences in the function and use of anatomical dolls during interviews with alleged sexual abuse victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6), 1125-1134.
- Thoresen, C., Lønnum, K., Melinder, A. y Magnussen, S. (2009). Forensic interviews with children in CSA cases: A large-sample study of Norwegian police interviews. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 999-1011.
- Tolmunen, T., Rissanen, M-L, Hintikka, J. Honkalampi, K., Laukkanen, E., Kylmä, J. y Maaranen, P. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (10), 768-771.
- Trocme, N. y Bala, N. (2005). False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse & Neglect*, 29 (12), 1333-1345.
- *Wells, R., McCann, J., Adams, J., Voris, J. y Dahl, B. (1997). A validation study of the structured interview of symptoms associated with sexual abuse (SASA) using three samples of sexually abused, allegedly abused, and nonabused boys. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1159-1167.
- *Wershba-Gershon, P. (1996). Free symbolic play and assessment of the nature of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (2), 37-58.
- *Wherry, J. N., Jolly, J. B., Feldman, J., Adam, B. y Manjanatha, S. (1994). The Child Dissociative Checklist: Preliminary findings of a screening measure. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (3), 51-66.
- *Wherry, J. N., Jolly, J. B., Feldman, J., Adam, B. y Manjanatha, S. (1995). Child Sexual Behavior Inventory scores for inpatient psychiatric boys: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (3), 95-105.
- Waterman, J. y Lusk, R. (1993). Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17 (1), 145-159.
- Williams, S. D., Wiener, J. y MacMillan, H. (2005). Build-a-person technique: An examination of the validity of human-figure features as evidence of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29, 701-713.
- Wolfe, V. V. y Birt, J. (1997). Child sexual abuse. En, E. J. Mash y L. G. Terdal (Eds.). *Assessment of childhood disorders* (pp. 569-623). New York: The Guilford Press.
- *Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13 (4), 359-383.
- *Wood, B., Orsak, C., Murphy, M. y Cross, H. J. (1996). Semistructured child sexual abuse interviews: Interview and child characteristics related to credibility of disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 20 (1), 81-92.
- *Young, R. E., Bergandi, T. A. y Titus, T. G. (1994). Comparison of the effects of sexual abuse on male and female latency-aged children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9 (3), 291-306.
- Yoshizumi, T., Murase, S., Honjo, S., Murakami, T. y Kaneko, H. (2004). Hallucinatory experiences in a community sample of Japanese children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1030-1036.
- *Zinni, V. R. (1997). Differential aspects of sandplay with 10- and 11-year-old children. *Child Abuse & Neglect*, 21 (7), 657-668.
- *Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Ozturk, M. y Sar, V. (2002). Reliability and validity of the Turkish Version of the Child Dissociative Checklist. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3 (1), 37-49.
- *Zoroglu, S. S., Sar, V., Tuzun, U., Savas, H. A. y Tutkun, H. (2002). Reliability and validity of the Turkish version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56 (5), 551-556.



EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON PSICOSIS DE INICIO RECIENTE: UNA REVISIÓN

EFFICACY OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN PATIENTS WITH AN EARLY-PSYCHOSIS EPISODE: A REVIEW

Javier Travé Martínez¹ y Esther Pousa Tomàs^{1,2}

¹Universitat Autònoma de Barcelona. ²Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. (Sabadell)

La eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia ha sido explorada en varios estudios controlados desde hace unos veinte años, confirmando que éstos son un importante complemento terapéutico a la medicación antipsicótica en el tratamiento de dicho trastorno. Dentro de estos tratamientos, las intervenciones familiares y los tratamientos cognitivo-conductuales son los que han recibido una mayor atención en relación a los resultados conseguidos. Este artículo de revisión primará su atención en la literatura existente sobre las técnicas y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual aplicadas a reducir el malestar emocional y aumentar el nivel de funcionamiento psicosocial en la fase temprana de la enfermedad (primer episodio psicótico y/o psicosis de inicio reciente), así como su eficacia a lo largo de los estudios realizados en estos últimos años y esclarecer en qué fase se encuentran actualmente.

Palabras clave: Esquizofrenia, Intervención psicológica, Psicosis temprana.

The efficacy of psychological treatments in schizophrenia has been explored in several controlled studies for approximately twenty years confirming that these are an important therapeutic complement to antipsychotic medication in the treatment of this disorder. Among these treatments, family interventions and cognitive-behavioural treatments have received major attention in relation to their obtained results. This review article will focus on the existing literature on the techniques and procedures of cognitive-behavioural therapy applied to reducing the emotional distress and increasing the level of psychosocial functioning in the early phase of the disease (the first psychotic episode or an early-psychosis episode). In addition, it will also focus on their efficacy throughout the studies conducted in recent years, clarifying what stage they are currently at.

Key words: Schizophrenia, Psychological intervention, Early psychosis.

Los trastornos psicóticos en general, y la esquizofrenia en particular, son trastornos mentales muy invalidantes cuyo tratamiento estándar ha sido, hasta hace relativamente poco, de tipo farmacológico combinado con el manejo de caso (Tarrier, 2008). Con el tiempo, y a pesar de que la farmacoterapia ha evolucionado a lo largo de los años y los antipsicóticos de segunda generación se han convertido en tratamientos de primera elección gracias a las ventajas que aportan sobre seguridad y mejor tolerabilidad con respecto a los antipsicóticos clásicos, y por tanto, de mayor adherencia al tratamiento a largo plazo (Emsley et al., 1999; Sanger et al., 1999), no han logrado resolver, aún no del todo, lo que para muchos pacientes es primordial: una mejora de la calidad de vida, ya que muchos de estos pacientes siguen experimentando disfunciones de tipo social y funcional independientemente de la eficacia de la medicación antipsicótica y la remisión de los síntomas (Uzenoff et al., 2010).

La terapia cognitiva en la psicosis ha sido desarrolla-

da a partir de los principios de intervención cognitivo-conductual previamente aplicados en el tratamiento de la ansiedad (Beck, Emery, y Greenberg, 2005) y la depresión (Rush, 1979), pero ha sido modificada y adaptada al tratamiento de los síntomas psicóticos según el modelo de vulnerabilidad al estrés y desde un entendimiento biopsicosocial de la enfermedad (Zubin y Spring, 1977).

Desde que Beck describiera, por primera vez en 1952, un caso de esquizofrenia tratado con terapia cognitivo-conductual (TCC) (Beck, 2002) hasta nuestros días, se ha planteado la necesidad de implementar este tipo de terapias dentro de un programa de tratamiento integral que ayude al paciente, además de una mejoría en la sintomatología, a integrar a éste de la manera más eficaz en nuestra sociedad, mejorando su funcionamiento psicológico y psicosocial (Addington y Gleeson, 2005).

En esta última década se ha dedicado especial atención a la prevención de la enfermedad y actualmente existen muchos estudios en curso que lo justifican. Por ejemplo, los pioneros en la investigación en intervención temprana del programa EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), del centro de investigación

Correspondencia: Javier Travé Martínez. C/ Mare de les Aigües, 25 4º 1º. 08206 Sabadell. España. E-mail: jtravem@gmail.com



ORYGEN, en la universidad de Melbourne (Australia) han encontrado que el 40% de la muestra con un alto riesgo de padecer una psicosis hace un viraje a la psicosis en un período de 9 meses (Yung, McGorry, McFarlane, y Jackson, 1996).

El presente trabajo se centrará en una revisión, no sistemática, de estudios que evidencien la eficacia de la TCC en los casos en que el paciente haya sufrido un primer episodio psicótico (PEP) o un episodio inicial de psicosis (dentro de las psicosis no-afectivas del espectro esquizofrénico) y en la recuperación de la fase postpsicótica, período en que la intervención será clave para minimizar la probabilidad y el impacto de una futura recaída y su posterior recuperación. Si bien existen algunas revisiones sobre la TCC en psicosis de inicio reciente en lengua inglesa (Marshall y Rathbone, 2006; Liu et al., 2010), se trata de un área de investigación en constante crecimiento y los escasos trabajos de revisión en nuestro idioma quedan enseguida por actualizar (Vallina et al., 2006). Por ello, resulta de interés ofrecer una síntesis actualizada de los resultados del tratamiento psicológico en este campo en lengua castellana.

La TCC ha tenido y tiene un peso específico en el tratamiento de la psicosis, por lo que es necesario hacer hincapié en la administración de dicha terapia en la aparición del PEP o psicosis de inicio reciente ya que el principal objetivo de la terapia es disminuir el estrés que produce la experiencia psicótica, bien a través de la reducción de la severidad de los delirios y de las alucinaciones en algunos de sus parámetros cuantitativos, bien incrementando la tolerancia a la presencia de las experiencias psicóticas de manera que la persona se distancie de ellas y pueda dirigir su atención a la mejora de su calidad de vida (Cuevas-Yust, 2006), incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente, reducir la presencia de ansiedad y depresión, y la prevención de futuras recaídas.

Importancia de la detección temprana

En la actualidad, sabemos que una intervención temprana en la enfermedad puede disminuir el impacto que ésta produce en el funcionamiento de quien lo presenta (Alvarez-Segura, Llorente, y Arango, 2009). La duración de la psicosis no tratada (DUP, del inglés *duration of untreated psychosis*), desde que empiezan las primeras manifestaciones clínicas de carácter psicótico hasta el comienzo de un tratamiento adecuado correlaciona de manera consistente con un curso y resultados mejores

cuanto menor sea el intervalo entre el comienzo de los síntomas psicóticos y la celeridad con que se instaure el tratamiento, aunque los mecanismos por los que se produce dicha relación no se hayan esclarecido todavía (Melle et al., 2008). El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas psicóticos y el primer contacto terapéutico está en torno a los 1-2 años con una mediana aproximadamente de 6 meses en los pacientes con esquizofrenia (McGlashan, 1999).

Así, la prevención en el tratamiento de PEPs queda justificada por la evidencia de demora en la provisión de tratamiento especializado después de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad (Larsen et al., 2001). Además, queda demostrado en estudios longitudinales prospectivos llevados a cabo en poblaciones de PEPs que los primeros 3-5 años de evolución de la enfermedad ejercen una gran influencia en el curso posterior de los síntomas y nivel de funcionamiento psicosocial (Harrison, Croudace, Mason, y Glazebrook, 1996).

Por otro lado, una DUP de larga duración y un bajo nivel de "insight" emergen como predictores de una pobre adherencia al tratamiento cognitivo-conductual (Álvarez-Jiménez, et al., 2009). Así, los años precedentes al primer episodio son cruciales para establecer los parámetros para una recuperación a largo plazo y sus resultados. De igual manera, un retraso en el tratamiento podría reducir el potencial terapéutico de las intervenciones realizadas en un curso temprano de la enfermedad (Gleeson et al., 2009).

En las intervenciones efectivas el incremento de la adherencia es crítico en el tratamiento de las psicosis tempranas. Así, los clínicos y personal investigador deberían tener en cuenta que los pacientes con una DUP de larga duración e *insight* pobre son especialmente vulnerables al abandono prematuro de la terapia y para ello habrá que emplear todo un conjunto de estrategias para promover el cumplimiento terapéutico.

Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia: algunos aspectos teóricos

Una vez detectada la psicosis, el tratamiento debe basarse en una perspectiva multimodal que incluya intervenciones farmacológicas y de carácter psicosocial (Alvarez-Segura, 2009).

El hecho de defender la TCC como tratamiento psicológico en la esquizofrenia, particularmente en los primeros episodios, es porque existe evidencia sobre la eficacia de ésta sobre los síntomas psicóticos (Jackson



et al., 2008; Tarrrier, 2010); también porque desde su primera concepción se han desarrollado enormemente aspectos teóricos que han dado respuesta a las necesidades de pacientes jóvenes que se han recuperado de su PEP y, por último, la TCC no solamente ha contribuido a aliviar lo más florido de la sintomatología psicótica sino que ha sido enfocada a resolver otros aspectos tanto o más problemáticos que ésta (Haarmans, 2006), ya que uno de los temas que han sido poco explorados en individuos que se han recuperado de su PEP es la merma de bienestar psicológico, uno de los componentes subjetivos de la calidad de vida. Factores como la depresión o el escaso soporte social juegan un importante papel en la recuperación del sujeto. Así, una mayor percepción del sujeto del soporte social recibido y menores niveles de depresión han sido encontrados como predictores de bienestar psicológico (Uzenoff et al., 2010).

Desde el pionero trabajo de Beck, ha ocurrido un cambio teórico en la TCC estos últimos quince años con el desarrollo de los modelos cognitivos de "segunda generación" dirigidos a constructos como el afecto, el desarrollo temprano, el vínculo, los procesos interpersonales y la relación terapéutica (Greenberg y Safran, 1987; Guidano y Liotti, 1983; Ryle y Kerr, 2002; Safran, Vallis, Segal, y Shaw, 1986; Safran y Segal, 1990).

Estos modelos de segunda generación se han incorporado en un meta-modelo de TCC dentro de un continuum que abarca desde el racionalismo hasta el constructivismo.

Esencialmente, las diferencias entre los modelos racionalistas y los constructivistas en los que se apoya la TCC se basan en las respectivas teorías sobre realidad/verdad, conocimiento y cambio. En el modelo racionalista, la realidad es conceptualizada como externa, estable y puede ser confirmada y validada. En este modelo, la lógica y la razón valida el conocimiento, y se prioriza el pensamiento sobre el afecto. Aún más, el foco está en que controlando el pensamiento se controlan las emociones. Se entiende que el cambio procede por examinar la causa y efecto de los componentes de los pensamientos, humor, comportamiento, reacción fisiológica y ambiente. Son los meta-modelos racionalistas de Beck (1976) y Ellis (1962).

Para los constructivistas, la realidad es subjetiva, idiosincrásica, y se pone énfasis en la creación activa o construcción de la realidad por el individuo. En estos modelos, el conocimiento se obtiene mediante la integración de la experiencia cognitivo-comportamental-

afectiva. El cambio terapéutico consiste en una diferenciación estructural del esquema central de uno mismo versus procesos periféricos o de más bajo nivel cognitivo. El terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de sus propios constructos, primero transformándolos y luego refinando las representaciones mentales de una manera evolutiva. Guidano y Liotti (1983) son los que lideran estas teorías constructivistas juntamente con Mahoney (1991).

