

PAPELES DEL PSICÓLOGO

LA EFICACIA CLÍNICA DE LA HIPNOSIS. ADICCIONES: ALCOHOL Y COCAÍNA



CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA - CERTIFICACIÓN PROFESIONAL
EFECTO MATEO - ATENCIÓN PRIMARIA Y OTROS TEMAS

Artículos

- 98.** Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica
M. Elena Mendoza y Antonio Capafons
- 117.** Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol. Reflexión desde las características del consumo adolescente
Susana Lázaro Visa, Amaia Del Campo, Eugenio Carpintero y Sonia Soriano
- 125.** El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica
Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias
- 135.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil
Noemí Pereda Beltran
- 145.** El efecto Mateo: un concepto psicológico
Jorge Jiménez Rodríguez
- 155.** Campo profesional y procedimientos de certificación en análisis aplicado del comportamiento en España y Europa
Javier Virués-Ortega, Gerald L. Shook, Erik Arntzen, Neil Martin, Victor Rodríguez García y María Rebollar Bernardo
- 164.** El ejercicio profesional del psicólogo y su relación con el sistema judicial en Cataluña
Miguel Angel Soria Verde, Inmaculada Armadans Tremolosa y Saray Herrera Siruela

Forum

- 169.** Salud Mental en Atención Primaria: Qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo
César González-Blanch

Libros

- 175.** Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008). FAP. Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga. (Traducción: Luis Valero y Sebastián Cobos)
 Revisado por: *Miguel Ángel López Bermúdez*

Articles

- 98.** Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence
M. Elena Mendoza and Antonio Capafons
- 117.** The encouraging of personal resources in order to prevent abusive alcohol consumption: A reflection on the characteristics of consumption in Spanish adolescents
Susana Lázaro Visa, Amaia Del Campo, Eugenio Carpintero and Sonia Soriano
- 125.** Psychological perspective of cocaine consumption
Ana López Durán and Elisardo Becoña Iglesias
- 135.** Short-term consequences of child sexual abuse
Noemí Pereda Beltran
- 145.** The Mathew effect: a psychological concept
Jorge Jiménez Rodríguez
- 155.** Professional Field and Certification in Applied Behavior Analysis: Spain and Europe
Javier Virués-Ortega, Gerald L. Shook, Erik Arntzen, Neil Martin, Victor Rodríguez García and María Rebollar Bernardo
- 164.** Psychologist's professional practice and its relation with judicial system in Catalonia
Miguel Angel Soria Verde, Inmaculada Armadans Tremolosa and Saray Herrera Siruela

Forum

- 169.** Mental Health in Primary Care: What we have, what we need, and where to find it.
César González-Blanch

Books

- 175.** Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2008). Functional Analytic Psychotherapy.
 Reviewed by *Miguel Ángel López Bermúdez*

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
 Jaume Almenara i Aloy
 Julián Baltasar Jaume
 Manuel Berdullas Temes
 Rosario Carcas Castillo
 Fernando Chacón Fuertes
 Juan Delgado Muñoz
 Juan Manuel Egurtza Muniain
 Alfredo Fernández Herrero
 Aurora Gil Álvarez
 Lorenzo Gil Hernández
 M^a Teresa Hermida Pérez
 Rosa Jiménez Tornero
 Margarita Laviana Cuetos
 Ramón Loitegui Aldaz
 Cristina López Díaz
 Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero
 Eduardo Montes Velasco
 Teresa Rizo Gutiérrez
 Manuel Rodríguez Fernández
 Concepción Santo Tomás de Abajo
 Manuel Mariano Vera Martínez
 Jesús Ramón Vilalta Suárez

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dosíteo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Cabello, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobles, 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, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilollo, 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

Redacción, 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@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.
 C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación
 28320 Pinto Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 2 del Vol. 30 de Papeles del Psicólogo se han editado 52.900 ejemplares. Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos 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>

EFICACIA DE LA HIPNOSIS CLÍNICA: RESUMEN DE SU EVIDENCIA EMPÍRICA

EFFICACY OF CLINICAL HYPNOSIS: A SUMMARY OF ITS EMPIRICAL EVIDENCE

M. Elena Mendoza y Antonio Capafons

Universitat de València

La hipnosis es una intervención clínica valiosa en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes. Este artículo revisa el estado de la evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis, teniendo en cuenta los resultados de la investigación más rigurosa al respecto, así como los de otros estudios que, a pesar de no cumplir unos criterios metodológicos rigurosos, poseen relevancia clínica. En general, y según la investigación revisada, cuando se utiliza la hipnosis como un coadyuvante a otras intervenciones médico psicológicas, incrementa la eficacia y/o eficiencia de tales intervenciones. Asimismo, la eficacia de la hipnosis está bien establecida en diversas aplicaciones clínicas, especialmente el manejo del dolor y otras condiciones médicas, existiendo evidencia aceptable de su eficacia en el tratamiento de la depresión, los trastornos del sueño, dejar de fumar, la obesidad, el asma y la enuresis infantil. De acuerdo con la investigación publicada hasta la fecha, está justificada la realización de investigaciones que utilicen estudios controlados con muestras de tamaño adecuado. Así mismo, es esencial establecer la eficacia de la hipnosis en otras áreas aún por investigar.

Palabras clave: hipnosis, eficacia, evidencia empírica, estudio teórico.

Hypnosis is a potentially valuable clinical intervention for the treatment of a wide variety of both psychological and medical problems as well as for the improvement of patients' quality of life. This paper reviews the state of the evidence of the efficacy of hypnosis summarizing the results of empirical research, together with other studies with clinical relevance despite that they do not fulfill stringent methodological criteria. Overall, findings of research indicate that hypnosis used as an adjunctive to other medical or psychological interventions increases the efficacy and/or efficiency of these interventions. Moreover, hypnosis efficacy is well established in certain clinical applications, especially pain management and several medical conditions, and there is acceptable evidence of its efficacy in treating depression, sleep disorders, smoking cessation, weight reduction, asthma, and enuresis in children. According to the findings to date, continued research using randomized, controlled methodologies as well as adequate sample sizes is well justified, and it is essential in order to establish the efficacy of hypnosis in other areas of knowledge.

Keywords: Hypnosis, efficacy, empirical evidence, theoretical study.

La hipnosis es un campo de estudio que cuenta con una gran cantidad de investigación, tanto en el plano teórico, como en el experimental y clínico. Sin embargo, buena parte de los estudios sobre la eficacia de la hipnosis clínica (aplicada en general) no cumplen con criterios metodológicos estrictos en diversas áreas de aplicación.

En un número especial de la *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (IJCEH, 2000, Vol. 48, 2) se publicó una revisión exhaustiva de la evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis clínica. Los criterios en los que se basó la evaluación del estatus empírico de hipnosis clínica fueron los criterios metodológicos planteados por Chambless y Hollon (1998), que están entre los más rigurosos de los existentes hoy

en día. Por tanto, el hecho de que un estudio en particular no cumpla estos criterios, no implica necesariamente que dicho tratamiento sea ineficaz, si bien se debe seguir investigando y perfeccionando las intervenciones para poder alcanzarlos (Lynn, Kirsh, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000). Muy recientemente, mientras aún se estaba redactando este trabajo, Wark (2008) publicó una brevísimas revisión en la que resume los resultados de los principales meta análisis realizados sobre la eficacia de la hipnosis clínica. Este resumen, quizá algo optimista, es, no obstante, útil para guiar a los profesionales que quieren usar la hipnosis para aquellos problemas o áreas donde ha mostrado un mínimo grado de eficacia /eficiencia.

El trabajo que presentamos trata también de cumplir con ese objetivo, procurando ser una revisión actualizada y más amplia que la de Wark, de los estudios de diversa índole relevantes al establecimiento de la eficacia de la hipnosis clínica.

Correspondencia: Antonio Capafons. *Facultat de Psicologia, Avda. Blasco Ibáñez, Nº 21. 46010 Valencia. España.*
E-mail: antonio.capafons@uv.es



HIPNOSIS EN PSICOLOGÍA

Manejo del dolor

Una de las áreas de aplicación de la hipnosis que muestra una mayor evidencia empírica de su eficacia es el manejo del dolor, ya sea crónico o agudo (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, DuHammel y Redd, 2000). Tanto el reconocimiento por parte del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (1996), como el meta-análisis de Montgomery et al. (2000) sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor apoyan su consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado. En la revisión de Montgomery et al. (2000) de estudios bien controlados se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población. Los resultados revelaron un efecto de moderado a alto en la reducción de dolor clínico y experimental, lo que apoya la eficacia de los procedimientos hipnóticos en el manejo del dolor. Asimismo, los resultados indicaron que las técnicas de analgesia hipnótica son superiores a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento, cumpliendo así los criterios para un tratamiento bien establecido de acuerdo con los criterios de Chamless y Hollon (1998).

Posteriormente, Patterson y Jensen (2003) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los estudios controlados aleatorizados sobre dolor e hipnosis en contextos clínicos, excluyendo los estudios de estudiantes voluntarios incluidos en el meta-análisis de Montgomery et al. (2000). Para la revisión se tuvo en cuenta la definición de hipnosis de Kihlstrom (1985), ya que es lo suficientemente amplia para incluir aquellos estudios que analizan los efectos de la analgesia hipnótica y al mismo tiempo es específica para incluir el principal componente de la hipnosis, esto es, la sugestión. De esta manera, se excluyeron los estudios que analizaban intervenciones que no se definieron como hipnosis y los estudios considerados se analizaron en función del tipo de dolor (agudo o crónico), el diseño de estudio y el tipo de grupo de control utilizado. Los resultados relacionados con los estudios sobre dolor agudo indicaron que existen efectos clínicos consistentes de la analgesia hipnótica que son superiores a la atención o a las condiciones de control de cuidado estándar y en numerosas ocasiones son superiores a otros tratamientos de dolor viables. Respecto al dolor crónico, los estudios muestran que la analgesia hipnótica es consistentemente superior al no tratamiento, aunque aporta los mismos resultados que la relajación y el entrenamiento autógeno (lógico en este caso, pues es una técnica de auto-hipnosis). Por tanto, los autores concluyen

que los estudios controlados aleatorizados con poblaciones clínicas indican que la hipnosis tiene un impacto significativo y fiable, tanto en dolor agudo, como crónico.

Por otro lado, y en lo que se refiere exclusivamente al dolor crónico, otra revisión publicada de estudios controlados sobre el uso de la hipnosis en el tratamiento de pacientes con este problema (Elkins, Jensen y Patterson, 2007) indicó que las intervenciones con hipnosis fueron significativamente más eficaces que el no-tratamiento en la reducción del dolor en una amplia variedad de tipos de dolor crónico. Además, estas reducciones del dolor percibido se mantuvieron durante varios meses, y en algunos estudios, los procedimientos hipnóticos mostraron ser significativamente más eficaces que los tratamientos no hipnóticos, como, por ejemplo, la fisioterapia o la educación.

Hay que destacar que el tratamiento hipnótico es útil para los pacientes con dolor crónico, no sólo para conseguir efectos analgésicos, sino también en el manejo de la ansiedad, la mejora del sueño y la mejora de su calidad de vida (Jensen et al., 2006).

No obstante, Elkins et al. (2007) indican que varios de los estudios revisados presentan limitaciones en el diseño experimental, tales como contar con un tamaño de muestra pequeño, carecer de controles adecuados para comparar el efecto placebo y/o de las expectativas, y carecer de seguimientos a largo plazo, por lo que es necesario realizar más investigaciones para determinar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico.

Por otro lado, la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas concluye que la hipnosis cumple los criterios de investigación en psicología clínica para considerarse un *tratamiento eficaz y bien establecido*, con la ventaja añadida de que, además, no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales (Hammond, 2007).

En otro estudio, en este caso no de revisión, Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull (2007), utilizaron la hipnosis para tratar a 55 pacientes con fibromialgia. En un grupo utilizaron la hipnosis con sugestiones de relajación, en otro la hipnosis con sugestiones de analgesia, y en un tercero, sólo relajación. Los resultados mostraron que el mayor efecto en el alivio de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del dolor lo ofrecía la hipnosis con sugestiones de analgesia. Asimismo, se observó que el efecto de la hipnosis con sugestiones de relajación no fue mayor que el de la relajación sola.



Por su parte, Karlin (2007) analizó los resultados de dichos meta-análisis y concluyó que los posibles procesos que producen la analgesia hipnótica son la capacidad de alucinar negativamente la estimulación dolorosa, las creencias, las expectativas y la distracción, inherentes a las instrucciones de analgesia hipnótica, así como la hipnotizabilidad de los pacientes.

Por último, Martínez-Valero et al. (2008) realizaron un estudio piloto de línea base múltiple entre participantes, que comparó la eficacia del tratamiento multicomponente cognitivo-comportamental con y sin hipnosis, y el tratamiento farmacológico por sí solo para la fibromialgia. Los resultados apoyan que la hipnosis como coadyuvante al tratamiento cognitivo-comportamental puede ser una herramienta útil para el manejo de los síntomas de la fibromialgia.

Ansiedad

La investigación indica que la hipnosis puede contribuir a la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental para tratar la ansiedad. En su estudio, Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Parstynak (1997) compararon una intervención cognitivo-comportamental, que incluía reestructuración cognitiva y exposición *in vivo* para la ansiedad de hablar en público, con un tratamiento igual en el que la relajación fue sustituida por una inducción hipnótica y sugerencias. Se pidió a los participantes improvisar un discurso durante el cual tenían que calificar su ansiedad en una escala. Los dos tratamientos resultaron en una disminución de la ansiedad; sin embargo, en medidas conductuales y subjetivas durante el discurso, sólo el grupo de hipnosis difería de la condición de no-tratamiento. Además, la ansiedad se disipó más rápidamente en los participantes hipnotizados que en los de la condición cognitivo-comportamental. Éste es el único estudio en que la hipnosis utilizada como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental ha demostrado su superioridad en el tratamiento de la ansiedad respecto al no-tratamiento (Schoenberger, 2000).

Por otra parte, en el estudio de Van Dyck y Spinhoven (1997) se intentó comprobar si la combinación de la exposición *in vivo* con una técnica hipnótica es más eficaz que la exposición sola para el tratamiento del miedo y la evitación agorafóbicos. Los resultados mostraron que el grupo que recibió el tratamiento combinado de exposición e hipnosis no obtuvo resultados superiores a los del grupo que recibió el tratamiento de exposición sólo. Asimismo, el tratamiento combinado no fue superior al de sólo exposición en la prevención de abandonos. Los autores concluyen que la exposición *in vivo* es un procedimiento terapéutico de alta eficacia

que es difícil de mejorar y que funciona incluso en pacientes que se muestran reacios a dicho procedimiento. Las técnicas de relajación hipnótica y la imaginación no lo mejoran significativamente, pero si el paciente se muestra afín a éstas, le ayudan a adherirse al tratamiento, por lo que puede ser de mucha utilidad incluirlas en la intervención para la agorafobia (Van Dyck y Spinhoven, 1997).

Obesidad

La hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental para el tratamiento de la obesidad se considera como "posiblemente eficaz" (Schoenberger, 2000) basándose en los resultados del estudio de Bolocofsky et al. (1985). Este estudio es el que ha combinado la mayor muestra con la mejor metodología, llegando, por tanto, a resultados más claros. Bolocofsky et al. (1985) compararon dos grupos de participantes, uno que recibió un programa de manejo comportamental (control de estímulos, relajación, diario del peso y reforzamiento del programa) y otro grupo que recibió el mismo programa más hipnosis. Los dos tratamientos consistieron en 9 sesiones a una por semana. Al finalizar el tratamiento ambos grupos habían perdido una media de 9 libras de peso, pero en los seguimientos realizados a los 8 y 24 meses, sólo los participantes del grupo de hipnosis habían seguido perdiendo peso, y eran los que decían cumplir más las reglas del programa, lo que correlacionó con pérdida de peso (Bolocofsky et al., 1985). Sin embargo, son necesarios más estudios con rigor metodológico para establecer la eficacia de la hipnosis en esta área (Schoenberger, 2000).

Depresión

El estudio de Alladin y Alibhai (2007) representa la primera comparación del tratamiento con hipnosis como coadyuvante de una terapia psicológica bien establecida para la depresión (Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck) y esa misma terapia sin hipnosis. Aunque, tanto los pacientes tratados con hipnoterapia cognitiva (HC), como los tratados con terapia cognitivo-comportamental (TCC) mejoraron respecto a sus puntuaciones de línea base, los del grupo HC mostraron cambios significativamente mayores en depresión, ansiedad y desesperanza que el grupo de TCC. Y estos cambios se mantuvieron a los seis y doce meses de seguimiento. Los resultados de este estudio cumplen con los criterios de Chambless y Hollon (1998) que permiten considerar al tratamiento de hipnoterapia cognitiva para la depresión como *probablemente eficaz* (Alladin y Alibhai, 2007).



Tabaquismo

Según la revisión de Green y Lynn (2000), de acuerdo a los criterios de Chambless y Hollon (1998), la hipnosis se puede considerar como un tratamiento “*posiblemente eficaz*” para dejar de fumar. Las intervenciones hipnóticas se muestran más eficaces que la lista de espera o la condición sin tratamiento. Sin embargo, los procedimientos hipnóticos no han mostrado ser más eficaces que otros tratamientos, y la evidencia de si la hipnosis aporta resultados mejores que los placebos es controvertida. Asimismo, en muchos estudios es difícil separar los efectos específicos de la hipnosis de los de las intervenciones cognitivo-comportamentales y educativas a las que se adjunta (Green y Lynn, 2000). Otra limitación de muchas investigaciones es que basan sus resultados en los informes verbales de los participantes respecto a su abstinencia, lo cual puede sobrestimar la eficacia del tratamiento. Por tanto, la inclusión de medidas bioquímicas de la abstinencia son esenciales para la obtención de resultados válidos (Green y Lynn, 2000).

Por otro lado, también conviene destacar que se han encontrado diferencias de género en el éxito de las intervenciones que incluyen la hipnosis para dejar de fumar, teniendo más éxito los hombres que las mujeres, resultado que también se da en intervenciones sin hipnosis (Green, Lynn, y Montgomery, 2008).

En definitiva, a pesar de los problemas metodológicos existentes para establecer su eficacia, la hipnosis se considera un procedimiento igual de eficaz que los existentes actualmente, con la ventaja de su eficiencia, ya que es breve y económico, con menos costos, por lo tanto, que otras intervenciones, lo que se ve reflejado en su frecuente uso en la práctica clínica (i.e.: Elkins y Rajab, 2004; Elkins et al., 2006; Green, 1996; Lynn, Neufeld, Rhue, y Matorin, 1993; Mendoza, 2000).

Trauma

Aunque existen muchos informes anecdóticos y estudios de caso que afirman que la hipnosis tiene repercusiones en el tratamiento del trauma, sólo un estudio (Brom, Kleber y Defare, 1989) se acerca a cumplir los criterios de Chambless y Hollon (1998), de acuerdo a la revisión de Cardeña (2000). Brom, Kleber y Defare (1989) compararon los efectos de la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del estrés post-traumático. Las tres intervenciones mostraron ser más eficaces que el grupo control de lista de espera, tanto al final del tratamiento, como a los tres meses de seguimiento, si bien ninguna de las interven-

ciones fue superior a las demás. No obstante, el grupo de hipnosis necesitó menos sesiones de tratamiento que los otros grupos, siendo, junto con el de desensibilización sistemática, más eficaz que la terapia psicodinámica en el tratamiento de síntomas intrusivos (Brom, Kleber y Defare, 1989).

Más recientemente, un estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo (Bryant et al., 2005) comparó la hipnosis como coadyuvante de la terapia cognitivo-comportamental, con la terapia cognitivo-comportamental sola, y con asesoramiento de apoyo. Al final del tratamiento, la mejor de las tres intervenciones en la mejora de los síntomas de reexperimentación fue la que incluyó hipnosis, aunque a los tres y seis meses de seguimiento fue equivalente al tratamiento cognitivo-comportamental solo. Ambas intervenciones fueron mejores que el asesoramiento de apoyo durante las tres veces que se evaluó la mejora en síntomas de estrés post-traumático y depresión.

Teniendo en cuenta que las intervenciones utilizadas para tratar el trauma pueden llevarse a cabo fácilmente con hipnosis, y que los procedimientos hipnóticos pueden ayudar a modular e integrar recuerdos traumáticos (Cardeña, 2000), la hipnosis puede considerarse una intervención prometedora en la mejora de los síntomas post-traumáticos de las víctimas de trauma. Además, en diversos estudios se ha demostrado que las personas que sufren estrés post-traumático son altamente hipnotizables, y por tanto, probablemente se pueden beneficiar más de la hipnosis que otro tipo de pacientes (Spiegel, Hunt y Dondershine, 1988; Stutman y Bliss, 1985). De esta manera, es necesaria la realización de más investigaciones en esta área para que la hipnosis pueda ser reconocida como un tratamiento con apoyo empírico para condiciones post-traumáticas. Para ello está disponible un excelente y bien elaborado modelo de intervención en el que se incluye la hipnosis como coadyuvante (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, y Spiegel, 2008).

Trastornos psicósomáticos

En una investigación reciente se analizaron sistemáticamente diversos estudios clínicos controlados y aleatorizados, sobre los que se realizó un meta-análisis para evaluar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos (Flammer y Alladin, 2007). Los estudios incluidos en el meta-análisis compararon grupos tratados con hipnosis como la única técnica utilizada, excepto el tratamiento médico estándar, con grupos control de lista de espera.



Aunque los autores concluyeron que según su meta-análisis, la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, estos resultados no son concluyentes y deberían ser valorados con precaución debido a las limitaciones de este estudio. Los autores señalaron algunas de ellas: en primer lugar, la carencia de una categoría distintiva de trastornos psicósomáticos en las clasificaciones tanto de la CIE-10 como del DSM-IV afecta a la interpretación del meta-análisis, así como el hecho de que no había estudios disponibles que cumplieran los criterios que evaluaran la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del amplio rango de condiciones consideradas por los autores como trastornos psicósomáticos. Además, no se analizaron los efectos de factores como las diferencias en criterios diagnósticos, edad y gravedad de los síntomas sobre el resultado del tratamiento, porque los estudios seleccionados no aportaban suficiente información (Flammer y Alladin, 2007).

Otro punto, seguramente el más problemático, es que el informe de los datos de seguimiento a largo plazo no fue un criterio de inclusión en el meta-análisis, es decir, la medida de eficacia se circunscribe a los datos post intervención. Asimismo, en este meta-análisis, los estudios incluidos se analizaron con respecto a las intervenciones hipnóticas utilizadas, que fueron categorizadas como hipnosis clásica, moderna (ericksoniana) y mixta. Los resultados indicaron que, por este orden, las formas de hipnosis moderna ericksoniana y mixta fueron superiores a la hipnosis clásica. Sin embargo, teniendo en cuenta que la hipnosis clásica era la más utilizada (53,6%) en los estudios de este análisis, luego la mixta (32,1%) y sólo algunos estudios (14,3%) utilizaron la forma moderna de hipnosis, los hallazgos relativos a la superioridad de esta última pueden haber resultado de un artefacto estadístico, y, como consecuencia, las conclusiones de los autores sobre ello, deben ser consideradas con suma cautela.

Por último, los autores también señalaron que en los estudios incluidos en el análisis, la hipnosis fue utilizada para el alivio de los síntomas, dejando de lado otros componentes que pueden ayudar a los pacientes a afrontar los problemas psicósomáticos, como son los factores de mantenimiento, las cogniciones y las emociones (Flammer y Alladin, 2007). Por tanto, debería realizarse más investigación respecto a la eficacia de la hipnosis no sólo en el tratamiento de los síntomas de los trastornos *psicósomáticos*, sino también en los otros componentes que pueden estar manteniendo este tipo de trastornos.

HIPNOSIS EN MEDICINA

Trastornos Gastrointestinales

El síndrome de colon irritable es el trastorno funcional crónico más común en gastroenterología, caracterizado por dolor abdominal con diarrea y estreñimiento alternantes. Es un trastorno de etiología compleja, cuyo patrón de síntomas a menudo empeora con el estrés emocional, y conlleva un sufrimiento emocional y físico que merma la calidad de vida de los pacientes, incapacitando a muchos de ellos. Los tratamientos médicos convencionales para este síndrome no son satisfactorios para más de la mitad de los pacientes que continúan con síntomas crónicos. Por ello, se ha estudiado el impacto terapéutico de otro tipo de tratamientos. El que hasta ahora, ha mostrado empíricamente ser más eficaz es la hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental. Diversos estudios parecen mostrar que el tratamiento con hipnosis tiene un impacto importante que dura años en la mayoría de los pacientes con el síndrome de colon irritable, mejorando los síntomas intestinales, el bienestar psicológico y la calidad de vida, incluso de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos médicos estándar (Gonsalkorale, Houghton, y Whorwell, 2002; Gonsalkorale y Whorwell, 2005; Whitehead, 2006; Whorwell, 2006). Aunque los mecanismos mediante los cuales la hipnosis es eficaz en el tratamiento del síndrome de colon irritable no se conocen bien, la investigación al respecto indica que los efectos de la hipnosis se relacionan con los cambios en la sensibilidad colorrectal y la mejora de los factores psicológicos. Los efectos sobre la motilidad gastrointestinal y el sistema nervioso autónomo no están tan claros y requieren más investigación (Simrén, 2006).

También hay que destacar los estudios del equipo de la Universidad de Manchester en el Reino Unido que están investigando el uso de la hipnosis como coadyuvante para el tratamiento del síndrome de colon irritable desde 1980, y la han integrado, al parecer, con éxito al servicio de gastroenterología de su hospital (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 2006). El tratamiento está estructurado en 12 sesiones durante un periodo de tres meses y la mayoría de los pacientes mejoran significativamente en cuanto a sus síntomas gastrointestinales y su calidad de vida (Gonsalkorale, 2006).

Asimismo, se ha desarrollado un tratamiento estandarizado de siete sesiones con hipnosis, el Protocolo de Carolina del Norte, que es el único que tiene un manual detallado de la intervención. La validez del protocolo ha sido evaluada, y ha mostrado que puede beneficiar a más de un 80% de los pacientes (Palsson, 2006).



Por último, en España se publicó un trabajo de estudio de caso, en el que la hipnosis se mostró útil para reducir el estrés, el número de deposiciones diarias y la intensidad del dolor abdominal en un paciente aquejado de la enfermedad intestinal crónica de Crohn (J.C. Fernández-Méndez, Pérez-Vidal, y B. Fernández-Méndez, 2000)

Diabetes

Un estudio reciente (Xu y Cardeña, 2008) presenta una revisión de la literatura empírica sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo de la diabetes y plantea el desarrollo de un protocolo multimodal con hipnosis para ayudar a los pacientes, tanto con los factores psicológicos como fisiológicos de este problema de salud.

Ya que la diabetes en sí puede considerarse como un estrés que agrava la condición (Diment, 1991), la hipnosis utilizada como un coadyuvante al asesoramiento para reducir estrés puede ser útil en el manejo de la ansiedad relacionada con la diabetes y del estrés de la vida cotidiana, y, por tanto, en la mejora del control metabólico en estos pacientes (Diment, 1991). Sin embargo, no se ha llevado a cabo ningún estudio a gran escala para evaluar la eficacia de la hipnosis en la reducción del estrés en pacientes diabéticos (Xu y Cardeña, 2008).

El control del peso es un factor importante en la diabetes, ya que es un factor de riesgo bien establecido, en especial para la diabetes tipo 2 (DT2) (Willett, Dietz y Colditz, 1999). Aunque la investigación sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de la obesidad todavía no es concluyente, los hallazgos de diversos estudios realizados son prometedores, tal como ya se ha indicado (Kirsch, Capafons, Cardeña y Amigó, 1999; Pittler y Ernst, 2005; Vanderlinden y Vandereycken, 1994). Por tanto, el uso de la hipnosis para que los pacientes diabéticos bajen de peso requiere más investigación.

También los pacientes diabéticos padecen de insuficiencia circulatoria periférica que afecta sobre todo a los pies. Ésta es debida a que los vasos sanguíneos se han visto dañados a causa de tener crónicamente valores altos de glucosa en sangre. Asimismo, la mala circulación sanguínea periférica lleva a que los pies sean más propensos a infecciones, y a que la cicatrización de las heridas sea más difícil (Xu y Cardeña, 2008). La hipnosis puede ser eficaz en el aumento del flujo sanguíneo y en el alivio del problema del pie diabético, ya que el sistema vascular parece ser sensible a los estímulos psicológicos (Barber, 1983). En el estudio de Galper, Taylor y Cox (2003), la hipnosis como coadyuvante de la biorretroalimentación térmica resultó eficaz en el alivio de la

angiopatía diabética. De esta manera, los efectos de la hipnosis en el tratamiento del pie diabético son prometedores pero es necesaria más investigación para evaluar completamente su eficacia (Xu y Cardeña, 2008).

Otras áreas en que la hipnosis se ha utilizado con pacientes diabéticos son la regulación de la glucosa en sangre (Vandenbergh, Sussman y Titus, 1966) y la adherencia al tratamiento (Ratner, Gross, Casas y Castells, 1990). No obstante, tampoco existe suficiente investigación empírica en estas áreas.

En resumen, Xu y Cardeña (2008) proponen el desarrollo de un programa multifacético para el tratamiento de la diabetes incluyendo sugerencias hipnóticas para aumentar la adherencia con los programas de ejercicio físico, de dieta y de cuidados médicos, para disminuir el estrés y favorecer la relajación, y para la regulación vascular térmica de los miembros distales.

Preparación a la cirugía

Muchos pacientes consideran las intervenciones quirúrgicas como una fuente de estrés psicológico y fisiológico, experimentando altos niveles de ansiedad y malestar somático, antes, durante y después de muchos procedimientos médicos. La hipnosis se ha utilizado como coadyuvante a las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes relacionada con estos procedimientos, como técnica coadyuvante a la analgesia farmacológica, y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento ante la cirugía. También la hipnosis se ha utilizado para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación (Pinnel y Covino, 2000).

Blankfield (1991) revisó la investigación realizada sobre los efectos de la hipnosis, las sugerencias y la relajación en los pacientes de cirugía, y concluyó que existe suficiente apoyo de la eficacia de las intervenciones psicológicas en la recuperación de estos pacientes.

En un estudio de Faymonville et al. (1997) se comparó la eficacia de la hipnosis con estrategias reductoras del estrés convencionales para reducir las molestias relacionadas con la cirugía durante operaciones de cirugía plástica bajo sedación consciente. Los resultados indicaron que el grupo de hipnosis, no sólo necesitó menos analgesia y menos sedación, sino que también tuvo un mayor alivio del dolor y la ansiedad antes, durante y después de la operación. Sin embargo, estos hallazgos tienen que tomarse con ciertas reservas, ya que la intervención no fue definida como hipnosis a los pacientes.



Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg (2002) llevaron a cabo un meta-análisis de estudios controlados publicados que habían utilizado la hipnosis como coadyuvante de tratamientos cognitivo-comportamentales con pacientes de cirugía. Los objetivos de este estudio fueron determinar si la hipnosis tiene efectos beneficiosos significativos, si la hipnosis es relativamente más eficaz para ciertos resultados clínicos, y si el método de inducción hipnótica (en vivo versus en grabación de audio) influye en la eficacia de la hipnosis. Los resultados indicaron que aproximadamente un 89% de los pacientes de cirugía se beneficiaban de las intervenciones con hipnosis comparados a los pacientes en las condiciones control (grupos sólo cognitivo-comportamentales). Respecto al segundo objetivo, los autores encontraron que los efectos beneficiosos de la hipnosis se dieron significativamente más en cada una de las seis categorías de resultados clínicos seleccionadas para el estudio, a saber, afecto negativo (ansiedad y depresión), dolor, necesidad de analgésicos, indicadores fisiológicos, recuperación y duración del procedimiento y de la hospitalización. Además, estos beneficios se encontraron tanto en los auto-informes como en las medidas objetivas en la última evaluación.

Con respecto al método de inducción administrado, no hubo evidencia de que influyera en los resultados. A partir de estos resultados se puede concluir que la hipnosis es un coadyuvante eficaz para ayudar a los pacientes a reducir las consecuencias adversas de un rango amplio de pacientes de cirugía (Montgomery et al., 2002).