Objetivos de la TCC

Trabajando con los pacientes que se recuperan de un PEP no solamente nos hemos de dirigir al tratamiento de los síntomas de la enfermedad sino también al impacto que éstos producen en el individuo (Haarmans, 2006). Así, los objetivos de la TCC son:

- ✓ incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente
- ✓ promover la adaptación a la enfermedad
- ✓ aumentar la autoestima, estrategias de afrontamiento y funcionamiento adaptativo
- ✓ reducir la alteración emocional y la comorbilidad
- ✓ reducir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proveer de estrategias y habilidades para manejarlos en el día a día, y
- ✓ prevenir futuras recaídas

Fases del modelo de la TCC para primeros episodios psicóticos

Una de las ventajas de implementar una aproximación modular de la TCC en primeros episodios psicóticos es que existe un abanico de intervenciones para tratar las diferentes necesidades de los usuarios.

Un modelo de tratamiento como la TCC en la psicosis temprana puede ser dividido en las siguientes fases: enganche, recuperación, y el direccionamiento de los síntomas agudos y la recuperación tardía (Haarmans, 2006).

Estas fases han sido guiadas por un gran compendio de textos y manuales con modelos de tratamiento de probada evidencia (Birchwood y Spencer, 2001; Chadwick, Birchwood, y Trower, 1996; Fowler, Garety, y Kuipers, 1995; Fowler, 2000; Gumley et al., 2003; Haddock y Slade, 1996; Herrmann-Doig, Maude, y Edwards, 2003; Jackson, Edwards, Hulbert, y McGorry, 1999; Kingdon y Turkington, 1994, 2002; Morrison, 2002; Tarrrier, 1992, 2008).

De igual manera hacemos mención de los diferentes manuales publicados actualmente en castellano (Glee-



son, 2005; Martindale, Bateman, Crowe, y Marginson, 2010; Caballo, 1996; Chadwick, 2009; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Edwards y McGorry, 2004; Gleeson y McGorry, 2005; Martindale, Bateman, Crowe, y Marginson, 2009; Penedés y Gastó, 2010; Perona, Cuevas-Yust, Vallina, y Lemos, 2003; Perris y McGorry, 2004; Roder, Brenner, Kienzle, y Fuentes, 2007; Stone, Faraone, y Tsuang, 2004).

En los últimos 5-10 años hemos presenciado un aumento de aproximaciones terapéuticas que van más allá de la teoría cognitiva general que se extiende al incluir una combinación ecléctica de teorías e influencias filosóficas. Ejemplos de estas aproximaciones de "tercera generación" son las técnicas de *mindfulness*, terapia metacognitiva, entrenamiento en mente compasiva (*compassionate mind training*), y el método de niveles (MOL), que todavía están en su infancia pero ya tienen potencial para influir la aplicación de la TCC en la esquizofrenia, y aunque no sea el foco central de esta revisión, las describiremos brevemente por su interés y de reciente aplicación en estos trastornos.

Mindfulness

Aproximaciones o técnicas que implican el entrenamiento de la mente para desengancharse de patrones de pensamiento automáticos y/o desadaptativos. Además de cómo direccionar la atención o concentración estas aproximaciones implican también la enseñanza de comportamientos de amabilidad, compasión y generosidad, el apoyo de estrategias de empatía como no juzgar y comprender el sufrimiento de los demás (Tai y Turkington, 2009). Por ej., en el caso de las experiencias psicóticas para las personas que experimentan voces críticas que son estresantes para el paciente, en la TCC tradicional se hubiera animado al sujeto a "engancharse" a la voz enfatizando las experiencias emocionales asociadas a su presencia. En cambio, aquí se entrenaría a la persona a aceptar la presencia de dichas voces y cambiar el foco de atención adoptando una actitud indiferente y no juiciosa, comportando que las voces se vuelvan menos estresantes y menos intrusivas.

Chadwick y colegas han aplicado esta técnica en personas con síntomas psicóticos en la que parece beneficiar a algunos pacientes (Chadwick, 2006; Abba, Chadwick, y Stevenson, 2008). También se ha utilizado dicha técnica en formato grupal (Chadwick, Taylor, y Abba, 2005).

Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment, ACT* en adelante) utiliza la teoría del marco relacional, análisis del comportamiento, e influencias de *mindfulness*. La ACT no anima a los pacientes a controlar las actividades intrapersonales (pensamientos, sentimientos...) como en la TCC tradicional pero les enseña a "tomar conciencia", aceptar y abarcar acontecimientos internos. Esta terapia enfatiza la identificación de los valores personales de un individuo y les alienta a actuar de acuerdo con dichos valores (Tai y Turkington, 2009a). Se utilizan estrategias de afrontamiento como el distanciamiento cognitivo (tratamiento de los pensamientos como hipotéticos registros en contraposición a nuestros actos), aceptación, y acción validada. Se argumenta que el foco de la TCC tradicional en la reducción de los síntomas específicos puede, paradójicamente, producir el efecto contrario al deseado; por lo que puede, incluso, empeorar los síntomas. Parece que últimamente ha aumentado esta técnica como tratamiento para la psicosis aunque la evidencia de su eficacia en ensayos clínicos y estudios longitudinales es escasa (Tai y Turkington, 2009b).

Entrenamiento en Mente Compasiva

El Entrenamiento en Mente Compasiva (*Compassionate Mind Training, CMT* en adelante) es una aproximación que forma parte de la TCC tradicional pero con un énfasis especial en una conciencia creciente de la relación negativa consigo mismo (*self-to-self*) (Tai y Turkington, 2009). Esta terapia comprende específicamente el sentimiento de vergüenza y autocrítica desde el punto de vista que esto puede actuar como una señal interna hostil que estimula las respuestas afectivas negativas y de sumisión que contribuyen a mantener los trastornos mentales (Gilbert et al., 2001; Gilbert, 2005).

La CMT facilita el cuidado individual para el bienestar del paciente respondiendo con calidez y compasión (Gilbert, 2009). Se utilizan diferentes técnicas como el cuestionamiento socrático, imaginación mental... particularmente importantes cuando se trabaja con síntomas psicóticos. Existe una clara base teórica para utilizar esta terapia dentro de la TCC en los síntomas psicóticos y una prometedora perspectiva para su inclusión como estrategia terapéutica para los síntomas comunes en la esquizofrenia (MacBeth, Schwannauer, y Gumley, 2008; Mayhew y Gilbert, 2008). La investigación de la aplicación de la CMT en psicosis todavía está



en fases iniciales por lo que se necesitan estudios validados para establecer el potencial de dicha terapia (Tai y Turkington, 2009).

Terapia meta-cognitiva

La terapia meta-cognitiva está basada en la teoría del modelo de Función Ejecutiva Autorregulada (Wells y Matthews, 1994). Desde esta perspectiva, la psicosis se considera como el resultado de un estilo de pensamiento y de la manera en cómo los pacientes controlan sus pensamientos (metacognición). Esta terapia especifica que existen estilos verbales de pensamiento (preocupación y rumiación), el foco de atención en la información negativa y de tipo amenazante, y acciones metacognitivas de supresión del pensamiento y evitación que conducen al trastorno. Clasificando estos procesos metacognitivos la terapia apunta a la manera para cambiar el modo en que los pacientes experimentan y regulan sus pensamientos.

La terapia metacognitiva implica enseñar a los sujetos habilidades alternativas para experimentar sus pensamientos utilizando técnicas como entrenamiento en atención y alterando las creencias metacognitivas o pensamientos que preocupan en demasía o no pueden ser controlados por peligrosos.

Aunque existen estudios con probada evidencia se necesitan más ensayos con un seguimiento de más de 12 meses y poder compararlos con estudios controlados y aleatorizados (Tai y Turkington, 2009).

Método de los Niveles

El Método de los Niveles (Method of Levels, MOL en adelante) es una terapia basada en los principios de la teoría del control de la percepción (Powers, 1973; Carey y Scitl, 2005), que contabiliza los mecanismos de cambio dentro de la psicoterapia (Carver y Scheir, 2008; Higginson y Mansell, 2008). Su base teórica también proviene de la TCC y especifica que la gente no busca el control de su conducta sino de sus experiencias perceptivas, cuando el objetivo es conseguir hacer que lo percibido en el ambiente por el paciente case con los "estándares internos" (u objetivos) de éste (Powers, 1990). La terapia postula que la principal característica del cambio con éxito es el cambio de conciencia del sujeto hacia niveles de percepción más altos para que el conflicto en los sistemas de control puedan ser reorganizados (Carey, Carey, Mullan, Spratt, y Spratt, 2009).

Los resultados de estudios realizados con la terapia del

MOL indican que es una psicoterapia efectiva y aceptable con beneficios al final de la terapia y en estudios de seguimiento a corto plazo (Carey et al., 2009; Carey y Mullan, 2007). Dichos estudios se han efectuado en comunidades clínicas, por lo que se necesitan más ensayos controlados.

INVESTIGACIÓN

La investigación nos ha enseñado al cabo de los años que la TCC es efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia (Wykes, Steel, Everitt, y Tarrrier, 2008; Tarrrier, 2010). La mayoría de estudios han sido realizados en el Reino Unido desde mediados de los años 80 (Beck y Rector, 2000) donde el Servicio Nacional de Salud recomienda dicho tratamiento a los pacientes con esta enfermedad. En contraste con EEUU, la American Psychiatric Association describe esta terapia como una técnica añadida que "puede beneficiar" a los pacientes (Lehman et al., 2004). Esta evidencia anecdótica refleja la diferencia del uso y de la visión que tienen los clínicos ingleses y americanos en cuanto a la actitud y práctica de la TCC en su ámbito de influencia. Mientras que los pacientes ingleses valoran mucho el tratamiento psicológico, los americanos otorgan supremacía al tratamiento farmacológico; aunque estas discrepancias parecen surgir del modelo de atención médico en sus respectivos sistemas de salud públicos, en la manera de enfocar la investigación clínica (Kuller, Ott, Goisman, Wainwright, y Rabin, 2010) o incluso en las diferentes teorías etiológicas de la esquizofrenia que sostienen ambos modelos; aunque ambos países la han incluido como terapia preferida.

Zimmerman et al. (2005) en un metaanálisis de 14 estudios de TCC en psicosis entre los años 1990 y 2004 concluyeron que la TCC era beneficiosa de manera significativa en la reducción de la sintomatología positiva (Zimmermann, Favrod, Trieu, y Pomini, 2005).

Aunque existen varios estudios que demuestran la eficacia de esta terapia en la esquizofrenia, existen pocos estudios centrados en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico y/o psicosis de inicio reciente. La excepción es el programa SOCRATES (Lewis et al., 2002) basado en el estudio piloto por Haddock et al. (1998), que fue un estudio controlado aleatorizado multicéntrico de TCC para pacientes con un inicio de psicosis que ha demostrado ciertas ventajas en cuanto a la aplicación de la TCC en la fase temprana de la enfermedad. Trescientos nueve pacientes fueron asignados aleatoriamente a la TCC, terapia de apoyo (TA) o al



tratamiento usual –psicofarmacológico– (TU). La ventana terapéutica fue de 5 semanas. Todos los grupos mejoraron durante este período; no hubo una tendencia significativa de aquéllos que recibieron TCC y mejoraron más rápido. Sin embargo, no existieron diferencias grupales en cuanto se acabó el tratamiento. A los 18 meses de seguimiento, Tarrrier et al., (2004) informaron que tanto la TCC como la terapia de apoyo fue superior al tratamiento usual ya que respondieron preferiblemente a la reducción de síntomas, y las alucinaciones auditivas respondieron mejor a la TCC. No obstante, no hubo diferencias significativas en la tasa de recaídas o readmisiones.

Jackson y colegas dirigieron un estudio quasi-experimental en el centro EPPIC de Melbourne, donde 80 participantes con un PEP recibieron TCC (n=44), la rechazaron (n=21) o recibieron sólo cuidados intrahospitalarios (n=15) (Jackson et al., 1998). Al final del tratamiento, aquéllos que recibieron TCC se adaptaron mejor a la enfermedad, ganaron calidad de vida, *insight* y actitudes más positivas al tratamiento además de una reducción de los síntomas negativos que los pacientes hospitalizados. Al año de seguimiento, la única diferencia que permaneció es que el grupo que había recibido TCC se adaptó mejor a la enfermedad que aquéllos que la rechazaron (Jackson et al., 2001). A los 4 años de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre los grupos (Jackson et al., 2005).

Otro estudio controlado aleatorizado más reciente, del grupo de investigación de Melbourne, aleatorizaron 62 pacientes con un PEP en grupos que recibieron TCC o bien una terapia de apoyo denominada *befriending* (Jackson et al., 2008) en la que la TCC superó a esta otra terapia a mediados del tratamiento, pero no hubo diferencias significativas al final de dicho tratamiento o seguimiento. Otro estudio aleatorio y controlado basado en el programa EPPIC incluyó 62 participantes con PEP con intentos suicidas a los que se les administró una TCC enfocada a la prevención del suicidio o TU (Power et al., 2003). Estos autores encontraron que, mientras ambos grupos mejoraban, la TCC fue superior en el grado de disminución de desesperanza y en calidad de vida al final del tratamiento y posterior seguimiento. Jolley et al. (2003) dirigieron un pequeño estudio aleatorizado y controlado (n=21) en el que compararon la TCC para PEP con TU desde un servicio de intervención temprana. No encontraron diferencias en los síntomas, pero la TCC redujo los días de hospitalización. Finalmente, otro estu-

dio que examinó los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para reducir el uso de cannabis en una muestra con un primer episodio (n=47) no encontró diferencias significativas cuando se utilizó psicoeducación para la misma muestra (Edwards et al., 2006).

En el estudio pequeño no controlado de TCC para PEP en formato grupal Lecomte, Leclerc, Wykes, y Lecomte (2003) encontraron que cinco participantes informaron de una gran satisfacción con el grupo de TCC y mostraron una disminución en síntomas psicóticos utilizando métodos cuantitativos.