En lo referido a la reducción de la ansiedad producida por los procedimientos médicos, la hipnosis, junto con la imaginación guiada, puede ayudar considerablemente antes (Saadat et al., 2006), durante y después de que el paciente pase por dichos procedimientos (Huth, Broome y Good, 2004; Lang et al., 2000; 2006).

Por su parte, Lang et al. (1996) realizaron un estudio metodológicamente sólido, en el que una intervención breve de auto-hipnosis y relajación durante los procedimientos radiológicos dio como resultado menos interrupciones en el procedimiento, siete veces menos de unidades de medicamento, y menos analgésicos auto-administrados que el grupo control sin hipnosis.

Faymonville, Meurisse y Fissette (1999) revisaron 1.650 casos de cirugía en los que la hipnosis se utilizó junto con la sedación consciente en diversos procedimientos quirúrgicos, en vez de emplear anestesia general. Los autores encontraron que los pacientes se beneficiaban de la hipnosis, ya que decían estar más cómodos y mos-

traban una participación activa, una recuperación más rápida y una duración de hospitalización más corta, comparados con los pacientes a los que se aplicaron protocolos de anestesia estándar (Baglini et al., 2004; Faymonville et al., 1999).

Un estudio bien diseñado realizado por Lang et al. (2000) comparó pacientes que pasaron por procedimientos renales y vasculares cutáneos con el tratamiento estándar, con atención estructurada y con relajación en auto-hipnosis. Los resultados indicaron que los pacientes del grupo de hipnosis necesitaron menos tiempo en los procedimientos quirúrgicos, y su estabilidad hemodinámica fue mayor comparada con los pacientes del grupo control de atención. Además, los pacientes de los grupos de atención e hipnosis necesitaron utilizar menos medicación que los pacientes de la condición de tratamiento estándar.

Por último, Schnur, Kafer, Marcus y Montgomery (2008) llevaron a cabo un meta-análisis que es el más amplio realizado hasta la fecha de estudios aleatorizados sobre los efectos de la hipnosis para reducir el malestar emocional asociado a los procedimientos médicos. Los resultados indican que aproximadamente un 82% de los pacientes sometidos a procedimientos médicos que son tratados con hipnosis muestran niveles más bajos de malestar emocional comparados con los pacientes de la condición control. Estos resultados apoyan el uso de la hipnosis como intervención no farmacológica para la reducción del malestar emocional en estos pacientes.

En resumen, teniendo en cuenta el desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos que permiten su realización mientras el paciente está despierto, la hipnosis como un coadyuvante es una intervención útil para reducir el dolor y el malestar psicológico en estos casos. Asimismo, existe evidencia de que la hipnosis como coadyuvante es superior al tratamiento médico estándar en términos de calidad y coste (Lang et al., 2006; Lang y Rosen, 2002).

Oncología

La hipnosis se ha utilizado con pacientes de cáncer para ayudarles a manejar el dolor, reducir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos y reducir la emesis e hiperémesis posterior a la quimioterapia (Pinnel y Covino, 2000; Néron y Stephenson, 2007).

En el estudio controlado aleatorizado de Lyles, Burish, Krozely y Oldham (1982), se analizó la eficacia de la hipnosis en la reducción de las náuseas posteriores a la quimioterapia. Un grupo recibió entrenamiento en relajación muscular progresiva e instrucciones para usar la



imaginación guiada (de la manera detallada en que se utiliza la hipnosis) para el manejo de la ansiedad anticipatoria y la reducción de las náuseas tras el tratamiento con quimioterapia. Los grupos controles consistieron en una condición sin tratamiento y un grupo de contacto con el terapeuta. Los resultados indicaron que los pacientes de cáncer que recibieron el entrenamiento en relajación e imaginación guiada mostraron un mejor manejo de la ansiedad y tenían náuseas y vómitos significativamente menos graves y prolongados en su casa tras los tratamientos con quimioterapia.

Posteriormente, Syrjala, Cummings y Donaldson (1992) llevaron a cabo un estudio aleatorizado con pacientes de trasplante de médula espinal para evaluar la eficacia de la hipnosis en la reducción de las náuseas, la emesis y el dolor de después de la quimioterapia. Se incluyeron tres grupos control, uno que recibió relajación y reestructuración cognitiva, otro que recibió la atención habitual, y un tercero que recibió atención no específica. Los autores encontraron que los pacientes del grupo de hipnosis mostraron reducciones significativas de la experiencia de dolor, mientras que los pacientes de los otros grupos no diferían en ninguna medida.

También cabe destacar el estudio aleatorizado llevado a cabo por Spiegel y Moore (1997) cuyos resultados en un seguimiento a 10 años indicaron que las mujeres con cáncer que habían recibido un año de terapia grupal semanal expresiva y de apoyo, con hipnosis, mostraron un aumento significativo de la duración de la supervivencia, así como del tiempo de la recurrencia a la muerte.

Néron y Stephenson (2007) han propuesto un protocolo de tratamiento para el manejo de la ansiedad manifiesta y las reacciones fóbicas en la radioterapia, si bien este protocolo aun requiere ser validado empíricamente.

Por otro lado, en un estudio de Montgomery et al. (2007), se asignó aleatoriamente a las pacientes que iban a someterse cirugía de mama a dos grupos, uno de ellos recibió una sesión de hipnosis de 15 minutos antes de la operación y el otro una sesión en la que se les escuchaba de manera empática y no directiva. Los resultados mostraron que la hipnosis fue superior al grupo control de atención ya que el grupo de hipnosis necesitó menos consumo de propofol y lidocaína, informó de menor intensidad y molestias dolorosas, menos náuseas, fatiga y alteración emocional. El consumo de fentanyl, midazolam y el analgésico de sala fue similar al grupo control y el gasto económico de cada paciente fue de 772.71 USD menos que las pacientes del grupo control. Los autores concluyen que estos datos apoyan el uso de

la hipnosis en pacientes con cáncer de mama que necesitan cirugía.

Finalmente, en un estudio de Schnur et al. (2008) se asignó aleatoriamente a pacientes que tenían que hacerse una biopsia escisional del pecho a dos grupos, uno que recibió una sesión de hipnosis previa a la intervención quirúrgica y otro control que recibió una sesión de 15 minutos de atención. Los dos grupos eran equiparables en datos demográficos, variables médicas y malestar previo a la intervención evaluados el día de la operación. Los resultados tras la intervención indicaron que las pacientes del grupo de hipnosis tenía medias significativamente más bajas en malestar emocional pre-cirugía, estado de ánimo deprimido, y ansiedad. Asimismo mostraban medias más altas en relajación que las pacientes del grupo control. Todo ello llevó a los autores a concluir que una intervención breve previa a la operación puede ser un medio eficaz de controlar el malestar pre-cirugía en mujeres que tienen que pasar por este procedimiento quirúrgico encaminado a obtener o descartar un diagnóstico de cáncer de mama.

Obstetricia

También la hipnosis se ha utilizado en la obstetricia para facilitar el parto. Según la revisión de Pinnel y Covino, (2000), los estudios al respecto informan que las pacientes que utilizaron hipnosis tuvieron una mayor satisfacción con la experiencia de dar a luz (Freeman, MacCauley, Eve y Chamberlain, 1986); un parto más corto (Brann y Guzvica, 1987; Jenkins y Pritchard, 1993), y un menor uso de medicación y analgésicos durante el parto (Jenkins y Pritchard, 1993).

Una revisión posterior realizada por Cyna, McAuliffe y Andrew (2004) informó de la existencia de estudios en los que la utilización de la hipnosis ayudó a las madres a necesitar menos analgesia y menos medicación para el dolor en el parto. Los autores concluyen que, dados los posibles beneficios de utilizar hipnosis en estos casos, son necesarios más estudios bien diseñados para confirmar estos efectos de la hipnosis durante el parto.

También existe evidencia de que la hipnosis facilita el embarazo de mujeres que se someten a intervenciones de fertilización in vitro (Levitas et al, 2006).

Por último, recientemente, Brown y Hammond (2007) revisaron los beneficios y la eficacia de la hipnosis en obstetricia y partos. En los estudios analizados, se encontró que la hipnosis ayuda a reducir significativamente los dolores de parto y la necesidad de medicación durante y después del parto. Además, la hipnosis mostró



ser eficaz como coadyuvante al tratamiento médico de un parto prematuro de cuatrillizos. Los autores sugieren la realización de estudios clínicos aleatorizados para evaluar y establecer la eficacia de la hipnosis en esta área (Brown y Hammond, 2007).

Trastornos dermatológicos

Existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas que han tratado con éxito diversas condiciones dermatológicas como eczema, ictiosis, verrugas y psoriasis (Ewin, 1992; Zachariae, Øster, Bjerring y Kragballe, 1996). De éstas, las más estudiadas han sido las intervenciones para la psoriasis y las verrugas.

La psoriasis es un trastorno benigno inflamatorio de la piel agudo o crónico que se supone que es debido a causas psiconeuroinmunológicas. En dos revisiones de la literatura se encontraron algunos informes de caso y un estudio experimental cuyos resultados apoyan los efectos beneficiosos de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la psoriasis (Winchell y Watts, 1988; Zachariae et al., 1996).

Por otra parte, existen estudios anecdóticos que informan que la hipnosis reduce el picor y las molestias de las verrugas, y produce cambios estructurales y reducción de las lesiones de la piel (Pinnell y Covino, 2000). La imaginación también ha sido asociada a la eliminación de verrugas. En un trabajo de Spanos, Stenstrom y Johnston (1988) se observó un 50% de curación de los participantes que recibieron sugerencias hipnóticas, y que los participantes que perdieron la mayor parte de sus verrugas fueron los que tenían altas expectativas del éxito del tratamiento y más alta viveza imaginativa sugerida (Spanos, Stenstrom y Johnston, 1988). De esta manera, imaginación e hipnosis parecen ser métodos de una buena relación coste-eficacia para reducir o eliminar verrugas (Lynn y Kirsch, 2006).

Asma

El asma es un trastorno inflamatorio de las vías respiratorias que causa ataques de sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Las investigaciones con pacientes asmáticos han comparado la efectividad de tratamientos con hipnosis y bronco-dilatadores, y han evaluado la eficacia de las sugerencias por relajación, desensibilización, distracción y aumento del auto-control, en diversas medidas de resultado, como auto-informe de reducción de síntomas, utilización de los servicios médicos y vuelta al trabajo (Pinnell y Covino, 2000).

El estudio con más participantes, controlado, aleatori-

zado y prospectivo fue el realizado por la Asociación de Tuberculosis Británica (*Research Committee of the British Tuberculosis Society*, 1968). Se comparó la eficacia de la hipnosis y la relajación muscular progresiva en el tratamiento de 252 pacientes con asma. Los pacientes del grupo de hipnosis informaron que sentían significativamente menos resuellos sibilantes, y que usaban menos medicación al finalizar el tratamiento. Más aún, los médicos indicaron que mejoraron más que los pacientes del grupo de relajación. Destaca que se observó una reducción de síntomas mayor entre mujeres con asma que entre hombres. Este mismo resultado se obtuvo también en el estudio de Ben-Zvi, Spohn, Young y Kattan (1982).

Por otra parte, los resultados de los estudios de Ewer y Stewart (1986) y de Ben-Zvi et al. (1982) apoyan los efectos de la hipnosis en la mejora del funcionamiento pulmonar en los pacientes asmáticos pero sólo en pacientes altos y medios en hipnotizabilidad respectivamente.

Recientemente, Brown (2007), en una revisión de estudios controlados de la hipnosis concluyó que la hipnosis es *posiblemente eficaz* para el tratamiento síntomas y conductas relacionadas con el asma, y es *eficaz* para el manejo de estados emocionales que exacerban la obstrucción de las vías respiratorias. Asimismo, se muestra *posiblemente eficaz* en la disminución de la obstrucción de las vías respiratorias y en la estabilización de la hiper-respuesta respiratoria en algunas personas, pero no hay evidencia suficiente de que la hipnosis afecte a los procesos inflamatorios del asma. Por lo tanto, es necesario replicar estos resultados con muestras mayores y mejores diseños experimentales, prestando especial atención a los tipos de sugerencias hipnóticas utilizadas (Brown, 2007).

Inmunología

Algunos estudios han informado de la capacidad de la hipnosis para aumentar el funcionamiento inmune (Bakke, Purtzer y Newton, 2002; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson y Glaser, 2001; Wood et al., 2003). Dado que se ha utilizado un número bajo de participantes y pocos parámetros de inmunología, habría que replicar y ampliar estos resultados. Asimismo, no está claro qué aspecto en concreto de los que forman parte del fenómeno hipnótico explica estos efectos, ni si son lo suficientemente importantes y duraderos en el tiempo para influir en la salud de la persona a largo plazo (Neumann, 2005). Sin embargo, teniendo en cuenta que no es común que las intervenciones psicológicas tengan efectos sobre medidas estrictamente fisiológicas, un tamaño del efecto so-



bre la función inmune, aunque sea pequeño, tiene importantes implicaciones clínicas (Montgomery y Schnur, 2004). De ahí que sea importante el contar con más investigación sobre los efectos de la hipnosis sobre el sistema inmune.

Hipertensión

Los pacientes hipertensos necesitan medicación para regular su tensión arterial. La hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental se ha utilizado para el tratamiento de la hipertensión (Lynn et al., 2000). En un estudio piloto, Raskin, Raps, Luskin, Carlson y Cristal (1999), compararon tres grupos de pacientes hospitalizados, uno aprendió auto-hipnosis, otro recibió la misma atención y tiempo pero sin un procedimiento específico de relajación, y un tercer grupo fue evaluado sin ser intervenido. En el seguimiento se observó que los pacientes del grupo de hipnosis mostraron el mayor descenso en la presión diastólica, seguidos del grupo de sólo atención y, por último, de los que no recibieron intervención. Estos resultados sugieren que añadir hipnosis al tratamiento médico estándar de la hipertensión puede ser beneficioso (Raskin et al., 1999).

Otro estudio más reciente (Gay, 2007) utilizó la hipnosis para reducir la hipertensión de los participantes y comparó los resultados con un grupo control sin tratamiento. Se observó que la hipnosis es eficaz en la reducción de la presión sanguínea tanto a corto plazo como a medio y a largo plazo; el período de seguimiento de este estudio fue de un año (Gay, 2007).

Otorrinolaringología

Según la literatura, la hipnosis puede ser de ayuda en el alivio del tinnitus (la percepción de sonido en el oído humano en ausencia del correspondiente sonido externo), aunque es necesario realizar más investigación para establecer su eficacia.

Attias, Shemesh, Shoham, Shahar y Sohmer (1990) compararon la eficacia de la auto-hipnosis en pacientes con tinnitus con dos grupos control, uno en el que los participantes recibieron un estímulo auditivo en el oído con tinnitus, y otro de lista de espera que no recibió tratamiento formal. Los autores encontraron que el 73% de los pacientes del grupo de auto-hipnosis informó de la desaparición del tinnitus durante las sesiones de tratamiento, comparado con el 24% de los participantes del grupo del estímulo auditivo breve. Además, el grupo de hipnosis fue el único que mostró una mejora significativa en el perfil de síntomas de tinnitus a largo plazo (2 meses).

Asimismo, Attias et al. (1993) compararon la eficacia de la auto-hipnosis, el enmascaramiento y el prestar atención a las quejas del paciente en el alivio del tinnitus. En los resultados se encontró que la auto-hipnosis redujo significativamente la intensidad del tinnitus, ya que los pacientes de este grupo informaron de una mejora significativa en 7 de 10 síntomas molestos comparados con las otras condiciones del estudio.

Ross, Lange, Unterrainer y Laszig (2007) analizaron los efectos terapéuticos de la hipnosis en el tinnitus subagudo y crónico en un estudio longitudinal controlado con una muestra de 393 pacientes. Los resultados al final del tratamiento revelaron mejoras muy significativas en los pacientes. Un 90.5% de los pacientes con tinnitus subagudo y un 88.3% de los pacientes con tinnitus crónico puntuaron más bajo en el Cuestionario de Tinnitus. Los efectos en los grupos de tratamiento fueron superiores a los de los grupos control de lista de espera. Asimismo, se encontró una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud en los grupos de tratamiento. Los autores concluyeron que un tratamiento de 28 días que incluya la hipnosis puede ser significativamente útil en la reducción de las molestias del tinnitus así como en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

En un estudio longitudinal no aleatorizado (Maudoux, Bonnet, Lhonneux-Ledoux y Lefebvre, 2007) se aplicó una intervención hipnótica a 49 pacientes con tinnitus crónico. Los resultados mostraron que todos los pacientes informaron de ser capaces de modular su tinnitus mediante la auto-hipnosis y las puntuaciones de todos ellos en un cuestionario de tinnitus disminuyeron significativamente. Aunque estos resultados tienen que ser replicados y comparados con un grupo control, este ensayo clínico, junto con los otros estudios mencionados, indica que la hipnosis es una técnica prometedora en el tratamiento del tinnitus.

Odontología

La hipnosis tiene diversas aplicaciones en odontología. En una revisión, de la literatura Chaves (1997) indicó que además de ayudar a los pacientes a afrontar los procedimientos dentales estresantes, y reducir la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones dentales, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas de la práctica odontológica: mejora de la tolerancia de las prótesis ortodónticas o prostéticas; modificación de los hábitos orales no adaptativos; reducción del uso de la medicación anestésica, analgésica y sedante;



complementación o sustitución de la medicación previa a la cirugía; control de la salivación y el sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico (por ejemplo, los trastornos temporomandibulares); como complemento al uso del óxido nitroso; y aumento de la adherencia a las recomendaciones de higiene personal (Chaves, 1997).

Para cada una de estas áreas existen estudios empíricos y anecdóticos que apoyan los beneficios de usar la hipnosis como técnica coadyuvante en odontología sin sustituir la anestesia local. Las áreas en las que hay menos apoyo empírico son la mejora de la tolerancia a los aparatos ortodónticos y prostodónticos y como suplemento o sustituto de la medicación previa a la cirugía, aunque la evidencia disponible justifica que se realice más investigación (Lynn y Kirsch, 2006).

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado en el uso de la hipnosis para reducir la ansiedad, tratar fobias y aliviar síndromes de dolor crónico. En un estudio realizado en Hungría (Fabian, 1995) se estudiaron 45 casos de la práctica odontológica en los que la hipnosis mostró ser un método adicional útil para reducir la ansiedad de un 84.4% de los pacientes.

Otro estudio más reciente (Eitner et al., 2006) evaluó la eficacia de la hipnosis en 45 pacientes ansiosos que tenían que someterse a cirugía maxilofacial. Para ello se utilizaron medidas subjetivas y los siguientes parámetros objetivos: EEG, ECG, ritmo cardíaco, presión arterial, saturación del oxígeno en sangre, ritmo de respiración, concentración del cortisol en saliva y temperatura corporal. Después del tratamiento, se comprobó que la hipnosis ayudó a los participantes a mostrar durante y después de la intervención quirúrgica una reducción significativa de la presión arterial sistólica, y del ritmo de la respiración, así como cambios significativos en el EEG. Además, los niveles subjetivos de relajación aumentaron al mismo tiempo que disminuyeron las reacciones neurofisiológicas de la ansiedad (parámetros vitales). Los autores concluyeron que la hipnosis influyó tanto en las reacciones psicológicas como fisiológicas de la ansiedad durante la cirugía dental, y que los resultados tuvieron efectos a largo plazo en tratamientos posteriores (Eitner et al., 2006).

Dentro de los trastornos de dolor crónico tratados en odontología, están los trastornos temporomandibulares que están considerados como una disfunción biopsicosocial, y se asume que están producidos por patrones no funcionales de apretar y tensar los dientes, incluso de hacerlos rechinar (lo que a menudo tiene lugar sin que el

paciente sea consciente de ello) típicamente generados por el estrés psicológico (Simon y Lewis, 2000). El tratamiento médico y odontológico habitual es útil para la mayoría de los pacientes, pero se estima que un 23% no responde a estos tratamientos.

Así, se han incorporado técnicas comportamentales al tratamiento de los trastornos temporomandibulares que han mostrado beneficiar a los pacientes (Dworkin, 1997). Una de estas técnicas es la hipnosis, pues es eficaz en el tratamiento del dolor en general. El trabajo de Simon y Lewis (2000) evalúa la eficacia de la hipnosis en pacientes con trastornos temporomandibulares que no han respondido al tratamiento médico habitual. Los resultados sugieren que la hipnosis tiene un valor promotor en el tratamiento de estos trastornos. Después del tratamiento, los pacientes de este estudio mostraron un decremento significativo de los síntomas habiéndose reducido la frecuencia, duración e intensidad del dolor producido por el trastorno temporomandibular. Asimismo, los participantes informaron de una mejoría en su funcionamiento general diario y de una reducción en la frecuencia de consultas médicas. Aunque por medio de este estudio no se pueden obtener conclusiones absolutas, las ganancias del tratamiento no se pueden considerar producidas por la remisión espontánea, ya que no hubo cambios en el grupo de lista de espera. Además, estos resultados se mantuvieron durante los 6 meses de seguimiento, y, dado que los participantes que mejoraron eran aquellos que no habían respondido al tratamiento médico habitual, tienen una gran relevancia clínica (Simon y Lewis, 2000).

Pediatría

En la medida en que los niños son considerados más sugestionables que los adultos, y que existe una gran cantidad de literatura empírica que indica la utilidad de la hipnosis para el tratamiento de los problemas de los adultos, parece plausible pensar que la hipnosis clínica sea igual o más potente en el tratamiento de los niños. Sin embargo, la investigación de su eficacia en la infancia todavía está en pleno desarrollo, por lo que abundan en la literatura estudios no controlados y estudios de caso, que más bien cumplen la función de indicar las áreas relevantes de estudio hacia las que hay que enfocar la investigación futura (Milling y Constantino, 2000). Hasta ahora, hay un estudio que cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) y establece que la aplicación de la hipnosis para tratar la enuresis nocturna infantil es un tratamiento "posiblemente eficaz" (Edwards y Van Der Spuy, 1985).



Por otra parte, la hipnosis se ha aplicado para tratar una amplia variedad de problemas en niños. En la revisión de Milling y Constantino (2000) se describen los estudios controlados publicados hasta la fecha. Dentro de los problemas de aprendizaje de los niños, se ha aplicado la hipnosis en la ansiedad relacionada con los exámenes. Un estudio de Stanton (1994) aplicó auto-hipnosis a un grupo, y lo comparó con otro grupo que recibió el mismo tiempo de atención y estrategias para reducir la ansiedad ante los exámenes. El grupo de auto-hipnosis puntuó significativamente más bajo en un cuestionario de ansiedad ante los exámenes en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses (Stanton, 1994).

También los clínicos han informado de algunos resultados al aplicar la hipnosis para mejorar el rendimiento académico en niños con discapacidades de aprendizaje (Crasilneck y Hall, 1985; Johnson, Johnson, Olson y Newman, 1981), aunque todavía son necesarios más estudios controlados para establecer su eficacia.

Al igual que con adultos, se ha visto que las intervenciones hipnóticas, al reducir los efectos del estrés, contribuyen a fortalecer el funcionamiento inmunológico también en niños (Olness, Culbert y Uden, 1989).

La hipnosis se ha aplicado a problemas médicos pediátricos en general. En el caso de los problemas respiratorios, se ha utilizado en casos de fibrosis quística, que es un trastorno genético que produce el mal funcionamiento del sistema exocrino, afectando a los pulmones y produciendo graves problemas respiratorios. Belsky y Khanna (1994) aplicaron auto-hipnosis a un grupo de pacientes con fibrosis quística y observaron que, comparado con el grupo control, el grupo de hipnosis mostró significativamente mayor mejoría en la función pulmonar, la autoestima, la ansiedad-estado, la salud y el locus de control.

También cabe destacar un estudio de Anbar y Hummell (2005) que informa de la experiencia durante tres años en un centro pediátrico para problemas pulmonares, en la que se utilizó la auto-hipnosis para mejorar síntomas de ansiedad, asma, dolor en el pecho, disnea, hábito de toser, hiperventilación y disfunción de las cuerdas vocales. Un 82% de los pacientes informaron de la mejora o resolución de estos problemas.

En los casos de cáncer infantil, la quimioterapia es uno de los tratamientos de elección, pero tiene efectos secundarios muy desagradables como náuseas y vómitos que pueden llevar a los pacientes al abandono del tratamiento (Milling y Constantino, 2000). La hipnosis se ha utilizado para aliviar estos síntomas, en concreto los

procedimientos de hipnosis centrados en la imaginación. Zeltzer, Dolgin, LeBaron y LeBaron (1991) compararon tres grupos, uno tratado con hipnosis centrada en la imaginación, otro que aprendió técnicas de distracción, y el grupo control al que se otorgó una cantidad equivalente de tiempo dedicado a conversación. Los resultados mostraron que los niños informaban de una duración más corta de las náuseas en los grupos de hipnosis y de distracción, que el grupo control, y de una duración más corta de los vómitos en la condición de hipnosis que en la condición control. En general, estos resultados sugieren que la hipnosis centrada en imaginación produce un gran alivio en los efectos secundarios de la quimioterapia (Zeltzer et al., 1991).

En otro estudio, Jacknow, Tschann, Link y Boyce (1994) compararon la eficacia de la hipnosis respecto al tratamiento médico estándar (medicación antiemética). Tras la intervención, los episodios de náuseas y vómitos fueron equivalentes en todas las condiciones, pero los controles necesitaron significativamente más medicación antiemética que los niños del grupo de hipnosis. Además, entre uno y dos meses tras el diagnóstico, los pacientes del grupo de hipnosis experimentaron significativamente menos náuseas anticipatorias que los niños del grupo control. Este estudio, junto con el de Zeltzer et al. (1991) apoya los beneficios de la hipnosis tanto si se administra en un formato tradicional u orientado a la imaginación en el alivio de los efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes oncológicos pediátricos (Milling y Constantino, 2000).

Más reciente es el estudio de Richardson et al. (2007), en el que se revisó mediante un meta-análisis la eficacia de la hipnosis para tratar las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia en niños. Los resultados revelaron un tamaño del efecto mayor del tratamiento con hipnosis comparado con el tratamiento habitual, y el efecto fue comparable al obtenido mediante la terapia cognitivo-conductual. Aunque es necesario realizar más investigación con rigor metodológico, los autores concluyen que la hipnosis puede ser una intervención clínicamente valiosa para las náuseas y los vómitos anticipatorios e inducidos por la quimioterapia en niños.

Respecto al alivio del dolor se han realizado varios estudios para evaluar su eficacia en niños. La mayoría de estos trabajos se han enfocado hacia el dolor y el malestar que sufren los niños que necesitan procedimientos médicos dolorosos, como son las aspiraciones de médula y las punciones lumbares. Kuttner, Bowman y Teasdale (1988) compararon el alivio durante aspiraciones de



médula en un grupo de hipnosis con un grupo de distracción y otro de control. Encontraron diferencias significativas en la reducción de dolor y ansiedad evaluados por un observador en el grupo de hipnosis y en el de distracción en niños mayores y en el grupo de hipnosis en niños más pequeños. Sin embargo, no hubo diferencias en las medidas de dolor y ansiedad auto-informados. Aunque estos resultados son contradictorios, sugieren que la intervención con hipnosis fue la que más alivio produjo en los niños de todas las edades de los participantes.

Un estudio de Zeltzer y LeBaron (1982) comparó la eficacia de la hipnosis centrada en la imaginación con la distracción para el alivio del malestar producido por aspiraciones de médula y punciones lumbares. Los resultados mostraron que la hipnosis fue significativamente más eficaz que la distracción en reducir el dolor y la ansiedad durante estos procedimientos médicos.

Lobe (2006) evaluó si la hipnosis, aplicada antes y después del procedimiento quirúrgico de Nüss (corrección por videotoracoscopia) para el pectus excavatum, podía reducir el tiempo de estancia en el hospital tras la intervención, así como el uso de analgésicos. El pectus excavatum es una deformidad de la caja torácica en la que el pecho queda hundido, posiblemente debido a un excesivo desarrollo de los cartílagos inferiores junto con la fibrosis anterior del diafragma. Los niños con este problema tienen dolor en el pecho, intolerancia al ejercicio físico y dificultades para respirar. Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes del grupo de hipnosis estuvieron una media de 2.8 días en el hospital comparados con los 4.6 días que estuvieron los niños del grupo al que no le aplicaron hipnosis. También los niños del grupo de hipnosis utilizaron menos narcóticos y controlaron las molestias post-operatorias con sólo analgésicos orales (Lobe, 2006).

En una revisión de Uman, Chambers, McGrath y Kisely (2006) para evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en los procedimientos relacionados con el uso de agujas que producen malestar y dolor, se concluyó que la hipnosis era muy prometedora en cuanto al tamaño del efecto en la mejora del tratamiento en las medidas de dolor auto-informadas (Uman et al., 2006).

Lioffi, White y Hatira (2006) realizaron un estudio clínico aleatorizado con 45 pacientes pediátricos con cáncer que fueron asignados a un grupo de anestésicos locales, otro de anestésicos locales más hipnosis, y otro de anestésicos locales más atención. En los resultados se

observó que los pacientes del grupo de hipnosis informaron tener menos ansiedad anticipatoria, y menos dolor y ansiedad relacionados con el procedimiento. Asimismo, fue este grupo de pacientes el que demostró menos malestar conductual durante el procedimiento médico (Lioffi, White y Hatira, 2006).

Una revisión sistemática reciente de Richardson, Smith, McCall y Pilkington (2006) sobre la eficacia de la hipnosis en niños con cáncer mostró en sus resultados que la hipnosis tiene potencial como una intervención clínica valiosa para el alivio del dolor y del malestar producido por los procedimientos médicos. Sin embargo, todavía es necesario contar con más investigación sobre la eficacia.

Un estudio aleatorizado y controlado en el área de la urología pediátrica es el realizado por Butler, Symons, Henderson, Shortliffe y Spiegel (2005). La cistouretrografía retrógrada miccional (CUGM) es un procedimiento radiológico esencial para la evaluación de infecciones del tracto urinario y del reflujo vesicoureteral en niños, que lo experimentan como doloroso y atemorizante. La disminución del malestar y el dolor producido por la prueba ayuda a una mayor adherencia del paciente a la evaluación inicial y a los seguimientos, aumentando, por lo tanto, la eficacia del tratamiento. Los autores compararon un grupo de niños tratados de la manera habitual con otro que fue entrenado en auto-hipnosis para prepararse para el procedimiento. En los resultados se encontraron tamaños del efecto de moderados a altos, tanto en medidas objetivas como subjetivas en el grupo de hipnosis. Asimismo, se observaron beneficios en el grupo de hipnosis en las siguientes cuatro áreas: los padres informaron que el procedimiento fue significativamente menos traumático que la CUGM previa; los niveles de malestar observados fueron más bajos; el equipo médico informó de una diferencia significativa entre los grupos, en cuanto a dificultad para llevar a cabo la prueba, siendo más fácil en el grupo de hipnosis. Así mismo, el tiempo total del procedimiento fue significativamente más corto (casi 14 minutos menos) en el grupo de hipnosis (Butler et al., 2005).

En general, estos estudios sugieren que la hipnosis puede ayudar al alivio del sufrimiento de los niños que tienen que someterse a procedimientos médicos dolorosos y estresantes (Milling y Constantino, 2000).

Vlieger, Menko-Frankenhuis, Wolfkamp, Tromp y Benninga (2007) realizaron un estudio controlado aleatorizado para analizar la eficacia de la hipnosis para tratar a niños con dolor abdominal funcional o con el síndrome



de colon irritable. Los autores compararon a niños que sufrían de estos problemas, un grupo fue tratado con la terapia médica estándar y 6 sesiones de terapia de apoyo y el otro con 6 sesiones de hipnoterapia como única intervención. Los resultados mostraron que la hipnoterapia fue superior, con una reducción significativamente mayor de las puntuaciones de dolor comparado con el grupo control. En el seguimiento a un año del tratamiento, un 85% de los pacientes del grupo de hipnosis había llevado a cabo el tratamiento con éxito comparado con un 25% de los pacientes del grupo de terapia médica estándar. Los autores concluyeron que la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de niños que llevan tiempo sufriendo tanto de dolor abdominal funcional, como del síndrome de colon irritable.