En el estudio de Lecomte et al., (2008) se determinó la eficacia de la TCC grupal para pacientes con una psicosis de inicio reciente en comparación con los resultados de una intervención individual en entrenamiento en habilidades sociales con medidas repetidas (base, 3 meses, y 9 meses). Participaron 129 pacientes en un ensayo simple ciego controlado aleatorizado con tres condiciones: TCC grupal, grupo de entrenamiento en habilidades sociales para el manejo de síntomas y/o un grupo control en lista de espera. Ambos tratamientos mejoraron tanto la sintomatología positiva como negativa en comparación con el grupo control de lista de espera, pero el grupo que recibió TCC tuvo efectos significativos al cabo del tiempo en todos los síntomas, en general, y también en los efectos post-tratamiento en la autoestima y estrategias de afrontamiento en comparación con el grupo lista de espera y una menor tasa de abandono si se les compara con el grupo que recibió sólo el entrenamiento en habilidades sociales.

Los descubrimientos de todos los estudios seleccionados están resumidos en la Tabla 1.

Hay conclusiones alentadoras de estos estudios, por ej., que aquéllos que sugieren que la TCC individual puede ayudar a la gente con un PEP consiguen una recuperación más rápida, o bien, que ésta aparece como un tratamiento aceptable para personas con una psicosis temprana. También muestran indicios que la TCC para PEP puede ser particularmente efectiva para la mejora de la calidad de vida y para tratar ciertos tipos de síntomas; como por ej., la desesperanza y las voces. Sin embargo, la relativa falta de diferencias significativas entre grupos al final del tratamiento y posterior seguimiento sugiere que los beneficios de la TCC en esta clase de pacientes son modestos. En estos estudios hay pocas diferencias significativas entre grupos al final del tratamiento como en su seguimiento. Los descubrimientos sugieren, sin embargo, que la TCC tiene importantes beneficios en



términos de tasa de recuperación, mejora en ciertos síntomas (por ej. alucinaciones auditivas y desesperanza), y calidad de vida. En cuanto a la eficacia de esta terapia en formato grupal hay tan pocos estudios que no se pueden lanzar conclusiones definitivas, por lo que tendremos que esperar que haya más investigación en este sentido.

DISCUSIÓN

Estos estudios constataron que el desarrollo de programas de intervención temprana en estos pacientes presenta una serie de importantes ventajas puesto que, claramente, supone una disminución del coste social, económico y personal asociado. Sin embargo, en la práctica, no es habitual que se ofrezcan este tipo de intervenciones nada más aparecer la psicosis.

TABLA 1
ESTUDIOS DE TCC PARA PRIMEROS EPISODIOS EN PSICOSIS TEMPRANA

Estudio	Programa	N	Muestra/Fase trast.	Diseño	Fase	Formato	Control	Duración tratamiento/seguimiento	Primeros resultados	Resultados
(Haddock et al., 1998)		21	Psicosis temprana/ Fase aguda	ECA	A	I	TA	5 semanas / 4 meses	Síntomas	Sin diferencias
(Lewis et al., 2002)	SÓCRATES	309	Psicosis temprana (83 % PEP)/ Fase aguda Psicosis temprana/	ECA	A	I	TA y TU	5 semanas / 3 meses	Síntomas	El grupo TCC mejoró más rápido; las voces respondieron mejor a la TCC
(Jolley et al., 2003)		21	Fase estable (1 ^o y2 ^o E)	ECA	M	I	TU	6 meses	Síntomas	Menos tiempo de hospitalización con TCC
(Power et al., 2003)	EPPIC	56	PEP con intentos de suicidio	ECA	M	I	TU	8-10 sesiones / 6 meses 18 meses de seguimiento del estudio de Lewis et al. (2002)	Intentos de suicidio	La TCC mejoró el grado de esperanza y de calidad de vida
(Tarrier et al., 2004)	SOCRATES	225	Psicosis temprana (83 % PEP)	ECA	A	I	TA y TU		Síntomas	Las voces responden mejor a la TCC
(Jackson et al., 2008)	EPPIC (ACE project)	62	PEP/ Fase aguda	ECA	A	I	TU	20 sesiones / 1 año	Síntomas	Mejoran más rápido con la TCC
(Jackson et al., 1998)	EPPIC (COPE)	80	PEP	QE	M	I	TU	12 meses	Síntomas	La TCC mejoró el grado de adaptación a la enfermedad, la calidad de vida, los síntomas negativos y el "insight"
(Jackson et al., 2001)	EPPIC (COPE)	51	PEP	QE	M	I	TU	1 año de seguimiento del estudio de Jackson et al. (2008)	Síntomas	La TCC mejoró el grado de adaptación a la enfermedad
(Jackson et al., 2005)	EPPIC (COPE)	91	PEP	QE	M	I	TU	4 años de seguimiento del estudio de Jackson et al. (2008)	Síntomas	Sin diferencias
(Edwards et al., 2006)	EPPIC	47	PEP	ECA	M	I	PE	10 sesiones en 3 meses/ 6 meses	Uso de cannabis	Sin diferencias
(Lecomte, Leclerc, Wykes, y Lecomte, 2003)		5	PEP	EA	M	G		3 meses	Síntomas	Reporta gran satisfacción y disminución de síntomas positivos
(Lecomte, Leclerc, Corbière, Wykes, Wallace, y Spidel, 2008)		129	Psicosis temprana	ECA	A	G	TA y TU	24 sesiones / 3 meses	Síntomas	La TCC tuvo efectos significativos en el tiempo sobre los síntomas generales

Claves: PEP= primer episodio psicótico; ECA= estudio controlado aleatorizado; QE= quasi-experimental; EA= ensayo abierto; EC= estudio cualitativo; A= fase aguda; M= fase mixta (aguda y recuperación); I= terapia individual; G= terapia grupal; TA= terapia de apoyo; TU= terapia usual (sólo con antipsicóticos); PE= psicoeducación.



Aunque exista un claro mensaje de que la TCC parece beneficiosa para el tratamiento de los síntomas psicóticos y del potencial de ésta para mejorar la calidad de vida y reducir el estrés en estos pacientes, existen algunas cuestiones por aclarar. Uno de los *handicaps* mencionados en algunos de los estudios realizados es que la terapia individual parece no ser efectiva en la reducción del nº de recaídas o rehospitalización en la psicosis temprana, e incluso algunos descubrimientos sugieren que las ganancias en el tratamiento precoz tampoco se sostienen al cabo del tiempo.

De la misma manera que podemos argüir que mientras los resultados preliminares de los estudios realizados hasta ahora son alentadores, no se puede apoyar la hipótesis de que la TCC será más efectiva en personas con un PEP si la comparamos con la muestra de pacientes psicóticos resistentes al tratamiento y más cronicados. De hecho, a menudo, no se encontró diferencias significativas entre grupos y al final o seguimiento del tratamiento en los estudios de PEP/ psicosis temprana, no así en los estudios de pacientes crónicos o resistentes al tratamiento en los que se demostró de manera repetida los beneficios de la terapia de forma significativa.

Esto puede ser debido a que existen razones como la falta de descubrimientos significativos en los estudios incluyendo las dificultades asociadas al diseño del estudio, al sostén teórico de las intervenciones y la aplicación específica de la TCC en una población de primeros episodios (Morrison, 2009).

También es necesario comentar que estos estudios tienen una serie de limitaciones que pueden contribuir a la falta de descubrimientos positivos y, a la postre, incidir en la variabilidad de los estudios realizados ya que algunos de ellos, como el de Jolley et al., (2003) y el de Jackson et al., (1998) tuvieron un tamaño de las muestras pequeño con poder insuficiente para detectar cambios estadísticamente significativos. Dentro de los ensayos SOCRATES existe una considerable variabilidad que puede deberse al tratamiento de fondo (medicación, manejo de casos, provisión de terapia familiar) realizadas a través de las diferentes unidades de salud mental. Así, los efectos específicos de la TCC pueden haber sido enmascarados por la extensa variabilidad en la mejora debido a los ajustes de tratamiento diferentes. De hecho, en el estudio de Tarrier et al., (2004) notaron un efecto significativo en los resultados por las interacciones del tratamiento en el seguimiento a 18 meses.

Otra de las limitaciones a comentar y que influye en los resultados a largo plazo es que algunos estudios utilizaron sólo una condición control (TAU), que puede haber incidido en el fracaso sobre el control para factores específicos como puede ser el aumento del contacto con el terapeuta (Bendall et al., 2006).

Además, el desarrollo reciente de tratamientos cognitivos hace necesario desarrollar una conceptualización más amplia y una aproximación terapéutica a los síntomas psicóticos que abarque la heterogeneidad y la naturaleza multimodal del trastorno e incrementen nuestro conocimiento de cómo pueden ser aplicados a problemas específicos y circunstancias. Así la eficacia será mejor entendida a través de la formulación personalizada y multimodal de los pacientes.

Es de destacar que una parte importante de los estudios sobre la eficacia de la TCC en primeros episodios están realizados en el contexto de servicios especializados que ofrecen una atención integral. Esta situación puede mermar las posibilidades de encontrar un efecto por encima del efecto general de estos programas especializados (y de la medicación) y es que la gran mayoría de estudios han examinado la administración de la TCC en PEPs dentro de un contexto en equipos multidisciplinares guiados a menudo por el modelo tradicional médico (por ej. SOCRATES), además de que es inherentemente difícil demostrar un efecto adicional de la TCC en la fase aguda de un PEP, ya que muchos pacientes se recuperan relativamente rápido independientemente del tipo de tratamiento recibido. Incluso los estudios incluidos dentro de los servicios de intervención temprana (por ej. EPPIC) han suscrito a menudo un entendimiento biológico a la psicosis. Esto puede llevar a las diferentes aproximaciones de la TCC a ayudar a los pacientes a enfrentarse o eliminar los síntomas de una enfermedad, más que a normalizar las experiencias psicóticas y promover un cambio en la evaluación y respuesta a tales experiencias, que es más consistente con la teoría cognitivo-conductual en general y, más específicamente, con los modelos cognitivos de la psicosis (Morrison, 2009).

De igual manera, estudios posteriores tendrán que poner mayor énfasis en la medición de la recuperación funcional del individuo tanto a nivel social, laboral, rendimiento académico, de ocio... tanto durante como después del tratamiento (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, y Lieberman, 2005).



REFERENCIAS

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87.
- Addington, J., & Gleeson, J. (2005). Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, s72-s76.
- Alvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T., et al. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(10), 710-718.
- Alvarez-Segura, M., Llorente, C., y Arango, C. (2009). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Jano*, 1723, 27-30.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford England: International Universities Press.
- Beck, A. T. (2002). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 1952 case study. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. (pp. 3-14). New York, NY US: Brunner-Routledge.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY US: Basic Books.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 291-300.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Killackey, E., Allott, K., Johnson, T., Harrigan, S., et al. (2006). The credibility and acceptability of befriending as a control therapy in a randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute first episode psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 277-291.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1211-1226.
- Caballo, V.E. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*.
- Carey, T. A., Carey, M., Mullan, R. J., Spratt, C. G., & Spratt, M. B. (2009). Assessing the statistical and personal significance of the methods of levels. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 311-324.
- Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2007). Patients taking the lead. A naturalistic investigation of a patient led approach to treatment in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 27-40.
- Carey, T., & Scitl, C. *Method of Levels: How to Do Psychotherapy Without Getting in the Way*. Hayward, CA: Living Control Systems Publishing; 2005.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. In: Baumeister RF, ed. *The Self in Social Psychology*. New York, NY: Psychology Press; 2008.
- Chadwick, P. (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*.
- Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Oxford England: John Wiley & Sons.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 267-292.
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., et al. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 109-117.
- Edwards, J., y McGorry, P.D. *La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford England: Lyle Stuart.
- Emsley, R. A., Lambert, T., McGrath, J., Power, P., Schweitzer, I., Bosnia, G., et al. (1999). Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: A double-blind multicenter study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 721-729.
- Fernández, O. V., Giráldez, S. L., e Iglesias, P. F. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Fowler, D. (2000). Psychological formulation of early episodes of psychosis: A cognitive model. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. *Compassion*. London, UK: Routledge; 2005.



- Gilbert, P. *Compassionate Mind*. London, UK: Constable & Robinson, Ltd; 2009.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., et al. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(6), 1117-1127.
- Gleeson, J.F.M., y McGorry (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana: Un manual de tratamiento*.
- Gleeson, J. F. M., Cotton, S. M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Crisp, K., et al. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 477-486.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY US: Guilford Press.
- Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorder: A structural approach to psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33(3), 419-431.
- Haarmans, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for individuals recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 43-49.
- Haddock, G., Lewis, S., Bentall, R., Dunn, G., Drake, R., & Tarrier, N. (2006). Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188(3), 250-254.
- Haddock, G., & Slade, P.D. (Eds.). (1996). *Cognitive-behavioral interventions with psychotic disorders*. New York, NY: Routledge.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), 254-258.
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P., & Glazebrook, C. (1996). Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26(4), 697-705.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D., & Edwards, J. (2003). *Systematic treatment of persistent psychosis (STOPP)*. London, UK: Martin Dunitz.
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 309-328.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., et al. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *British Journal of Psychiatry*, 172, 93-100.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., et al. (2008). Acute phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: The ACE project. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 38(5), 725-735.
- Jackson, H., Edwards, J., Hulbert, C., & McGorry, P. D. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. In H. J. Jackson (Ed.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach*. (pp. 265-307). New York, NY US: Cambridge University Press.
- Jackson, H., McGorry, P., Henry, L., Edwards, J., Hulbert, C., Harrigan, S., et al. (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): A 1-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 57-70.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., et al. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 35(9), 1295-1306.
- Jolley, S., Garety, P., Craig, T., Dunn, G., White, J., & Aitken, M. (2003). Cognitive therapy in early psychosis: A pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 473-478.



- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York, NY US: Guilford Press.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2002). *The case study guide to cognitive behavior therapy of psychosis*. Chichester, UK: The Guilford Press.
- Kuller, A. M., Ott, B. D., Goisman, R. M., Wainwright, L. D., & Rabin, R. J. (2010). Cognitive behavioral therapy and schizophrenia: A survey of clinical practices and views on efficacy in the united states and united kingdom. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 2-9.
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Friis, S., Guldborg, C., Haahr, U., et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1917-1919.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., & Lecomte, J. (2003). Group CBT for clients with a first episode of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 375-383.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A., L., Perkins, D. O., et al. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1-56.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181, s91-s97.
- Liu, P., Parker, A. G., Hetrick, S. E., Callahan, P., de Silva, S., & Purcell, R. (2010). An evidence map of interventions across premorbid, ultra-high risk and first episode phases of psychosis. *Schizophrenia Research*, 123(1), 37-44.
- MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 79-83.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY US: Basic Books.
- Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for Psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD004718.
- Martindale, B.V., Bateman, A., Crowe, M., y Marginson, F. (2009). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia*.
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 15(2), 113-138.
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46(7), 899-907.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., et al. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: Two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 634-640.
- Morrison, A. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(2), 103-112.
- Morrison, A. P. (2002). In Morrison A. P. (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. New York, NY US: Brunner-Routledge.
- Penedés, R., y Gastó, C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2232.
- Perona, S., Cuevas-Yust, C., Vallina, O., y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*.
- Perris, C., y McGorry, P.D. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*.
- Power, P. J. R., Bell, R. J., Mills, R., Herrman-Doig, T., Davern, M., Henry, L., et al. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(4), 414-420.



- Powers, W.T. *Behavior: The Control of Perception*. New York, NY: Hawthorne; 1973.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*.
- Rush, A. J. (1979). Cognitive therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13(1), 13-16.
- Ryle, A., & Kerr, I.B. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham, MD US: Jason Aronson.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509-526.
- Sanger, T. M., Lieberman, J. A., Tohen, M., Grundy, S., Beasley, C., Jr., & Tollefson, G. D. (1999). Olanzapine versus haloperidol treatment in first-episode psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(1), 79-87.
- Stone, W.S., Faraone, S.V. y Tsuang, M.T. (2004). *Intervención clínica precoz y prevención de la esquizofrenia*.
- Tai, S., & Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In N. Tarrier (Ed.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. (pp. 147-169). Oxford England: John Wiley y Sons.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 231-239.
- Tarrier, N. (2008). Schizophrenia and other psychotic disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 463-491). New York, NY: Guilford.
- Tarrier, N. (2010). Cognitive behavior therapy for schizophrenia and psychosis: current status and future directions. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 4 :176-84.
- Uzenoff, S. R., Brewer, K. C., Perkins, D. O., Johnson, D. P., Mueser, K. T., & Penn, D. L. (2010). Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(2), 174-181.
- Wells, A., & Matthews, G. *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., & Jackson, H. J. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 283-303.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1-9.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.



CALIDAD DE VIDA EN POLICÍAS: AVANCES Y PROPUESTAS

QUALITY OF LIFE IN POLICE OFFICERS: WHAT IS KNOWN AND PROPOSALS

Claudia C Morales-Manrique¹ y Juan Carlos Valderrama-Zurián^{1,2}

¹Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) (Universitat de València-CSIC).

²Centro de Investigación de Seguridad y Emergencias (IVASPE). Consellería de Governación. Generalitat Valenciana

Estudios sobre la Calidad de Vida (CV) en policías y los factores que son determinantes para su mejora, son relevantes para ampliar la actuación de la psicología policial. El siguiente trabajo explora los avances en el conocimiento de CV en policías; sobre las variables asociadas o pronósticas de la CV, los instrumentos de medición utilizados, y sobre propuestas realizadas para mejorar la CV. Se realiza una revisión no sistemática de estudios publicados en las bases de datos PubMed, ISI Web of Knowledge, e ISOC de Ciencias Sociales y Humanidades. Se muestra que los estudios de CV en policías a nivel internacional son escasos, y en el ámbito español inexistentes. Entre las variables pronósticas o asociadas a la CV están los estresores organizacionales y operacionales del trabajo, la exposición a desastres, la percepción de lo traumático del desastre, los rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento del estrés, la depresión, y padecer una enfermedad física. Es necesario considerar el constructo de CV subjetiva; la mayoría de los estudios se enfocan en CV relacionada con la salud. Las propuestas enfatizan el diagnosticar y aminorar los estresores organizacionales, además de considerar intervenciones individuales. Se sugieren algunos estudios relevantes a realizar.

Palabras clave: Calidad de vida, Oficiales de policía, Estresores, Medición, Revisión.

Studies on Quality of Life (QoL) in police officers and the factors that are determinant for its improvement are relevant for expanding the scope of action of police psychology. The following paper explores the advances in police officers' knowledge of QoL; the QoL associated or predictor variables, the measuring instruments used, and the proposals published for QoL improvement. A non-systematic review was conducted on studies published in PubMed, ISI Web of Knowledge, and ISOC Social Sciences and Humanities data bases. The review concludes that QoL studies in police officers worldwide are scarce, and in Spain are non-existent. Variables that are found to be predictive and/or associated with the QoL in police officers are: organizational and operational stressors, exposure to disasters, the degree to which a disaster is perceived as traumatic, personality traits, stress coping styles, depression, and having a physical illness. It is necessary to consider the construct of subjective QoL; most studies have focused on health related QoL. The proposals published emphasize the diagnosis and reduction of organizational stressors in order to improve QoL in police officers, in addition to considering individual interventions. Suggestions for future studies are made.

Key words: Quality of life, Police officers, Stressors, Measure, Review.

En España las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado están integrados por el Cuerpo Nacional de Policía, que es un instituto armado de naturaleza civil, y la Guardia Civil que es un instituto armado de naturaleza militar, las Policías Autonómicas y las Policías Locales, que dependen de las Comunidades Autónomas y el Ayuntamiento respectivamente (Ley Orgánica 2/1986; Romero & Urra, 2010).

El trabajo policial tiende a ser considerado como estresante y peligroso debido a la exposición que se tiene a la confrontación, la violencia y los incidentes traumáticos, incluyendo la posibilidad de ser herido o fallecer (Chen et al. 2006). Entre las actividades realizadas por los policías está el denunciar infracciones, detener delin-

cuentes y hacer cumplir las leyes; y dedican una gran parte de su tiempo a actividades asistenciales y resolución de conflictos entre particulares o la comunidad (Martin, 1992; Reiss, 1971). La policía se ocupa tanto de riesgos reales como imaginarios que son inherentes a la profesión, los cuales generan estrés y sufrimiento (Gershon, Lin, & Li, 2002; Lipp, 1996). Unido a ello, ciertos aspectos del trabajo -como es la alta demanda y/o bajo control, el trabajo por turnos, y el frecuente contacto con el ciudadano- es por lo que se define esta profesión como de "alto estrés" (Gershon, Lin, & Li, 2002). Y la expectativa de la población de tener una policía eficiente e íntegra también contribuye a la tensión en la profesión (Collins & Gibbs, 2003; Newman & Rucker-Reed, 2004).

El estrés laboral produce problemas físicos y mentales que están altamente relacionados con la discapacidad en el trabajo; la discapacidad está relacionada con me-

Correspondencia: Claudia C Morales-Manrique. PhD. Plaza Cisneros 4, 46003 Valencia. España.

E-mail: morales.claudiac@gmail.com / Claudia.morales@uv.es



nor calidad de vida (CV); y personas con menor CV son menos probables de reincorporarse al trabajo (Pattani, Constantinovici, & Williams, 2004). Ravindran et al. (2002) muestran que situaciones de alto estrés contribuyen a la aparición de un trastorno depresivo, y éste se encuentra acompañado de una marcada reducción de la CV. Es por ello, que evaluar la CV puede ser ventajoso, y que las respuestas de CV pueden ser usadas para evaluar la salud mental (Cass, Volk, & Nease, 1999).

Es exigible que la actividad policial sea ejercida por personas que dispongan de estabilidad psicológica y que actúen con actitudes positivas hacia la sociedad y hacia su propio quehacer, que les permita de este modo afrontar situaciones emocionales o de riesgo con las mejores toma de decisión posibles (Yagüe, 1994). Por lo tanto, es necesario y relevante considerar la salud mental y CV en policías en ejercicio de su función, y no solo en el proceso de selección de funcionarios policiales.

Entre los objetivos de la función psicológica en el ámbito policial en España, está el que los funcionarios aprendan aquellas técnicas psicológicas que les ayuden a desenvolverse con mayor efectividad en su labor, proporcionar una mejor CV al personal policial a través de una adecuada supervisión y asistencia técnico-profesional; y reducir el absentismo laboral (Yagüe, 1994). Por ello, el realizar estudios que aporten conocimiento sobre la calidad de vida en policías y los factores que son determinantes para su mejora o deterioro, son relevantes para ampliar y perfeccionar el campo de actuación de la psicología policial.

En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CV de una persona como «la percepción individual de la posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en donde vive y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones»; define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000; Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Actualmente en España se carece de estudios que consideren específicamente el constructo de CV. Esta carencia existe, aun cuando se ha considerado como factor importante en el ámbito de la psicología policial “el mejorar la calidad de vida” de los policías (Yagüe, 1994). Una posible causa es que existe poca tradición de incorporar psicólogos en el ámbito policial, y porque son la formación y selección de profesionales las principales acciones realizadas (Romero & Urra, 2010; Soria,

1994). Los estudios realizados en España se han enfocado sobre la evaluación psicológica (Pacheco, 2004); el síndrome de estar quemado o *burnout* (Durán, Stangeland, & Montalbán, 2006; Gil-Monte, 2004); sobre estresores ocupacionales y organizacionales (Torres, 2002); e inteligencia emocional (López, Acosta, García, & Fumero, 2006).

En este trabajo se realiza una revisión no sistemática de estudios sobre CV en policías y que están indizados en PubMed, la ISI Web of Knowledge, e ISOC de Ciencias Sociales y Humanidades. El objetivo es explorar los avances en el conocimiento sobre CV en agentes policiales, sobre las variables asociadas o pronósticas de la CV, los instrumentos de medición utilizados, y sobre propuestas realizadas para ser aplicadas en el ámbito policial con el objeto de mejorar la CV.

ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA EN POLICÍAS

Para la recuperación de los documentos indizados en las bases de datos se utilizaron como términos de búsqueda “calidad de vida” (quality of life) y “policía” (police), y que utilizaban el constructo de calidad de vida como variable respuesta o independiente. La búsqueda bibliográfica se realizó durante el mes de agosto del año 2010. Fueron incluidos todos los estudios recuperados. Los estudios se resumen en la Tabla 1.

La mayoría de los estudios se han enfocado en medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La CVRS se basa en el uso de cuestionarios que ayudan a cuantificar de forma efectiva los problemas de salud (Gill & Feinstein, 1994; Testa & Simonson, 1996), a nivel físico, mental, y su repercusión en la funcionalidad del individuo. Determina la salud subjetiva en términos de bienestar biopsicosocial y limitaciones (Slottje et al. 2007).

Entre los cuestionarios utilizados en estos estudios están: el *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref)* (da Silva Lima, Fleck, Pechansky, de Boni, & Sukop, 2005; *World Health Organization, 1993*), publicado por la Organización Mundial de la Salud, y validado en diversos países; mide la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente; el *Short Form-36 (SF-36)* (Ware & Gandek, 1994), que mide la salud física, la salud general, la salud mental, el dolor corporal, las limitaciones en la vida cotidiana, el funcionamiento social, y la vitalidad; y el *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)* (Jenkinson et al. 1997; Ware, Kosinski, & Keller, 1996), versión abreviada del SF-36, que igualmente incorpora las dimensio-



nes de salud física y mental, estimando funciones relacionadas con la salud.

Solo dos estudios publicados consideran un constructo de calidad de vida diferente a la CVRS. Entre ellos, el estudio de Lipp (2009), realizado en Brasil, que utiliza el *Quality of Life Inventory (QLI)* (Lipp & Rocha, 1995); que mide la CV de acuerdo a la presencia o no de problemas en cuatro áreas: profesional, salud, social, y afectivo. Y el estudio de Hart et al. (1995) realizado en Australia, que considera la Calidad de Vida Percibida (CVP) medido con diversos indicadores.

Variables pronósticas o asociadas

a) El estrés

Existe una asociación entre altos niveles de estrés emocional y pobre CV (Lipp, 2009). Entre los estresores relacionados con el trabajo policial se encuentran:

a.1) Estresores organizacionales y operacionales

El estudio de Hart et al. (1995) que utiliza el cuestionario *The Police Daily Hassles and Uplifts Scales* (Hart, Wearing, & Headey, 1994) muestra que las experiencias en el trabajo a nivel organizacional tienen mayor influencia para determinar la Calidad de Vida Percibida (CVP), cuando son comparadas con las operacionales. Estos resultados son consistentes con un aumento de la evidencia científica que postula que las organizaciones policiales son la fuente principal de malestar psicológico entre los agentes policiales (Greller, Parsons, & Mitchell, 1992; Violanti & Aron, 1992).