Por último, una revisión reciente de las aplicaciones clínicas de la hipnosis en pediatría (Gold, Kant, Belmont y Butler, 2007) identificó y evaluó los estudios publicados sobre el papel de la hipnosis clínica en el manejo de condiciones psicológicas y médicas específicas en pediatría. A pesar del amplio rango de aplicaciones posibles de la hipnosis pediátrica y de la gran cantidad de buenos resultados existentes en la literatura, la mayoría de la investigación hasta ahora se basa en estudios de caso y de grupos pequeños con diseños no controlados. Por lo tanto, dado que la hipnosis se considera como una técnica útil en el manejo de una gran variedad de condiciones pediátricas, es necesaria la realización de investigaciones utilizando metodologías controladas y aleatorizadas, así como tamaños de muestra adecuados para establecer su eficacia en esta área.

CONCLUSIONES

En general, la evidencia revisada indica que la hipnosis es un coadyuvante a otras intervenciones que ayuda a los pacientes a manejar y mejorar en una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, así como su calidad de vida. Hay que destacar que las investigaciones han usado la hipnosis bien como única intervención bien como coadyuvante. En general, y tal como indica el meta-análisis llevado a cabo por Flammer y Bongartz (2003) para estudiar la eficacia de la hipnosis utilizada como única intervención, se ha mostrado una eficacia media para el tratamiento de los trastornos psicológicos recogidos en la CIE-10 y una baja eficacia para el uso de la hipnosis para el apoyo de procedimientos médicos. Por lo tanto, la evidencia empírica más prometedora de la eficacia de la hipnosis se ha encontrado, en general, cuando se utiliza como un coadyuvante a las intervencio-

nes médicas y psicológicas. Sin embargo, sólo algunos estudios cumplen criterios metodológicos rigurosos para evaluar el estatus de la hipnosis como un tratamiento (coadyuvante) eficaz, aunque habitualmente parece incrementar ostensiblemente la eficiencia de los procedimientos a los que se añade (Lynn & Green, 2000; Schoenberger, 2000). Así, los procedimientos hipnóticos se consideran como *eficaces* en el manejo del dolor, y elementos emocionales del asma; *probablemente eficaces* en el tratamiento coadyuvante de la depresión, de ciertos trastornos del sueño, en la reducción del peso, el tratamiento del tabaquismo, el asma, la enuresis en niños y la preparación a la cirugía. En otras áreas, como colon irritable, si bien se defiende que hay resultados a largo plazo y dos protocolos, uno de ellos estandarizado, no hay estudios que cumplan los criterios de Chambless y Hollon para afirmar con rotundidad que es un procedimiento *posiblemente eficaz*. En odontología tampoco aparecen estudios concluyentes, o al menos no más concluyentes que en otras áreas con poca evidencia empírica. Por ello, es necesaria la realización de más investigación con muestras más grandes y diseños experimentales mejorados para el establecimiento de la eficacia de la hipnosis en aquellas áreas donde los indicios son prometedores, y, más aún, en otras áreas donde la evidencia de la eficacia de la hipnosis aplicada se basa más en la experiencia personal, que en la investigación controlada, como por ejemplo, la Sexología, Psicología del Deporte, Pedagogía, etc.

En resumen, los resultados encontrados hasta la fecha son lo suficientemente significativos para justificar más investigación y animar a los clínicos a incorporar los procedimientos hipnóticos a su repertorio de procedimientos eficaces y eficientes, por lo que no se entiende que persista la exclusión de la hipnosis de las prestaciones sanitarias en la salud pública española. Sería más sensato excluir la hipnoterapia, entendida como el uso de la hipnosis como única intervención (por ejemplo, como difunden algunos hipnoterapeutas legos, para curar el cáncer, o trastornos donde se usan retrovirales...), y aceptar la hipnosis clínica como un interesante, cuando no muy eficaz, coadyuvante de las intervenciones médico-psicológicas. La evidencia empírica indica, claramente, que la hipnosis, especialmente en el campo de la salud, incrementa la eficacia de las prestaciones, así como su eficiencia, tanto en cuanto a la satisfacción del cliente/paciente, como en el ahorro de tiempo y dinero, con todo lo que ello supone para la administración. Según nuestro punto de vista, es una cuestión deontológica,



informar al paciente de los beneficios que le puede reportar utilizar la hipnosis, y defender su uso, también, dentro del ámbito de la salud pública.

REFERENCIAS

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*, 147-166.
- Anbar, R.D., & Hummell, K.E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *48*, 45-49.
- Attias, J., Shemesh, Z., Sohmer, H., Gold, S., Shoham, C., & Faraggi, D. (1993). A comparison between self-hypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus. *Audiology*, *2*, 205-212.
- Attias, J., Shemesh, Z., Shomer, H., Shulman, H., & Shahr, A. (1990). Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scandinavian Audiology*, *19*, 245-249.
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gnechi-Ruscione, T., Ugo, L., & Danzi, G. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, *93*, 1035-1038.
- Bakke, A.C., Purtzer, M.Z., & Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 1131-1137.
- Belsky, J., & Khanna, P. (1994). The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *36*, 282-292.
- Ben-Zvi, Z., Spohn, W.A., Young, S.H., & Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, *125*, 392-395.
- Blankfield, R.P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *33*, 1782-1786.
- Bolocofsky, D.N., Spinler, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, *41*, 35-41.
- Butler, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D., & Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, *115*, 77-85.
- Brann, L., & Guzvica, S. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: A feasibility study in general practice. *Journal of Royal College of General Practitioners*, *37*, 437-440.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defare, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*, 607-612.
- Brown, D. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*, 220-249.
- Brown, D., & Hammond, D.C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis in Obstetrics, Labor and Delivery, and Preterm Labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*, 355-371.
- Bryant, R.A., Guthrie, R.M., & Moulds, M.L. (2001). Hypnotizability in acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 600-604.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2005). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research and Therapy*, *44*, 1331-1335.
- Cardeña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*, 225-238.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, *11*, 463-468.
- Clark, G.T., Lanham, F., & Flack, V.F. (1988). Treatment outcome results for consecutive TMJ patients. *Journal of Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain*, *2*, 87-95.
- Crasilneck, H.B., & Hall, J.A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2nd ed.). Nueva York: Grune & Stratton.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L., & Andrew, M.I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, *93*, 505-511.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7-18.
- Chaves, J.F. (1997). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs*, *3*, 5-23.
- Diment, A.D. (1991). Uses of hypnosis in diabetes-rela-



- ted stress management counseling. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 19, 97-101.
- Dworkin, S.F. (1997). Behavioral and educational modalities. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 83, 128-33.
- Edwards, S.D., & van der Spuy, H.I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170.
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Leher, A., Heckmann, J., Heckmann, S., & Holst, S. (2006). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment- a comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 457-479.
- Elkins, G., Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287.
- Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Rajab, M.H., & Cook, T. (2006). Intensive hypnotherapy for smoking cessation: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 303-315.
- Elkins, G., & Rajab, M.H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: Preliminary results of a three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 73-81.
- Ewer, T.C., & Stewart, D.E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 293, 1129-1132.
- Ewin, D.M. (1992). Hypnotherapy for warts (*Verruca Vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10.
- Fabian, T.K. (1995). Hypnosis in dentistry. I. Comparative evaluation of 45 cases of hypnosis. *Fogorvosi Szemle*, 88, 111-115.
- Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.
- Faymonville, M.E., Meurisse, M., & Fissette, J. (1999). Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141-146.
- Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 251-274.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Freeman, R.M., MacCauley, A.J., Eve, L., & Chamberlain, G.V.P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658.
- Galper, D.I., Taylor, A.G., & Cox, D.J. (2003). Current status of mind-body interventions for vascular complications of diabetes. *Family & Community Health*, 26, 34-40.
- Gay, M.C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: A one-year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 67-83.
- Gold, J.I., Kant, A.J., Belmont, K.A., & Butler, L. (2007). Practitioner review: Applications of pediatric hypnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 744-754.
- Gonsalkorale, W.M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: The Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50.
- Gonsalkorale W.M., Houghton, L.A., & Whorwell, P.J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97, 954-61.
- Gonsalkorale, W.M., & Whorwell, P.J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 15-20.
- Green, J.P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: A case study in a group setting. In S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.
- Green, J.P., Lynn, S.J., & Montgomery, G.H. (2008). Gender-Related Differences in Hypnosis-Based Treatments for Smoking: A Follow-up Meta-Analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 259-271.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International*



- Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
- Huth, M.M., Broome, M.E., & Good, M. (2004). Imagery reduces children's postoperative pain. *Pain*, 110, 439-448.
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2000). *The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention*, 48, 2.
- Jacknow, D.S., Tschann, J.M., Link, M.P., & Boyce, W.T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 258-264.
- Jenkins, M.W., & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
- Jensen, M.P., McArthur, K.D., Barber, J., Hanley, M.A., Engel, J.M., Romano, J.M., Cardenas, D.D., Kraft, G.H., Hofman, A.J., & Patterson, D.R. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effect of, hypnotic analgesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 54, 432-47.
- Johnson, L.S., Johnson, D.L., Olson, M.R., & Newman, J.P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning-disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 291-299.
- Karlin, R. (2007) Hypnosis in the management of pain and stress: Mechanisms, findings and procedures. En Lehrer, P. & Woolfolk, R. (Eds.), *Principles and practice of stress management (3ª ed.)* (pp. 125-150). Nueva York: Guilford.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Atkinson, C., & Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 674-682.
- Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E., & Amigó, S. (1999). Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña, & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective* (pp. 3-18). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kuttner, L., Bowman, M., & Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 374-381.
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H., & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E.V., Berbaum, K.S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M.L., Laser, E., & Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126, 3-4.
- Lang, E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D., Hamilton, D., & Lee, K.K. (1996). Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedure: Effects on pain perception and intravenous drug use. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 106-119.
- Lang, E.V., & Rosen, M. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis for sedation during outpatient interventional procedures. *Radiology*, 222, 375-382.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 1404-1408.
- Lioffi, C., White, P., & Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychology*, 25, 307-315.
- Lobe, T.E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*, 16, 639-642.
- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G., & Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 509-524.
- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W., & Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En J.W. Rhue, S.J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-586). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and



- a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., & Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77.
- Martínez-Valero, C., Castel, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B., & Cardeña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: A single pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 311-321.
- Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.
- Milling, L.S., & Constantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 113-137.
- Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H., Schnur, J.B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C.R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D.D., Silverstein, J.H. (2007). A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99, 1304-1312.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., & Reed, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Montgomery, G.H., & Schnur, J.B. (2004). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Néron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 336-354.
- Neumann, P. (2005). The use of hypnosis in modifying immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 140-159.
- National Institute of Health (1996). Technology assessment panel on integration of behavioral and relaxation approaches to treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.
- Olness, K., Culbert, T., & Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83, 66-71.
- Palsson, O.S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: The North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 51-64.
- Patterson, D.R., & Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- Pinnell, C.M., & Covino, N.A. (2000) Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Pittler M.H., & Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29, 1030-1038.
- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R., & Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress and Health*, 15, 243-247.
- Ratner, H., Gross, L., Casas, J., & Castells, S. (1990). A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 154-159.
- Research Committee of the British Tuberculosis Society. (1968). Hypnosis for asthma: A controlled trial. A report to the Research Committee of the British Tuberculosis Association. *British Medical Journal*, 4, 71-76.
- Richardson, J., Smith, J.E., McCall, G., & Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: A systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 70-84.
- Richardson, J., Smith, J.E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16, 402-412.
- Ross, U.H., Lange, O., Unterrainer, J., & Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: Effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 264, 483-488.
- Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S.M., & Kain, Z.N. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102, 1394-1396.
- Schnur, J.B., Bovbjerg, D.H., David, D., Tatrow, K.,



- Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., & Guy H. Montgomery, G.H. (2007). Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients. *Anesthesia & Analgesia*, *106*, 440-444.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, *25*, 114-128.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*, 154-169.
- Simon, E.P., & Lewis, D.M. (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders: Treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, *90*, 54-63.
- Simrén, M. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The quest for the mechanism of action. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*, 65-84.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 301-305.
- Spiegel, D., & Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, *11*, 1179-1189.
- Spanos, N.P., Stenstrom, R.J., & Johnston, J.C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 245-260.
- Stanton, H.E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, *11*, 14-18.
- Stutman, R.K., & Bliss, E.L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 741-743.
- Syrjala, K.L., Cummings, C., & Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioural training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, *48*, 137-146.
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., & Kisely, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *18*, CD005179.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1994). The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *36*, 248-257.
- Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, *21*, 172-186.
- Vandenbergh, R.L., Sussman, K.E., & Titus, C.C. (1966). Effects of hypnotically induced acute emotional stress on carbohydrate and lipid metabolism in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, *28*, 382-390.
- Vlieger, A.M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S.C., Tromp, E., & Benninga, M.A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, *133*, 1430-1436.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*, 7-20.
- Whorwell, P.J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome—the Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*, 21-6.
- Willett, W.C., Dietz, W.H., & Colditz, G.A. (1999). Primary care: Guidelines for healthy weight. *New England Journal of Medicine*, *341*, 427-434.
- Winchell, S.A., & Watts, R.A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *18*, 101-104.
- Wood, G.J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., & Zadeh, H.H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *45*, 179-196.
- Xu, Y., & Cardeña, E. (2008). Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *56*, 63-72.
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis. A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *34*, 1008-1015.
- Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., LeBaron, S., & LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, *88*, 34-42.
- Zeltzer, L.K., & LeBaron, S.M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, *101*, 1032-1035.



PROMOCIÓN DE RECURSOS PERSONALES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

THE ENCOURAGING OF PERSONAL RESOURCES IN ORDER TO PREVENT ABUSIVE ALCOHOL CONSUMPTION

Susana Lázaro Visa¹, Amaia Del Campo², Eugenio Carpintero² y Sonia Soriano²

¹Universidad de Cantabria. ²Universidad de Salamanca

En este trabajo se presenta una reflexión teórica sobre las características específicas del consumo de alcohol en adolescentes españoles y sus implicaciones para el diseño de programas preventivos. A partir del análisis de un contexto sociocultural que normaliza el consumo adolescente, la influencia de unas estrategias publicitarias de bebidas alcohólicas que coexisten con las campañas gubernamentales, regionales y escolares para prevenir el consumo, y la especificidad de un consumo que se realiza principalmente los fines de semana, con amigos, para divertirse y cada vez más, buscando deliberadamente la intoxicación etílica, se consideran diversos argumentos que ponen de relieve la necesidad de reorientar el diseño de las intervenciones preventivas hacia la potenciación de los recursos del propio adolescente, con el fin de poder afrontar mejor la influencia de los distintos agentes de socialización.

Palabras clave: consumo de alcohol, adolescencia, prevención.

This work offers a theoretical reflection upon the specific characteristics of alcohol consumption in Spanish adolescents and their implications when designing preventive programmes. Based on the analysis of a sociocultural context that views adolescent consumption as normal, the influence of advertising strategies for alcoholic beverages that coexist alongside governmental, regional and school campaigns aimed preventing consumption, and the specificity of a consumption that takes place primarily at weekends, with friends, for fun and often as an increasingly deliberate attempt to reach a state of alcohol intoxication, we present several different arguments outlining the need to reorient the design of preventive interventions towards giving a more important role to the resources that adolescents themselves have, in order to be able to better deal with the influence of the various socialising agents.

Keywords: Alcohol consumption, adolescence, prevention.

¿QUÉ HAY BAJO LAS CIFRAS DE CONSUMO EN LOS MÁS JÓVENES? CONSECUENCIAS DEL CONSUMO ADOLESCENTE

Durante la última década, el alcohol se ha ido convirtiendo, con diferencia, en la droga más consumida por los adolescentes en nuestro país, con una prevalencia muy superior al resto de drogas, legales o ilegales (Gil Villa, 2006; Plan Nacional sobre Drogas, 2005; 2007). Los últimos datos nacionales de los que disponemos sobre consumo en adolescentes escolarizados (14-18 años) muestra como el 58% ha consumido alcohol en el último mes (tabla 1), con una extensión similar de consumo entre varones y mujeres, sin apenas variaciones durante la última década (PNSD, 2007). Además, un 21.8% bebe todos los fines de semana y, entre los que han tomado alcohol en los últimos treinta días, un nada despreciable 44.1% se ha emborrachado alguna vez (PNSD, 2007).

Según la mayoría de los estudios nacionales, en la actualidad el consumo de alcohol de los adolescentes se

realiza principalmente con bebidas de alta graduación que son ingeridas de forma concentrada en un escaso lapso de tiempo, durante el fin de semana, acompañado de los amigos, con el fin de divertirse y, cada vez más, buscando deliberadamente la intoxicación etílica. Este tipo de consumo incrementa considerablemente los riesgos del alcohol y las posibilidades de acabar desarrollando dependencia (Dowdall y Wechsler, 2002; Comisión Clínica, 2007). No se trata de una for-

TABLA 1
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES ESPAÑOLES (14-18 AÑOS) DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Consumo alguna vez en la vida	84.1%	84.2%	86%	78%	76.6%	82%	79.6%
Consumo en el último año	82.7%	82.4%	83.8%	77.3%	75.6%	81%	74.9%
Consumo en el último mes	75.1%	66.7%	68.1%	60.2%	56%	65.6%	58%

Fuente: Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria (Plan Nacional sobre Drogas, 2005, 2007)

Correspondencia: Susana Lázaro Visa, Universidad de Cantabria. Facultad de Educación. Avda. de los Castros s/n. 39005 Santander. España. E-mail: lazarus@unican.es



ma de consumo esporádica, sino que está presente en el 53% de los adolescentes que han bebido alcohol durante el último mes en nuestro país (PNSD, 2007). Según nuestros propios datos recogidos en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, este consumo concentrado llega a darse en el 76% de los adolescentes consumidores entre 14 y 19 años, aunque el consumo semanal de estas características se sitúa en el 27% de los adolescentes (Carpintero, Soriano, Lázaro, del Campo y López, 2005).

Todos los autores coinciden en señalar que se está dando un cambio desde un patrón "mediterráneo" caracterizado por el consumo moderado de bebidas fermentadas con finalidad social, a un patrón "nórdico" caracterizado por el consumo de bebidas de alta graduación con el fin de emborracharse y divertirse (Calafat y Amengual, 1999; Junta de Castilla y León, 2005; PNSD, 2000; Pons y Bejarano, 1995). Este patrón de consumo, que se ha incorporado rápidamente en España durante los últimos años, no formaba parte de nuestras tradiciones (Calafat, 2007) y

ha supuesto cambios sustanciales. El alejamiento del patrón mediterráneo supone, para algunos autores, una quiebra en el proceso de acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado del alcohol (Moya, 2007), consumo que se aleja del modelo adulto (Fig. 1).

Las pautas de consumo descritas incrementan los riesgos que de por sí tiene el alcohol, expuestos brevemente en la figura 2, porque se llega con mucha mayor frecuencia a la situación de embriaguez (Calafat, 2007; Coleman y Cater, 2005). Además, el consumo se realiza en contextos en los que es probable que se presente la posibilidad de mantener relaciones sexuales, que se tenga que conducir o que surjan conflictos, lo que puede favorecer la aparición de problemas como accidentes de tráfico, violencia y vandalismo, intoxicaciones graves que precisan de atención médica, o embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Clark, 2005), por citar sólo algunos de ellos. Las cifras de los últimos estudios nacionales así lo evidencian. El 46% de los estudiantes de 14 y 18 años ha tenido alguna vez problemas como consecuencia de su consumo de alcohol, como riñas o discusiones (23%), peleas con agresión física (11%), conflictos con la familia (14%), faltas en la escuela o trabajo (5%). El 22% declara haber ido en un vehículo cuyo conductor estaba bebido, de forma que no es extraño que los accidentes de tráfico sean la primera causa de muerte entre los jóvenes (Junta de Castilla y León, 2002; 2005; PNSD, 2001, 2005).

FIGURA 1
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO ADOLESCENTE EN ESPAÑA, COMPARADO CON EL ADULTO

Pautas de consumo

- ✓ Más centrado en combinados y bebidas de alta graduación.
- ✓ Más probable que el consumo se centre en el fin de semana.
- ✓ Más probable el consumo concentrado de mucha cantidad en poco tiempo.
- ✓ Más probable que la borrachera sea un fin.
- ✓ Su pauta de consumo está en formación y tiene más posibilidades de cambiar que la del adulto.

Contexto

- ✓ Más asociado a la diversión y la búsqueda de relaciones de pareja o sexuales.
- ✓ Más probable que se haga por la noche y hasta altas horas.
- ✓ Más probable que se haga en locales o lugares frecuentados casi en exclusiva por adolescentes y jóvenes.

Consecuencias

- ✓ Más probable que estén realizando un consumo de riesgo o dañino y menos probable que hayan desarrollado dependencia, porque llevan menos tiempo consumiendo.
- ✓ Más probable que con el tiempo acaben desarrollando dependencia y sufriendo otras consecuencias dañinas porque consumen más cantidad y de un modo más concentrado.
- ✓ Menos probable que ellos o su entorno reconozcan que tienen un problema con el alcohol.

Disponibilidad del alcohol

- ✓ A diferencia de los adultos, los menores de 18 años tiene prohibido el acceso a bebidas de alta graduación y los menores de 16 a todo tipo de bebidas alcohólicas, sin embargo, en España no suelen tener dificultades para conseguirlas.
- ✓ Reciben una presión publicitaria mayor que los adultos. La publicidad de bebidas alcohólicas se centra fundamentalmente en ellos.

FIGURA 2
PROBLEMAS ORGÁNICOS EN LA ADOLESCENCIA VINCULADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Trastorno en el sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Daño cerebral: alteraciones de comportamiento, aprendizaje y memoria. ✓ Inhibición de la plasticidad neuronal
Trastornos digestivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastritis alcohólica: tras ingesta aguda y crónica de alcohol
Trastornos hepáticos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteraciones del funcionamiento hepático ✓ Hepatitis alcohólica aguda
Trastornos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Arritmias cardíacas: fibrilación auricular, fibrilación ventricular y muerte súbita
Trastornos cerebrovasculares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infartos cerebrales
Trastornos endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la hormona del crecimiento
Metabolismo óseo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteraciones de la densidad

Fuente: Comisión Clínica, DGPNSB, 2007.



Pero además, el modo, los momentos y lugares en los que los adolescentes realizan el consumo dificultan que sean conscientes de estos riesgos (Carpintero *et al.*, 2005; Moya, 2007). Por ejemplo, solo un 36,8% de los adolescentes varones perciben los posibles problemas asociados al consumo de alcohol durante el fin de semana, porcentaje que ha descendido progresivamente durante la última década. Aunque en las mujeres, la percepción del riesgo es algo mayor (45,7%), tanto en varones como mujeres, desciende de forma progresiva avanzada la adolescencia, siendo mucho menor a los 18 años (PNSD, 2005). Esta minimización de los riesgos asociados al consumo de alcohol propia del adolescente tiene lugar en un contexto adulto que tampoco percibe los riesgos de un consumo de fin de semana (Comisión Clínica, 2007). No podemos olvidar, como se sugiere desde algunos trabajos, que el riesgo percibido puede ser un indicador indirecto de la evolución del consumo en un futuro (PNSD, 2005).

Entre las razones que pueden estar interfiriendo en su percepción como consumidores de riesgo, destacamos de nuevo el propio patrón de consumo en esta etapa: como normalmente no beben durante la semana, tienden a pensar que no son dependientes del alcohol y que no existe adicción. Por otro lado, el consumo de alcohol es considerado como un modo de diversión, de pasar el rato, de disfrutar con sus amigos, que tiene lugar sobre todo en lugares públicos de ocio (bares, discotecas) o al aire libre (calles y parques), de modo que tienden a banalizar las cantidades consumidas. Además, la imagen que ellos tienen del alcohólico es la de una persona adulta, que bebe casi todos los días y en solitario, algo bien alejado de lo que ellos hacen (Carpintero *et al.*, 2005).

Todos estos datos sugieren por una parte, que el consumo intensivo de alcohol tan frecuente en jóvenes y adolescentes actualmente, puede tener importantes consecuencias tanto a corto como a largo plazo, pero también nos muestra una relación casi indisoluble entre ocio e ingesta de alcohol por parte de los adolescentes y una evidente normatividad en el consumo, percibido como prácticamente inocuo tanto por los propios adolescentes, como por los adultos, lo que aporta algunas razones más para insistir en la necesidad de replantearnos las estrategias de prevención del consumo de alcohol en esta etapa.

ALGUNAS RAZONES PARA ENTENDER EL CONSUMO ADOLESCENTE

En primer lugar, queremos situar el consumo de alcohol en el contexto sociocultural en el que tiene lugar, que es por otra parte, una de las razones que ofrecen los profesionales que trabajan con adolescentes para explicar el comienzo del consumo en la adolescencia (Carpintero *et al.*, 2005). A pesar de la incidencia del consumo y de sus consecuencias, es una droga bien vista por la sociedad, plenamente integrada en nuestra cultura y en nuestras costumbres y cuyos riesgos se minimizan socialmente. Como afirma Moya (2007), España es el sexto país del mundo en consumo de alcohol *per cápita*, siendo además, la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país. A diferencia de otras drogas, el alcohol cuenta con una situación de privilegio, de forma que podemos decir que es la droga social por excelencia. Forma parte de nuestra cultura y de nuestras costumbres. Es legal y no se le suele llamar droga, lo que favorece que sea una de las que más se incita a consumir, tanto a los adultos como a los adolescentes y jóvenes. Los niños observan su consumo en casa, en la calle, en los medios de comunicación. Es barata y es fácil de conseguir para el 71% de los adolescentes (PNSD, 2005) y su publicidad, aunque con restricciones que en muchos casos no se cumplen, es legal. Por ello, no es extraño que, independientemente de sus efectos objetivos, se le considere menos peligroso que otras drogas y que los padres y educadores vivan con menor preocupación que sus hijos y alumnos consuman alcohol, que drogas ilegales.

Por otra parte, esta influencia sociocultural puede estar mediatizada por la familia. Pons y Berjano (1995) ponen de relieve como el entorno relacional del adolescente, familia y grupo de iguales, pueden ser uno de los antecedentes más importantes en el consumo de alcohol en la adolescencia, bien por su función de modelos, bien por las expectativas que puedan transmitir sobre el consumo de esta sustancia. Igualmente, parece favorecer su consumo las creencias permisivas del entorno (Calafat y Amengual, 1999; Carpintero *et al.*, 2005; Baer, 2002). Durante la adolescencia se ha encontrado, también, que la supervisión inadecuada y la falta de apoyo por parte de los padres se asocia de forma significativa con una iniciación temprana en el consumo de alcohol (Calafat y Amengual, 1999; Clark, 2005). Es frecuente, además, que este déficit en el apoyo parental transcurra paralelo a la participación en grupos de iguales consumidores



(Clark, 2005). En este sentido, parece que tener iguales consumidores, que valoran positivamente el consumo, que se divierten acudiendo a lugares donde se consume, puede ser un factor de riesgo (Calafat y Amengual, 1999; Coleman y Cater, 2005; Pons y Berjano, 1999; Thompson y Auslander, 2007).

Junto con el contexto sociocultural y el entorno cercano, el tiempo de ocio del adolescente y las distintas formas en las que disfruta del mismo debe ser considerado para comprender el consumo de alcohol en esta etapa. Diferentes trabajos muestran como el tipo de actividades de ocio preferidas por el adolescente y por su grupo, y el tipo de actividades realmente posibles se asocian claramente con el consumo de alcohol (Pereña, Peinado y Portero, 1993; Pons y Berjano, 1999).

Sin embargo, la investigación muestra también como el adolescente puede jugar un rol activo en la respuesta a la presión hacia el consumo ejercida por el grupo de pares, que puede ser mitigada fomentando, entre otras variables, la madurez psicosocial y la asertividad en el propio adolescente (Adalbjarnadottir, 2002; Donovan, 2004). Por el contrario, una baja autoestima (Mendoza, Carrasco y Sánchez, 2003; Pons y Berjano, 1999), una deficitaria expectativa de autoficacia (Skuttle, 1999), un locus de control externo (Mendoza *et al.*, 2003), los mitos y creencias erróneas referidas al consumo de alcohol (Calafat y Amengual, 1999) y las dificultades para el autocontrol emocional (Moncada, 1997) parecen estar facilitando el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol en la adolescencia, aunque no todos los trabajos encuentran asociación entre las variables citadas y el consumo adolescente (García y Carrasco, 2003; Pons y Berjano, 1999).

REFLEXIONES PARA LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN ESTA ETAPA

El análisis realizado hasta el momento nos permite poner de relieve diversas consideraciones relevantes, algunas basadas en la reflexiones anteriores sobre las características del consumo adolescente y los factores asociados con el mismo, otras que incorporamos ahora por su funcionalidad para pensar sobre el diseño de estrategias y programas preventivos.

En primer lugar, la mayor parte de los adolescentes (72.5%) indica haber recibido información en su contexto escolar sobre los efectos y problemas asociados al consumo de distintas sustancias, en el 75,5% de los ca-

sos, en forma de charlas y conferencias, (PNSD, 2005). Aunque este esfuerzo preventivo realizado en nuestro país parece favorecer la disminución del consumo de alcohol (tabla 1), los consumos más problemáticos han aumentado, con un especial repunte de las borracheras. Los datos del último año del que disponemos de información, muestra un incremento de las mismas hasta los mismos niveles encontrados hace una década, a pesar de la disminución que se vivió durante los años intermedios (PNSD, 2007). Además, el consumo comienza a edades muy tempranas, en torno a los 13,7 años, según los datos de la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2007). Finalmente, una gran proporción de adolescentes no percibe que el consumo de alcohol durante los fines de semana conlleve problemas de algún tipo.

Los datos expuestos sugieren, en una primera aproximación, que las estrategias de prevención seguidas hasta el momento no parecen suficientes para reducir notablemente las cifras, aunque sí parecen favorecer el hecho de que este consumo se mantenga estable durante los últimos años (tabla 1). Sin embargo, tampoco parecen ser efectivas para cambiar los modos de consumo más perjudiciales, como el "consumo concentrado", cuyas consecuencias hemos expuesto con anterioridad. Este panorama nos invita a reflexionar sobre las estrategias preventivas que venimos utilizando durante la última década, con el fin de ajustarlas a las características de consumo que presenta este sector de la población, a pesar de las dificultades que conlleva (Calafat, 2002).

Así, parece incuestionable en este momento que la información sobre las consecuencias ligadas al consumo de alcohol no es suficiente (Larimer y Cronce, 2007). Cerca del un 89% de adolescentes se considera suficiente o perfectamente informado sobre este tema. Incluso, un 72% piensa que esta información les resulta útil (PNSD, 2005), y sin embargo, siguen consumiendo. Esta información ofrecida al adolescente, generalmente en el contexto escolar o bien a través de campañas puntuales gubernamentales o regionales que se difunden en los medios de comunicación, coexiste con las campañas publicitarias de las bebidas alcohólicas. Coexistencia que tiene lugar además, en un contexto sociocultural que no solo es permisivo con el consumo adolescente -a pesar de las restricciones que paulatinamente se han ido imponiendo sobre acceso a locales o compra de bebidas alcohólicas a menores de 16 ó 18



años-, sino que ignora o trivializa como parte del proceso de socialización, los posibles riesgos asociados al mismo. La relación con el alcohol que mantiene nuestra sociedad, donde la percepción del riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas sigue siendo muy bajo (Comisión Clínica, 2007), sugiere que para diseñar estrategias preventivas que minimicen el consumo y los riesgos asociados al mismo, el consumo durante esta etapa debe ser analizado no solo como un hábito adolescente, sino en el marco de un contexto sociocultural más amplio que acepta y legitima el consumo de alcohol en gran parte de la población.

Es probable que esta coexistencia esté contribuyendo a neutralizar en cierta medida los intentos preventivos, lo que no podemos afirmar con rotundidad al tratarse de actuaciones cuyo efecto no suele ser evaluado (Calafat, 2002). Es probable, por tanto, que la influencia de la publicidad y del propio contexto sociocultural permisivo, pueda estar contrarrestando, al menos en parte, las campañas informativas dirigidas a la prevención del consumo adolescente. Por ello, creemos que su diseño se debería incorporar estrategias activas para el desarrollo en el propio adolescente de los recursos necesarios que le permitan afrontar mejor la influencia de los distintos agentes de socialización, por ejemplo, neutralizando la presión negativa de la publicidad, lo que no implica descuidar la intervención directa sobre contextos de ocio, medios de comunicación y población general.

Finalmente, es el adolescente quien, en un contexto permisivo ante el consumo de alcohol deberá tomar la decisión de participar o no del mismo y en qué grado desea hacerlo, para lo que deberá disponer de recursos suficientes que le permitan no consumir o, al menos, no hacerlo de forma abusiva. En este sentido, creemos que los programas de prevención incrementarían su eficacia si se dirigieran no sólo a concienciar a la población adolescente de los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas, sino también a evitar los modos de consumo más perjudiciales (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008), a la vez que se retrasa la edad de inicio del consumo, como apuntan ya algunos programas nacionales, como el de Espada y Méndez (2003). Fomentar en el adolescente el desarrollo de recursos y habilidades personales que le permitan no sólo afrontar las situaciones de riesgo, sino que promocionen su bienestar psicosocial, puede favorecer este proceso, especialmente si esta intervención comienza desde los primeros años de esco-

larización (Coggans, 2006; Tebes *et al.*, 2007). El consumo de alcohol no es un comportamiento aislado por lo que abordarlo sin tener en cuenta su imbricación con otros comportamientos de salud y su contexto psicosocial, no parece la mejor estrategia (Carrasco, 2004).

Considerando los resultados de diferentes trabajos previos, creemos que la intervención preventiva dirigida al propio adolescente podría ser estructurada en torno a la potenciación de cuatro ejes fundamentales que se han mostrado eficaces para la prevención de otros comportamientos de riesgo en la adolescencia (López y cols, 2006; Carpintero *et al.*, 2007) y cuyo déficit se ha encontrado asociado con el consumo abusivo de alcohol (Carpintero *et al.*, 2005; Mendoza, Carrasco y Sánchez; 2003; Moncada, 1997; Pons y Berjano, 1999; Skuttle, 1999). Nos referimos a la intervención optimizadora sobre mediadores de personalidad, cognitivos, afectivos e instrumentales, cuya promoción puede favorecer no solo el desarrollo de componentes centrales en el bienestar que actúan como factores protectores en esta edad, sino también, contribuir a la fractura del binomio "tiempo de ocio como consumo de alcohol". En cuanto a las variables de personalidad, parece que una mejor autoestima, una mayor autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo asociadas con el alcohol y un lugar de control interno pueden favorecer un consumo menos perjudicial. Entre los recursos de tipo cognitivo, el trabajo sobre las falsas creencias asociadas al consumo de alcohol y el fomento de actitudes menos permisivas y favorables hacia el consumo, apuntarían en la misma dirección, al igual que el fomento del autocontrol emocional y la empatía como mediadores afectivos y la habilidad para tomar decisiones, como mediador instrumental (Carpintero *et al.*, 2005; Walters, Bennett y Noto, 2000). Este amplio abanico de factores cuyo déficit se ha relacionado con el consumo de alcohol, como muestra la investigación previa, nos permite pensar en su potenciación como base de una intervención globalizada que promueva los recursos y habilidades del propio adolescente necesarios para poder enfrentarse a las situaciones de consumo con eficacia, controlando, al menos, el consumo abusivo de alcohol.

Este tipo de intervenciones presenta numerosas ventajas, puesto que como se ha mostrado con frecuencia, aunque existen factores de riesgo específicos relacionados con el desarrollo de distintas problemáticas -que no pueden ser olvidados en el trabajo preventivo-, desde di-



ferentes teorías se pone de relieve que en la base de las conductas de riesgo adolescente encontramos siempre un mismo tipo de dificultades personales, vinculadas al déficit en autoestima, en habilidades sociales y en resolución de problemas (Carrasco, 2004; Jessor, 1992; McWhirter *et al.*, 2006). En el mismo sentido, para promocionar el desarrollo de los contenidos de salud y prevenir los distintos problemas psicosociales que podemos encontrar en la adolescencia, todos los programas tienen que fomentar la adquisición por parte del adolescente de las mismas competencias básicas (Wagner, Tubman y Gil, 2004), que les permitan mantener relaciones sociales y afectivas adecuadas con iguales, con la familia y en los distintos contextos en los que se desenvuelve. El núcleo de todos estos programas es la adquisición de un estilo de vida saludable, que implica no sólo la evitación de conductas de riesgo, sino también, la promoción del bienestar psicosocial (Costa y López, 1996; López *et al.*, 2006; Tebes *et al.*, 2007).

Nuestro principal reto en este momento es traducir este planteamiento teórico en programas preventivos eficaces. Ello implica basar su diseño en los resultados de la investigación previa, no solo en los datos ofrecidos desde el estudio de los factores de riesgo que favorecen el consumo de alcohol adolescente, sino también, y especialmente, en los escasos trabajos desarrollados hasta el momento sobre los factores protectores frente al consumo de alcohol en esta etapa. Esta orientación entronca directamente con la perspectiva del "Positive Youth Development", un área emergente de investigación y práctica que enfatiza una aproximación preventiva basada en la promoción de las fortalezas del adolescente para favorecer el desarrollo positivo (Tebes *et al.*, 2007)

El diseño y aplicación de programas de intervención que potencien de forma paralela en el adolescente los mediadores cognitivos, afectivos, instrumentales y de personalidad citados anteriormente, puede ser una de las líneas más funcionales para que el adolescente aprenda a manejar y enfrentarse a una sustancia que está presente en nuestro ocio y con la que probablemente va a coincidir durante esta etapa de experimentación. Este tipo de programas que pueden aplicarse con una cierta facilidad en el ámbito escolar desde edades muy tempranas, probablemente mejorarían su eficacia si son contextualizados en una estrategia más amplia dirigida sobre los distintos contextos de socialización adolescente, controlando, por ejemplo, la publicidad, o dificultan-

do el acceso al alcohol por parte de este grupo de edad (Becoña, 2007), como medidas más restrictivas; o a través de la búsqueda de alternativas de ocio sin consumir alcohol (Calafat, 2002). De hecho, el binomio ocio-ingesta de alcohol, presente en una buena proporción de adolescentes (Carpintero *et al.*, 2005), requiere de un proceso de deconstrucción que no debe ser ignorado en el diseño de programas y estrategias preventivas del consumo abusivo de alcohol.

Como conclusión, consideramos que la potenciación de los recursos y habilidades personales del adolescente que hemos presentado en páginas anteriores, puede fundamentar la intervención preventiva frente al consumo de alcohol en la adolescencia, que por sus peculiares características, especialmente las referidas a un consumo asociado a la diversión, al tiempo de ocio y la relación con los amigos, hace muy complejo otro tipo de intervenciones. No podemos olvidar que la imagen social compartida por los adolescentes, de la persona que tiene problemas de consumo de alcohol es la una persona que bebe a diario y en solitario, imagen muy alejada del consumo típico durante esta etapa. Finalmente, la potenciación de estos factores puede ser útil no solo para la prevención del consumo de alcohol, retrasando su consumo o reduciéndolo a niveles que no supongan un riesgo excesivo para el menor, ni para quienes le rodean, sino también para la prevención de otros riesgos comunes en estas edades, que aparecen muchas veces asociados al consumo, como el comportamiento violento o las relaciones sexuales sin protección, a la vez que promovimos el bienestar personal y social del adolescente (Carpintero *et al.*, 2007).

REFERENCIAS

- Adalbjarnardottir (2002). Adolescent psychosocial maturity and alcohol use: quantitative analysis of longitudinal data. *Adolescence*, 37: 19-53.
- Baer J.S. (2002). Student factors: understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 14: 40-53.
- Becoña E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1):89-101.
- Calafat A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (1 extra): 317-336.
- Calafat A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19 (3): 217-224.
- Calafat A. y Amengual M.(1999) *Actuar es posible*.



- Educación sobre el alcohol*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Carpintero E., Soriano S., Lázaro S., Del Campo A. y López F. (2005). *Diseño de un programa para la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes castellano-leoneses. Primera parte: estudio de las variables de riesgo útiles para la intervención educativa*. Memoria de investigación. Junta de Castilla y León.
- Carpintero E., López F., Del Campo A., Soriano S. y Lázaro S. (2007). El bienestar personal y social de los adolescentes y la prevención del malestar y la violencia: Presentación y validación de un programa educativo. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1).
- Carrasco A.M. (2004). Consumo de alcohol y estilos de vida: una tipología de los adolescentes españoles. *Revista de Psicología Social*, 19 (1), 51-79.
- Clark D.B. (2005). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addictive*, 99: 5-22.
- Coggans N. (2006). Drug education and prevention: Has progress been made? *Drugs: education, prevention and policy*, 13 (5): 417-422.
- Coleman L. y Cater S. (2005). Underage "binge" drinking: A qualitative study into motivations and outcomes. *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2): 125-136.
- Comisión Clínica De La Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [en línea, 4/04/07]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>.
- Costa M. y López E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Donovan J. (2004). Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 55(6):529e7-529e18.
- Dowdall, G.W. y Wechsler, H. (2002). Studying College Alcohol Use: Widening The Lens, Sharpening The Focus. *Journal Of Studies On Alcohol*, 14.
- Espada, J. y Méndez, F. (2003). Programa SALUDA. Prevención del abuso de alcohol y consumo de drogas de síntesis. Madrid: Pirámide.
- García J.M. y Carrasco A.M. (2003). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 18(1): 49-60.
- Gil Villa F. (2006). El consumo de alcohol : la punta del iceberg de los problemas escolares. *Revista de Educación*, 34, 471-494.
- Jessor R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374-390.
- Junta de Castilla y León (2002). *IV Plan Regional sobre Drogas*. 2001-2004. Valladolid: autor.
- Junta de Castilla y León (2005). *V Plan Regional sobre Drogas*. 2005-2008. BOCyL, 145, 28 de Julio de 2005, 13442-13474.
- Larimer M. E. y Cronce J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32: 2439-2468.
- López F., Carpintero E., Del Campo A., Lázaro S. y Soriano S. (2006a). *Programa Bienestar. El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia*. Madrid: Pirámide.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter E.H. y McWhirter R.J. (2006). *At-risk youth. A comprehensive response for Counselors, Teachers, Psychologist and Human Services Professionals*. California: Thomson Brooks/Cole.
- Mendoza M.I., Carrasco A.M. y Sánchez M. (2003). Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. *Intervención psicosocial* 12(1):95-111.
- Moncada S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Moya C. (2007). Consumo de alcohol en los jóvenes. *Evidencias en Pediatría*, 3(1).
- Observatorio Europeo De Las Drogas y Las Toxicomanías (2005). *Informe Anual 2005*. Luxemburgo: Oficina De Publicaciones Oficiales De Las Comunidades Europeas.
- Oliva, A., Parra, A and Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Pereña A., Peinado F. y Portero P. (1993). *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.



- Plan Nacional Sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Madrid: Ministerio Del Interior. Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2001). *Drogas: Más Información Menos Riesgos*. Ministerio Del Interior. Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas: Madrid.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2005). *Encuesta Estatal sobre drogas en enseñanza secundaria*. Madrid: Autor. [en línea, 4/04/07]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
- Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Encuesta Estatal sobre drogas en enseñanza secundaria*. Madrid: Autor. [en línea, 17/10/07]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2006.pdf>
- Pons J. y Berjano E. (1995). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la Psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Robledo T., Rubio J. y Espiga I. (1996). *El consumo de alcohol en jóvenes. Un reto para nuestra sociedad*. En Ministerio de Sanidad y Consumo: Alcohol y Juventud, 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Secades R. (1997). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Skutle A. (1999). The relationship among self-efficacy expectancies, severity of alcohol abuse and psychological benefits from drinking. *Addictive Behaviors*, 24(1): 87-98.
- Tebes J.K., Feinn R., Vanderploeg J.J., Chinman M.J., Shepard J., Brabham T., Genovese M. y Connell C. (2007). Impact of a positive youth development program in urban after-school settings on the prevention of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 41: 239-247.
- Thompson R.G. y Auslander W.F. (2007). Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents in foster care. *Journal of Substance Abuse treatment*, 32, 61-69.
- Wagner E.F., Tubman J.G. y Gil A.G. (2004). Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*, 99 (Supp.2), 106-119.
- Walters S., Bennett M.E. y Noto, J. (2000). Drinking on campus. What do we know about reducing alcohol use among college students? *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 223-228.



EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE OF COCAINE CONSUMPTION

Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

El consumo de cocaína está cobrando una creciente importancia en España en los últimos años. A pesar de los importantes esfuerzos que se vienen realizando desde el campo farmacológico en investigación sobre el tratamiento del abuso y dependencia de la cocaína, el peso del tratamiento sigue recayendo en el psicólogo. En el presente artículo hacemos una síntesis de los aspectos más importantes relacionados con el consumo de cocaína, desde una perspectiva psicológica: prevalencia, factores relacionados con el inicio y el mantenimiento en el consumo de cocaína, la evaluación del consumo y otros problemas que se asocian al mismo, y los tratamientos psicológicos con mayor respaldo científico. Se concluye que la intervención psicológica es central en este problema.

Palabras clave: cocaína, factores de riesgo, evaluación psicológica, tratamiento psicológico.

The problem of cocaine consumption has been gaining importance in Spain in the last few years. Despite the important research efforts made in the field of pharmacology regarding cocaine abuse and dependence, the reference treatment continues to be psychological. This paper offers a synthesis of the most important aspects of cocaine consumption and treatment from a psychological perspective: prevalence data, factors related to the initiation and maintenance of cocaine consumption, assessment of consumption and other associated problems, and psychological treatments with the greatest scientific support. We conclude that psychological treatment is essential in this problem.

Keywords: Cocaine, risk factors, psychological assessment, psychological treatment.

La antigüedad en la utilización de la hoja de coca apunta al periodo IV precerámico (2500-1800 a.c.). Es en 1859, cuando A. Niemann aísla el principal alcaloide que contiene la hoja de coca, la cocaína. Pronto aparecen productos, principalmente bebidas alcohólicas y no alcohólicas, que contienen cocaína en su composición como el famoso Vino Coca Mariani. Pero con la llegada del siglo XX, una serie de cambios van a llevar a la ilegalización del uso de la cocaína (Escohotado, 2001): las aspiraciones del ámbito médico, presiones del movimiento prohibicionista y la asociación del consumo de este tipo de sustancias a minorías, inmigrantes y marginales.

La cocaína es una sustancia que se obtiene de las hojas del arbusto denominado *Erythroxylon coca*. Los productos que se extraen son: las hojas de coca, la pasta de coca, la cocaína, la cocaína base y crack (tabla 1). La cocaína es clorhidrato de cocaína. Es un polvo blanco, cristalino y de sabor amargo que se consume por vía nasal ("esnifada"), oral o endovenosa. También hay datos de consumo fumada en cigarrillos o mezclada con cannabis (OEDT, 2004).

En relación a la prevalencia de su consumo, la encuesta domiciliaria realizada en España en los años 2005-2006 (OED, 2007), un 7.0% de las personas entre 15 y 64 años han probado alguna vez la cocaína, 3.0% la consumieron en el último año y 1,6% en el último mes. Hay un incremento en el consumo en los últimos años: se pasó del 1.8% en 1995 al 3.0% en 2005. El consumo en el último mes pasó del 0.9% en 1995 al 1.6% en 2005.

Tipo de sustancia	Vía	Inicio de los efectos (seg.)	Duración del efecto (min.)	Concentración de cocaína
Hoja de coca mascada	Oral	300-600	45-90	0.5-1.5%
		600-1800	-	
Clorhidrato de cocaína	Intranasal	120-180	30-45	12-75%
	Intravenosa	30-45	10-20	
Pasta de coca	Fumada	8-10	5-10	40-85%
Crack de base libre		8-10	5-10	30-85%

Fuente: Modificado de San (1996); Gold (1997); y Lizosaín, Moro y Lorenzo (2001)

Correspondencia: Ana López. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. Galicia. España E-mail: ana.lopez@usc.es.



El consumo de cocaína base o crack está mucho menos extendido, el 0.6% de la población lo ha consumido alguna vez, y un 0.2% lo consumió en el último año.

En la encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES) del PNSD (OED, 2007) en jóvenes escolarizados entre 14 y 18 años, hay un descenso en el consumo, tras un importante incremento en el estudio previo. En 1994 un 2,5% habían consumido alguna vez cocaína, un 1,8% lo hizo en el último año y un 1.1% en el último mes. En 2006, un 5.7% había consumido alguna vez en la vida, un 4.1% lo hizo en el último año, y un 2.3% en el último mes (ver figura 1). El consumo de cocaína en jóvenes se ha multiplicado por dos o tres en estos últimos diez años.

Al aumentar el consumo de cocaína, las demandas de tratamiento por problemas con la cocaína también han experimentado un importante incremento desde el año 1991. En 1991 había en España 943 personas en tratamiento por cocaína, en 2005 ascendió a 22.820 (OED, 2007).

INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE COCAÍNA

Para explicar las causas por las que algunas personas llegan a tener problemas con el consumo de cocaína y otras, que se encuentran en circunstancias similares no los tienen, encontramos diversos factores que intervienen en los distintos niveles que podemos diferenciar en el consumo de drogas (Becoña, 1999), y un factor que es fundamental desde la perspectiva psicológica y que juega un papel importante en el inicio, mantenimiento e incluso el abandono del consumo de sustancias: el reforzamiento (Higgins, Heil y Plebani, 2004; Secades-

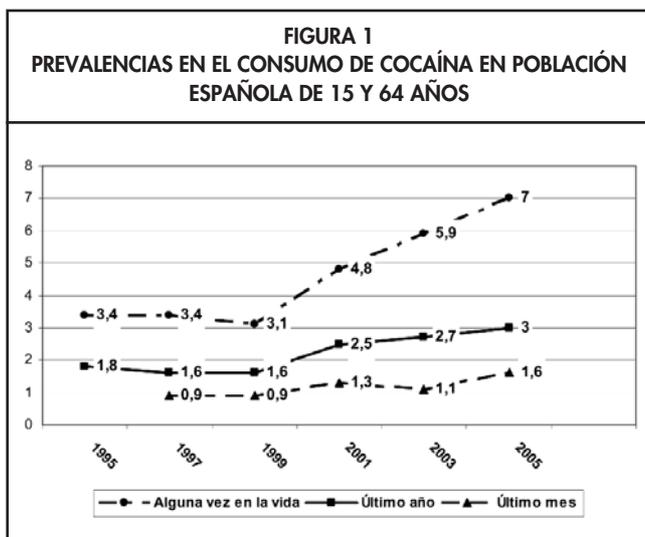
Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Las sustancias psicoactivas funcionan como reforzadores positivos para poner en marcha las conductas de búsqueda y autoadministración de dichas sustancias. Y en el caso concreto de la cocaína, el mantenimiento en el consumo no se produce para eliminar el síndrome de abstinencia (Secades-Villa *et al.*, 2007). Es decir, el sujeto no consume para reducir una sintomatología negativa (reforzamiento negativo), sino por los efectos positivos que produce dicha sustancia (reforzamiento positivo).

Tal y como indicábamos al principio de este apartado, vamos a señalar los factores más importantes en las distintas fases existentes en el consumo de sustancias psicoactivas.

En un primer nivel está la fase de predisposición o antecedentes del consumo, en donde están la predisposición biológica, socio-cultural y la psicológica. En la predisposición biológica, la genética explica un porcentaje muy bajo de los casos de adicción (Cadoret, Yates y Devor, 1997) y los estudios se centraron fundamentalmente en el caso del alcohol (Goodwin, 1985; Miller, 1997). El ámbito socio-cultural es un factor determinante para explicar la predisposición hacia el consumo de determinadas sustancias (Westermeyer, 1996). En nuestra sociedad el consumo de alcohol es un elemento de nuestra cultura, múltiples fiestas alrededor del vino y toda celebración con una copa de alcohol, por lo que el consumo está normalizado y hay una predisposición hacia el mismo. En el caso de la cocaína, el consumo de la hoja de coca en los países andinos está normalizado y tiene unas funciones específicas (aliviar el mal de alturas, reducir la fatiga...). El problema aparece cuando una sociedad se ve expuesta a una sustancia que desconoce, dándole usos diferentes y utilizando formas de consumo más dañino. Por último, dentro de la fase de predisposición, señalar la importancia de tres factores psicológicos: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.

En la fase de conocimiento de la sustancia, los factores relevantes son el ambiente en donde se desarrolla el individuo, el aprendizaje, la socialización que se realiza a través de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación, y las expectativas, tanto las existentes hacia el consumo de drogas como hacia uno mismo, también denominado por Bandura (1995) como autoeficacia percibida. La socialización es un proceso fundamental en la vida del individuo, ya que facilita el aprendizaje de actitudes, creencias, valores, roles y ex-



pectativas de su sociedad. Aunque la socialización se produce durante toda la vida, el periodo clave es hasta la adolescencia (Craig, 1996), teniendo especial relevancia en esta edad los pares y la familia como elemento determinante a la hora de elegirlos (Kandel, 1996).

En la fase de experimentación con la sustancia e inicio del consumo, las variables que determinan que se produzca o no el consumo de drogas son toda una serie de factores de riesgo que influyen en el desarrollo (de tipo constitucional, familiar, emocional, interpersonal, intelectual, ecológico y acontecimientos vitales que generan estrés) (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnov, Markman *et al.*, 1993). En relación a la disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, y la percepción de riesgo sobre la misma, los estudios que analizan los consumos en población general, señalan que el incremento en el consumo está acompañado de una disminución del riesgo percibido sobre la sustancia (Chatlos, 1996; OED, 2007), junto al acceso a la misma y al bajo precio.

Otros factores determinantes son las creencias, actitudes, las normas interiorizadas, los valores y la intención conductual. Al mismo tiempo estos factores están determinados por el proceso de socialización en el que familia, iguales, escuela y medios de comunicación tienen un papel fundamental. Por último, el estado emocional, la presencia o no de problemas psicopatológicos (Chatlos, 1996), y la existencia de habilidades de afrontamiento adecuadas para las distintas situaciones a las que debemos enfrentarnos, son también factores importantes para explicar el inicio en el consumo.

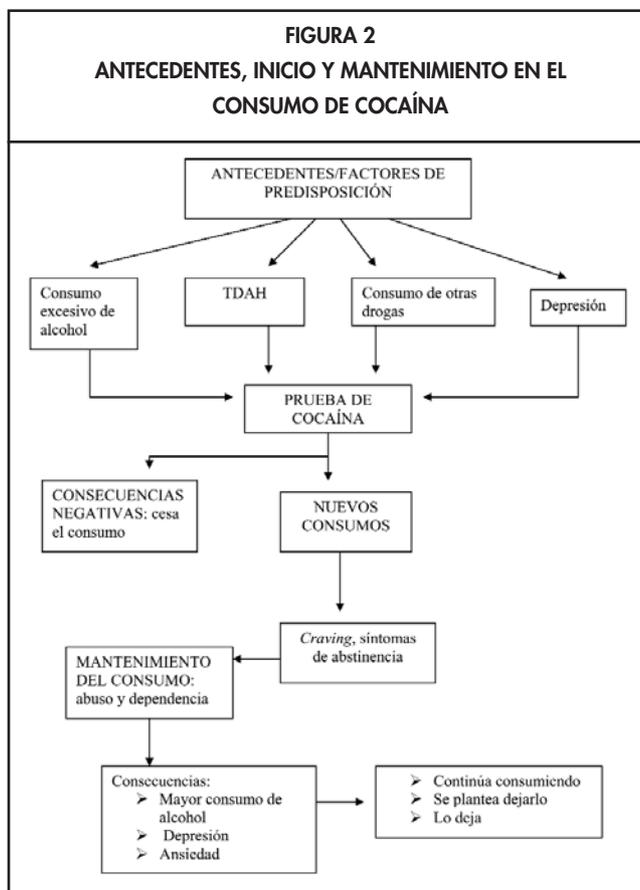
En el caso del inicio en el consumo de cocaína (ver figura 2), la existencia de problemas psicopatológicos previos como depresión o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (López y Becoña, 2006a), el consumo previo de otras sustancias como el cannabis, y el consumo excesivo de alcohol son factores relacionados frecuentemente con la prueba de cocaína. El elemento clave para explicar el mantenimiento del consumo, son las consecuencias que se derivan del mismo, sobre uno mismo, sobre la familia y los iguales. Si las consecuencias que aparecen tras el consumo son fundamentalmente negativas, cesará el consumo.

Si sigue consumiendo, el siguiente paso es el abuso y dependencia. La consecuencia de este proceso es un incremento en las consecuencias negativas derivadas del consumo (mayor consumo de alcohol, problemas psicopatológicos como depresión y ansiedad, problemas económicos, familiares...). La importancia de estas

consecuencias para el individuo, es lo que va a determinar que continúe consumiendo, que se plantee abandonar el consumo y que finalmente deje de consumir. No podemos revisar extensamente lo que tendríamos que hacer a nivel preventivo en el caso concreto del consumo de cocaína, pero sí podemos indicar que partiendo de la anterior información se pueden diseñar distintas medidas orientadas a reducir los factores de vulnerabilidad, entrenar al individuo que tiene riesgo de consumir sustancias en distintas habilidades o bien poner en práctica programas universales para la prevención del consumo de drogas (Becoña, 2002; Tolan, Szapocznik y Sambraño, 2006).

EVALUACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA

La evaluación es el paso previo al inicio del tratamiento. Los resultados de la evaluación van a guiar la planificación del tratamiento. Además, durante el tratamiento, la evaluación continúa siendo necesaria para monitorizar su evolución, y para determinar los resultados del tratamiento. La evaluación al inicio del tratamiento abarca tres áreas: evaluar el problema por el que demanda tra-



tamiento, evaluar otros problemas que pueden interferir y determinar cuáles son los recursos que tiene el sujeto.

Para evaluar la existencia de dependencia según los criterios DSM, disponemos de la *Entrevista Estructurada de DSM-IV (SCID)* en su versión española (First, Spitzer, Gibbon, Williams y Smith-Benjamin, 1998). Otros instrumentos que evalúan dependencia son la Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS; Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall *et al.*, 1995), el Test de Gravedad de la Adicción a la Cocaína (CAST; Washton, 1995), el Perfil de Evaluación del consumo de cocaína (CAP; Washton, 1995), la Escala de Deterioro relacionada con el consumo de cocaína (Halikas y Crosby, 1991) y el Índice de Gravedad a lo largo de la vida para el Trastorno por Consumo de Cocaína (Hser, Shen, Grella y Anglin, 1999). El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI; McLellan, Luborsky, Cacciola, Griffith, McGahan y O'Brien, 1992) es más completo que los anteriores y permite planificar la intervención y realizar seguimientos.

Para evaluar el síndrome de abstinencia de la cocaína disponemos de la Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA; Kampman, Volpicelli, McGinnis, Alterman, Weinrieb, D'Angelo *et al.*, 1998).

Para evaluar el *craving* de la cocaína el cuestionario más utilizado es el de *Craving de Cocaína (CCQ)* (Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993), que tiene como ventaja que considera el *craving* como un constructo multidimensional pero como inconveniente que es muy amplio. Otros cuestionarios que se utilizan son el cuestionario de evaluación del *craving* de Weiss, Griffin y Hufford (1995), la Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de la Cocaína de Yale-Brown (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill *et al.*, 1989), y la Escala de Evaluación del *Craving* de López y Becoña (2006b). Otros cuestionarios relacionados con el consumo de cocaína son el Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Drogas (Annis, Turner y Sklar, 1997), el Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo de Cocaína (Michalec, Zwick, Monti, Rohsenow, Varney, Niaura *et al.*, 1992) y la *Cocaine Relapse Interview (CRI)* (McKay, Rutherford, Alterman y Cacciola, 1996).

Respecto a la evaluación de problemas que interfieren en el tratamiento, la evaluación de la psicopatología es fundamental. Hay multitud de instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas o trastornos psicopatológicos, pero en función de la población con la que trabajemos hay que evaluar, en primer lugar, aquella psicopatología que con mayor frecuencia aparece.

Por lo tanto, señalamos dos fases: en la primera el objetivo es detectar si hay otros problemas que interfieran en el tratamiento, y en caso de presentarlos pasamos a la segunda fase que es un nivel más específico, con instrumentos de evaluación más amplios y específicos para la patología que presenta.

En la primera fase se utilizan instrumentos de *screening* que detectan los síntomas psicopatológicos que más frecuentemente presenta la población con la que trabajamos. En los consumidores de cocaína, es necesario evaluar sintomatología depresiva (López y Becoña, 2006a; 2007) con un instrumento de cribado como el *Beck Depression Inventory II* (Beck, Steer y Brown, 1996), y posteriormente, si deseamos establecer un diagnóstico (fase dos) se puede administrar una entrevista diagnóstica como la SCID-I (First *et al.*, 1998). La presencia de trastornos de personalidad también es frecuente entre este tipo de consumidores (López y Becoña, 2006a; 2006c) por lo que es necesario utilizar un instrumento de detección de este tipo de trastornos como el MCMI-III (Millon, 1997). Si detectamos la presencia de algún trastorno de personalidad y deseamos establecer un diagnóstico administramos una entrevista diagnóstica como la SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith Benjamín, 1999).

Otro aspecto a evaluar es el consumo de otras drogas, en los consumidores de cocaína la presencia de problemas con el alcohol es muy frecuente (López y Becoña, 2006d). Un instrumento muy útil, por su brevedad y fácil corrección es el *Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)* (Contel, Gual y Colom, 1999; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993). Si detectamos que presenta problemas con el consumo de alcohol podemos pasar un cuestionario más amplio y específico como el MALT (Rodríguez-Martos, 1986).

Un cuestionario de *screening*, que también es interesante es el SCL-90-R (Derogatis, 2002). Evalúa la presencia de diversos síntomas psicopatológicos y el malestar subjetivo percibido, por lo tanto es útil para evaluar la evolución del tratamiento.

Una parte importante en la evaluación, es determinar las estrategias de afrontamiento al estrés que tiene el sujeto, que puede ser un recurso o una interferencia para el tratamiento. Instrumentos recientes diseñados para su uso en población drogodependiente son el cuestionario de *Variables de Interacción Psicosocial (VIP)* (Pedrero, Pérez, De Ena y Garrido, 2005) y la *Escala Multiaxial*



de Afrontamiento Disposicional (EMA-D; Pedrero, 2007).

Para evaluar los estadios y procesos de cambio disponemos del *Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína* (Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) y la *Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island* (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983).

Y finalmente, tras la revisión de distintos instrumentos de evaluación relacionados con el consumo de cocaína, no podemos olvidar la importancia que tiene el análisis funcional como procedimiento de evaluación psicológica fundamental para la realización de un correcto diseño de la intervención.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

A pesar de los intentos desde la industria farmacéutica para descubrir un fármaco para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, dichos intentos hasta la actualidad han resultado infructuosos (*European and Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction; EMCDDA, 2007; Higgins, Alessi y Dantona, 2002*).

En la actualidad, los tratamientos psicológicos son los que cuentan con mayores evidencias para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Destacan, el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo y el tratamiento cognitivo-conductual (Becoña et al., 2008; Rawson, McCann, Flamino, Shoptaw, Miotto, Reiber et al., 2006; Secades y Fernández-Hermida, 2001; Terán, Casete y Climent, 2008).

Los programas de reforzamiento comunitario, se basan en proporcionar al sujeto contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinentes (Marlowe, Kirby, Festinger, Merikle, Tran y Platt, 2003). Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos clave: a) Abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir. b) Los que no tienen trabajo o aquellas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional. c) Identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el consumo. d) Se ofrece terapia de pareja. e) Se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits

que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumenten la probabilidad de que sufra una recaída. f) Se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias (Higgins et al., 2004).

Con frecuencia estos programas van acompañados de la terapia de incentivo. Es un procedimiento de manejo de contingencias para conseguir y mantener la abstinencia, e incrementar la adherencia al tratamiento (Higgins, Alessi y Dantona, 2002). El paciente va ganando puntos a medida que va alcanzando los objetivos de abstinencia o de tratamiento, y dichos puntos los puede cambiar por distintos reforzadores (bienes o servicios disponibles en la comunidad).

Una revisión completa de la utilización conjunta de ambos procedimientos y su eficacia la encontramos en Higgins et al. (2002) y Higgins et al. (2004).

Respecto a la eficacia de este tratamiento cuando se compara con otros, Higgins et al. (2002) apuntan que el refuerzo comunitario más manejo de contingencias es más eficaz que el *counseling*. Petry, Alessi, Carroll, Hanson, McKinnon, y Rounsaville (2006) señalan mejores resultados con este tratamiento que con un tratamiento estándar (sesiones grupales de prevención de la recaída, educación sobre el VIH, entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento y el programa de los 12 pasos). Rawson et al. (2006) han encontrado mejores resultados en retención y abstinencia durante el tratamiento con el manejo de contingencias que con el tratamiento cognitivo conductual, aunque durante el seguimiento las tasas de abstinencia son similares.