Un aspecto importante de considerar es el **género**. De Souza et al. (2007) muestran que en Brasil las policías femeninas han mostrado una mayor proporción de estrés psicológico, y señalan que puede ser debido a la necesidad de las mujeres de esforzarse más por conseguir

**TABLA 1
ESTUDIOS PUBLICADOS SOBRE CALIDAD DE VIDA EN POLICÍAS**

Autores Año	País/ número de oficiales de policía	Temas de estudio	Instrumento de calidad de vida utilizado
Andrade de Sousa, et al. (2009).	Río de Janeiro, Brazil/148	Autoestima y CVRS ^a	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref)</i> (World Health Organization, 1993)
Lipp (2009).	Sao Paulo, Brazil/418	Estrés y CV ^b	<i>Quality of Life Inventory (QLI)</i> (Lipp & Rocha, 1995)
Kutlu, Civi et al. (2009).	Konya, Turquía/492	CVRS y depresión	WHOQOL-BREF
Slotjje, Twisk et al. (2007).	Holanda/ 834 policías que reportaron tareas relacionadas con un desastre aéreo; y 634 que no reportaron dichas tareas	Impacto a largo plazo del desastre aéreo en la CVRS	SF-36 (Ware & Gandek, 1994)
Chen, Chou et al. (2006).	Kaohsiung, Taiwan/832	CVRS y depresión	SF-12 (Ware, Kosinski, & Keller, 1996)
Hart, Wearing et al. (1995).	Australia/404	Personalidad, experiencias relacionadas con el trabajo, y CVP ^c	Cuestionarios que miden componentes cognitivos, afectivos y somáticos: ✓ <i>Satisfaction With Life scale (SWL)</i> (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985); ✓ <i>Cuestionario de Afectos positivos y negativos</i> (Diener & Emmons, 1985); ✓ <i>Stress Arousal Checklist</i> (Gotts & Cox, 1988); ✓ <i>General Well-Being Questionnaire (GWBQ)</i> (Cox & Gotts, 1990).

a. CVRS: Calidad de Vida relacionada con la Salud.
 b. CV: Calidad de Vida
 c. CVP: Calidad de Vida Percibida



el mismo reconocimiento profesional que los hombres en una institución que es predominantemente masculina (Moraes, Pereira, Souza, & Guzmão, 2001); y que este esfuerzo puede generar más agotamiento físico y mental si son asimismo responsables del hogar y la familia.

a.2) Exposición a desastres

El estudio de Slottje et al. (2007) muestra que los funcionarios policiales que han trabajado en *desastres o tragedias* están en riesgo de tener menor CVRS aún después de varios años tras el evento. Sus resultados muestran menor CVRS posterior a los 8 años y medio de un desastre aéreo ocurrido en Holanda, entre profesionales –policías y bomberos– que fueron expuestos al desastre. Específicamente, era significativamente menor la CV en el área física y de vitalidad en trabajadores expuestos, respecto a los no expuestos. Y entre los sujetos expuestos, se observó menor CVRS entre aquellos que tenían una persona cercana afectada por el desastre -ej. amigo o familiar- y entre policías que apoyaron a los heridos; por lo cual, tiene un efecto mediador el tipo de evento estresante al que se es sometido durante el desastre.

b) Percepción de lo traumático de un evento

El estudio de Slottje et al. (2007) señalado anteriormente, muestra que la *percepción de lo traumático del evento* es una variable cognitiva mediadora del efecto que tiene la exposición a un desastre en la CVRS. Policías expuestos que percibieron el desastre como “el peor”, señalaron con mayor frecuencia menor CVRS, que aquellos que lo percibieron como “no tan malo”.

c) Personalidad (Neuroticismo vs. Extroversión)

En el estudio de Hart et al. (1995), las características de la personalidad fueron los determinantes con mayor impacto para el malestar psicológico y bienestar entre agentes policiales. El *neuroticismo* mostró ser un predictor significativo de menor CVP, y aun cuando la *extroversión* influyó en la CVP de forma positiva, no lo hizo con el mismo impacto que el neuroticismo. Así mismo, el neuroticismo y la extroversión predijeron el uso de estrategias de afrontamiento del estrés y los tipos de experiencias (problemáticas o motivadoras) vividas en el trabajo.

d) Hábitos o estilos de afrontamiento del estrés

El estudio de Hart et al. (1995) muestra diferencias entre estilos de afrontamiento ante el estrés y su repercusión tanto en la CVP como en la experiencia de

eventos problemáticos o motivadores en el trabajo. En otras palabras, cuando los agentes policiales intentan afrontar experiencias de trabajo estresantes enfocando su atención en la respuesta emocional (estilo *enfocado en la emoción*), el resultado más probable es un incremento de problemas en el trabajo y menor CVP; y por el contrario, si intentan afrontarlo gestionando o ocupándose directamente del evento estresante (estilo *enfocado en el problema*), son más probables de experimentar motivaciones en el trabajo y mayor CVP. Sin embargo, señalan que lo importante es saber el grado en que los agentes policiales usan una estrategia u otra, ya que suelen usar ambas estrategias en diversos grados.

Chen et al. (2006) cuando muestran en su estudio que aquellos policías mayores de 50 años de edad tuvieron mayores puntuaciones de CV en el dominio de salud mental, señalan que puede ser debido al hecho de que los oficiales experimentados usualmente desarrollan mejores habilidades de afrontamiento del estrés a medida que aumentan la edad y la experiencia de vida; o por el contrario, si no pueden adaptarse, tienden a cambiar de trabajo o se retirarían de forma temprana por estrés crónico.

e) La Depresión

Kutlu et al. (2009) muestran que la CVRS es significativamente menor entre oficiales de policía depresivos, respecto a los no depresivos. Y Chen et al. (2006) muestran que aquellos policías no depresivos, tienen mayores puntuaciones en todas las subescalas de CVRS medido con el SF-12. Señalan por ello que es conveniente identificar los mejores predictores para padecer depresión y qué agentes estresores son comunes entre los oficiales deprimidos.

f) Enfermedad física

El estudio de Chen et al. (2006) muestra que aquellos policías con enfermedad física presentan menores puntuaciones en el dominio de salud mental, medido con el SF-12. Esto es acorde con estudios previos que señalan que la enfermedad física afecta la CV, tanto en el dominio físico como mental (Surtees, Wainwright, Khaw, & Day, 2003).

PROPUESTAS REALIZADAS PARA LA MEJORA DE LA CV EN POLICÍAS

Dado que el estrés se relaciona con la CV, las propuestas dirigidas a aminorar o intervenir el estrés laboral se considera que mejorarán la CV.



En Inglaterra se publicó una Estrategia para un Servicio de Policía Saludable (*Strategy for a Healthy Police Service*) (Police Reform, 2002) que establece un marco de trabajo a nivel nacional en el área de salud, seguridad, salud ocupacional, bienestar y asistencia en la gestión del servicio policial. En este marco, Cooper et al. (1996) desarrollaron tres aproximaciones de intervención para el manejo del estrés en policías:

- a) *Prevención primaria: identificación del estresor y reducción.* Modifica o elimina fuentes de estrés inherentes al contexto laboral, debidos a la estructura organizacional o la cultura. Involucra iniciativas de cambio organizacional.
- b) *Prevención secundaria: entrenamiento en el manejo del estrés.* Se basa en que los factores individuales pueden alterar o modificar la forma en que los empleados se exponen a los estresores laborales, y en cómo perciben o reaccionan ante ellos.
- c) *Prevención terciaria: asesoramiento u orientación en el lugar de trabajo.* Provee tratamiento y rehabilitación a policías que han sufrido o sufren actualmente una enfermedad como producto del estrés.

Por otro lado, Hart et al. (1995) señalan que dado que los resultados de su estudio resalta que los temas organizacionales son determinantes para el bienestar psicológico o CVP de los policías, sugieren que: *los departamentos deben tener mayor énfasis en mejorar la salud organizacional, y que es conveniente incorporar tanto psicólogos organizacionales como clínicos* en los departamentos policiales, para facilitar un óptimo clima organizacional.

En relación con las propuestas aplicadas al contexto organizacional, Cooper (2003) señala que es importante entender sobre los estresores organizacionales al momento de considerar intervenciones dirigidas a ello, y hace referencia a siete estresores que han mostrado predecir la enfermedad a nivel físico o mental en un estudio de 13 ocupaciones (Sparks & Cooper, 1999), existiendo para cada ocupación diferentes combinaciones de los siguientes estresores: percepción de control en el trabajo, desarrollo profesional, clima laboral o cultura, puesto de trabajo y sobrecarga laboral, la involucración del trabajo en el hogar; claridad del rol, y relaciones en el trabajo (especialmente con el jefe). En España, solo dos estudios han documentado estresores ocupacionales en el ámbito policial (Pacheco, 2004; Torres, 2002).

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En base a todo lo expuesto se sugieren las siguientes líneas de investigación de la calidad de vida en policías:

- a) Considerar un concepto de Calidad de Vida Subjetiva (CVS) – sinónimo de CVP-, el cual deriva de trabajos previos y es definido por Rice et al. (1985): la CVP es un conjunto de creencias afectivas dirigidas hacia la totalidad de la vida (CVP global) y hacia dominios específicos de la vida. El “afecto” se define como un estado psicológico o sentimiento variable, y por lo tanto un conocimiento de placer, felicidad, bienestar o satisfacción (Naylor, Pritchard, & Ilgen, 1980). Y el “dominio”, se define como un componente de la vida asociada a determinados lugares, cosas, actividades, personas, roles sociales, o elementos del concepto de sí mismo (Andrews & Withey, 1976); estos pueden ser: la familia, el trabajo, las amistades, la vivienda, el transporte, la autoestima, el tiempo libre, la seguridad financiera, etc.
- b) Validar un instrumento que mida CVS en policías, que permita determinar la CV en general y específica en diferentes áreas de vida, considerando la satisfacción actual en cada una de ellas; que áreas son prioritarias o más relevantes para la CVS; y cuales tienen necesidad o interés de cambiar para la mejora de la CVS. Una evaluación amplia de necesidades autopercebidas asegura una mejor CVS (Morales-Manrique, Castellano-Gómez, Valderrama, & Aleixandre-Benavent, 2006; Thornicroft & Tansella, 2005).
- c) Estandarizar y validar en el ámbito español un cuestionario que capte estresores ocupacionales y organizativos en el ámbito policial; con el fin de realizar estudios comparativos a nivel nacional e internacional. Así mismo, poder ser utilizado como un instrumento para la detección sistemática de estresores ocupacionales y organizacionales en España, para la mejora de la calidad organizacional.
- d) Explorar y/o analizar en muestra española el efecto de variables cognitivas protectoras para la CVS; como son, percepciones de riesgo y hábitos de afrontamiento del estrés. Esto permitiría diseñar programas de entrenamiento para el afrontamiento del estrés y mejora de la CV adaptados culturalmente.
- e) Estudiar las causas de estabilidad o cambio de las características de personalidad y los hábitos de afrontamiento del estrés a través del tiempo, dado que han mostrado ser variables determinantes para la CV (Hart, Wearing, & Headey, 1995).



f) Estudiar la efectividad de los programas o servicios asistenciales destinados a proveer o mejorar la CV en policías.

CONCLUSIONES

Los estudios que consideran el constructo de CV en policías a nivel internacional son escasos, y en el ámbito español son inexistentes. Entre las variables pronósticas y/o asociadas a la menor CV están: los estresores organizacionales y operacionales del trabajo –con mayor efecto las organizacionales-, la exposición a desastres, la percepción de lo traumático del desastre, los rasgos de personalidad –con efecto negativo el rasgo neurótico-, estilos de afrontamiento del estrés –con efecto negativo el estilo enfocado en la emoción-, la depresión, y padecer una enfermedad física. Así mismo, es necesario considerar el constructo de CVS; la mayoría de los estudios realizados se han enfocado en la CVRS. Las propuestas realizadas a nivel internacional enfatizan el diagnosticar y aminorar los estresores organizacionales, además de considerar intervenciones a nivel individual, como es el entrenamiento en habilidades de afrontamiento del estrés, o tratamiento. En líneas generales, se plantea como necesario realizar estudios que permitan analizar factores individuales/sociodemográficos, ocupacionales y organizacionales asociados a la mejora o deterioro de la CVS; utilizando para ello cuestionarios elaborados y/o validados con población española.

REFERENCIAS

Andrade, E.R., de Sousa, E.R., & Minayo, M.C. (2009). Self-esteem and quality of life: essential for the mental health of police officers. *Ciência & saúde coletiva*, 14, 275-285.

Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of wellbeing: The development and measurement of perpetual indicators*. New York: Plenum.

Bonomi, A., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12.

Cass, A.R., Volk, R.J., & Nease, D.E. (1999). Health related quality of life in primary care patients with recognized and unrecognized mood and anxiety disorders. *International journal of psychiatry in medicine*, 29, 293-309.

Collins, P.A., & Gibbs, A.C. (2003). Stress in police officers:

a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. *Occupational medicine*, 53, 256-264.

Cooper, C.L. (2003). Stress prevention in the police. *Occupational medicine*, 53, 244-245.

Cooper, C.L., Liukkonen, P., & Carwright, S. (1996). *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations*. Luxembourg: European Commission.

Cox, T., & Gotts, G. (1990). *The General Well-Being Questionnaire: The manual*. Nottingham: Department of Psychology, University of Nottingham.

Chen, H.C., Chou, F.H., Chen, M.C., Su, S.F., Wang, S.Y., Feng, W.W., Chen, P.C., Lai, J.Y., Chao, S.S., Yang, S.L., Tsai, T.C., Tsai, K.Y., Lin, K.S., Lee, C.Y., & Wu, H.C. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of life research*, 15, 925-932.

da Silva Lima, A.F., Fleck, M., Pechansky, F., de Boni, R., & Sukop, P. (2005). Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Quality of life research*, 14, 473-478.

de Souza, E.R., Franco, L.G., Meireles, C.C., Ferreira, V.T., & Dos Santos, N.C. (2007). Psychological distress among civilian police: A gender-based analysis. *Cadernos de saúde pública*, 23, 105-114.

Diener, E., & Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Durán, M., Stangeland, P., & Montalbán, F. (2006). Burnout in police work: Incidence profile and influence of socio-demographic factors. *Revista de Psicología Social*, 21, 95-107.

Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Jefatura del Estado (1986, 13 de marzo). *Boletín Oficial del Estado*, 63. Marzo 14, 1986.

Gershon, R.R., Lin, S & Li, X. (2002). Work stress in aging police officers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 44, 160-167.

Gil-Monte, P. (2004). Influencia en la calidad de las relaciones interpersonales en el contexto laboral sobre el síndrome de agotamiento profesional o del quemado (Burnout). *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 10, 25-40.