Petry, Alessi, Marx, Austin y Tardiff (2005) han diseñado un programa basado en el uso de reforzadores de forma contingente a la consecución de objetivos, pero que reduce su coste. Estos autores plantean que el sujeto en lugar de recibir un refuerzo determinado previamente tras la consecución de un objetivo señalado, el sujeto lo que gana tras conseguir el objetivo es la posibilidad de conseguir un refuerzo que de forma aleatoria, puede ser un refuerzo de magnitud alta o baja.

Secades y Fernández-Hermida (2001), consideran el Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo como un tratamiento bien establecido. Los resultados de diferentes estudios indican que con la terapia de incentivo se obtienen buenos resultados durante el tratamiento, además incrementa la adherencia al mismo, pero al finalizar el tratamiento los resultados positivos no se mantienen (García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez, Río, Fernández-Hermida, Carballo et al., 2007; Higgins,





Heil, Dantona, Donham, Mathews y Badger, 2006; Higgins *et al.*, 2003; Rawson *et al.*, 2006; Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida y Carballo, 2008).

Debemos destacar en esta línea de investigación los interesantes estudios publicados recientemente en nuestro país sobre la puesta en marcha de este tipo de programas en nuestro medio (García-Rodríguez *et al.*, 2006; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Respecto a los tratamientos de tipo cognitivo-conductual, el objetivo es que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína, y estrategias de autocontrol. El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (1998), y consta de: análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del *craving*, habilidades de afrontamiento, detección de cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento. Secades y Fernández-Hermida (2001) lo consideran como un tratamiento probablemente eficaz.

Carroll (1996) señala que las técnicas de prevención de recaídas, incluidas dentro de los tratamientos cognitivos-conductuales, son especialmente eficaces para las personas con alta dependencia de la cocaína y además en el caso de producirse nuevas recaídas, éstas son menos severas.

Entre las críticas que ha recibido este tipo de tratamiento destaca que el paciente debe de tener un funcionamiento cognitivo adecuado, y ello no siempre es posible entre los consumidores de cocaína. Tanto el consumo crónico de cocaína, como el abusivo consumo de alcohol, produce deterioro a nivel cognitivo (EMCDDA, 2007).

Una interesante y reciente revisión sobre la eficacia de estos dos tratamientos la podemos encontrar en García-Rodríguez (2008).

Además de estos dos tratamientos que son los que cuentan con mayor respaldo científico, hay otras intervenciones. Los tratamientos psicosociales que agrupan el asesoramiento grupal e individual, la terapia cognitiva y la terapia de apoyo expresivo. Distintos estudios comparativos que se han realizado (Crist-Christoph, Siqueland, Blaine, Frank, Luborsky, Onken *et al.*, 1999; McMahon, Kouzekanani y Malow, 1999), señalan que la combinación del asesoramiento grupal y el individual es más efectiva que la terapia cognitiva y la de apoyo expresivo,

aunque las personas permanecen en tratamiento menos tiempo. También destacan las intervenciones basadas en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), Este tipo de intervenciones habitualmente van acompañadas de otras, y han obtenido buenos resultados en consumidores con baja motivación al inicio del tratamiento (Rohsenow, Monti, Martin, Colby, Myers, Gulliver *et al.*, 2004), e incluso las intervenciones breves han mejorado las tasas de abstinencia en consumidores de heroína y cocaína (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson y Hingson, 2005).

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el tratamiento psicológico de los problemas con el consumo de cocaína es el tratamiento de referencia (EMCDDA, 2007). A pesar del esfuerzo de los laboratorios farmacéuticos para descubrir un tratamiento eficaz, en la actualidad esos esfuerzos continúan siendo infructuosos. Los tratamientos farmacológicos comercializados pueden ser eficaces sólo cuando existe un problema psicopatológico (ej. depresión, ansiedad...) que interfiere en el tratamiento. En ese caso es preciso actuar sobre el trastorno psicopatológico para poder solucionar los problemas con el consumo (Terán *et al.*, 2008). Pero no siempre es preciso administrar un tratamiento farmacológico. La intervención psicológica puede ser suficiente. La evaluación previa y la valoración del profesional juegan un papel importante en este punto.

El objetivo del presente artículo es reseñar la importancia de la Psicología dentro del campo de las adicciones y de su tratamiento, de modo específico para la cocaína. En muchas ocasiones, se ha dejado de lado la labor fundamental que el psicólogo realiza tanto en la prevención y tratamiento de los problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, como en la comprensión del inicio y el mantenimiento de dicho consumo (Becoña, 2007; Secades-Villa *et al.*, 2007).

El ámbito de las drogodependencias es un área muy importante que no se puede ignorar desde la Psicología. Los profesionales que trabajan en el tratamiento de las adicciones, no sólo abordan el abandono del consumo de sustancias psicoactivas, sino que con mucha frecuencia tienen que intervenir sobre otro tipo de síntomas o trastornos psicopatológicos (Becoña *et al.*, 2008). Tal y como apuntan diversas revisiones publicadas en los últimos años (Ochoa, 2000; San, 2004), existe una amplia presencia de otros problemas psicopatológicos entre los consumidores de cocaína, por lo que el trabajo del psicólogo en el ámbito de





las adicciones es, en muchas ocasiones, mucho más completo que en otros ámbitos de la salud mental. Estos profesionales tienen que aprender a manejar la presencia de un problema psicopatológico determinado, como por ejemplo un trastorno de personalidad o del estado de ánimo, junto con un problema con el consumo de sustancias psicoactivas, que es por el que el sujeto demanda tratamiento (Becoña et al., 2008). Este último punto es un aspecto clave, ya que en muchas ocasiones el sujeto reconoce que tiene un problema con el consumo de drogas, pero no es consciente de la presencia de otro problema psicopatológico por lo que la labor del psicólogo es doblemente importante. Además, es necesario abordar conjuntamente todos los problemas que presenta el sujeto porque de otra forma no se alcanzará el objetivo final de abandono del consumo de sustancias.

Por lo tanto, el papel del psicólogo es fundamental en el campo de las adicciones, tanto en su prevención como en su tratamiento. Y en el consumo de la cocaína, de manera más concreta. Por todo ello, es preciso que se continúe con la investigación en este campo, para optimizar los procesos de evaluación y tratamiento para conseguir mejores resultados, y sobre todo disminuir la probabilidad de que en el futuro se produzcan nuevas recaídas en el consumo.

REFERENCIAS

- Annis, H. M., Turner, N. E. y Sklar, S. M. (1997). *Inventary of Drug-Taking Situations (IDTS): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. et al. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Recogida el 8 de enero de 2009 en http://socio-drogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_sda_intervenciones_psicologicas.pdf
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. y Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59.
- Cadoret, R. J., Yates, W., y Devor, E. (1997). Genetic factors in human drug abuse and addiction. En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 35-46). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Clinical and Experimental Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Craig, G. J. (1996). *Desarrollo Psicológico (7ª edición)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Crist-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gasfirnd, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Morras, K. y Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-501.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnov, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Escotado, A. (2001). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpé.



- European and Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2007). *Treatment of problem cocaine use. A review of the literature*. Recogido el 15 de Diciembre de 2007 en <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W. y Smith Benjamin, L. (1999). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV- SCID-II*. Barcelona: Masson.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- García-Rodríguez, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 242-251.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Erraste, J. M. y Al-Halabí, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para los adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Gold, M.S. (1997). *Cocaína*. Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The signs of our fathers. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171-174.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. y Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Halikas, J. A. y Crosby, R. D. (1991). Measuring outcome in the treatment of cocaine abuse: The Drug Impairment Rating Scale for Cocaine. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 121-138.
- Higgins, S. T., Alessi, S. M. y Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addictive Behaviors*, 27, 887-910.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., Dantona, R., Donham, R., Mathews, M. y Badger, G. J. (2006). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependents outpatients. *Addiction*, 102, 271-281.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Hser, Y. I., Shen, H., Grella, C. y Anglin, M. D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 742-750.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peers contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influence. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Lizasoaín, I., Moro, M. A. y Lorenzo, P. (2001). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 13 (sup.2), 37-45.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). El *craving* en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- López, A. y Becoña, E. (2006c). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 577-582.
- López, A. y Becoña, E. (2006d). El consumo de alcohol en las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento. *Psicología Conductual*, 14, 235-245.
- López, A. y Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychological Reports*, 100, 520-524.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Festinger, D. S., Merikle, E. P., Tran, G. Q. y Platt, J. J. (2003). Day treatment for cocaine dependence incremental utility over outpatient counseling and vouchers incentives. *Addictive Behaviors*, 28, 387-398.
- Martin, R. A., Rossi, J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M., Rohsenow, D. J. (1992). *Stages and processes of change for quitting cocaine*. Póster presentado a la 26th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Boston.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of changes in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Theory, Research and Practice* 20, 368-375.
- Miller, N. S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En N. S. Miller (Ed.). *The principles and practices of addictions in psychiatry* (pp. 18-25). Philadelphia, PA: W. B. Sandunders Company.



- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1997). MCCI-III Manual, 2nd edition. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., McGinnis, D. E., Alterman, A. I., Weinrieb, R. D'Angelo, L. y Epperson, L. E. (1998). Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addictive Behaviors*, 23, 449-461.
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Alterman, A. I. y Cacciola, J. S. (1996). Development of the cocaine relapse interview: an initial report. *Addiction*, 91, 535-548.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGahan, P. y O'Brien, C. P. (1992). *Addiction Severity Index*, 5th ed. Philadelphia: Penn-VA Centre for Studies of Addiction.
- Madge, T. (2002). *Polvo blanco. Historia cultural de la cocaína*. Barcelona: Editorial Península.
- Michalec, E., Zwick, W. R., Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Varney, S., Niaura, R. S. y Abrams, D. B. (1992). A Cocaine High-Risk Situations Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 377-391.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas*. Recogido el 20 de julio de 2008 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- Observatorio Europeo de la droga y las toxicomanías (2004). *Informe anual 2004 del Observatorio Europeo de la droga y la toxicomanía (OEDT) sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*. Recogido el 13 de Enero de 2005 en http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT_2004.pdf.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Pedrero, E. J. (2007). *Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento- Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACS-D) a población general y adictos a sustancias*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pedrero, E. J., Pérez, M., De Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Hanson, T., McKinnon, S. y Rounsaville, B. (2006). Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal related activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 592-601.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Marx, J., Austin, M. y Tardiff, M. (2005). Vouchers versus prizes: Contingency management treatment of substance abusers in community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1005-1014.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Hanson, T., McKinnon, S. y Rounsaville, B. (2006). Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal related activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 592-601.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas Secundarias 2004 -resumen-*. Recogido el 13 de Enero de 2005 <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Observatorio Español sobre drogas. Informe 2004*. Recogido el 23 de enero de 2006 en <http://www.pnd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2005-2006. Análisis y principales resultados*. Recogido el 15 de junio de 2007 en <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/estudios/home/htm>.
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flaminio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, Ch. y Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101, 267-274.
- Rodríguez-Martos, A. (1986). *El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios*. Barcelona: Fons Informatiu de l'Ajuntament de Barcelona, nº 2.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., Brown, R. A., Mueller, T. I., Gordon, A. Y Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- San, L. (1996). Dependencia de la cocaína. En: Becoña, E., Rodríguez, y Salazar, I. (Coord.), *Drogodependencias III. Drogas ilegales* (41-99). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela.





- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica: Cocaína*. Recogido el 30 de julio de 2008 en http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_cocaina_08.pdf
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A. y Henningfield, I.E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Sambrano, S. (Ed.) (2006). *Preventing youth substance abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Washton, A. M. (1995). *La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención de recaídas*. Barcelona: Paidós.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L. y Hufford, C. (1995) Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 289-301.
- Westermeyer, J. (1996). Cultural factors in the control, prevention, and treatment of illicit drug use: The earthlings' psychoactive trek. En W. K. Bickel y R. J. De-Grandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 99-124). Nueva York: Plenum Press.





CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

SHORT-TERM CONSEQUENCES OF CHILD SEXUAL ABUSE

Noemí Pereda Beltran
Universitat de Barcelona

El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión actualizada de los principales indicadores psicológicos o consecuencia psicológicas iniciales encontradas en los estudios nacionales e internacionales llevados a cabo con víctimas de abuso sexual infantil. Se clasificaron los distintos síntomas en cinco categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales y problemas de conducta. Los resultados muestran la diversidad de consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, impidiendo establecer un síndrome o un conjunto de síntomas característicos de este tipo de víctimas que facilite su detección. Es necesario que los profesionales conozcan en profundidad este tipo de problemáticas, lo que influirá positivamente en la pronta detección de estos casos y en una intervención efectiva con este tipo de víctimas.

Palabras clave: abuso sexual, infancia, victimización, psicopatología, consecuencias a corto plazo.

The main objective of the present study is to offer an update of the short-term consequences of child sexual abuse which have been found in current empirical national and international studies. Psychological symptoms were classified into five different categories: emotional, cognitive, relationship, functional and behavioral problems. Results showed that there are multiple and diverse psychological consequences related to the experience of child sexual abuse, impeding the establishment of a syndrome or group of symptoms characteristic of this type of victim which could facilitate its detection. There is a need for professionals to have a profound knowledge of these types of problems to positively influence the prompt detection of sexual abuse and, thus, effectively intervene with victims of this type.

Keywords: Sexual abuse, childhood, victimization, psychopathology, short-term consequences.

El abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública que, en gran parte de los casos, interfiere en el adecuado desarrollo de la víctima que lo sufre y repercute negativamente en su estado físico y psicológico. La experiencia de abuso sexual infantil puede considerarse una situación extrema que, tal y como exponen Lazarus y Folkman (1984), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de individuos.

No se trata de un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social, constituyéndose un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que puede, incluso, llegar a desembocar en la muerte del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Las consecuencias psicológicas que suelen acompañar a la vivencia del abuso sexual infantil son frecuentes y

diversas, tanto aquellas que se producen en la infancia como las que, en muchas ocasiones, perduran hasta la edad adulta. Los estudios constatan consecuencias que afectan a todas las áreas de la vida de la víctima, y que impiden hablar de un síndrome del abuso sexual infantil (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, y Akman, 1991; Browne y Finkelhor, 1986; Runtz y Schallow, 1997). Los trabajos publicados al respecto demuestran la no existencia de un patrón de síntomas único, así como la presencia de una extensa variedad de síntomas en estas víctimas, e incluso 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).

Son diversos los autores que constatan la existencia de víctimas asintomáticas, estableciéndose que entre un 20 y un 30% de las víctimas de abuso sexual infantil permanecerían estables emocionalmente tras esta experiencia (López, 1994). Sin embargo, estas víctimas podrían llegar a presentar problemas posteriormente, configurando los llamados efectos latentes del abuso sexual infantil (Kendall-Tackett et al., 1993).

Correspondencia: Noemí Pereda Beltran. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Pg. Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: npereda@ub.edu



En la presente revisión se tratarán las principales consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Los indicadores psicológicos del abuso sexual infantil o consecuencias iniciales, son aquellos efectos que suelen situarse en los dos años siguientes al abuso (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993) y que, por tanto, suelen encontrarse presentes en la infancia y la adolescencia.

Si bien muchos de los efectos iniciales del abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo (Swanston, Tebbutt, O'Toole y Oates, 1997; Tebutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997), algunos de ellos se minimizan o desaparecen (Oates, O'Toole, Lynch, Stern y Cooney, 1994), especialmente al llegar a la edad adulta, e incluso pueden desarrollarse exclusivamente en determinados periodos evolutivos (Kendall-Tackett et al., 1993).

Como se obtiene de los estudios presentados seguidamente, el abuso sexual infantil se relaciona con sintomatología que afecta a distintas áreas de la vida de la víctima. Para Mannarino y Cohen (1986) un 69% de los menores víctimas de abuso sexual presenta sintomatología psicopatológica; mientras que para McLeer, Dixon, Henry, Ruggiero, Escovitz, Niedda, et al. (1998) este porcentaje se sitúa en un 62,8%. Si bien establecer una clasificación de las múltiples dificultades que las víctimas parecen desarrollar no es una tarea sencilla, el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta basada en la sintomatología más frecuente indicada en los estudios revisados que permita a los profesionales conocer aquellos indicadores que han sido repetidamente confirmados desde el ámbito científico. No obstante, la limitación de intentar clasificar los diversos efectos psicológicos en categorías teóricas debe tenerse en cuenta.

MÉTODO

Selección de los estudios

Se seleccionaron aquellos estudios en inglés o español centrados en las consecuencias psicológicas iniciales o a corto plazo del abuso sexual infantil a través de una búsqueda en las principales bases de datos, incluyendo *Psycinfo* y *Social Sciences Citation Index* de la Web of Science. Con la intención de cubrir la mayoría de artículos publicados en esta área, se adoptaron dos estrategias más: (a) búsqueda manual a partir de las listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y (b) búsqueda manual en las dos revistas más relevantes dentro de esta temática (*Child Abuse & Neglect* y *Journal of Child Sexual Abuse*).

La revisión realizada se refiere a estudios con muestras pertenecientes a la población general y, en caso de presentar características especiales (e.g., grupos clínicos), éstas se especifican.

RESULTADOS

Para facilitar la comprensión de los resultados de los estudios, las distintas problemáticas a corto plazo que la bibliografía ha encontrado presentes con mayor frecuencia en víctimas de abuso sexual infantil se han agrupado en los siguientes apartados:

- Problemas emocionales: dentro de este apartado se encuentran algunos de los problemas de tipo internalizante, siguiendo la categorización de Achenbach (1991), más frecuentemente observados en víctimas de abuso sexual infantil (véase Tabla 1). Destaca por su elevada frecuencia en estos menores la sintomatología postraumática (véanse las revisiones de Green (1993) o Rowan y Foy (1993) al respecto), con una prevalencia situada cerca de la mitad de las víctimas (Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman, 1998; Garnefski y Diekstra, 1997; McLeer et al. 1998). También se observan síntomas de ansiedad y depresión (entre un 4 y un 44% en varones y entre un 9 y un 41% en mujeres víctimas de abuso sexual infantil, Ackerman et al., 1998); así como baja autoestima, sentimiento de culpa y de estigmatización (entre un 4% y un 41%, respectivamente para Mannarino y Cohen, 1986; Tebutt et al., 1997). La ideación y/o la conducta suicida se da en un elevado número de casos como muestran los trabajos de Garnefski y Arends (1998) (entre un 26,5 y un 54% de las víctimas mujeres, y entre un 43,3 y un 52,7% de los varones), Garnefski y Diekstra (1997) (un 37,4% de las mujeres y un 50% de los varones), y Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison (2004) (un 29% de las víctimas mujeres y un 50% de los varones).
- Problemas cognitivos y de rendimiento académico: entre los que destaca la afectación de la capacidad de atención y concentración (véase Tabla 2), con una frecuencia de sintomatología hiperactiva de entre el 4% y el 40% de las víctimas (Mannarino & Cohen 1986; Ackerman et al., 1998; respectivamente).
- Problemas de relación: una de las áreas que suele quedar más afectada en víctimas de abuso sexual infantil es la relación social con iguales y adultos, ya sean pertenecientes a la familia o desconocidos, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima (véase Tabla 3). Como ejemplo



de esta afectación, destacar el estudio de Oates, Forrest y Peacock (1985) en el que un 43% de las víctimas de abuso sexual manifestaron tener pocos amigos, en comparación con el 11% de los menores no víctimas.

- Problemas funcionales: dentro de este grupo se encuentran aquellas consecuencias del abuso sexual infantil que representan dificultades en las funciones físicas de la víctima (véase Tabla 4). Destacan los problemas de sueño (en un 56% de los casos, según Mannarino y Cohen, 1986), la pérdida del control de esfínteres (18% de los casos según Mannarino y Cohen, 1986), y los problemas de alimentación (en un 49% de los casos según Swanston et al., 1997).
- Problemas de conducta: dentro de este apartado se han incluido los problemas más relacionados con la conducta de la víctima, destacando las conductas sexualizadas, la conformidad compulsiva y la conducta disruptiva y agresiva (véase Tabla 5).

Cabe añadir algunos comentarios a los problemas de conducta que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, dada la elevada frecuencia con la que se observan.

TABLA 1 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS EMOCIONALES	
Sintomatología	Estudios
Miedos Fobias	Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Ensom y Wells (1996); Mannarino y Cohen (1986)
Síntomas depresivos ansiedad	Ackerman et al. (1998); Ahmadvani, Shariat, Tor-kaman-nejad y Moghadam (2007); Briere y Elliott (1994); Cohen y Mannarino (1988); Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg y Gaines (1995); Dykman, McPherson, Ackerman, Newton, Mooney, Wherry, et al. (1997); Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché (2006); Kaufman (1996); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); McLeer et al. (1998); Mian et al. (1996); Oates et al. (1994); Putnam (2003); Stern, Lynch, Oates, O'Toole y Cooney (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997); Wolfe y Birt (1997)
Baja autoestima sentimiento de culpa estigmatización	Black et al. (1994); Brand, King, Olson, Ghaziuddin y Naylor (1996); Briere y Elliott (1994); Cerezo (1995); Hébert et al. (2006); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); Oates et al., (1985); Oates et al. (1994); Quas, Goodman y Jones (2003); Stern et al. (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997)
Trastorno por estrés postraumático	Ackerman et al. (1998); Briere y Elliott (1994); Hall (1999); McLeer et al. (1998); Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz y Semple (1997); Tremblay, Hébert y Piché (2000)
Ideación y conducta suicida autolesiones	Aglan, Kerfoot y Pickles (2008); Brand et al. (1996); Briere y Elliott, (1994); Garnefski y Arends (1998); Garnefski y Diekstra (1997); Martin et al. (2004); McLeer et al. (1998); Swanston et al. (1997)

TABLA 2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS COGNITIVOS	
Sintomatología	Estudios
Conductas hiperactivas	Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Mannarino y Cohen (1986)
Problemas de atención y concentración bajo rendimiento académico peor funcionamiento cognitivo general	Einbender y Friedrich (1989); Kinard (2001a, 2001b); Shonk y Cicchetti (2001)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Ackerman et al. (1998); Kaufman (1996); Weinstein, Staffelbach y Biaggio (2000); Wolfe y Birt (1997)

TABLA 3 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS DE RELACIÓN	
Sintomatología	Estudios
Problemas de relación social	Alessandri (1991); Briere y Elliott (1994); Einbender y Friedrich (1989); Hébert et al. (2006); Stern et al. (1995)
Menor cantidad de amigos menor tiempo de juego con iguales	Alessandri (1991); Oates et al. (1985)
Elevado aislamiento social	Cohen y Mannarino (1988); Hébert et al. (2006); Mian et al. (1996)

TABLA 4 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS FUNCIONALES	
Sintomatología	Estudios
Problemas de sueño (pesadillas)	Mannarino y Cohen (1986)
Pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis)	Mannarino y Cohen (1986); Morrow, Yeager y Lewis (1997)
Trastornos de la con- ducta alimentaria	Briere y Elliott (1994); Swanston et al. (1997)
Quejas somáticas	Cohen y Mannarino (1988)



Conducta sexualizada

La presencia de conductas sexualizadas, también denominadas comportamientos erotizados, es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de abuso sexual infantil, siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección. Como ejemplo, en la revisión de Bromberg y Jonson (2001) los autores indican que la conducta sexualizada es 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual que en no víctimas. Sin embargo, estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo, entre otras (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston y Shafran, 1998).

Diversos autores han estudiado aquellas conductas sexuales que pueden considerarse normativas según la edad (Brilleslijper-Kater y Baartman, 2000; Friedrich et al., 1998) y el género (Sandnabba, Santtila, Wannäs y Krook, 2003) y las han comparado con las que presentan la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil, ilustrando la elevada frecuencia de conocimientos y conductas sexualizadas y no normativas en estas víctimas (Cohen y Mannarino, 1988; Einbender y Friedrich, 1989; Mannarino y Cohen, 1986), incluso en edades muy tempranas (Mian, Marton y LeBaron 1996).

Por otro lado, algunos autores han confirmado que las conductas sexualizadas en la infancia parecen relacio-

narse con conductas promiscuas y embarazos no deseados en la adolescencia (Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora y Olds, 1998), aumentando el riesgo de revictimización de la víctima de abuso sexual en etapas posteriores.

La prostitución en víctimas de abuso sexual infantil menores de edad es también uno de los problemas relacionado con el área de la sexualidad encontrado por algunos autores, especialmente en determinados países asiáticos y latinoamericanos (Cusick, 2002).

En general destaca, como afirma Barudy (1993), el rápido y prematuro crecimiento con que las víctimas de abuso sexual infantil se desarrollan a nivel de su sexualidad, contrastando con las dificultades que presentan para crecer en el plano psicoafectivo y relacional.

Conformidad compulsiva

Crittenden y DiLalla (1988) propusieron la existencia de un patrón de conducta específico, denominado de conformidad compulsiva, utilizado por algunas víctimas de malos tratos, abuso sexual y negligencia para acomodarse a su situación y poder sobrevivir, física y psicológicamente a ésta. Los autores definen esta estrategia como la presencia de un comportamiento conformista y vigilante en los niños y niñas víctimas de malos tratos, que reduce el riesgo de comportamientos hostiles y violentos por parte de sus agresores y aumenta la probabilidad de interacciones agradables con ellos. En el estudio, las víctimas de abuso sexual fueron aquellas que presentaban un mayor nivel de conformidad compulsiva. No obstante, si bien los autores inicialmente abogan por

TABLA 5
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS DE CONDUCTA

Sintomatología	Estudios
Conducta sexualizada - masturbación compulsiva - imitación de actos sexuales - uso de vocabulario sexual inapropiado - curiosidad sexual excesiva - conductas exhibicionistas	Cohen y Mannarino (1996); Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt, Koverola, Lang et al. (1992); Hébert et al. (2006)
Conformidad compulsiva	Crittenden y DiLalla (1988)
Conducta disruptiva y disocial - hostilidad - agresividad - ira y rabia - trastorno opositorista desafiante	Ackerman et al. (1998); Alessandri (1991); Briere y Elliott (1994); Garnefski y Diekstra (1997); Hébert et al. (2006); Kaufman (1996); Wolfe y Birt (1997) Ackerman et al. (1998); Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Garnefski y Diekstra (1997); Swanson et al. (1997); Tebutt et al. (1997)



el efecto adaptativo de esta estrategia, también alertan del riesgo que implica si se generaliza al resto de relaciones interpersonales de la víctima, como suele suceder en casos de abuso sexual infantil.

Conducta disruptiva y disocial

En el extremo opuesto, algunos autores han obtenido una elevada frecuencia de conductas de carácter disruptivo y disocial en víctimas de abuso sexual infantil, incluidas dentro de la denominada sintomatología externalizante según la categorización de Achenbach (1991), especialmente en víctimas de sexo masculino (Romano y De Luca, 2001). Los autores difieren en las frecuencias obtenidas para este tipo de conductas en víctimas de abuso sexual, oscilando entre el 2% indicado en el estudio de Mannarino y Cohen (1986) para ambos sexos; y el 25,3% para mujeres y el 58,4% para varones en el trabajo de Garnefski y Diekstra (1997).

Algunas víctimas crecen en la convicción de que el empleo de la agresividad es el mejor camino para conseguir lo que desean. Como se constata en diversos trabajos, haber sido víctima de abusos en la infancia parece constituirse un factor de riesgo para que de adulto se victimice a otros, conociéndose este fenómeno como la transmisión intergeneracional de la violencia, una de las consecuencias más graves del abuso sexual a nivel social (véanse las revisiones de Widom, 1989 o Maxfield y Widom, 1996).

Revisiones críticas a los estudios sobre consecuencias psicológicas iniciales

Una de las primeras revisiones críticas sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil es la realizada por Browne y Finkelhor (1986), quienes analizaron los estudios publicados sobre el impacto psicológico del abuso sexual entre 1956 y 1985. De los 26 estudios revisados, los autores únicamente pudieron encontrar seis estudios publicados sobre consecuencias iniciales o a corto plazo, destacando su escasa frecuencia. Browne y Finkelhor (1986) también subrayaron las enormes dificultades existentes para encontrar estudios realizados con víctimas de sexo masculino y el grave problema que este desconocimiento implica para el tratamiento de estas víctimas.

Posteriormente, Beitchman y colaboradores (1991) revisaron 42 estudios con muestras infantiles y adolescentes concluyendo que únicamente podía considerarse como consecuencia propia del abuso sexual infantil la conduc-

ta sexualizada, ya que el resto de problemas mencionados también se encontraban presentes en la mayoría de muestras clínicas.

Sin embargo, la revisión realizada por Trickett y McBride-Chang (1995) sobre el impacto psicológico del maltrato infantil, incluyendo la experiencia de abuso sexual, ha mostrado la existencia de múltiples consecuencias psicológicas en estas víctimas. En este trabajo se incluyeron únicamente artículos con apropiados grupos control y comparables al grupo de estudio en características sociodemográficas, confirmándose un cierto patrón evolutivo para la sintomatología presentada por víctimas de abuso sexual infantil, con más problemas internalizantes en la edad preescolar (especialmente enuresis, ansiedad y quejas somáticas) y la aparición de problemas externalizantes en períodos posteriores (como conductas disruptivas y delincuencia), así como una mayor presencia en las víctimas mayores de sintomatología disociativa y la aparición de la depresión como principal síntoma internalizante.

En nuestro país, las revisiones realizadas continúan constatando que las víctimas de abuso sexual infantil presentan una mayor frecuencia y un mayor nivel de síntomas relacionados con las áreas emocionales, sociales, cognitivas, conductuales y funcionales, que los grupos comparativos utilizados, si bien subrayan los problemas que presentan los diversos estudios para comparar sus resultados, debido a las distintas definiciones de abuso y a las diferentes metodologías utilizadas (Cantón y Cortés, 2000; Cerezo, 1995; Díaz, Casado F, García, Ruiz y Esteban 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Simón, López y Linaza, 2000).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En síntesis, la revisión realizada sobre las consecuencias psicológicas a corto plazo del abuso sexual infantil constata su frecuente presencia y su diversidad, así como la dificultad que implica el estudio de este tema, con múltiples problemas metodológicos que impiden avanzar en el conocimiento del estado psicológico de las víctimas, dificultando el desarrollo de programas de tratamiento eficaces y específicos (Paolucci, Genuis y Violato, 2001).

En primer lugar, los autores destacan los problemas existentes para conseguir una amplia muestra de víctimas, especialmente en estudios con menores de edad, que provocan, en muchos casos, que el tamaño muestral no sea suficiente para poder extraer conclusiones robustas y definitivas sobre las consecuencias psicológicas a



corto plazo del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995).

Cabe añadir un problema intrínseco al estudio de este tema y es la posible inclusión de víctimas de abuso sexual no detectadas en los grupos control y que pueden provocar la minimización de las diferencias entre los grupos y, por tanto, de las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil (Briere, 1992; Kinard, 1994).

Por otro lado, la frecuente inclusión de víctimas que han experimentado múltiples tipos de maltrato además del abuso sexual o la utilización de grupos de menores maltratados en los diferentes estudios, sin especificar el tipo específico de maltrato acontecido, son importantes sesgos en la obtención de resultados, ya que agravan las consecuencias psicológicas del abuso sexual y no permiten establecer una sintomatología diferenciada y específica para estas víctimas (Briere, 1992). Este fenómeno, denominado recientemente polivictimización (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), está siendo analizado por sus importantes repercusiones en el tratamiento adecuado de las víctimas.

Es importante tener en cuenta la fuente de la que se obtiene la muestra de estudio ya que, en muchos casos, las muestras provienen de agencias de protección infantil, que suelen incluir los casos más graves, sobrestimando la severidad de los síntomas del abuso sexual infantil.

En relación con la evaluación psicológica a corto plazo de las víctimas de abuso sexual, la mayoría de estudios utilizan únicamente una fuente de obtención de información (el cuidador no agresor, habitualmente la madre) con el sesgo que, en muchos casos, este método puede llegar a implicar (Kinard, 1998; McGee, Wolfe, Yuen, Wilson y Carnochan, 1995). Otros autores defienden el grave problema que implica el uso de un único informante en casos de abuso sexual infantil, sin embargo consideran que los cuidadores son aquellos que mejor pueden evaluar el estado de las víctimas, incluso mejor que ellas mismas (Kendall-Tackett et al., 1993).

Finalmente, las revisiones destacan también la falta de control de variables que pueden interferir en el estado de la víctima (como la existencia de problemas familiares) y ser la causa de los síntomas observados, independientemente de la experiencia de abuso sexual infantil (Bromberg y Johnson, 2001; Lakey y Heller, 1985).

Respecto a este problema, la mayoría de autores realizan estudios transversales que impiden confirmar que los síntomas evaluados son consecuencias del abuso sexual y que estos mismos síntomas no se deben a otras situa-

ciones acontecidas antes o después de la experiencia de abuso (Reece, 1998). El uso de instrumentos poco robustos y fiables para evaluar las consecuencias del abuso sexual (Morrisette, 1999) o la utilización de análisis estadísticos inadecuados para establecer relaciones causales también han sido algunas de las críticas metodológicas más frecuentemente dirigidas a estos estudios (Briere, 1992; Briere y Elliott, 1993).

A pesar de las dificultades, como se obtiene de los trabajos revisados, la sintomatología internalizante, principalmente los problemas de ansiedad (destacando la sintomatología postraumática), depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa y estigmatización, son aquellos que se encuentran con mayor frecuencia en los trabajos publicados en los últimos años, si bien no permiten establecer un síndrome o conjunto de síntomas específico para estas víctimas.

Son también relevantes los problemas de conducta, especialmente la sexualización del comportamiento del menor, pudiendo ser de gran utilidad como indicadores de una situación de abuso sexual, si bien siempre deben investigarse en profundidad otros posibles motivos que hayan podido llevar al niño o niña a exhibir estos comportamientos.

Cabe destacar que los autores que examinan las consecuencias iniciales del abuso sexual infantil sitúan éstas siempre en menores de edad, ya sean preescolares, escolares, preadolescentes o adolescentes. Sin embargo, son pocos los estudios que, basándose en teorías del desarrollo, realizan una diferenciación de la sintomatología presentada por los diversos grupos de edad, si bien diversos autores defienden la necesidad de esta diferenciación (Alessandri, 1991; Beitchman et al., 1991; Black, Dubowitz y Harrington, 1994; Cerezo, 1995; Cicchetti y Toth, 1995). Abogamos por que, tal y como propone Finkelhor (1995), futuros estudios sigan analizando las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil desde la perspectiva de la *developmental victimology* o *victimología del desarrollo*, considerando el riesgo y el impacto de la victimización según los diferentes estadios del desarrollo.

Es también importante tener en cuenta la función de las denominadas variables mediadoras o moderadoras entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de esta sintomatología. La presencia o ausencia de ciertas variables no únicamente relacionadas con las características objetivas del estresor (frecuencia y duración del abuso, coerción física por parte del agresor) sino también con factores in-



dividuales (sentimiento de culpa, autoestima, estrategias de afrontamiento) y psicosociales (apoyo social tras la revelación, revictimización en los juzgados), de manera consistente, facilitaría la aparición de trastornos psicopatológicos, mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a ese estresor (Compas y Phares, 1991; Lazarus y Folkman, 1984).

Los estudios realizados al respecto parecen confirmar que un importante porcentaje de víctimas de abuso sexual infantil no presenta repercusiones psicológicas tras esa experiencia. Autores como Echeburúa (2004) sitúan ese porcentaje de resistencia en un 30% de las víctimas a corto plazo y en un 70% a la largo plazo.

Es conveniente determinar, por tanto, las variables que puedan estar asociadas con la presencia o ausencia de sintomatología psicológica en víctimas de abuso sexual infantil. Si bien será imposible intervenir sobre las variables relacionadas con el agresor y con las características de la experiencia de abuso tras la vivencia de éste, otras variables referidas a la víctima y a su entorno pueden cambiarse, abriéndose un importante campo de trabajo de prevención terciaria. Un mejor conocimiento de las variables mediadoras relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil permitirá un mejor tratamiento de estas víctimas, así como la prevención de posibles problemas psicológicos posteriores.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Aglan, A., Kerfoot, M. y Pickles, A. (2008). Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: A six year follow-up. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49 (5), 508-515.
- Ahmadkhaniha, H. R., Shariat, S. V., Torkaman-nejad, S. y Moghadam, M. M. H. (2007). The frequency of sexual abuse and depression in a sample of street children of one of deprived districts of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (4), 23-62.
- Alessandri, S. M. (1991). Play and social behavior in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 191-205.
- Barudy, J. (1993). Dictaduras familiares, abuso sexuales, incesto. Estrategias terapéuticas. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. y Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Black, M., Dubowitz, H. y Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect*, 18, 85-95.
- Brand, E. F., King, C. A., Olson, E., Ghaziuddin, N. y Naylor, M. (1996). Depressed adolescents with a history of sexual abuse: Diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 34-41.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 196-203.
- Briere, J. y Elliot, D.M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 284-288.
- Briere, J. y Elliot, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 54-70.
- Brileslijper-Kater, S. N. y Baartman, H. E. M. (2000). What do young children know about sex?. Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6. *Child Abuse Review*, 9, 166-182.
- Bromberg, D. S. y Johnson, B. T. (2001). Sexual interest in children, child sexual abuse, and psychological sequelae for children. *Psychology in the Schools*, 38 (4), 343-355.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cerezo Jiménez, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1995). A developmental psy-



- chopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (5), 541-565.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 12, 571-577.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996a). The Weekly Behavior Report: A parent-report instrument for sexually abused preschoolers. *Child Maltreatment*, 1 (4), 353-360.
- Compas, B. E. y Phares, V. (1991). Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. En E. M. Cummings, A. L. Greene y K. H. Karraker (Eds.) *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping* (pp. 111-129). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 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.
- Crittenden, P. M. y DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (5), 585-599.
- Cusick, L. (2002). Youth prostitution: A literature review. *Child Abuse Review*, 11, 230-251.
- Díaz Huertas, J. A., Casado Flores, J., García García, E., Ruiz Díaz, M. A. y Esteban Gómez, J. (Dir.) (2000). *Atención al abuso sexual infantil*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.
- Dykman, R. A., McPherson, B., Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., Mooney, D. M., Wherry, J., et al. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and /or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32 (1), 62-74.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Einbender, A. J. y Friedrich, W. N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 155-157.
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (2), 177-193.
- Finkelhor, D., Ormord, R. K. y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J. y Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy?. *Pediatrics*, 101 (4), 620-624.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. y Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101 (4), 1-8.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Garnefski, N. y Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107.
- Garnefski, N. y Diekstra, R. F. W. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence, gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 323-329.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Hall, D. K. (1999). 'Complex' posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8 (4), 51-71.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.
- Kaufman, J. (1996). Child abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 9 (4), 251-256.
- 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.
- Kinard, E. M. (1994). Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 18 (8), 645-656.
- Kinard, E. M. (1998). Depressive symptoms in maltreated children from mother, teacher, and child perspective.



- ves. *Violence and Victims*, 13 (2), 131-147.
- Kinard, E. M. (2001a). Perceived and actual academic competence in maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 33-45.
- Kinard, E. M. (2001b). Characteristics of maltreatment experience and academic functioning among maltreated children. *Violence and Victims*, 16 (3), 323-337.
- Lakey, B. y Heller, K. (1985). Response biases and the relation between negative life events and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (6), 1662-1668.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Ligezinska, M., Firestone, P., Manion, I. G., McIntyre, J., Ensom, R. y Wells, G. (1996). Children's emotional and behavioral reactions following the disclosure of extrafamilial sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20 (2), 111-125.
- López, F. (1993). Efectos de los abusos sexuales de menores. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 10, 17-23.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. y Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 491-503.
- Maxfield, M. G. y Widom, C. S. (1996). The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150 (4), 390-395.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., Yuen, S. A., Wilson, S. K. y Carnochan, J. (1995). The measurement of maltreatment: A comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect*, 19 (2), 233-249.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K. J., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), 1326-1333.
- Mian, M., Marton, P. y LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5- year - old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 731-745.
- Morrisette, P. J. (1999). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse: Diagnostic and treatment considerations. *Child & Youth Care Forum*, 28 (3), 205-219.
- Morrow, J., Yeager, C. A. y Lewis, D. O. (1997). Enco- p- r- e- s- i- s and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21 (1), 11-18.
- Oates, R. K., Forrest, D. y Peacock, A. (1985). Self-esteem of abused children. *Child Abuse & Neglect*, 9, 159-163.
- Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A. y Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (7), 945-953.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Quas, J. A., Goodman G. S. y Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 723-736.
- Reece, R.M. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse: Response. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 533-535.
- Romano, E. y De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.
- Rowan, A. B. y Foy, D. W. (1993). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse survivors: A literature review. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1), 3-20.
- Runtz, M. G. y Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21 (2), 211-226.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M. y Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27, 579-605.
- Shonk, S. M. y Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37 (1), 3-17.
- Simón Rueda, C., López Taboada, J. L. y Linaza Iglesias,



- J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
- Stern, A. E., Lynch, D. L., Oates, R. K., O'Toole, B. I. y Cooney, G. (1995). Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (6), 1077-1089
- Swanston, H. Y., Tebutt, J. S., O'Toole, B. I. y Oates, R. K. (1997). Sexually abused children five years after presentation: A case-control study. *Pediatrics*, 100 (4), 600-608.
- Tebutt, J. S., Swanston, H. Y., Oates, R. K. y O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 330-339.
- Timmons-Mitchell, J., Chandler-Holtz, D. y Semple, W. D. (1997). Post-traumatic stress disorder symptoms in child sexual abuse victims and their mothers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (4), 1-14.
- Tremblay, C., Hébert, M. y Piché, C. (2000). Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 65-90.
- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Weinstein, D., Staffelbach, D. y Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 359-378.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence?. A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 3-28.
- 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). Nueva York: The Guilford Press.



EL EFECTO MATEO: UN CONCEPTO PSICOLÓGICO

THE MATHEW EFFECT: A PSYCHOLOGICAL CONCEPT

Jorge Jiménez Rodríguez
Universidad de Granada

En este trabajo se presenta el concepto y las características principales del efecto Mateo como concepto psicológico. En primer lugar, se revisa su origen y utilización en el contexto de la producción científica. Además, se exponen otros efectos equivalentes encontrados en diferentes áreas de la psicología y de otras disciplinas como la educación, la economía, la sociología y otras. El efecto Mateo se conceptualiza como un efecto que puede ser controlado, ya que contiene procesos psicológicos de decisión y perceptivos. Finalmente, el efecto Mateo se presenta como un término útil en diferentes ámbitos donde se usan conceptos psicológicos.

Palabras clave: efecto Mateo, concepto psicológico, proceso de decisión, proceso perceptivo.

The concept and the main characteristics of the Mathew effect as a psychological concept is introduced. The origin and use into scientific production context are revised. We show other equivalent effect in several psychological contexts and different situations as education, economy, sociology and others. Mathew effect can be controlled and defined by decision and perception process in a psychological framework. Finally, Mathew effect has been presented as a useful tool in different fields where the psychological concepts are used.

Keywords: Mathew effect, psychological concept, decision process, perceptive process.

La psicología como disciplina científica actual presenta dos características fundamentales. Una es el elevado grado de especialización de sus distintas áreas. Un rasgo que comparte con las demás ciencias y que contribuye a su enriquecimiento, aunque también podría llevarla a su “desmoronamiento” (Leahey, 1994); la segunda es su interdisciplinariedad ya que, en muchos otros contextos, se utilizan sus teorías y principios básicos, aplicándolos con mayor o menor rigor.

Siguiendo la idea de Albert Einstein de que la ciencia es una construcción de la realidad que sirve para dar sentido y explicar dicha realidad, se retoma el efecto Mateo, que ha sido descrito en otro contexto, con el objetivo de definirlo como concepto psicológico. Se observa la aparición de dicho efecto en diferentes contextos y se estudia cómo se podría controlar en función de sus consecuencias.

Finalmente, se proponen algunas ideas y líneas de investigación para desarrollar trabajos posteriores y más minuciosos que consistirán en conocer qué incidencia puede tener el efecto Mateo en otros campos teóricos. Se considera que este concepto puede ayudar a la psicología científica a afrontar mejor sus procesos de *especialización e interdisciplinariedad*.

Correspondencia: Jorge Jiménez Rodríguez. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Campus de Cartuja s/n. 18071 Granada. España. E-mail: jjrodriguez@ugr.es

EL ORIGEN DEL CONCEPTO EFECTO MATEO

El efecto Mateo se llama así originariamente por la cita bíblica del capítulo 13, versículo 12 del evangelio de San Mateo (que se repite en Mateo 25, 29 y en otros evangelistas hasta en cinco ocasiones) que dice textualmente:

“Qui enim habet, dabitur ei, et abundabit; Qui autem non habet, et quod habet, auferetur ab eo”. Que podría traducirse como “Porque al que tiene se le dará y tendrá en abundancia; pero al que no tiene incluso lo que tiene se le quitará”. Debemos hacer varias consideraciones acerca del concepto.

En primer lugar, el texto puede tener dos interpretaciones diferentes. En este contexto hemos descartado la interpretación bíblica que busca más un sentido de justicia como conclusión a las parábolas que le anteceden en los textos de la Biblia. De hecho, en nuevas traducciones bíblicas se ha cambiado el concepto *tener* por el de *producir*. Se ha escogido la interpretación de la cita utilizada por otros autores como Merton y Bunge.

Por otra parte se selecciona, como hacen estos autores, el sentido más general de los términos *dar* y *tener*, haciendo referencia de forma indistinta tanto a bienes y valores materiales como inmateriales. Por ejemplo, en el ámbito económico se utilizará como parámetro “el dinero” o “la riqueza”, pero en otros contextos se hará referencia a valores inmateriales como “la confianza” o “el prestigio social”. Ya que, dependiendo del ámbito en el que nos encontremos, se estudiarán parámetros de medida diferentes.



El primero que propone el concepto de "efecto Mateo" es Robert K. Merton en el contexto de la calidad de la producción científica. Este sociólogo de la ciencia denuncia que un autor con experiencia acreditada ve más favorecidas sus publicaciones que un joven sin experiencia o un recién llegado (Merton, 1968).

Siguiendo en el ámbito de la medida en la producción científica, Mario Bunge explica el "efecto San Mateo", como él lo denomina, en base a dos mecanismos: uno "memorístico", se retiene mejor en la memoria el nombre del autor más conocido que el del no conocido. Otro el "de selección de los autores", se deposita más confianza en un autor por su currículum y pertenencia a la "red", "cliqué" o "estrato científico". El propio Mario Bunge termina su artículo diciendo que Merton se ha beneficiado con el "efecto San Mateo" porque escribió muchos de sus trabajos en colaboración con otros estudiosos y, en cambio, tendemos a recordar su nombre y a atribuirle todo el mérito a él (Bunge, 2001).

Seguidamente, se exponen algunas de las evidencias de la existencia del efecto Mateo en diferentes ámbitos con el fin de delimitar su definición teórica y plantear sus posibilidades de control. Finalmente, se propondrán algunas conclusiones y la prospectiva generada.

EXISTENCIA DEL EFECTO MATEO EN DIFERENTES ÁMBITOS

Nuestra investigación comienza a raíz de varias observaciones incidentales, unas del contacto con las nuevas tecnologías y otras de otros entornos. En primer lugar, observamos las diferencias existentes entre las visitas recibidas por el lugar de internet más visitado y el resto. De los cerca de 8 millones de entradas realizadas en octubre de 2008 en los diversos buscadores existentes en la Red en los EEUU, el 61% de las visitas se han efectuado en Google Search, el 17% en Yahoo Search y el 11.4% en MSN/Windows Live Search (Nielsen, 2008). En diferentes categorías, se comprueba que existe un buscador (Google), lugar de correo (Hotmail), administrador de vídeos (Youtube), sistema operativo (el de Microsoft) muy destacado y el resto de su categoría a gran distancia, tomando como parámetro cualquier huella digital que consideremos. Pero la distancia (en número de accesos) entre el primero y el resto de lugares en internet dentro de una determinada categoría, no se corresponde, en muchos casos, con unas mejores prestaciones, mayor capacidad, mejores ilustraciones u otros parámetros. Igualmente ocurre en los porcentajes de crecimiento

en el número de usuarios de internet. En un estudio reciente de la Fundación Telefónica se encuentra que el porcentaje de usuarios de internet de los años 2004 a 2006 en EEUU (con el 68.95% de usuarios) ha crecido casi 7 puntos, en Europa (32.60% de usuarios) 2 puntos y en los países africanos (3.31% de usuarios) se ha incrementado su penetración de internet solamente un 1.70%. Los países con mayor peso económico en cada región del mundo son los de más penetración de internet y los que tienen más posibilidades de crecimiento en el futuro (Fundación Telefónica, 2007).

Se presentan ahora algunas observaciones desde la evaluación de la actividad científica. Aunque la presencia española en el Science citation index es "insignificante" (López Piñero y Terrada, 1992), se ha demostrado que el factor de impacto utilizado en nuestro país, solamente refleja de modo muy primario su repercusión en el área científica que utiliza el inglés como *lingua franca*, con el 90%. Basta comprobar los resultados del esfuerzo que un especialista en bibliometría como Moravcsic (1988) realizó para intentar paliar este fallo del Science citation index. La solución, propugnada por Eugene Garfield (1979), estaría en publicar índices de citas partiendo de revistas de disciplinas y zonas geográficas determinadas (véase como ejemplo el trabajo de Agudelo et al., 2003). De todas formas, las revistas españolas más prestigiosas de psicología siguen prefiriendo estar indizadas en el ISI (Institute for Scientific Information) de Garfield, aunque sus indicadores de calidad "han sido y seguirán siendo muy criticados" (Pérez-Tamayo, 1991). Basten las advertencias del propio Garfield (1979), que ha repetido innumerables veces que es un indicador relativo, que no debe aplicarse para comparar revistas, grupos o autores de disciplinas distintas. Si los criterios de calidad de las publicaciones científicas presentan problemas en las ciencias naturales, muchos más problemas surgen en las ciencias sociales, jurídicas o humanidades (Maltrás et al., 1998). Como es el caso del campo de la educación (Fernández Cano, 1997). En muchos estudios de sociología de la ciencia encontramos que el efecto Mateo es pernicioso y debe evitarse si queremos una evaluación de la producción científica lo más objetiva posible (Storer, 1966; Mitroff, 1973; Martin, 2003; Núñez, 2008).

En el contexto de la psicología de la educación, refiriéndonos a los conceptos de *inteligencia* y de *cociente intelectual*, se observa la consideración que han tenido como valores fundamentales en la escuela y las conse-



cuencias para muchos estudiantes. En los años 80, Michel Tort escribía: “los test de inteligencia están haciendo estragos. Sus principales víctimas son los niños de las clases populares: el mayor número de débiles mentales, cretinos, retrasados e idiotas lo detectan los test entre estos niños (...) su C. I. le perseguirá, como un antecedente judicial, a lo largo de toda su escolaridad” (Tort, 1981; pág. 1). En el contexto escolar, la utilización del concepto “inteligencia” como valor fundamental ha tenido consecuencias “devastadoras” (Rosenthal y Jacobson, 1992); aunque para una minoría de estudiantes suponga muchos “beneficios” y “ventajas” (Papalia y Olds, 1992). Recordemos que el concepto teórico *inteligencia* está entre los más “vagos” (Sternberg, 1990 y 2004). Debido a que determinadas estrategias cognitivas o “moldes mentales” son mejores predictores que el C.I. (Hernández, 2006), se podrían considerar las “inteligencias múltiples” (Pérez y Beltrán, 2006) y no el cociente intelectual ni la inteligencia como parámetros únicos.

La primera revisión de los estudios sobre las expectativas interpersonales corrió a cargo de Rosenthal y Rubin (1978), pero en Rosenthal y Jacobson (1968) encontramos la primera descripción del “efecto Pigmalión” en la docencia. Consiste en conseguir un progreso excepcional de un estudiante como resultado de las altas expectativas puestas en él por el maestro en la escuela (Bourdieu, 1970), que ya había sido descrito años antes (Coleman, 1966); en otro contexto se le había llamado “profecía autorrealizada” (Merton, 1948) y, recientemente, ha sido revisado en nuestro país en el caso de los profesores universitarios (Pichardo et al., 2007).

Hay otras evidencias de que el efecto Mateo se produce en el ámbito de psicología de la educación. Por ejemplo, Keith Stanovich ha encontrado que los menores que muestran un escaso progreso en las primeras etapas de la enseñanza de la lectura, son más lentos en años posteriores. Que los menores que acceden al vocabulario y al conocimiento a través de la lectura compensan las diferencias intelectuales. Y al contrario, la ausencia de “contacto con lo impreso”, genera problemas de falta de motivación y pérdida de confianza en las propias posibilidades (Stanovich, 1984). En nuestro país, se han corroborado estos datos (Marchesi et al., 2002). Además, Reynolds (1989), ha constatado en una muestra de alumnado de educación secundaria con rendimiento más bajo que leían una décima parte de palabras menor por día que los de más alto rendimiento. Por último, a esto se añade que el profesorado interactúa de diferente

manera con los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE). En sus análisis, Cooper (1983), ha puesto de manifiesto que su muestra de profesores ofrecía a este tipo de alumnado con NEE menor retroalimentación, les visitaban menos frecuentemente o esperaban menos tiempo a que contestasen. Remitimos al lector a la revisión de los estudios de psicología de la educación como Wang et al. (2001), Cassasus (2003), Good y Brophy (2003), Marchesi y Hernández (2003), Woolfolk (2003) y Marqués (2008); donde se ponen de manifiesto estos efectos no deseados en la educación. Se podrían relacionar con los trabajos sobre la “certeza de las creencias” y la “confirmación conductual” en el contexto de la psicología social (Morales y Moya, 1996), de “percepción social y de personas”, el “efecto Halo” y los “rasgos centrales y periféricos” (Asch, 1964), sobre la “cognición social” (Fiske y Taylor, 1984), “el estereotipo y el prejuicio” (Baron y Byrne, 1998) y la “psicología de los grupos” (Morales y Huici, 2003). Pero también con otras áreas de la psicología que han estudiado los procesos de “inferencia social” (Kahneman y Tversky, 1979), la investigación sobre los “modelos de razonamiento social” con los trabajos de Peter Wason (véase Carretero y García Madruga, 1984), la “elaboración de juicios sociales” (Nisbett y Ross, 1980) y la búsqueda de una “teoría normativa” que determine las formas concretas de razonamiento cotidiano (Fernández Dols, 1990).

En todos ellos se observa que el “efecto pigmalión” en psicología educativa es equivalente al “efecto Mateo” descrito por Merton (1968) en el ámbito de la medida en la producción científica.

En el ámbito de la psicología del desarrollo se constata que, si se aprovechan las oportunidades de mejora de las capacidades en los menores, se producirá un mejor rendimiento, más aprendizaje y mayores oportunidades en el futuro, lo que determinará su óptimo desarrollo. Se utiliza la metáfora de la *bola de nieve*, ya que se considera importante que los primeros pasos en el aprendizaje sean lo antes y mejores posibles, valorando que se utilicen todas las oportunidades de crecimiento y optimización de las capacidades.

El desarrollo del lenguaje es un ejemplo de este proceso, incluso antes del nacimiento (Bruner, 1986). También a muy temprana edad, como estudió Basil Bernstein en 1971, tendrá influencia el código verbal del contexto de aprendizaje (“restringido” frente a “elaborado”) que influirá en su capacidad de pensamiento (Vigotsky, 1973). La importancia del inicio temprano en el lenguaje para



su óptimo desarrollo está suficientemente documentada (Schieffebush, 1978; Astington y Jenkins, 1999; Carroll, 2006; Padilla, 2007), porque cuanto más estimulación efectiva reciban los menores, mejor será su desarrollo lingüístico.

También encontramos ejemplos de las consecuencias del efecto Mateo en el contexto de psicología del trabajo y de las organizaciones, cuando se realiza una entrevista de selección de personal (Salgado y Moscoso, 2008). Si el psicólogo emite un juicio global completamente favorable o desfavorable sobre un candidato, basándose únicamente en una sola cualidad del mismo también se le llama *efecto Halo* (Pereda y Berrocal, 2001), que es un obstáculo a una evaluación objetiva, que afectaría a la selección.

Los *efectos acumulativos* en psicología de la educación y del desarrollo y el *efecto Halo* en psicología social y en psicología del trabajo y de las organizaciones, tienen un significado análogo y se pueden explicar con los mismos principios que el "efecto Mateo" descrito por Merton y Bunge.

Se exponen seguidamente algunos datos fuera de los límites de la psicología. Comenzaremos con el mundo empresarial y repasaremos otros ámbitos tan dispares como el marketing, la economía, los procesos electorales, los movimientos sociales y la política económica.

En el ámbito de la empresa se utiliza, con frecuencia, el concepto *efecto riqueza* y se apela al argumento de que *el pez grande se come al pequeño*. Tenemos a diario ejemplos de unas empresas que absorben a otras o invaden su mercado. Véase el caso de la historia de la implantación de Coca-cola en el mercado (Sculley y Byrne, 1990). En el contexto económico y de las empresas a menudo se utilizan conceptos que provienen de la psicología para explicar diversos aspectos económicos y empresariales. "Percepción", "pensamientos" y "confianza" son algunos de ellos (Quintanilla, 1989). Hay multitud de ejemplos de *efecto riqueza* en la empresa, en economía (Schiller, 2002; Chomsky, 2005; Ayala y Sastre, 2007; Robles y Caballero, 2007; VVAA, 2007; Fuenzalida et al., 2008) y en el "mercado de acciones" (Rogers, 2008). Según la corriente de pensamiento *mercantilista*, la prosperidad de las naciones (y de las personas) se logra acumulando metales preciosos porque es un "signo de riqueza" (Quintanilla y Bonavía, 2005). Si tenemos en cuenta la nueva "sociedad red" (Castells, 2006), el efecto "el dinero llama al dinero" se propagará a escala global gracias a los medios de comunicación, en ocasio-

nes, con la etiqueta de "opinión pública" (Price, 2002). Para Qualter (1994), los bienes de consumo son las "credenciales aceptadas", los "distintivos de autoridad" de las élites sociales. A la persona o entidad que es percibida como más pudiente se le otorgan más beneficios y ventajas y no se le aportan al que es percibido como pobre o en fase de empobrecimiento. Esto incrementa la "brecha económica" (Rodríguez, 2005), la "brecha digital" (Castells, 2006), la "política económica" (INEM, 2007; INE, 2008) y "científica" (Acevedo y Núñez, 2008). Una revisión del efecto Mateo desde la teoría sociológica clásica se puede hacer desde la perspectiva de Ritzer (2002).

En otro contexto muy diferente, Taagepera y Shugart (1989) establecen la distinción entre dos procesos: "mecánico" y "psicológico" para explicar el funcionamiento de los procesos electorales. El primero se refiere a la tendencia de los sistemas electorales a bonificar a los partidos mayoritarios y a penalizar a los minoritarios, haciendo que el porcentaje de votos supere o sea inferior al de escaños. El proceso mecánico se basa en decisiones políticas previas y afecta al porcentaje de escaños de cada partido o candidato. Hay más de 300 procedimientos electorales diferentes (Girón y Bernardo, 2007; Urdániz, 2006), que tendrán influencia en el proceso mecánico. El segundo, el proceso psicológico, depende de cada votante y aumenta la desproporción de porcentajes votos-escaños (Taagepera y Shugart, 1989).

Mención aparte merecen los premios, títulos y reconocimientos. En ellos, con frecuencia, se selecciona a un premiado al que se le dan todos los honores y beneficios personales, sociales y psicológicos y se eclipsa al resto. Estos procesos, en muchos casos, reciben críticas y desencantos (Ver los "premios de la Academia Sueca" (Zuckerman, 1977), del deporte (Jodrá, 1992) y "los Oscar" (Esparza et al, 2008).

Tanto en el contexto económico y empresarial (con el "efecto riqueza"), los procesos electorales como en los premios y reconocimientos, observamos que se producen efectos equivalentes a los analizados anteriormente en diferentes áreas de la psicología, que Merton denominó "efecto Mateo" (Merton, 1968).

EL EFECTO MATEO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA

El efecto Mateo, según lo expuesto anteriormente, contiene dos partes:

- a) El aporte de una mayor cantidad de beneficios, tan-



to materiales (económicos y otros recursos, premios) como inmateriales (privilegios, consideraciones, confianza, poder, fama) por el hecho de tener el máximo valor en un determinado parámetro que se considera relevante. Se sitúa en la primera posición de una determinada clasificación o categoría de ámbito local, regional, nacional o globalizada. Como consecuencia de ser calificado como el mejor, resulta el más beneficiado, sobrevalorado y, frecuentemente, eclipsa al resto.

- b) Por otra parte, se reducen o anulan los beneficios de cualquier tipo a las personas o entidades que menos valor poseen de un determinado parámetro que es considerado como relevante. Se generan, en muchos casos, procesos de marginación porque se cambia la consideración hacia estas personas o entidades cuando se perciben como en los últimos lugares de la clasificación. Con frecuencia se observa que quedan muy por debajo de lo esperado dado los recursos con los que contaban al principio. En el caso extremo, el que tiene menos es despojado de lo suyo, que paradójicamente se entrega al que más tiene.

Como consecuencia se genera, lo que se ha llamado según el contexto, una distancia o brecha entre los afectados por ambos procesos.

Se considera que el *efecto Mateo* es un concepto teórico que se explica desde la psicología, porque en él se pueden distinguir dos tipos de procesos claramente diferenciados: procesos de decisión, a la hora de seleccionar los parámetros de medida en cada ámbito, y procesos perceptivos individuales.

Hemos observado que, según el contexto, se recurre a diferentes denominaciones para explicar efectos que son análogos. En evaluación científica se acuñó el concepto "efecto San Mateo", en psicología educativa se conoce como "efecto pigmalión", en psicología social y en psicología del trabajo y de las organizaciones se le denomina "efecto Halo", en psicología del desarrollo le llamamos "efecto bola de nieve"; en otros ámbitos diferentes de la psicología, como es el caso de económicas y empresariales se le llama "efecto riqueza" y "efecto acumulativo", en los procesos electorales distinguen entre efectos "mecánico" y "psicológico" y en política social se utiliza, con el mismo sentido, el término "elitismo social". Nuestra propuesta es considerarlos a todos como un único efecto que se ha definido desde la psicología bajo el concepto "efecto Mateo".

POSIBILIDAD DE CONTROL DEL EFECTO MATEO

Se han observado algunos casos en los que las consecuencias del efecto Mateo no son las deseadas, tanto para los protagonistas como para la sociedad en general.

Por otra parte, podemos encontrar a muchos profesionales de la psicología en el ámbito académico calificando a los estudiantes, en el sector laboral en procesos de selección de personal (Salgado y Moscoso, 2008), en el área clínica realizando diagnósticos psicológicos (Fernández Ballesteros, 1983), en su gran mayoría en la clínica privada (Santolaya et al., 2002) o determinando los signos de marginación en las migraciones (Blanco, 2006; Moya y Puertas, 2008). En estos ámbitos donde las evaluaciones y clasificaciones tienen gran relevancia, las consecuencias del efecto Mateo deben estar suficientemente controladas. Planteamos que se reconsideren, determinando en qué medida se produce la sobrevaloración del parámetro o los parámetros considerados en cada caso como fundamentales. Y, sobre todo, estudiar qué vías existen como alternativas de las consecuencias no deseadas que se puedan producir en cada caso.

Se pueden crear las condiciones para que el efecto Mateo sea atenuado e incluso eliminado. Se ha definido como concepto teórico psicológico en el que intervienen dos procesos: uno previo de decisión: cuando se selecciona el parámetro a tener en cuenta. Se decide si se va a considerar solamente un parámetro o varios de forma conjunta, etc. El proceso de decisión es susceptible de ser modificado según el ámbito que estemos considerando. Se han documentado ejemplos en los que era posible sustituir el parámetro por otro, como es el caso del C.I. Cuando estudiamos el efecto mecánico en los procesos electorales decíamos que podíamos decidir qué parámetro considerábamos a priori como más valorado. Cuando analizamos el ámbito de los premios y reconocimientos podíamos decidir si otorgábamos solamente uno o si también habrá otros (de consolación, compartidos o por participación). El propio Gordon Allport llegó a mencionar las "acciones legislativas" para reducir, a priori, la "discriminación pública" como también el "prejuicio privado" (Allport, 1977). Son algunas de las acciones posibles sobre el proceso de decisión del efecto Mateo. En general, si se selecciona una estructura piramidal, solamente una persona o instancia resulta catalogado como el *mejor*, con lo que acapara todos los beneficios. El resto resulta perjudicado en comparación con él. Esta estructura es muy competitiva, pero puede resultar conveniente cuando buscamos una élite, necesi-



temos una persona para un puesto de trabajo o queremos conocer el más capaz dentro de una determinada categoría. En cambio, cuando se pretende beneficiar a la mayoría de los participantes y buscamos el rendimiento y capacidad de todos ellos, se seleccionará un sistema diferente al piramidal, que atenúe o elimine el efecto Mateo. El sistema participativo es opuesto al sistema piramidal, porque todos resultan igualmente beneficiados.