- Gill, T.M., & Feinstein, A.R. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Life Measurements. *JAMA*, 272, 619-626.
- Gotts, G., & Cox, T. (1988). *Stress Arousal Checklist: a Manual for its Administration, Scoring and Interpretation*. Melbourne: Swinburne.
- Greller, M.M., Parsons, C.K., & Mitchell, D.R. (1992). Additive effects and beyond: Occupational stressors and social buffers in a police organization. En: Quick, J.C., Murphy, L.R., & Hurrell, J.J. (Ed.), *Stress and Well-Being at Work, Assessments and Interventions for Occupational Mental Health* (pp. 33-47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hart, P.M., Wearing, A.J., & Headey, B. (1994). Perceived Quality-of-Life, Personality, and Work Experiences - Construct-Validation of the Police Daily Hassles and Uplifts Scales. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 283-311.
- Hart, P.M., Wearing, A.J., & Headey, B. (1995). Police stress and well-being: integrating personality, coping and daily work experiences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 133-156.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., & Stradling, M.J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of public health medicine*, 19, 179-186.
- Kutlu, R., Civi, S., & Karaoglu, O. (2009). The Assessment of Quality of Life and Depression Among Police Officers. *Turkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29, 8-15.
- Lipp, M. (1996). Stress: conceitos básicos. En: Lipp, M. (Ed.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.17-31). Campinas: Papirus.
- Lipp, M.E. (2009). Stress and quality of life of senior Brazilian police officers. *Spanish journal of psychology*, 12, 593-603.
- Lipp, M.E., & Rocha, J.C. (1995). *Stress, hipertensão e qualidade de vida*. Campinas: Papirus.
- López, M., Acosta, I., García, L., & Fumero, A. (2006). Emotional intelligence in city police officers. *Ansiedad y Estrés*, 12, 463-477.
- Martin, M. (1992). Policia, profesion y organizacion: hacia un modelo integral de la policia en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59, 205-222.
- Moraes, L.F.R., Pereira, L.Z., Souza, K.O., & Guzmão, L.V.N. (2001). Implicações do gênero na qualidade de vida e estresse no trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. *Anais do V Congresso de Ciências Humanas, Letras e Artes*. Ouro Preto, Mariana: Universidade Federal de Ouro Preto, p. 56.
- Morales-Manrique, C.C., Castellano-Gómez, M., Valde-rama, J.C., & Aleixandre-Benavent, R. (2006). Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 8, 212-221.
- Naylor, J.C., Pritchard, R.D., & Ilgen, D.R. (1980). *A theory of behavior in organizations*. New York: Academic Press.
- Newman, D.W., & Rucker-Reed, M.L. (2004). Police stress, state-trait anxiety, and stressors among US Marshals. *Journal of Criminal Justice*, 32, 631-641.
- Pacheco, A. (2004). La evaluación psicológica de policías mediante el análisis funcional de la conducta. *Informació Psicològica*, 85-86, 97-104.
- Pattani, S., Constantinovici, N., & Williams, S. (2004). Predictors of reemployment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occupational and environmental medicine*, 61, 572-576.
- Police Reform (2002). *Strategy for a Healthy Police Service*. London: Home Office.
- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of affective disorders*, 71, 121-130.
- Reiss, A.J. (1971). *The Police and the Public*. New Haven: Yale University Press.
- Rice, R.W., McFarlin, D.B., Hunt, R.G., & Near, J.P. (1985). Organizational Work and the Perceived Quality of Life: Toward a Conceptual Model. *The Academy of Management Review*, 10, 296-310.
- Romero, J., & Urrea, J. (2010). *La psicología jurídica en España. La psicología policial*. Recuperado el 12 agosto de 2010, de <http://www.psicologiajuridica.org/psj190.html>.
- Slottje, P., Twisk, J.W., Smidt, N., Huizink, A.C., Witteveen, A.B., van Mechelen, W., & Smid, T. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Quality of Life Research*, 16, 239-252.
- Soria, M.A. (1994) La psicología policial en España: Desarrollo y Aplicaciones. *Apuntes de Psicología*, 41-42, 169-177.



- Sparks, K., & Cooper, C.L. (1999). Occupational differences in the work-strain relationship: towards the use of situationspecific models. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72, 219-229.
- Surtees, P.G., Wainwright, N.W., Khaw, K.T., Day, N.E. (2003). Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood. *British journal of psychiatry*, 183, 299-303.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996). Assesment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334, 835-840.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 1-3.
- Torres, E. (2002). Self-perceived of laboral stress and distress: an empirical study in the local police. *Psicotema*, 14, 215-220.
- Velarde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica de México*, 44, 349-361.
- Violanti, J.M., & Aron, F. (1992). Sources of police stressors, job attitudes, and psychological distress. *Psychological reports*, 72, 899-904.
- Ware, J.E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International journal of mental health*, 23, 49-73.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- World Health Organization (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument. (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159
- Yagüe, M. (1994). Psicología Policial. *Papeles del Psicólogo*, 60, 54-63.



APRENDER A PRACTICAR MINDFULNESS

Vicente Simón

con la colaboración de Christopher Germer

Madrid: Sello Editorial, 2011

Agustín Moñivas Lázaro

Universidad Complutense de Madrid

Quizás la mejor manera de empezar esta reseña sean las palabras del propio autor, Vicente Simón, "este libro ha nacido con el afán de proporcionar una guía práctica y sencilla para todas las personas que buscan su camino en el laberinto cambiante y en crisis permanente en que nos ha tocado vivir. La meditación (*mindfulness*), una práctica probablemente tan antigua como la humanidad, es quizá la vía magna que puede conducirnos al centro de nosotros mismos, el único lugar donde reina la paz y habita el misterio. Sólo acallando la mente es posible encontrar la salida del laberinto.... Tanto el Dr. Germer -coautor del capítulo 5- como yo deseamos que este libro contribuya a promover la comprensión profunda de la realidad, la transformación de la conciencia y a extender el bienestar, el amor y la paz entre todos los seres humanos (pp. 15-16).

Y el más idóneo resumen lo hace, en el Prólogo, Ramón Bayés "El libro se estructura en varias partes: empieza por la definición ('*calmar la mente para ver con claridad*') y los requisitos materiales necesarios para la meditación; sigue con unas instrucciones claras sobre la actitud con la que debe de empezarse a practicar (*Aparezca lo que aparezca en tu mente, simplemente obsérvalo*) y describe con detalle las instrucciones necesarias para llevar a cabo ejercicios de meditación (respiración, emociones, autocompasión, el espacio y la luz), indicando cómo entrenarse para vencer los obstáculos con los que nos podemos enfrentar. Cada capítulo termina con un pequeño cuestionario que debe permitirnos evaluar los progresos realizados. Y un apartado de referencias, y útil índice alfabético", completa la obra (p.7). Las aportaciones socio-filosóficas que hace Ramón Bayés -

Maestro, en tantos temas de tantas generaciones de psicólogos- serían objeto de otra reseña; sirva como ejemplo la asociación que hace del *mindfulness* y el pensamiento de San Agustín, el cual decía que no eran tres los tiempos: pasado, presente y futuro, sino que de lo único de que podía disponer el hombre era del presente de las cosas presentes, del presente de las cosas pasadas y del presente de las cosas futuras; en otras palabras, del aquí y el ahora del que nos habla el *mindfulness* (p.8).

El libro consta de siete capítulos que incluyen: pensamiento de un autor relevante sobre el tema que nos ocupa, índice de lo que se va a tratar, desarrollos teóricos que se llevan a cabo, versión larga y abreviada de una misma meditación y una autoevaluación del capítulo. Es aconsejable, para la inmersión en cada capítulo, la siguiente secuencia: índice, preguntas de autoevaluación, texto teórico, texto práctico (ejercicios y meditación propuestos) y las citadas preguntas, para evaluar hasta dónde llegó nuestra inmersión (p. 19).

QUÉ ENTENDEMOS POR MINDFULNESS

Mindfulness es el vocablo inglés empleado para traducir el término pali "sati" que denota conciencia, atención, recuerdo (Siegel y cols., 2009). Las traducciones más frecuentes a nuestra lengua son las de "atención plena" y "conciencia plena". Pero el autor, ante el desplazamiento semántico que está sufriendo el término, en función del contexto en el se emplea, toma cinco decisiones:

- 1) Emplear el término inglés (*Mindfulness*) sin traducciones acotadas (Atención Plena o Consciencia Plena).
- 2) Seguir las tres acepciones que de dicho vocablo hace Germer (2005), para que el lector infiera en cada caso si es un constructo teórico, una práctica para desarrollar *mindfulness* -como es la meditación- o un proceso psicológico (estar consciente -*mindful*-).
- 3) Distinguir el término más adecuado en los contextos científicos o académicos (*Mindfulness*) -término muy

Correspondencia: Agustín Moñivas Lázaro. Prof. Titular de Universidad. Dpto. Psicología Básica II: Procesos Cognitivos (U.C.M). E-mail: amonivas@psi.ucm.es

.....
El autor del libro es el Dr. Vicente Simón. Catedrático de Psicobiología de la Universidad de Valencia



acotado y del que puede darse una definición operacional en cada investigación- y en los contextos de la vida cotidiana y de la práctica (meditación), en los que puede referirse a una variedad de prácticas muy diversas en las que puede no haber, ni tiene por que haberlo, un objetivo definido, siendo a menudo dichos objetivos subjetivos y difusos.

- 4) Optar en el libro por el término Meditación, al ser un libro de ayuda para aprender a meditar y reservando *Mindfulness* para cuando hace referencia a contenidos más teóricos y de investigación.
- 5) Precisar, tras un análisis de varias definiciones, las tres cosas que significa *mindfulness* en un contexto terapéutico: a) conciencia, b) de la experiencia presente, c) con aceptación (Germer, 2005).

Efectos de la meditación: cambios de estado (temporales) vs. cambios de rasgo (disposición, actitud y aptitud o estado permanente)

La quinta decisión le sirve al autor para dar respuesta a la visión de la práctica de *mindfulness* (la meditación) como un proceso que suele producir cambios duraderos e importantes en las personas. La experiencia de meditación consiste en entrar en un estado mental peculiar (dicha entrada es instantánea) y permanecer en él durante un cierto tiempo. La investigación neurobiológica ha demostrado que los cambios de "estado" se transforman en cambios de "rasgo", según Brefczynski-Lewis y cols., 2007.

Mente de mono, mente narrativa, mente errante, mente caviladora

El planteamiento anterior le lleva a V. Simón a definir la meditación como un proceso que se extiende en el tiempo, definición que puede articularse, nos dice el autor, que lo que la meditación pretende es "calmar la mente para ver con claridad" (p.29). Tenemos que calmar nuestra mente porque habitualmente está agitada, en un dialogo interno casi constante, volviendo y volviendo, rumiando y rumiando, sobre las mismas ideas; esta mente usualmente se conoce como "mente de mono", "mente narrativa" "mente errante" y lo que nuestro autor llama "mente caviladora", no llegando a producir soluciones o resolver problemas, es decir, a actuar como la "mente que trabaja" en palabras de Balsekar, 2007. De estos dos tipos de mente hay evidencia científica de que corresponden a dos tipos de actividad cerebral diferenciadas (Cfr. V. Simón, 2011, p. 29).

La *mente caviladora* opera cuando no estamos en el aquí y en el ahora (*Mindfulness*); es la mente que se ocupa -nos preocupa- del pasado (rumiando y sumergiéndonos en estados obsesivos y depresivos) y del futuro (anticipando realidades inexistentes que nos llevan a estados de ansiedad). La mente caviladora, pues, es un tipo de mente que impide la vida; ésta acontece sólo en el presente. "Calmar la mente" supone salir del estado de cavilación -inclusive transmutar el rasgo de cavilación, debido a los años de dar y dar vueltas- y pasar a una mente centrada en el momento presente. El pasar del no presente- pasado y futuro- al presente, supone para el ego su desaparición -al no poder recordar los momentos vividos ni fantasear el porvenir-; el evadirnos del presente es una resistencia del yo para defender su ilusoria existencia. Por está razón es tan difícil para la mayoría centrarse en el ahora, sobre todo sino se han entrenado previamente en esa tarea.

La meditación, en palabras de V. Simón, es un ejercicio mental (*bhavana*) que nos permite calmar la mente (*samatha*) con la finalidad de comprender y ver la realidad con mayor claridad (*vipassana*)

LA INSTRUCCIÓN FUNDAMENTAL Y LA ACTIDUD.

SUS CONSECUENCIAS. (p. 47)

En el capítulo 2 se trata de decir a la mente lo que tiene que hacer cuando nos sentamos a meditar. Para ello, nuestro autor, sigue el modelo de *mindfulness* de un grupo de investigadores de la Universidad de Toronto, dirigidos por Scott Bishop, 2004. Dicho modelo tiene dos componentes a los que en V. Simón llama: la "instrucción fundamental" (autorregulación de la atención de manera que se mantenga en la experiencia inmediata cuando nos ponemos a meditar) y la "actitud" (orientación particular hacia la propia experiencia en el momento presente que se caracteriza por curiosidad, apertura y aceptación).

Sobre la **instrucción fundamental** de *mindfulness*, V. Simón, siguiendo a un monje tailandés, nos dice: *aparezca lo que aparezca (en la mente), simplemente obsérvalo*; frase que es fácil de decir, pero difícil de llevar a cabo más allá de breves momentos, sobre todo al principio. Nuestro autor, para llenar de sentido la instrucción fundamental, se pregunta: qué puede observarse, cuándo se produce la observación, qué sucede cuando la mente observa su propia actividad, a qué llamamos identificación y a qué desidentificación. A dichas preguntas nos da las siguientes respuestas:



Lo observado (el contenido de la conciencia) y el observador (la conciencia, el yo)

Para sistematizar lo *qué puede observarse*, V. Simón (p. 51) recurre a la distribución en ocho apartados de los posibles objetos de observación -contando cada uno de los cinco sentidos como un apartado distinto, según Siegel, 2007- y añadiendo como sexto apartado las señales que proceden del interior del cuerpo; como séptimo, los fenómenos que solemos englobar como actividad mental (emociones, sentimientos y pensamientos) y como octavo apartado la capacidad de resonar o vibrar emocionalmente con otras personas, así como de adivinar o imaginar lo que está sucediendo en sus mentes (lo que se conoce por teoría de la mente o mentalismo). La pregunta por *cuándo se produce la observación* lleva a que seamos conscientes que la observación que realizamos al seguir la instrucción fundamental es un proceso que sucede en el presente, ya que se trata de entrar en contacto con el presente y no escaparse de él. Y la respuesta a *qué sucede cuando la mente observa su propia actividad* es que surge en nosotros el **observador o testigo**, produciéndose una suerte de desdoblamiento mental pasajero, ya que al observar los **contenidos de la conciencia**, nos damos cuenta de que existe, por una parte, *lo observado* (el objeto de observación, el contenido de la conciencia) y, por otra, *el observador* (la conciencia, el yo); la 'meditación' nos lleva a descubrir que 'aquello que observa no puede ser observado'. Según Deikman, 1982, la ciencia occidental, hasta hace algunos años, lo ha ignorado, asumiendo erróneamente que ambos eran fenómenos del mismo orden y que se encontraba al mismo nivel (Cfr., Simón, 2011, p. 54). Pero estas distinciones teóricas no son necesarias para meditar, bastando seguir la "instrucción fundamental" para que el observador se desarrolle.