El segundo tipo de proceso, el perceptivo, es individual. Es más difícil de controlar, al menos directamente, aunque estará influenciado por el proceso de decisión previo. Si establecemos una estructura piramidal en la que sólo hay un beneficiado y a los demás no se les reconoce su valía, estamos facilitando que cada observador lo perciba como el mejor, el más capaz e incluso como el único. En ese caso, hemos fomentado el efecto Mateo, afectando al proceso perceptivo individual. En cambio, se consigue atenuar el efecto Mateo cuando en lugar de dar sólo un premio al mejor se dan primer y segundo premio, tres medallas, varios diplomas para diferentes categorías, premios compartidos o premios de consolución. Se seguirá dando el efecto en menor medida ya que los beneficios estarán repartidos entre los mejores.

En el plano económico, se habla de la dicotomía entre repartir mejor la riqueza o bien reconocer cultural y socialmente a los marginados. Para Fraser y Honneth (2006), no existen dos procesos excluyentes sino complementarios: la "redistribución" y el "reconocimiento cultural" de las minorías marginadas. Es lo que se ha realizado en este trabajo, la distinción entre el proceso de decisión y el proceso perceptivo individual.

Otro intento de mitigar el efecto Mateo, de forma que otras personas o entidades no queden en la sombra, es crear reconocimientos locales, es decir, favorecer que se reconozca el valor en una determinada zona geográfica. Encontramos dos ejemplos de la búsqueda de procedimientos más justos para evaluación de la calidad en la investigación. Por un lado, la creación del índice de impacto local de las revistas españolas de ciencias sociales *In-RECS* que es equivalente al ISI mundial (Ruiz, R. et al., 2006) y otro, la búsqueda de otros productos como Scopus, Google Scholar, SSCI, Psycinfo, aunque el ISI continúa siendo el referente mundial. Se han buscado otros índices, reduciendo su ámbito de aplicación a un área temática, con el fin de poder evaluar más objetivamente a los investigadores del área concreta. Un ejemplo es la aplicación del índice *h* de Hirsch (Hirsch, 2005) en el

área de psicología social (Salgado y Páez, 2007), por países (Prathap, 2006) o por instituciones como las universidades, departamentos o institutos de investigación (Rousseau y Rons, 2008). Otro ejemplo de mejora de estos índices puede encontrarse en Buela-Casal (2003).

En cuanto a la revisión de los artículos científicos el mejor método de eliminar el efecto Mateo continúa siendo la revisión por pares expertos que desconocen la autoría de los trabajos (Peters y Ceci, 1982), aunque debe mejorarse el procedimiento, ya que en un porcentaje del 20% al 60% no se consigue evitar identificar la autoría de los estudios de investigación (Ross et al., 2006).

En el contexto educativo, cuando se valoran otras capacidades más allá de las asignaturas y los niveles (Hargreaves et al. 2001) se ha conseguido rebajar el nivel de competencia alrededor de un solo parámetro de medida (como es el desarrollo del razonamiento y de la memoria) y se ha dado cabida a otras capacidades, valores y habilidades que contribuyen a la adaptación de todos a la sociedad del conocimiento (Hargreaves, 2003).

Hay casos en los que se intenta paliar un posible beneficio a los que más tienen, pero se logra el efecto contrario. Por ejemplo, en Formación Ocupacional para el Empleo en nuestro país, "deberían primarse a personas sin cualificación", pero hay un importante porcentaje de titulados superiores en el alumnado, cuya presencia "aumenta lenta y constantemente" (Fernández Enguita, 2002). Se ha realizado una actualización de los datos, encontrando que el porcentaje de alumnado con estudios superiores en 2007 continúa siendo el mismo que hace un lustro, alrededor del 20%. El porcentaje de personas sin preparación que tiene acceso a estos cursos no llega al 10% (INEM, 2007).

En ocasiones, las personas con más posibilidades se pueden estar beneficiando de las prestaciones públicas por contar con "la información y la necesidad" (Rodríguez, 2005). Muchas de las prestaciones del sector público español solamente son accesibles a partir de cierta posición económica (García, 1996) ya que hay que estar por encima de "la línea de la pobreza" (Ayala, 1998), por debajo de la cual, no se reciben esos bienes y servicios. Se benefician sobre todo las clases medias y no se reducen las desigualdades (Goodin y Le Grand, 1987), el estado del bienestar se limita a efectuar transferencias de renta entre ciudadanos de un mismo estrato social, no redistribuye. La política social incluso "institucionaliza las desigualdades" de edad, género, etnia y muchas otras (Arteaga y Solís, 2001).



La discusión sigue abierta ya que hay autores que piensan que sí se produce redistribución de la riqueza (Calero y Costa, 2003). En todo caso, la alternativa al efecto Mateo, si existe, sería focalizar el gasto público en los más necesitados y el resto encontrarán su lugar en el mercado con pequeñas ayudas graduadas según su necesidad. Se pueden modificar las consecuencias no deseadas del efecto Mateo a través de sus dos componentes, modificando o diversificando el parámetro de valoración con el que se obtienen los beneficios o prestaciones.

CONCLUSIONES Y APERTURAS

El efecto Mateo es equivalente a otros efectos encontrados en distintas áreas de la psicología y en otras ciencias diferentes a la psicología pero que utilizan sus mismos principios para explicar sus hallazgos. Dependiendo del contexto y de las bases sobre las que se construyen las diferentes entidades, una de ellas sobresale de las demás por el hecho de acumular mayor cantidad de un determinado valor. Se le otorga el primer puesto, es sobrevalorada dentro de su categoría, eclipsando al resto. Esto conforma el efecto Mateo en su sentido positivo.

Por otra parte, las entidades (personas u otras) que no tengan o que atesoren muy poco valor en una determinada categoría, quedan relegadas al último lugar, son marginadas o desechadas. En algunos casos, resultan esquilmas en recursos materiales (económicos u otros) e inmateriales (psicológicos, sociales).

Se plantea que lo característico del efecto Mateo como concepto será su alcance ya que, aun proponiéndolo como un concepto puramente psicológico, tiene relevancia científica teórica y práctica en un gran número de ámbitos diferentes, no estrictamente pertenecientes a la psicología pero sí en los que ésta puede explicar bastantes efectos encontrados en otras disciplinas como la educación, la economía, la política social, el marketing empresarial y en otras actividades culturales.

En contextos participativos como el académico, podremos decidir qué estructura y tipos de recompensas se seleccionarán para mejorar el control del efecto Mateo. En otros ámbitos más competitivos, podemos evitar sus consecuencias negativas. Con estructuras piramidales, se asegurará la máxima objetividad y precisión del parámetro escogido de cara a proporcionar los beneficios deseados. En cambio, las estructuras participativas e igualitarias facilitan la cooperación y reducen las consecuencias negativas.

En distintos contextos y disciplinas diferentes al campo de la psicología se utilizan, de forma transversal, principios psicológicos sin profundizar en su significado. El concepto de efecto Mateo puede ayudar a explicar y controlar las consecuencias que se derivan en esos ámbitos.

Las implicaciones gnoseológicas y psicológicas del efecto Mateo y de cómo la psicología las explica en diferentes áreas y en otras disciplinas científicas, serán objeto de nuestros análisis en próximos trabajos.

REFERENCIAS

- Acevedo, E. B. y Núñez, J. (2008). *Apreciación social de la ciencia en la periferia*. Organización de Estados Iberoamericanos: CTS. Consultado el 12 de diciembre de 2008 en: <http://www.oei.es/salactsi/acevedonunez.pdf>
- Agudelo, D., Buela-Casal G. y Bretón, J. (2003). Análisis bibliométrico de las revistas de Psicología clínica editadas en castellano. *Psicothema*, 15(4), 507-516.
- Allport, G. W. (1977). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudema (Orig. 1954).
- Arteaga, C. y Solís, S. (2001). *La política social en la transición*. México: Plaza y Valdés.
- Asch, S. (1964). *Psicología social*. Buenos Aires: Eudema (Orig. 1954).
- Astington, J.W. y Jenkins, J. M. (1999). A longitudinal study of the relation between language and theory-of-mind development. *Developmental Psychology*, 35, 1311-1320.
- Ayala, L. (1998). *Las condiciones de vida de la población pobre en España: informe general del Equipo de Investigación Sociológica*. Madrid: Cáritas española.
- Ayala, L. y Sastre, M. (2007). Políticas redistributivas y desigualdad. *Información Comercial Española, Revista de Economía*, 837, 117-138.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. New York: Prentice-Hall (Orig. 1977).
- Bernstein, B. (1971). *Class, Codes and Control. Vol. 1: Theoretical studies towards a sociology of language*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Blanco, C. (2006). *Migraciones: nuevas moviidades en un mundo en movimiento*. Barcelona: Anthropos.
- Bourdieu, P. (1970). *La reproduction*. París: Editions du Minint.
- Bruner, J. (1986). *El habla del niño*. Barcelona: Paidós (Orig. 1983).
- Buela-Casal, G. (2003). Evaluación de la calidad de los artículos y de las revistas científicas: Propuesta del



- factor de impacto ponderado y de un índice de calidad, *Psicothema*, 15(1), 23-35.
- Bunge, M. (2001). El efecto San Mateo. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 1(2), [en línea]. Consultado el 9 de septiembre de 2008 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30500225>
- Calero, J. y Costa, M. (2003). *Análisis y evaluación del gasto social en España*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Carretero, M. y García Madruga, A. (comps.) (1984). *Lecturas de Psicología del Pensamiento*. Madrid: Alianza.
- Carroll, D. W. (2006). *Psicología del lenguaje*. Madrid: ITES Paraninfo.
- Cassasus, J. (2003). *La escuela y la (des)igualdad*. Santiago: LOM ediciones.
- Castells, M. (2006). *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza.
- Coleman, J. (1966). Report on the Equality of educational Opportunity. Washington DC: US Government Printy Office.
- Cooper, A. (1983). Communication of teacher expectations to students. En J. M. Levine y M. C. Wang (Eds), *Teacher and Student perceptions: Implications for learning*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chomsky, N. (2005). Sobre democracia y educación. Barcelona: Paidós (Orig. 2003).
- Esparza, N., Rossman, G. (2008). *I like to thank the Academy, Complementary productivity and Social Networks*. California Center for Population Research, working paper CCPR-035-06. Consultado el 20 de diciembre de 2008 en http://ccpr.ucla.edu/asp/ccpr_035_06.asp
- Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Cano, A. (1997). Evaluación de la investigación educativa española: Una revisión integrativa de realizaciones en 25 años. *Revista española de pedagogía*, 207, 279-301.
- Fernández-Dols, J. M. (1990). *Patrones para el diseño en psicología social*. Madrid: Morata.
- Fernández Enguita, M. (2002). *Educación, economía y sociedad en España: los desafíos del trabajo en la era global*. Salamanca: Fundación Santillana.
- Fiske, S. T. y Taylor, S. E. (1984). *Social Cognition*. New York: Random House.
- Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?: Un debate político-filosófico*. Madrid: Morata (Orig. 2003).
- Fuenzalida, D. O., Mongrunt, S. M., Nash, M. y Benavides, J. (2008). Estructura propietaria y rendimientos bursátiles en Suramérica. *Cuadernos de Administración*, 21(35), 11-35.
- Fundación Telefónica (2007). *El uso de las TIC por los ciudadanos*. Barcelona: Ariel.
- García, A. (1996). *La pobreza en España*. Madrid: Encuentro.
- Garfield, E. (1979). *Citation indexing. Its theory and application in science, technology and humanities*. Nueva York: Wiley.
- Girón, F. J. y Bernardo, J. M. (2007). Las matemáticas de los sistemas electorales. *Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 1, 21-34.
- Good, T. y Brophy, J. (2003). *Looking in classrooms*. Boston: Allyn & Bacon.
- Goodin, R. E. y Le Grand (1987). *Not only the poor : the middle classes and the welfare state*. London: Allen & Unwin.
- Hargreaves, A., Earl, L., Moore, S. y Manning, S. (2001). *Aprender a cambiar: la enseñanza más allá de las materias y los niveles*. Barcelona: Octaedro.
- Hargreaves, A. (2003). *Enseñar en la sociedad del conocimiento*. Barcelona: Octaedro.
- Hernández, P. (2006). Educación intelectual versus emocional: ¿conflicto, limitación o incompetencia? *Papeles del Psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27(3), 165-170.
- Hirsch, J. E. (2005). An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Academy of Sciences of USA*, 102, 16.569-16.572.
- INE (2008). *Estadísticas sobre las actividades en Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico*. Consultado el 10 de diciembre de 2008 en: <http://www.ine.es>
- INEM (2007). *Anuario 2007: Información Jurídica, Empleo, Formación Profesional y Prestaciones por Desempleo*. Madrid: Servicio público de Empleo Estatal.
- Jodr a, P. (1992). *Psicología aplicada al deporte: manual práctico*. Madrid: Acción Divulgativa, D. L.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An analysis of decisions under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Leahey, T. H. (1994). *Historia de la psicología*. Madrid: Debate (Orig. 1982).
- López Piñero, J. M. Y Terrada, M. L. (1992). Los indica-



- dores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (III). Los indicadores de producción, circulación y dispersión, consumo de la información y repercusión. *Medicina Clínica*, 98, 142-148.
- Maltrás, B., Quintanilla, M. A. y Vidal, J. (1998). Indicadores bibliométricos en la evaluación de la investigación. *Revista de Educación*, 315, 141-151.
- Marchesi, Á., Coll, C. y Palacios, J. (2002). *Desarrollo Psicológico y Educación. Vol. III. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Madrid: Alianza.
- Marchesi, Á. y Hernández, C. (2003). *El fracaso escolar. Una perspectiva internacional*. Madrid: Alianza.
- Marqués, I. (2008). La educación postobligatoria en España y Andalucía. *Actual*, 31, 1-20.
- Martín, O. (2003). *Sociología de las ciencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *Anti-och Review*, 8, 193-210.
- Merton, R. K. (1968). The Matthew effect in science. *Science*, 159, 56-63.
- Merton, R. K. (1977). *La sociología de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- Morales, J. F. y Huici, C. (2003). *Estudios de Psicología Social*. Madrid: UNED.
- Morales, J. F. y Moya, M. C. (1996). *Tratado de psicología social*. Madrid: Síntesis.
- Moravcsic, M. J. (1988). The coverage of science in the third world: the Philadelphia program. En L. Egghe y R. Rousseau (ed.). *Informetrics 87/88*. Amsterdam: Elsevier.
- Moya, M. C. y Puertas, S. (2008). Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 6-15.
- Mitroff, I. A. (1973). *The subjective side of Science*. Amsterdam: Elsevier.
- Nielsen online (2008). *October U. S. Search share rankings*. New York: The Nielsen company. Recuperado en 12 de noviembre de 2008 de www.nielsen-online.com.
- Nisbett, R. y Ross, L. (1980). *Human inference*. New York: Prentice-Hall.
- Núñez, J. (2008). *La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar*. Org. de Estados Iberoamericanos: CTS. Consultado el 12 de noviembre de 2008 en: <http://www.oei.es/salactsi/nunez00.htm>
- Padilla, S. (Coord.) (2007). *El laberinto del lenguaje*. Castilla-La Mancha: UCM.
- Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1992). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill.
- Pereda, S. y Berrocal, F. (2001). *Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Ramón Areces editores.
- Pérez, L. y Beltrán, J. (2006). Dos décadas de Inteligencias Múltiples: implicaciones para la psicología de la educación. *Papeles del Psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27(3), 147-164.
- Pérez-Tamayo, R. (1991). *Ciencia, paciencia y conciencia*. Madrid: S. XXI.
- Peters, D. y Ceci, S. (1982). Peer-reviewed practices of Psychological Journals: the fate of published articles, cited again. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 187-255.
- Pichardo, M. C., García Berbén, A. B., De la Fuente, J. y Justicia, F. (2007). El estudio de las expectativas en la universidad: análisis de trabajos empíricos y futuras líneas de investigación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9 (1). Consultado el 20 de dic. de 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol9no1/contenido-pichardo.html>
- Prathap, G. (2006). Time to publish: The scientific efficiency of nations. *Current Science*, 91, 1438.
- Price, V. (1994). *Opinión pública*. Buenos Aires: Paidós.
- Qualter, T. H. (1994). *Publicidad y democracia en la sociedad de masas*. Barcelona: Paidós comunicación.
- Quintanilla, I. (1989). *Psicología y Marketing: evaluación de la conducta del consumidor y otras extensiones*. Valencia: Promolibro.
- Quintanilla, I. y Bonavía, T. (2005). *Psicología y Economía*. Valencia: U. V.
- Reynolds, M. C. (1989). Childer with Special needs. En M. C. Reynolds (Ed.), *Knowledge base form de beginning teacher*. Oxford: Pergamon.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. Madrid: Mc Graw-Hill (Orig. 1977).
- Robles, F. J. y Caballero, V. (2007). Genealogía y sentido de la Psicología económica. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(2/3), 173-179.
- Rodríguez, G. (Coord.) (2005). *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Madrid: Fundación FO-ESSA.
- Rogers, J. (2008). *El boom de las materias primas*. Barcelona: Valor.
- Rosenthal, R. y Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinegart and Winston.
- Rosenthal R., y Jacobson, L. (1992). *Pygmalion in the*



- Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development.* New York: Irvington.
- Rosenthal, R. y Rubin, D. B. (1978). Interpersonal expectancy effects: the first 345 studies. *The behavioral and Brain Sciences*, 3, 377-415.
- Ross, J. S., Gross, C. P., Desai, M. M., Hong, Y., Grant, A. O., Daniels, S. R., Hachinski, V. C., Gibbons, F. J., Gardner, T. J. y Krumholz, H. M. (2006). Effect of blinded peer review on abstract acceptance. *JAMA*, 295(14) 1675-1680.
- Rousseau, R. y Rons, N. (2008). Another h-type index for institutional evaluation. *Current Science*, 95: 1103.
- Ruiz, R., Delgado, E. y Jiménez, E. (2006). Criterios del Institute for Scientific Information para la selección de revistas científicas. Su aplicación a las revistas españolas: metodología e indicadores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 401-424.
- Salgado, F. J. y Moscoso, S. (2008). Selección de personal en la empresa y las administraciones públicas: de la visión tradicional a la visión estratégica. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 16-24.
- Salgado, F. J. y Páez, D. (2007). La productividad científica y el índice *h* de Hirsch de la psicología social española: convergencia entre indicadores de productividad y comparación con otras áreas. *Psicotema*, 19(2), 179-189.
- Santolaya, F., Berdullas, M. y Fernández Hermida, J. R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo profesional en España. *Papeles del psicólogo*, 82, 65-82.
- Schieffbusch, R. (1978). *Bases of language intervention.* Baltimore: U. P. P.
- Schiller, B. R. (2002). *Principios esenciales de Economía.* Madrid: MacGraw-Hill.
- Sculley, J. y Byrne, J. A. (1990). *De Pepsi a Apple.* Barcelona: Ediciones B.
- Stanovich, K. E. (1984). The interactive-compensatory model of reading: A confluence of developmental, experimental and educational psychology. *Remedial and Special Education*, 5(3), 11-19.
- Sternberg, R. J. (1990). *Más allá del C. I.* Bilbao: Desclee de Brower (Orig. 1985).
- Sternberg, R. J. (2004). *¿Qué es la inteligencia?*. Madrid: Pirámide (Orig. 1988).
- Storer, N. W. (1966). *The social system of Science.* New York: H. R. and Winston.
- Taagepera, R. y Shugart, M. S. (1989). *Seats and Votes: The effects and determinants of electoral systems.* New Haven: Yale University Press.
- Tort, M. (1981). *El Cociente Intelectual.* Madrid: S. XXI (Orig. 1974).
- Urdániz, J. (2006). Medición de la desproporcionalidad electoral: una crítica a los Mínimos Cuadrados. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 115, 257-296.
- Vigotsky, L. S. (1973). *Pensamiento y lenguaje.* Buenos Aires: La Pléyade (Orig. 1934).
- VVAA (2007). *Informe España 2007: Una interpretación de su realidad social.* Madrid: Fundación Encuentro.
- Wang, M. C., Gennari, P. A., Maning, J. y Vaughan, E. D. (2001). *Atención a la diversidad del alumnado.* Madrid: Narcea.
- Woolfolk, A. E. (2003). *Psicología Educativa.* México: Prentice Hall (Orig. 1999).
- Zuckerman, H. (1977). *Scientific Elite. Nobel alureates in the United States.* New York: Free Press.



CAMPO PROFESIONAL Y PROCEDIMIENTOS DE CERTIFICACIÓN EN ANÁLISIS APLICADO DEL COMPORTAMIENTO EN ESPAÑA Y EUROPA

PROFESSIONAL FIELD AND CERTIFICATION IN APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS: SPAIN AND EUROPE

Javier Virués-Ortega^{1,2,3}, Gerald L. Shook⁴, Erik Arntzen^{2,5}, Neil Martin²,
Víctor Rodríguez García^{1,6} y María Rebollar Bernardo¹

¹ABA España, ²European Association for Behaviour Analysis, ³Nodo Instituto de Salud Carlos III, CIBERNED, Madrid, ⁴Behavior Analyst Certification Board, Inc., ⁵Akershus University College, Oslo, ⁶Fundación Planeta Imaginario, Barcelona

El análisis aplicado de la conducta es un área científica dirigida a la comprensión y modificación de comportamientos socialmente relevantes. Esta área ha experimentado un notable desarrollo profesional en la última década. Aunque la mayor expansión se ha dado en la intervención en autismo y otros trastornos del desarrollo, ha habido avances en numerosas áreas. La creciente demanda de servicios profesionales requiere estándares para la formación y certificación de profesionales. El Behavior Analyst Certification Board, Inc. (BACB) es una agencia sin ánimo de lucro que ha desarrollado un programa internacional de certificación de analistas de conducta con una notable difusión en Estados Unidos, Europa y otras regiones del mundo. El acceso a la certificación contempla criterios de formación académica, teórica y de práctica supervisada, y requiere de la superación de un examen de certificación. Se discuten las posibilidades de difusión de las certificaciones profesionales en análisis de conducta en España y Europa.

Palabras clave: análisis aplicado del comportamiento, análisis de conducta, autismo, certificación, BCBA.

Applied behavior analysis is a scientific field devoted to the modification of socially relevant human behavior. This area has grown significantly in recent years. Although this has been driven mostly by an increasing demand for intervention in autism and developmental disabilities, there have been major developments in a number of areas. The growing demand for high quality professional services requires the development of standard criteria for professional training and certification. The Behavior Analyst Certification Board[®], Inc. (BACB[®]) is a non-profit corporation that has developed an international certification program for behavior analysts that has been widely adopted by professionals in the field in the United States, Europe and elsewhere. Access to certification poses academic, coursework and supervised experience requirements, in addition to a certification exam. In this paper we discuss the potential of this certification scheme for the credentialing of behavior analysts in Spain and Europe.

Keywords: Applied behavior analysis, behavior analysis, autism, certification, BCBA.

El análisis aplicado de la conducta es un área de las ciencias del comportamiento dirigida a la comprensión y mejora de conductas socialmente relevantes, distinguiéndose por tener como objeto de estudio conductas objetivamente definidas y su relación con variables independientes ambientales (Baer, Wolf y Risley, 1968). El análisis aplicado no puede entenderse desligado de una filosofía de la ciencia específica, ca-

racterizada por el determinismo, el empirismo, la parsimonia explicativa y la experimentación y de una rama básica conocida como análisis experimental del comportamiento. Un hito en el inicio de esta disciplina puede fijarse en 1938 con la publicación de *La Conducta de los Organismos* de B. F. Skinner. En esta obra se presenta una aproximación a la conducta espontánea con atención a sus variables antecedentes y sobretodo consecuentes y cuya unidad de análisis es la contingencia de tres términos (antecedente-conducta-consecuencia). La contingencia de tres términos permite analizar procesos de aprendizaje básicos como el reforzamiento o la discriminación. No sería hasta décadas después cuando las primeras aplicaciones en problemas de conducta reales de los conocimientos derivados del análisis experimental cristalizan en una nueva disciplina: el análisis aplicado del comportamiento, momento que puede fijarse en 1968 con el primer número de la revista *Journal of Applied Behavior Analysis*. En España no habrá noticia del

Correspondencia: Javier Virués Ortega. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. C/ Sinesio Delgado, 6. 28029 Madrid. España. Email: jvirues@isciii.es

Javier Virués Ortega es el secretario de ABA España y el secretario de la European Association for Behaviour Analysis. Gerald L. Shook es Chief Executive Officer de la Behavior Analyst Certification Board, Inc. Erik Arntzen es el actual presidente de la European Association for Behaviour Analysis y no European Association of Behaviour Analysis. Neil Martin es representante del área aplicada de la European Association for Behaviour Analysis. Víctor Rodríguez García es el director clínico de la Fundación Planeta Imaginario y vicepresidente de ABA España. María Ángeles Rebollar Bernardo es consultora especialista en análisis aplicado del comportamiento en Madrid y miembro de la junta directiva de ABA España.



análisis de conducta hasta finales de los años 60 con el grupo de interés creado por Ramón Bayés en Barcelona (Bayés, 2003).

El análisis de conducta, pese a ser un área clásica en psicología y ciencias de la educación, ha experimentado una notable expansión en los últimos años tanto por sus desarrollos teóricos como por la difusión de procedimientos de intervención eficaces (Cooper, Heron y Howard, 2007). Entre las áreas de mayor difusión profesional destaca la intervención analítico-conductual en patologías recogidas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, tales como Autismo y Síndrome de Asperger, entre otras. En este ámbito, la intervención analítico-conductual es la aproximación que ha acumulado mayor evidencia, existiendo más de veinte ensayos clínicos independientes realizados en Estados Unidos, Reino Unido, Noruega, Argentina, Israel y Australia. Estos estudios muestran la eficacia de este enfoque en la mejora de las actividades de la vida diaria, rendimiento académico y habilidades de comunicación en esta población (ej., Eikeseth, Smith, Jahr y Eldevik, 2007; Eldevik, Hastings, Hughes, Jahr y Eikeseth, en prensa; Howard, Sparkman, Cohen, Green y Stanislaw, 2005; Remington et al., 2007; Virués-Ortega et al., 2008).

También se han observado expansiones notables en otras áreas aplicadas del análisis de conducta. Entre ellas puede destacarse muy especialmente la intervención psicológica en adultos, bien mediante procedimientos de intervención derivados de la teoría del marco relacional (Luoma, Hayes y Walser, 2007; Luciano-Soriano, 2001), o bien mediante la aplicación directa de principios conductuales básicos a la intervención clínica (Ferro, Valero y López-Bermudez, 2007; Froján-Parga, 2004). El llamado análisis de conducta clínico ha cosechado una creciente evidencia sobre su efectividad y eficacia en trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos, entre otros (ej., Bach y Hayes, 2002; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, 2007). La educación en niños con desarrollo típico es otro ámbito de notable difusión, con procedimientos como la enseñanza precisa y el desarrollo de modelos de escolarización basados en el análisis de conducta (Greer, 2002; Johnson & Layng, 1994). Así mismo, la gestión del comportamiento organizacional, dirigida a la mejora de las condiciones y comportamientos del trabajo, se ha desarrollado considerablemente, con aplicaciones tan diversas como la mejora en la gestión de grupos de trabajo, la seguridad laboral o la productividad (Austin, 2008). Otras áreas

de aplicación incluyen: mejora de la práctica deportiva (Martin, 2008), intervención conductual en enfermedades crónicas tales como la demencia (Brenske, Rudrud, Schulze y Rapp, 2008), o la intervención conductual en grandes grupos o epidemiología conductual (Hovell, Wahlgren y Gehrman, 2002). En resumen, el análisis aplicado de la conducta es una aproximación general al comportamiento socialmente relevante que ha diversificado notablemente sus ámbitos de actuación en las últimas décadas.

La efectividad de la intervención analítico-conductual y el desarrollo de un programa internacional de certificación se han correspondido con una creciente demanda de servicios y una expansión profesional y científica en auge. Por ejemplo, el número de miembros asociados a la *Association for Behavior Analysis International* creció un 93% en la última década y un 112% la asistencia a su conferencia anual (ABA International Team, comunicación personal, 10 enero 2009). Análogamente, el número de portadores de las certificaciones de la *Behavior Analyst Certification Board* (BACB) y el número de programas universitarios aprobados por esta misma institución se ha incrementado exponencialmente en los últimos 10 años (Hughes & Shook, 2007). Un crecimiento similar se observa en la aparición de nuevas revistas especializadas en el área, la creación de asociaciones profesionales en todo el mundo y el creciente mercado laboral de los profesionales formados en análisis de conducta (Malott, 2008).

Este crecimiento ha comenzado a tener efectos en políticas sanitarias y sociales. Por mencionar solo algunos casos, el Gobierno de Ontario en Canadá (Ministry of Education, 2007), el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, 1999) y el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (U.S. Public Health Service, 1999) recomiendan la intervención analítico-conductual como la modalidad de intervención de elección en niños con trastornos de espectro autista, fomentando la provisión de este servicio en sus respectivas poblaciones. La intervención analítico-conductual en autismo es explícitamente recomendada por las guías clínicas de California (California Department Developmental Services, California Department of Education, 1997), Nueva York (New York State Department of Health, 1999), Manchester (MADSEC Autism Task Force, 2002), Ontario (Children's Mental Health Ontario, 2003), Sidney (Roberts, 2003) y por la *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del*



espectro autista elaborada por el grupo de estudio sobre trastornos de espectro autista del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (Fuentes-Biggi et al., 2006). Este último informe afirmaba: "A pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios revisados, éstos están calificados como los más correctos de la bibliografía existente sobre intervención en el autismo [...]. El Grupo de Estudio señala que los programas conductuales y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje son elementos fundamentales en el apoyo a las personas con autismo, tanto para fomentar su desarrollo como para afrontar los problemas del comportamiento (p. 428)".

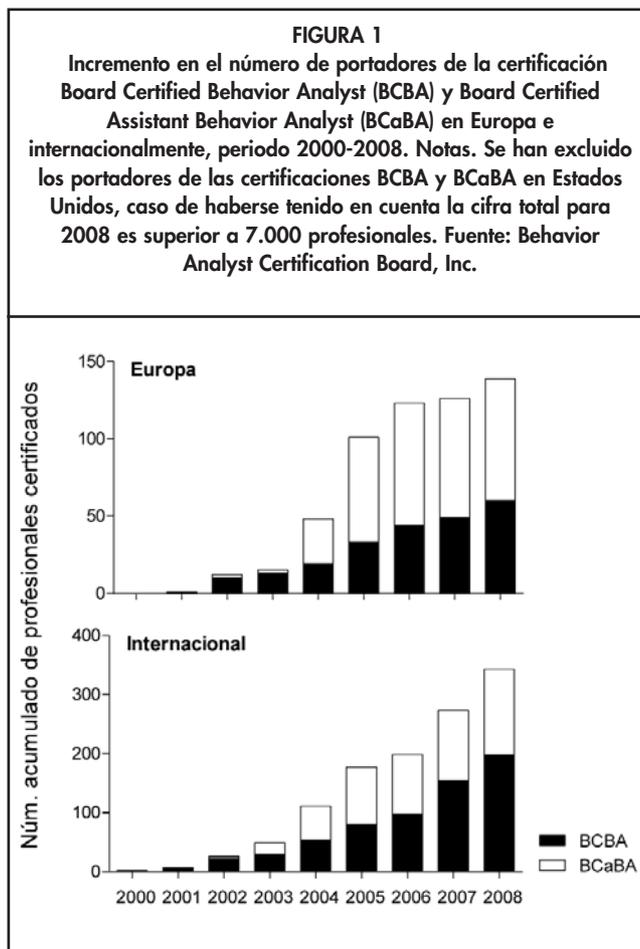
El desarrollo profesional de una disciplina con creciente demanda crea necesidades de formación y certificación de profesionales. La *Behavior Analyst Certification Board, Inc.* (BACB) es una institución sin ánimo de lucro que ha desarrollado durante la última década una extensa labor en este sentido, creando consensos sobre los currícula de los programas universitarios teóricos y los programas prácticos ofertados por universidades y proveedores de servicios, creando guías éticas y el único sistema disponible de certificación de las cualificaciones profesionales de analistas de conducta. En este artículo presentamos brevemente las características de funcionamiento y el desarrollo internacional de la certificación de analistas de conducta.