A qué llamamos identificación y a qué desidentificación

La *identificación* supone, antes del desarrollo del testigo, no distinguir entre conciencia o yo y contenidos de la conciencia. Por ej., la ira que expreso en un momento dado es mi identidad y no un papel, a modo de actor, que desempeño en un momento; hay, pues, ausencia de conciencia plena o *mindfulness*, al igual que cuando funcionamos en 'piloto automático' (cuando por dominar una tarea no la prestamos atención -mindless). Los apegos suelen ser modos de identificación, pero el objeto de identificación más importante es nuestro propio 'ego', la

imagen mental que tenemos de nosotros mismos; para V. Simón la identificación con el ego caracteriza lo que llama "conciencia egoica", que es el estado de conciencia más habitual de la mayor parte de los seres humanos. La *desidentificación*, por su parte, se da cuando la conciencia comienza a darse cuenta de que ella es algo diferente a sus contenidos, produciéndose, en consecuencia, una ruptura entre el yo y los contenidos de la conciencia, siendo una ruptura que avanza a medida que practicamos la meditación; en palabras de Maharaj, 2008, "una vez que te das cuenta de que lo que aparece delante de ti, sea lo que sea, no puedes ser tú y no puede decir 'soy yo', estás libre de todas tus 'personas' y de sus exigencias" (Cfr., Simón, 2011, p. 59); pero la desidentificación no es un proceso fácil ya que supone una separación del propio ego, pues la conciencia va viviéndose a sí misma como algo diferente del ego, habiendo avances y retrocesos en dicho proceso.

LA ACTITUD

El capítulo 3, siguiendo el modelo de Bishop, está dedicado a la actitud, a la actitud para meditar. V. Simón, sirviéndose de una tabla (véase libro, p. 72) compara las características de la 'actitud' en Bishop, 2004 (curiosidad, apertura y aceptación), Siegel, 2007 (la tres anteriores más amor) y Kabat-Zinn, 2003 (mente de principiante, no juzgar, aceptación, soltar, no afanarse, paciencia, confianza y constancia). Estas características o cualidades, tras ser ampliamente definidas y contrastadas, pueden interpretarse de dos maneras: como instrucciones para realizar la práctica y como palabras clave, alusiones o referencias que nos permitan evocar o ponernos en contacto con un estado de conciencia que todos llevamos dentro, al que llamamos estado de 'presencia' (espacio, plenitud, alegría, vida y ser (pp. 73 y 79). Pero antes de hablar de la presencia, dedicará el tema 4 a las emociones y el 5 a la compasión y auto-compasión.

Parece procedente, sin embargo, por la amplitud del capítulo 3, enumerar las preguntas de autoevaluación que el autor hace -1. Cómo describirías la resistencia; 2. Palabras relacionadas o similares a 'aceptar'; 3. Fases o estadios del proceso de aceptación según Germer; 4. La actitud correcta de *mindfulness* ¿cómo se expresa hacia el futuro?, y, 5. ¿Qué es la mente principiante?- y contestar al menos a la primera. "Me gusta definir la aceptación como el *no oponer resistencia al fluir de la vida*. O también, *no oponer resistencia a lo que ya es...*La



aceptación es la ausencia de resistencia" (p. 75). Nos resistimos cuando nos negamos, o recurrimos al mecanismo de evitación, a aceptar lo que es evidente; en nuestro mundo interno, a nuestras sensaciones, emociones y sentimientos y pensamientos. Sirvan como ejemplo las fórmulas de Germer (2011): **Dolor x Resistencia = Sufrimiento** y **Emociones Negativas x Resistencia = Emociones Destructivas**. O la que el propio V. Simón nos propone: **Primer Sufrimiento Inevitable + Resistencia = Segundo Sufrimiento (evitable)**.

LAS EMOCIONES. LOS SIETE PASOS PARA SU AUTORREGULACIÓN Y LA VENTANA DE TOLERANCIA

Las emociones al hacer su aparición de manera espontánea en la meditación, al igual que las sensaciones corporales y los pensamientos, se convierten en un elemento crucial para 'calmar la mente y ver con claridad'; sin embargo, es preciso distanciarse de ellas -tanto de las emociones positivas como de las mal llamadas negativas- para aprovechar su energía, desidentificarse de los objetos, personas o situaciones a las que están ligadas para no sufrir o quedar apegados y poder continuar avanzando. En palabras de Assagioli, '*estamos dominados por aquello con lo que nos identificamos, pero dominamos aquello con lo que nos desidentificamos*' (cfr. V. Simón, 2011, p. 104). La comprensión de nuestras emociones las convertirá en nuestro aliado, en lugar de sufrirlas como a un enemigo. Para dar cuenta de ello nuestro autor explica cuál es la razón de ser de las emociones en los seres vivos y algunos aspectos de su funcionamiento, así como la manera de responder ante las emociones difíciles para prevenir los daños psicológicos y las acciones inapropiadas.

Los límites de nuestra '*ventana de tolerancia*', concepto que aporta Siegel (Cfr., Simón, 2011) -entre la depresión y la rigidez, por un lado, y el caos, por otro-, con la práctica del mindfulness se mantiene dentro de la ventana; es decir, que con su práctica estamos desarrollando las estructuras prefrontales que nos facilitan tanto la modulación de las emociones como el mantener el equilibrio emocional. Según Siegel, 2010 (cfr., Simón, 2011, p. 111) "la visión de la mente nos permite dirigir el flujo de energía e información hacia la integración... y ésta conlleva la ausencia de enfermedad y la aparición del bienestar. La práctica de la regulación de las emociones conlleva **siete posibles pasos**, cuyo orden y número no es inalterable: *pararse, respirar hondo para serenarse, tomar conciencia de la emoción, aceptar la experiencia*

-permitiendo la emergencia de la emoción-, *darnos cariño (autocompasión), dejar ir o soltar la emoción y actuar o no*, según las circunstancias. Nuestro autor, también sintetiza todo el proceso de regulación de las emociones por medio de dos metáforas: la de la madre que consuela al niño que llora y la de considerar a la emoción como a una patata que queremos cocinar.

COMPASIÓN Y AUTOCOMPASIÓN: SUS HABILIDADES O COMPONENTES

Adquirir habilidades de autocompasión, objeto del capítulo 5, deviene esencial para un manejo de las emociones. *Mindfulness*, considerado el corazón de la psicología budista (Nyanaponika Thera, 1965; cfr., Simón, 2011, p. 133), es al tiempo que un método y un conjunto de técnicas, un proceso mental que reduce la propensión que tenemos a hacernos la vida más difícil luchando contra la incomodidad que encontramos en ella. Cuando nos embargan las emociones desagradables necesitamos que se apacigüe el toro que llevamos dentro y que se nos conforte para poder estar de nuevo atentos (*mindful*), pero para ello necesitamos compasión; ésta se desarrolla o incrementa con la práctica. **Tres habilidades** o procesos mentales de la meditación *Mindfulness* son: *conciencia focalizada en un solo punto* (concentración), *conciencia de campo abierto* (*mindfulness*) y *bondad amorosa y compasión* (Salberg, 2011; cfr. Simón, 2011, p. 1344). Al ser la mente un lugar difícil para vivir, y más cuando hemos crecido, ya que en estado de reposo la mente busca automáticamente problemas en el pasado (remordimientos) y anticipa problemas en el futuro (ansiedad). Esta actividad automática del cerebro se llama "red por defecto". Las tres habilidades descritas nos ayudan a vivir más pacíficamente, focalizando la atención, mirando lo que aparece y dándonos cariño.

Si la "**compasión**" significa 'sufrir con otra persona', empatía en respuesta al dolor, y tiene *dos elementos clave*: el emocionarse con el sufrimiento y el deseo de aliviarlo -el autor precisa el concepto en relación con otros términos similares como empatía, simpatía, amor, altruismo y lástima (p.137-8)- la "**autocompasión**" es darnos a nosotros mismos cuando sufrimos el mismo cuidado que damos a los demás cuando tenemos compasión, y no teniendo respuestas, hacia nosotros mismos, de autocrítica, aislamiento y ensimismamiento (cavilación). *Tres componentes* que se activan cuando practicamos -y que ha dado lugar a la Escala de Auto-



compasión de Kristin Neff (Cfr., Simón, 2011, p. 139) son la amabilidad con uno mismo, la humanidad compartida y *mindfulness* (atención ponderada y ecuánime). “Cuando me siento triste, trato de acercarme a mis sentimientos con aceptación y apertura” (p. 140). El principal obstáculo para la autocompasión es el creerse autoindulgente, pero la investigación ha demostrado que las personas con autocompasión tienen mayor probabilidad de aprender de los errores y volver a comprometerse con sus metas, sean una dieta, los estudios, etc., haciendo verdad la frase de C. Rogers “*La curiosa paradoja de la vida es que cuando me acepto como soy, entonces puedo cambiar*” (cfr., Simón, p. 142). En esta misma página, el autor nos da tres webs de programas que están desarrollando el cultivo explícito de la autocompasión; el mismo programa MSBR de 8 semanas, de Kabat-Zinn, parece desarrollarlo en las personas que participan en él.

También se nos propone una serie de *ejercicios* para practicar la autocompasión: a) a través de cinco caminos: el físico, el mental, el emocional, el relacional y el espiritual; b) por medio del (Ablanda, Tranquiliza y Permite) para, de una forma rápida, manejar las emociones difíciles; c) la pausa de la autocompasión, para que nuestra mente pase de sentirse amenazada a sentirse segura; la meditación de la bondad amorosa, especificando las ideas erróneas sobre dicha meditación. El capítulo cinco termina con la **evidencia neurológica** “*entrenando la mente*” (p. 154-5), la *terapia para llevar*, poniendo como ej. al autor de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) de Paul Gilbert, señalando qué es una relación curativa en la vida cotidiana “aquella en que podemos contar a otra persona nuestro dolor emocional, ella contiene nuestro dolor durante la conversación y entonces tomamos prestado ese enfoque de nuestro sufrimiento, que es más amable, más bondadoso y reconfortante, pudiéndolo llevar a nuestras vidas y con la Meditación de inspirar y espirar compasión.

LA PRESENCIA

Aunque no es fácil expresar el concepto de presencia, al tratarse de un estado mental que hay que vivir o experimentar en primera persona, el hilo conductor del libro nos conduce al estado de presencia. Si en el capítulo 2 se nos mostraba que el desarrollo del testigo traía esa capacidad de distinguir entre conciencia y contenidos, en el capítulo 6 se nos dice que cuando somos capaces

de percibir los contenidos -sin perder de vista lo que hacemos con la conciencia o desde la conciencia-, es cuando comenzamos a estar en ‘**presencia**’. Estamos presentes en las cosas que suceden, pero no perdemos de vista la *presencia del observador*. Pero al estar en presencia, siempre existe **consciencia del espacio** en que aparecen las *formas* en que se viven; de ahí que el espacio sea uno de los símbolos más utilizados para hablar de la presencia, al igual que la luz y la visión son imágenes habituales para evocar la conciencia.

El **espacio** como el “*mundo sin forma*”, el vacío.....- junto con las consideraciones sobre la luz- es la parte más metafísica (aunque este dentro de nuestra física) del libro. Habitualmente no encontramos muy identificados con el mundo de las formas, de manera que ni siquiera nos damos cuenta de la existencia del espacio, que es lo que permite que aparezcan las formas...En nuestra identificación con las formas, luchamos por ellas y con ellas. La mayoría de los seres humanos se encuentra en guerra con el mundo de las formas. Y el no poder conseguir que las formas sean como ellos quisieran es lo que genera el sufrimiento. Al estar inmerso en el mundo de las formas, se pierde la vivencia del espacio infinito, tranquilo, abierto, ilimitado. Pero para acceder al espacio, al mundo sin forma, hay que dejar de resistirse a las formas. “*El espacio surge cuando no se opone resistencia a la forma*” (Tolle, 2005; cfr., Simón, p. 167)

El autor nos pide responder a las siguientes cuatro preguntas para evaluar este capítulo 6: ¿cómo definirías la presencia con palabras? ¿qué metáfora de la presencia es tu favorita? ¿en qué consiste la práctica de mirar al cielo? y explicar la diferencia entre conciencia y sus contenidos, a saber, ¿qué entendemos por mundo de las formas?

RECOMENDACIONES FINALES

En este último capítulo, el 7, V. Simón nos muestra la meditación andando, la meditación informal, los obstáculos (somniaolencia e inquietud o agitación), las ventajas e inconvenientes de las lecturas, la sangha (comunidad de monjes o discípulos que se reúnen alrededor de un maestro para meditar y seguir sus enseñanzas), los retiros, lo más importante y la autoevaluación contestando a: 1. ¿Qué es la sangha?; 2. ¿Qué son los kalyana mita?; 3. Las diferencias encontradas, tras la práctica, entre la meditación sedente y andando; ¿Cuál es el mayor obstáculo para meditar que te asalta con mayor frecuencia y qué haces para superarlo?; y, 5. De todo lo que has leído en este libro, ¿con qué frase te quedaría?



CONSIDERACIONES CRÍTICAS

Quisiera señalar lo fácil y complejo que ha sido esta reseña. Fácil, porque Vicente Simón te va llevando paso a paso y, complejo, porque cada paso resulta un inmenso océano en el que zambullirse, y del que uno puede salir precipitadamente, para seguir leyendo, o quedarse en estado de adormidera en los mentales vivenciados. Dada la riqueza del libro se nos iban presentando varias alternativas: ir leyendo y reseñando, sirviéndose del índice de cada capítulo, al principio del mismo; indagar en la estructura de cada capítulo y dar cuenta de las analogías y diferencias; contestar a las preguntas que vienen al final de cada capítulo, y darles forma; partir de la pregunta del autor ¿con qué frase te quedarías de todo lo leído en el libro? elegir la frase y desarrollar la reseña a partir de ella, sirvan como ejemplos: “cuando me siento triste, trato de acercarme a mis sentimientos con aceptación y apertura” (p. 140); “el espacio surge cuando no se opone resistencia a la forma (Tolle, 2015; cfr., Simón, p. 167); “tu no eres lo que sucede, sino aquel a quien sucede”, Nisargadatta Maharaj, cfr., Simón, p. 77) o el párrafo de Tenzin Wangyal, 2008, que no reproducimos por su extensión (cfr., Simón, 166); hacer las prácticas propuestas en cada capítulo, escribir lo que pasa y ver la relación que guarda con los contenidos teóricos del capítulo; recoger o dar cuenta, como hace el autor, de la abundante evidencia psiconeurológica existente sobre los efectos en la calidad de vida entre las personas o grupos que practican *mindfulness* y los que no, es decir, entrenado la mente (p. 154-5); por medio de los ejercicios, a parte de las meditaciones, que se proponen en cada capítulo (ej., capt. 5, p. 143-147) o, por último, reflexionando sobre las consideraciones más metafísicas, filosóficas y espirituales.

El autor, pues, nos muestra un dominio teórico de un tema nada fácil, por sus vertientes científica y de práctica meditativa, tomando opción por la práctica -meditación- con argumentaciones que provienen de la investigación, con una claridad encomiable. Siento haber hecho una reseña haciendo más hincapié en los aspectos teóricos de *Mindfulness* que en los de la meditación, para lo que no me siento autorizado. Pero mi mente caviladora me trae una frase de K. Lewin “no hay mejor práctica que una buena teoría”; sin embargo, el libro de Vicente Simón articula las dos cosas: teoría y práctica, yendo, como en la buena dialéctica, de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría, estando los capítulos escritos de una manera ágil sin perder el sentido último, la meditación.

Por último, reseñar que V. Simón no haya sucumbido a las tentativas neurológica y clínica, tan habitual en los medios universitario y profesional, habiendo optado por un manual que, paso a paso, peldaño a peldaño, permite al lector y practicante avanzar hasta donde pueda y quiera. Sirva aquí la aportación de Ramón Bayés al libro de Vicente “la hipótesis de que la práctica de *mindfulness* constituye un buen antídoto para los estudiantes de doctorado. Los investigadores y los académicos permanentemente inmersos en el dilema de publicar o morir... Tanto V. Simón, como Germer, abren campos nuevos y útiles a la psicología de nuestro país. El mundo de la investigación, no sólo el de la compasión y la humanización, también os agradece sinceramente la útil herramienta que habéis puesto entre sus manos” (p.11).

REFERENCIAS

Germer, C. K. (2009). *The Mindfulness Path to Self-Compassion*. New York: Guilford (traducción castellana de Paidós, 2011).



EL MITO DEL CEREBRO CREADOR. CUERPO, CONDUCTA Y CULTURA

Marino Pérez Álvarez
Madrid: Alianza editorial, 2011

Eduardo García Fernández

Psicólogo Clínico

Este libro resulta un buen antídoto y refutación frente a la poderosa tendencia cerebro-céntrica que invade la psicología, pero también campos como las ciencias sociales, las humanidades e incluso la cultura popular. En la actualidad el cerebro se ha convertido en el centro neurálgico de la explicación de todos los asuntos humanos, llegando hasta el extremo de sostenerse que todo depende del cerebro e incluso que no somos más que “un montón de neuronas” como decía Francis Crick en 1.994 (*La búsqueda científica del alma*), al presentar la hipótesis revolucionaria para el siglo XXI, según la cuál “usted, sus alegrías y sus penas, sus recuerdos y sus ambiciones, su propio sentido de la identidad personal y su libre albedrío, no son más que el comportamiento de un vasto conjunto de células nerviosas y moléculas asociadas”.

El presente ensayo no arremete contra la neurociencia, sino contra la filosofía que implica, o al menos, cierto uso de ella consistente en un reduccionismo fisicalista según el cual todo sería reducible a procesos físico-químicos.

Si en la actualidad el cerebro está siendo una moda, mito e ideología, como se sostiene en *El mito del cerebro creador*, ¿qué está ocurriendo? se pregunta el autor en el prólogo. La respuesta es que el cerebrocentrismo, la tendencia a explicar las actividades humanas como si fueran un producto del cerebro lo empaña todo, y esto conlleva que se descuide el papel que tiene la conducta y la cultura en la conformación del ser humano, e incluso en la configuración del propio cerebro.

La tesis que se defiende es que el cerebro no es la causa, sino el efecto tanto de las conductas como de los sistemas culturales. Así pues tan real y material como el cerebro es la conducta y la cultura, por lo que se reivindica y recupera a la propia persona como

protagonista de los asuntos humanos. Esto a su vez implica en el caso de la psicoterapia que el objetivo es cambiar las formas de vida de la gente y no sus circuitos cerebrales. El cerebro no está al margen ni de hábitos, ni de las formas y sistemas de vida por lo tanto más que “escuchar al fármaco” mejor sería escuchar lo que la persona tiene que decir acerca de lo que le pasa. Esto es sumamente importante para llegar a entender el estatus de los trastornos psicológicos, puesto que cada vez está más claro que éstos tienen que ver con las condiciones de vida de la sociedad actual, y sin embargo existe una tendencia a verlos como si fueran parte del cerebro, e incluso se corre el riesgo de que los propios profesionales psicólogos creyéndose más científicos se dedicasen a pasar por la máquina de la neuroimagen los conceptos y los temas de psicología; así por ejemplo la atención selectiva, la memoria a corto plazo y largo plazo, la memoria declarativa, el sistema conceptual, etc. son reelaborados en términos neurocientíficos con el peligro que esto supone puesto que lo que realmente es competencia de la psicología es entender el funcionamiento psicológico, y no lo que sucede en el cerebro. La psicología estudia la conducta y no donde funciona el cerebro. Así pues, como sostiene Mike Page (citado en el libro que se comenta), después de una gran inversión de tiempo y dinero, los hallazgos neurocientíficos no suponen un avance real en el conocimiento psicológico. Los fenómenos psicopatológicos -sostiene Marino Pérez- son condiciones humanas complejas, que requieren la consideración de múltiples aspectos, entre ellos, los neurobiológicos, pero no su reducción a éstos. Sin embargo, la imagen que se transmite es que la psicopatología se reduce a desequilibrios neuroquímicos y circuitos defectuosos.

Esta imagen está prácticamente sustentada por neuroimágenes, consistentes en puntos coloreados en un cerebro, como si los trastornos estuvieran allí y eso fueran en

Correspondencia: Eduardo García Fernández. C/ Posada Herrera, 6-3ªA. 33002-Oviedo. España. E-mail: edgarsir@gmail.com



realidad. Lo cierto - continua argumentando el autor- es que las neuroimágenes se ofrecen con la presuntuosidad de que muestran la realidad de los trastornos, como si la experiencia subjetiva y demás aspectos psicológicos no se tuvieran en cuenta, cuando en la realidad son estos aspectos los que verdaderamente cualifican el trastorno y no precisamente las flamantes imágenes, con el peligro de que los actuales y futuros psicólogos sean seducidos por el magnetismo de las imágenes y ni ellos mismos acaben entendiendo lo que en realidad le está pasando a la persona. En una palabra, que se atienda más a unos puntos coloreados -lo que indica la tecnología- que escuchar propiamente lo que le está sucediendo a la persona.

Resulta interesante el capítulo dos titulado "Filosofía del cerebro: ni dualismo ni monismo, materialismo filosófico" puesto que en él se plantea la cuestión filosófica de fondo que está en la base del cerebrocentrismo; la alternativa que se ofrece frente a un monismo o un dualismo filosófico es el materialismo filosófico que viene a distinguir tres géneros de materialidad: las realidades físicas, las realidades psicológicas y realidades objetivas abstractas y culturales. Así el cerebro, la conducta y la cultura resultan tres realidades irreductibles entre sí y a la vez mutuamente integradas.

En el capítulo tres, por así decir, el cerebro se pone en su lugar, no en un pedestal para admirar cuáles son sus logros como si fuera un órgano mágico, sino incorporado en el propio cuerpo y andamiado en la cultura. Es aquí donde se postula que nunca se puede perder de vista ni dar por obvio cuando se habla de las funciones del cerebro el andamiaje cultural que lo envuelve, incluyendo tanto la presencia y preexistencia de los demás y las instituciones sociales, así como el lenguaje, las pautas educativas, etc. El cerebro está incorporado en el cuerpo y éste a vez incrustado en un medio cultural del cual depende tanto inexorable como inextricablemente. El ejemplo que utiliza es que bastaría por un momento que fallasen ciertos sistemas culturales (andamiajes) como por ejemplo, los relojes, las coordenadas espaciales o los equipos de navegación por no mencionar el lenguaje para que el cerebro se "volviera loco" como parece que ocurre en los sueños, cuando el mundo se encuentra propiamente en suspenso. Por lo tanto el cerebro humano es el más potente entre los cerebros de las especies animales, pero también el más débil si carece de influencias sociales (andamiajes culturales, instituciones sociales).

En el siguiente capítulo, "De la poiesis del alma a la plasticidad cerebral", se argumenta que el alma aristotélica es escultora de sí misma a través de hábitos y costumbres, resaltando la plasticidad cerebral, y aquí se cita tanto a William James quien introdujo el término plasticidad en el sentido de la neurociencia actual en su obra *Principios de psicología* de 1890 vinculando la plasticidad con los hábitos conductuales, como a Cajal quien utilizó el término "plasticidad" en 1894 con independencia de W. James. Será Cajal quien mantiene que es la actividad de la propia persona (como un todo) la que posibilita el que uno pueda ser escultor de su propio cerebro. Frase que ya contiene el hecho en sí de que es la persona como un organismo funcional la que da forma, cincela o esculpe al cerebro, a través de hábitos, costumbres y prácticas culturales.

En el último tramo del libro se alude a la plasticidad como argumento contra el cerebrocentrismo ya que el cerebro es más maleable que creador. Se utilizan múltiples ejemplos de investigaciones en la plasticidad como son: los canarios, los músicos, los taxistas, o cualquiera que sepa leer. La escritura como magnífico ejemplo de "trinquete evolutivo" que impide la vuelta atrás, pero no porque esté incrustada en el cerebro, sino por estar institucionalizada formando ya parte del ambiente en el que se desarrolla la vida de la gente.

Se concluiría por lo tanto que más que acudir a reduccionismos neurocientíficos sería necesario como antídoto frente al veneno del uso ideológico del cerebro al servicio del liberalismo económico, la reivindicación de toda una tradición humanista (literatura, historia, filosofía, saber científico) que parece estar relegada o en segunda fila frente al excesivo auge de la neurociencia. Se pretende en este ensayo situar a la neurociencia en su lugar -sin restarle importancia a sus aportaciones- pero teniendo presente que el cerebro ha cambiado poco, aunque las cosas humanas han cambiado mucho y que en función de este postulado el viejo humanismo, la tradición de una larga sabiduría, que se encuentra vertida por escrito- y por cierto no en neuroimágenes- nos dice mucho más sobre el hombre y sus problemáticas. Así pues, curiosamente es necesario acudir a la antigua antorcha para guiarnos a conocer al hombre y en cambio acudir a las luces catódicas si se quiere conocer a los posthumanos. Ya lo dijo Nietzsche en *El crepúsculo de los ídolos* allá por 1.888: " el psicólogo tiene que apartar la vista de sí mismo para sencillamente poder ver algo".



PSICOLOGÍA PARA EL PROFESORADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y BACHILLERATO

Carlos Martín Bravo y José I. Navarro Guzmán (Coordinadores)

Madrid: Editorial Pirámide, 2011

Fernando Lara

Universidad de Burgos

Psicología para el profesorado de Educación Secundaria y Bachillerato es un manual universitario de enorme interés que logra de forma armónica la difusión de la ciencia psicológica entre los futuros – y actuales- docentes de enseñanza secundaria y bachillerato. Para ello, el manual presenta, en primer lugar, una lograda selección de aquellos contenidos más apropiados en el desarrollo de competencias, que señala el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), para este tipo de profesorado; como son: “cerebro, adolescencias y educación”, “desarrollo del pensamiento en la adolescencia”, “estrategias de aprendizaje: evaluación y enseñanza en secundaria”, o “habilidades docentes básicas”... por citar algunos de los capítulos.

En segundo lugar, los autores, profesores de las universidades de Oviedo, Valladolid, Huelva y Cádiz han realizado un loable esfuerzo de narrativa clara que, sin perder rigor, logran que la lectura sea fácil y fluida. En esa línea se sitúan los continuos ejemplos, esquemas y mapas conceptuales que ayudan al estudioso de otros campos del saber a entender la aportación de la psicología a la actividad práctica de los procesos de enseñar y aprender presentes en los distintos centros educativos: secundaria, bachillerato, formación profesional o las escuelas oficiales de idiomas.

En tercer lugar, el manual se hace eco de un espacio reservado a una serie de actividades prácticas que aparecen al final de cada uno de los ocho capítulos que forman el total de la obra que comentamos. Del mismo modo que se ha dotado de referencias vinculadas a “vídeos cortos” que ayudan a comprender y manejar de forma reflexiva aquellos contenidos que se prestan, por su naturaleza, a generar debates con los alumnos en clase.

Por último, los diferentes autores se han preocupado de la elaboración de un glosario de ayuda a los lectores que son de distintas procedencias y que, por ello, se supone se encuentran en el manejo y dominio de un campo conceptual distinto al de la psicología. La obra, en fin, ofrece un vigoroso esfuerzo de actualización bibliográfica, siendo este aspecto digno de remarcar. En definitiva, solo queda, agradecer a los coordinadores y coautores de esta obra por su esfuerzo en abrir y/o estimular una línea de trabajo poco reconocida en nuestro país. Pues de la misma forma que se estimulan las publicaciones de impacto, debemos, también, prestar atención a la elaboración de manuales universitarios de calidad e impacto y, éste, es uno de ellos.

Correspondencia: Fernando Lara. Universidad de Burgos. Facultad de Humanidades y Educación. C/ Villadiego, s/n. 09001 Burgos. España. E-mail: ububarometro@ubu.es