DESARROLLO DEL SISTEMA DE CERTIFICACIÓN

Instigada por casos de mala praxis en el uso de procedimientos conductuales que se registraron en el estado de Florida a mediados de la década de los 80, la administración estatal estableció un examen de certificación de analistas de conducta. Un proceso análogo sucedió en otros estados que comenzaron a usar el sistema de exámenes de Florida hasta que en 1999 la responsabilidad de certificación profesional de analistas de conducta fue transferida de las administraciones estatales a la BACB. Desde entonces, esta institución no solo certifica profesionales, sino que también aprueba programas de formación. Las certificaciones expedidas por la BACB están reconocidas por instituciones profesionales como la *Association for Behavior Analysis International*, *Association of Professional Behavior Analysts*, y la División 25 de la Asociación Americana de Psicología (APA). Así mismo, las certificaciones de la BACB están acreditadas por la *National Commission for Certifying Agencies* en Estados Unidos. Esta certificación ha experimentado un notabilísimo desarrollo existiendo más de 7000 profesionales

certificados en 29 países desde su creación hasta hoy (Figura 1; Hughes y Shook, 2007) y más de 100 programas aprobados en todo el mundo, 16 de ellos en Europa (Figura 2). El desarrollo internacional de la certificación ha sido desigual; en el caso europeo la tendencia es creciente, pero aún queda un largo recorrido. En otras regiones del mundo como Latinoamérica, el desarrollo de la acreditación es prácticamente nulo.

La BACB ha desarrollado dos niveles de certificación: el de analista de conducta certificado (*Board Certified Behavior Analyst*, BCBA) y el de analista de conducta certificado ayudante (*Board Certified Assistant Behavior Analyst*, BCaBA). En el primer caso se exigen niveles superiores de titulación (Licenciado ó *Master's degree* frente a grados inferiores), formación teórica específica (225 frente a 135 horas) y experiencia supervisada (1500 frente a 1000 horas en el caso de la modalidad de Supervised Independent Fieldwork) (BACB, 2009a). Análogamente, el examen de certificación BCBA contempla un número mayor de preguntas en áreas conceptuales y de procedimientos de in-



tervención que el examen de certificación BCaBA (Tabla 3). La certificación BCBA está dirigida a profesionales con una elevada responsabilidad en el diseño, aplicación y seguimiento de programas de intervención. Por el contrario, el analista de conducta ayudante debe someter su trabajo a cierto nivel de supervisión externa.

La certificación profesional en análisis de conducta cumple numerosas funciones a favor de profesionales y usuarios: (a) certifica cierto tipo de formación tanto teórica como práctica frente a títulos y certificaciones oficiales más generalistas, (b) fomenta el contacto entre profesionales, (c) asegura el reciclaje y el perfeccionamiento de los profesionales acreditados debido a los requisitos de formación continua, (d) plantea criterios para la estructuración de programas formativos, fomentando la actualización de los programas y la excelencia docente, (e) incrementa la

visibilidad de los profesionales ante usuarios e instituciones a través de un registro de analistas certificados (BACB, 2009b), y (f) son un elemento positivo para postularse a una oferta de empleo en el área de análisis de conducta y sus aplicaciones.

Un aspecto de gran interés catalizado por el sistema de certificación es la actualización continua de profesionales. Los profesionales ya certificados deben acudir a actividades formativas que organizan en todo el mundo entidades reconocidas como Proveedores de Unidades de Educación Continua. Estos créditos pueden, por tanto, obtenerse asistiendo a eventos formativos de diversos formatos y que han sido objeto de una evaluación de calidad por parte de la BACB en términos de relevancia de los contenidos y adecuación de los docentes.

Otro aspecto de notable interés de la acreditación es su creciente valía para encontrar empleo debido a la asistencia que presta tanto a los trabajadores como a los empleadores. Por ejemplo, el sistema de búsqueda de empleo *Service to Apply, Recruit and Train (START)*, gestionado por la *Association for Behavior Analysis International*, tiene una media de 200 ofertas de empleo en cualquier momento. La mayor parte de estas ofertas reconocen las certificaciones BCBA y BCaBA bien como méritos, bien como requisitos necesarios para postularse. Ello, obviamente, no obsta para que existan excelentes profesionales que no poseen la certificación, en especial debido a que el programa de certificación está disponible tan solo desde hace diez años. No obstante, poseer la certificación informa sobre mínimos formativos y facilita la comunicación profesional.

FIGURA 2

Instituciones con series de créditos aprobadas por la Behavior Analyst Certification Board (BACB) en Europa. Notas. Triángulos: Programas para la certificación Board Certified Assistant Behavior Analyst (BCaBA); Cuadrados: Programas para la certificación Board Certified Behavior Analyst (BCBA); Círculos: programas para ambas certificaciones. 1. Bangor University, Gales; 2. University of Wales, Swansea; 3. Social Psychology School, Varsovia; 4. University of Ulster, Coleraine; 5. ABA España, Madrid; 6. Akershus University College, Oslo; 7. National University of Ireland, Maynooth; 8. IESCUM, Milano; 9. SEI Formação, Lisbon; 10. National University of Ireland, Galway; 11. University of Limerick, Limerick; 12. University College Dublin, Dublin; 13. University College Cork, Cork; 14. Cardiff University, Gales; 15. Stockholm Institute of Education, Stockholm; 16. University of Kent, Canterbury

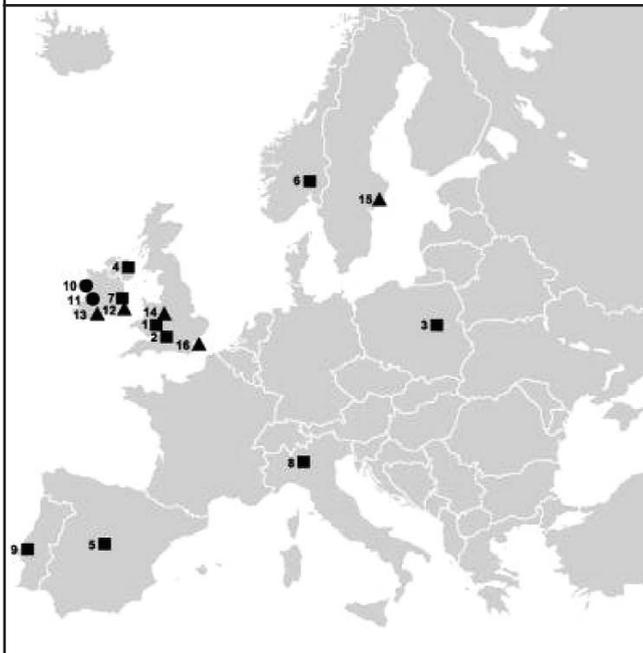
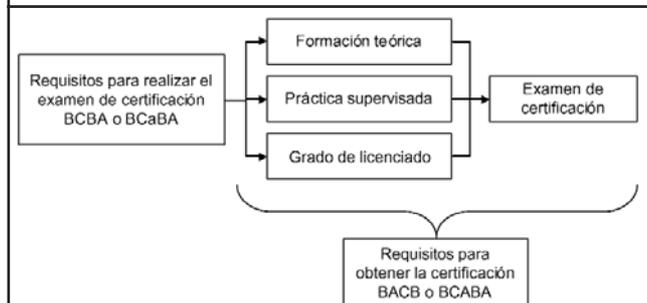


FIGURA 3
REQUISITOS PARA REALIZAR EL EXAMEN DE
CERTIFICACIÓN DE LA BCaBA



Nota. El requisito de licenciado solo se aplica a personas que lo obtuvieron en España, el resto de casos deben acreditar un nivel académico equivalente al grado norteamericano de *Master's Degree*.



PROCESO DE CERTIFICACIÓN

El desarrollo del sistema de certificación en análisis de conducta se ha realizado de forma análoga a procesos de certificación y estandarización en otras profesiones y puede sintetizarse en la siguiente secuencia: (a) evaluación sistemática de los contenidos esenciales de la disciplina profesional mediante un procedimiento conocido como “análisis del trabajo” en el que se consultan de forma sistemática numerosos profesionales en el área, (b) establecimiento de una lista sistemática de contenidos profesionales o “lista de tareas” resultante de dicha evaluación, y (c) elaboración de un examen de certificación que represente correctamente los contenidos profesionales de la lista de tareas y sea consistente con los estándares legales de certificación profesional y con la estructura básica de los programas docentes universitarios que otorgan los requisitos de formación teórica para acceder a dicha certificación profesional.

El sistema de análisis del trabajo es un vasto proceso en el que se consulta de forma sistemática y estandarizada a un extenso grupo de profesionales de todo el mundo, mayoritariamente analistas de conducta certificados, sobre el contenido de su trabajo. El resultado de este sondeo se sintetiza en áreas de contenidos y habilidades específicas que un profesional debe poseer. Esta síntesis es la llamada “lista de tareas” y es revisada cada cinco años (Shook, Johnston, y Mellichamp, 2004). De esta lista se derivan requerimientos específicos de formación teórica y práctica (BACB, 2005). Aquellos programas de formación interesados en que sus alumnos reúnan los criterios de formación teórica previos, necesarios para poder solicitar la certificación, deben seguir estos criterios y solicitar la aprobación de su serie de créditos a la BACB. En la Tabla 1 se presenta detalladamente los contenidos y carga horaria mínima que un programa con serie de créditos susceptible de aprobación debe contemplar para las acreditaciones BCBA y BCaBA.

Por último, de los contenidos de la lista de tareas también se derivan las preguntas que componen el banco de ítems con el que se realiza el examen de certificación. El aspirante solo tiene acceso a este examen una vez satisfechos requisitos de grado académico, formación teórica y práctica supervisada en análisis de conducta (Figura 3). Estos criterios se presentan con mayor detalle a continuación

1. Requisitos académicos

Para poder realizar el examen de acreditación organizado por la BACB, el profesional aspirante debe poseer un grado académico de licenciado si ha obtenido su grado académico en España, o grado equivalente en caso de cambios en los planes de estudio. Las personas que se hayan formado en otros países deben demostrar un nivel académico equivalente al grado norteamericano de *Master's Degree* en el caso de la acreditación BCBA y de *Bachelor's Degree* en el caso de la acreditación BCaBA.

2. Requisitos de formación teórica en análisis de conducta

Los requisitos de tipo teórico se adquieren cursando un programa universitario o impartido por una institución profesional que tenga una serie de créditos aprobada por la BACB (una lista completa puede consultarse en www.bacb.com). Los programas con este reconocimiento tienen unas horas docentes mínimas para cada una de las siguientes áreas: Ética en análisis de conducta, Definiciones y características, Principios, conceptos y procesos, Evaluación conductual y diseño de intervenciones, Evaluación experimental de intervenciones, Medida de la conducta, Mostrar e interpretar datos conductuales, Elegir estrategias e intervenciones, Procedimientos de cambio de conducta, Recursos humanos aplicados a programas conductuales, y Materias optativas. Las materias optativas se establecen por elección de la dirección de cada programa y pueden darle cierto grado de especialización (ej., mayor especialización en conducta verbal, análisis de conducta clínico, autismo, gestión de

TABLA 1
MATERIAS Y HORAS ASIGNADAS EN LOS PROGRAMAS
TEÓRICOS APROBADOS POR LA BACB PARA LAS
CERTIFICACIONES BOARD CERTIFIED BEHAVIOR ANALYST (BCBA)
Y BOARD CERTIFIED ASSISTANT BEHAVIOR ANALYST (BCaBA)

Materia	BCBA y BCaBA
1. Ética	15
2. Principios, procesos y conceptos	45
3. Evaluación conductual y diseño de intervenciones	35
4. Evaluación experimental de intervenciones	20
5. Medida de la conducta y manejo de datos	20
6. Procedimientos de cambio de conducta	45
7. Materias optativas	45
Total Horas	225
<i>Nota.</i> Nótese que algunas áreas han sido combinadas.	



conducta organizacional, etc.). La organización de materias y contenidos obedece a la mencionada lista de tareas (BACB, 2005).

3. Requisitos de formación práctica

Las prácticas deben estar orientadas al aprendizaje de habilidades analítico-conductuales relacionadas con la lista de tareas de la BACB. Las actividades deben ajustarse a las dimensiones del análisis aplicado del comportamiento de Baer, Wolf y Risley (1968). Se recomienda que el profesional en formación adquiera experiencia en varios centros de práctica, bajo varios supervisores y con varios clientes, velando no obstante por la continuidad en el tiempo que requiere una correcta supervisión práctica. El cliente que se considera adecuado puede ser cualquier persona que presente un déficit o exceso conductual, sea o no en el contexto de un trastorno mental o médico, para el cual una intervención conductual se ha-

ya demostrado apropiada de acuerdo a la evidencia empírica disponible. Entre las actividades prácticas consideradas adecuadas se cuentan las siguientes:

- Actividades de evaluación relacionadas con la necesidad de intervenciones conductuales.
- Diseño, aplicación y seguimiento de programas analítico-conductuales para clientes reales.
- Seguimiento y aplicación de programas analítico-conductuales desarrollados por otros profesionales.
- Otras actividades que realizan normalmente los analistas de conducta y que están vinculadas directamente con el análisis de conducta tales como atender y organizar reuniones profesionales sobre programas analítico-conductuales, estudiar la literatura relacionada con un programa, discutir con otros profesionales sobre un programa, y participar en actividades de investigación.
- Cualquier actividad adicional relacionada con el diseño y realización de programas de análisis de conducta, y con la supervisión y evaluación de analistas de conducta.

Las dos modalidades de formación práctica más importantes contempladas por la BACB se distinguen por su intensidad en términos de horas semanales de trabajo práctico y proporción de horas de supervisión por un profesional experimentado: (a) Trabajo de campo independiente supervisado (Supervised Independent Fieldwork, SIF), y (b) *Practicum*. El alumno debe ser supervisado durante la realización de tareas analítico-conductuales al menos quincenalmente, en el caso de la modalidad SIF y al menos una vez a la semana en el caso de la modalidad *Practicum*. El supervisor debe dar retroalimentación específica al alumno sobre su trabajo práctico. Se consideran supervisores válidos, profesionales que ya dispongan de la certificación, profesionales no certificados que puedan justificar una experiencia suficiente, y profesionales dentro de un programa de prácticas aprobado por la BACB.

La carga y distribución de horas de trabajo práctico en cada una de las modalidades se presentan de forma sistemática en la Tabla 2.

4. Examen de certificación

Una vez cumplidos los requisitos ya descritos de grado académico, y formación teórica y práctica (Figura 3) y una vez estos sean valorados favorablemente por la BACB mediante una solicitud oficial, el alumno puede comenzar a programar su examen el cual puede realizarse en centros autorizados *Pearson VUE* de exámenes informatiza-

	SIF	<i>Practicum</i>
Horas totales requeridas	1500 h	1000 h
Trabajo práctico independiente (h/sem), óptimas (Mín - Máx)	30 h (10 - 30 h)	25 h (10 - 25 h)
Frecuencia de sesiones de supervisión	Quincenal	Semanal
Horas supervisión, % (h totales)	5% (75 h)	7,5% (75 h)
Individual, % (h totales)	≥50% (≥37,5 h)	≥50% (≥37,5 h)
Grupal, % (h totales)	≤50% (≤37,5 h)	≤50% (≤37,5 h)

Notas. h: horas; h/sem: horas por semana; SIF: Trabajo de campo independiente supervisado.

Materia	BCBA	BCaBA
1. Ética	18	18
2. Definiciones y características	7	7
3. Principios, procesos y conceptos	24	19
4. Evaluación conductual	10	10
5. Evaluación experimental de intervenciones	8	8
6. Medida de la conducta	16	15
7. Mostrar e interpretar datos conductuales	6	5
8. Selección de objetivos y procedimientos de intervención	12	8
9. Procedimientos de cambio de conducta	43	36
10. Sistemas de apoyo	6	6
Número total de preguntas	150	132



dos (en España se encuentran en Sevilla, Barcelona y Madrid). Una vez aprobada la solicitud del alumno, este tiene acceso a una aplicación informática que permite la programación del examen dentro de los dos años siguientes y en tres ventanas temporales que se establecen anualmente. El examen consta de 150 preguntas de 4 opciones múltiples, en su mayor parte referentes a casos prácticos, a contestar en 240 minutos ampliables a 270 en alumnos de habla no inglesa. En la Tabla 3 se presenta el número de preguntas que cada tipo de examen (BCBA, BCaBA) dedica a cada una de las materias teóricas reflejadas en la lista de tareas (BACB, 2005).

CERTIFICACIÓN EN ESPAÑA

La situación profesional del análisis de conducta en España se ha visto favorecida por el establecimiento de centros de intervención pioneros, grupos de investigación activos en el área y programas de formación aprobados. Este último aspecto ha sido auspiciado por la asociación profesional sin ánimo de lucro ABA España, institución afiliada a la *Association for Behavior Analysis International*. Adicionalmente, existen ocho programas de intervención en trastornos del desarrollo localizados en Oviedo, Barcelona, Madrid, Córdoba y Santa Cruz de Tenerife y que se encuentran dentro de un programa de *Practicum* aprobado por la BACB. Las características específicas de cada uno de estos programas se presentan en la Tabla 4.

El desarrollo futuro de los programas de aprendizaje práctico en España debería contemplar los siguientes aspectos: (a) mayor disponibilidad de información sobre las características de las intervenciones realizadas en cada centro o programa, (b) auditoría externa de profesionales y procedimientos, y (c) desarrollo de estándares

específicos de aprobación y certificación de programas de intervención.

La reciente decisión por parte de la BACB de traducir el examen de certificación a lengua castellana y la inauguración del Programa de Becas Donald M. Baer (ABA España, 2008) dirigido a alumnos latinoamericanos, dan un nuevo impulso a la continuidad de las iniciativas de formación y certificación ya en marcha. La consolidación de este sistema de certificación en el contexto europeo requerirá una adecuada difusión entre profesionales y usuarios, así como el reconocimiento de instituciones locales de certificación y de asociaciones profesionales. En este sentido puede trazarse una analogía con el Certificado EFPA/COP de Especialista Europeo en Psicoterapia desarrollado recientemente por la Federación Europea de Asociaciones de Psicología y el Colegio Oficial de Psicólogos (Colegio Oficial de Psicólogos, 2007).

La utilidad que la certificación pueda tener en nuestro entorno más próximo, al margen de las generales ya mencionadas, será una función del grado de reconocimiento que pueda obtenerse a través de organismos de acreditación y organizaciones profesionales en España. Otro factor será que el número de profesionales con esta certificación supere el umbral necesario para que esta sea reconocida por empleadores y usuarios.

CONCLUSIÓN

El desarrollo experimentado por el análisis aplicado del comportamiento debe acompañarse de un alto nivel de excelencia profesional. Para ello resulta imprescindible una gestión eficaz e independiente de los sistemas de acreditación de profesionales. Estos deben estar basados en estándares consensuados internacio-

TABLA 4
CENTROS Y CONSULTORÍAS DENTRO DE UN PROGRAMA DE PRÁCTICAS RECONOCIDO POR LA BACB EN ESPAÑA

Centro/Consultoría/Supervisor	Componentes	Métodos específicos	Tipo ^a
Centro Al-Mudarís, Córdoba	ECE, ENP, PIT, INV, SEP, TRS	CV	CE
Centro CIEL, Oviedo	ECE, PIT, TRS	CV	DO
Consultoría ABA, Barcelona	ECE, PIT, SEP	-	DO
Consultoría ABA 1, Madrid	ECE, ENP, PIT, SEP, TRS	AS	DO
Consultoría ABA 2, Madrid	ECE, ENP, PIT, SEP	CV, AS	DO
Fundación Ilusiones para el Autismo, Islas Canarias	ECE, PIT	-	CE
Fundación Planeta Imaginario, Barcelona	ECE, PIT, SEP, TRS	-	DO
Grupo Inves. Aprendizaje Complejo, Univ. Oviedo	INV	CV	-

Notas. ABA = Análisis aplicado del comportamiento; AS = *Activity schedule*; CV = Conducta verbal; ECE = Evaluación clínica y educativa; ENP = Entrenamiento a padres; INV = Investigación; PIT = Programa de intervención temprana, SEP = Supervisión externa de programas de intervención; TRS = Programas de transición a la escuela regular.

^a CE = Programa en centro de intervención, DO = Programa de intervención en domicilio.



nalmente sobre los contenidos del campo profesional, las habilidades necesarias para desempeñarlo y la formación requerida para la incorporación y actualización de profesionales. Los beneficios de los sistemas de certificación profesional son múltiples, en el caso del análisis aplicado de la conducta se añade su efecto en la cohesión del campo profesional, cuestión de gran relevancia considerando el carácter aún restringido que las aplicaciones del análisis de conducta presentan en España y Europa. La labor desempeñada por los programas de formación aprobados por la BACB en toda Europa en los últimos años supone un notable impulso para: (a) la confluencia de criterios profesionales, (b) la expansión de las aplicaciones analítico-conductuales, y (c) la atención a la creciente demanda social de profesionales altamente cualificados en intervenciones analítico-conductuales en trastornos del desarrollo y otras áreas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quisieran manifestar su agradecimiento a José Julio Carnerero (Centro Al-Mudaris®), Celia Nogales (ABA España) y J. Carl Hughes (Bangor University, Gales) por sus constructivos comentarios a versiones previas de este manuscrito.

REFERENCIAS

- ABA España. (2008). *Beca Donald M. Baer 2008-2009 para alumnos latinoamericanos interesados en obtener la certificación BCBA en España*. Documento recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.cienciaconducta.com/progaut/dmb2009.pdf>
- Austin, J. (2008). A new era of OBM. *Journal of Organizational Behavior Management*, 28, 214-217.
- Bach, P., y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., y Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bayés, R. (2003). Introducción de la obra de B. F. Skinner. *Revista de Historia de la Psicología*, 24, 301-316.
- Behavior Analyst Certification Board. (2005). *BCBA & BCaBA Behavior Analyst Task List* (3ª ed.). Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.bacb.com/tasklist/207-3rdEdTaskList.htm>
- Behavior Analyst Certification Board. (2009a). *BCBA & BcaBA Eligibility Standards*. Recuperado el 5 de mayo de 2009 de http://www.bacb.com/becom_frame.html
- Behavior Analyst Certification Board. (2009b). *Certificants' registry*. Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.bacb.com/registry/zip.php>
- Brenske, S., Rudrud, E. H., Schulze, K. A., y Rapp, J. T. (2008). Increasing activity attendance and engagement in individuals with dementia using descriptive prompts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 273-277.
- California Department Developmental Services, California Department of Education. (1997). *Best practices for designing and delivering effective programs for individuals with ASD. Recommendations of the collaborative Work Group on Autistic Spectrum Disorders*. California: CDDS, CDE.
- Children's Mental Health Ontario. (2003). *Evidence-based practices for children and adolescents with ASD. Review of the literature and practice guide. Ontario, Canada*. Recuperado el 1 de enero de 2009 de http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/EBP_autism.pdf
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2007). *Psicólogo especialista en psicoterapia: Certificación EFTA/COP*. Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.cop.es/certificado>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., y Heward, W. L. (2007). *Applied behavior Analysis* (2ª ed.). Pearson: New Jersey (pp. 7-15).
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., y Eldevik, S. (2007). Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between ages 4 and 7: A comparison controlled study. *Behavior Modification*, 31, 264-278.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., y Eikeseth, S. (en prensa). Meta-analysis of early Intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Child and Adolescent Psychology*.
- Ferro, R., Valero, L., y Lopez-Bermudez, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., y Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.



- Frojan-Parga, M. X. (Ed.). (2004). *Consultoría conductual*. Madrid: Pirámide.
- Fuentes-Biggi J., Ferrari-Arroyo M. J., Boada-Muñoz L., Touriño-Aguilera E., Artigas-Pallarés J., Belinchón-Carmona M., et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43, 425-438.
- Greer, R. D. (2002). *Designing teaching strategies: An Applied Behavior Analysis Systems Approach*. New York: Academic Press.
- Hovell, M. F., Wahlgren D. R., y Gehrman, C. (2002). Integrating public health and behavioral science. En R. J. DiClemente, R. y M. Kegler (eds.), *Theories in health promotion practice and research*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., y Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 359-383.
- Hughes, J. C., y Shook, G. L. (2007). Training and certification of behaviour analysts in Europe: Past, present, and future challenges. *European Journal of Behavior Analysis*, 8, 239-249.
- Johnson, K. R., y Layng, T. V. J. (1994). The Morningside model of generative instruction. En R. Gardner, D. M. Sainato, J. O. Cooper, T. E. Heron, W. L. Heward, J. W. Eshleman, y T. A. Grossi (Eds.), *Behavior analysis in education: Focus on measurably superior instruction* (pp. 173-197). New York: Wadsworth.
- Luciano-Soriano, M. C. (2001). *Terapia de aceptación y compromiso*. Promolibro: Valencia.
- Maine Administrators of Services for Children with Disabilities. (MADSEC) Autism Task Force. (2002). *Report of the MADSEC Autism Task Force*. Manchester, Maine. Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.madsec.org/docs/ATFReport.pdf>
- Malott, M. E. (2008). Continued Convention Success in 2008! Recap of ABAI 2008 in San Diego, *IABA Newsletter*, 31(2), Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.abainternational.org/ABA/newsletter/vol312/2008ABArecaap.asp>
- Martin, G. (2008). *Psicología del deporte guía práctica del análisis conductual*. Madrid: Pearson.
- Ministry of Education, Ontario. (2007). *Questions And Answers: Students With Autism Spectrum Disorders*. Recuperado el 1 de enero de 2009 de <http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/elemsec/spaced/autism.html>
- New York State Department of Health. (1999). *Clinical practice guideline: Report of the recommendations. Autism/pervasive developmental disorders. Assessment and intervention for young children (age 0-3 years)* (Publication No. 4215). Albany, NY: Author. Recuperado el 1 de enero de 2009 de http://www.health.state.ny.us/community/infants_children/early_intervention/autism/9
- Remington B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., degli Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., et al. (2007). Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal of Mental Retardation*, 112, 418-438.
- Roberts, J. M. (2003). *A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders*. Sydney: Centre for Developmental Disability Studies.
- Shook, G. L., Johnston, J. M., y Mellichamp, F. H. (2004). Determining essential content for applied behavior analyst practitioners. *Behavior Analyst*, 27, 67-67.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Madrid: Fontanella (Original publicado en 1938).
- U.S. Public Health Service. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general* (chap. 3, section on autism). Recuperado en Abril de 2008 de www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter3/sec6.html#autism
- Virúes-Ortega, J., Carnerero, J. J., Pastor-Sanz, A., y Pérez-Gonzalez, L. A. (Mayo 2008). A Quantitative Approach to ABA Intervention Effectiveness on Autism: An Effect Size Meta-analysis. Paper presentado en la XXXIV Conference of the International Association for Behavior Analysis. Chicago: IABA.



EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL EN CATALUÑA

PSYCHOLOGIST'S PROFESSIONAL PRACTICE AND ITS RELATION WITH JUDICIAL SYSTEM IN CATALONIA

Miguel Ángel Soria Verde¹, Inmaculada Armadans Tremolosa¹ y Saray Herrera Siruela²

¹Universidad de Barcelona. ²Psicóloga Forense

Se analiza la situación de la participación de los psicólogos en el Sistema de Justicia en los últimos 5 años. Se entrevistó mediante un cuestionario a una muestra de 105 psicólogos de la Comunidad Autónoma de Cataluña, tomada aleatoriamente del conjunto total de psicólogos colegiados en la misma.

En base al cuestionario confeccionado para la investigación se analizaron 169 variables, divididas en 10 bloques. Éstos abarcan desde el desempeño y experiencia profesional y ámbito de especialización hasta la influencia del informe en las sentencias judiciales, pasando por cuestiones éticas y deontológicas.

Además de presentar los resultados obtenidos y contrastarlos con estudios anteriores, se ha obtenido información que puede ayudar a clarificar la situación actual de la práctica psicológica ligada al Sistema Judicial, pudiendo así servir de base para la mejora de la relación entre los entornos profesionales de la Psicología y el Derecho.

Palabras clave: *psicología jurídica, práctica profesional, informes judiciales, deontología, psicología forense.*

This article analyzes the situation of psychologist's participation in Justice System in the last five years. It has been used a 105 psychologists sample of the Autonomous Community of Cataluña, taken by random of the whole group of collegiated psychologists in Cataluña.

A questionnaire has been explicitly created to the investigation, and 169 variables divided in 10 blocks have been analyzed. These blocks embrace from professional performance and experience and specialization area to influence of the report in judicial sentences, passing too through ethical and deontological questions.

Not only obtained results are presented and contrasted/compared with previous investigations, but also important information has been obtained that might help clarifying the current situation of the psychological practice in relation to the Judicial System, which may be useful to lay foundations of a future approach between the professionals of psychology and law.

Keywords: *Legal psychology, professional practice, judicial reports, deontology, forensic psychology.*

La Psicología Forense en España surge a finales de los años 70 como rama de la Psicología Jurídica, dirigida a auxiliar al sistema judicial en sus actuaciones. Hoy en día la Psicología Forense se ha situado de forma estable en el sistema judicial español y de otros países tanto europeos como americanos, siendo muy extensa la bibliografía existente acerca de este ámbito.

Es a partir de la década de los años 80 cuando la Psicología Jurídica comienza un crecimiento de forma constante en el tiempo. Así vemos que en el año 1987 se publica un monográfico sobre la Psicología Jurídica en la revista del COP (Colegio Oficial de Psicólogos) "Papeles del psicólogo". Posteriormente, en el año 1990 aparece la sección de Psicología Jurídica y un año después, en 1991 aparece un nuevo monográfico sobre Psicología Jurídica en la misma revista.

Correspondencia: Miguel Angel Soria Verde. *Dep. de Psicologia Social. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Campus Mundet. España. E-mail:* msoria@ub.edu

A partir de los años 90 se suceden tanto a nivel nacional como internacional, la creación de múltiples asociaciones, revistas, secciones profesionales, relacionadas con la Psicología Jurídica, quedando demostrado así tanto el interés en esta rama de la Psicología, como la demanda por parte del ámbito de la Justicia de profesionales para desempeñar su labor en esta área (Urra y Romero, 2006).

En paralelo observamos desde principios de la década de los 80 una preocupación por la profesión del psicólogo y dentro de ella, el ámbito jurídico (Hernández, 1982 a, b, c, 1984; Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002) y una década después, en los 90, se analiza más concretamente el ámbito jurídico-forense (Hernández y Vázquez, 1990; Hernández, 1993; Romero, 1991).

La progresiva introducción de la Psicología en el mundo del Derecho y la Justicia ha traído consigo una serie de dificultades producto de las características inherentes a las distintas disciplinas implicadas en esta relación. Algunos de estos problemas recaen en la diferenciación



entre informe psicológico clínico o forense, los dilemas éticos y deontológicos generados en la práctica forense, la adecuación al rol de psicólogo-terapeuta o perito psicólogo y el tipo de relación establecida con el sujeto evaluado, entre otras (Soria, 2005; Urra, 2007).

Centrándonos en algunas de las dificultades antes mencionadas, por ejemplo, en la emisión de un informe psicológico como respuesta a una petición proveniente del ámbito jurídico nos encontramos con varias cuestiones problemáticas. Así es necesario diferenciar entre los objetivos de un informe clínico y uno pericial. El informe pericial se emite como auxilio al Juez y en respuesta a unas preguntas planteadas (relevantes para la cosa juzgada). Sutil (1999) y Urra (2007) ofrecen una serie de recomendaciones en la emisión de un informe pericial, para minimizar efectos adversos, especialmente pagos por responsabilidad civil:

- ✓ Deben quedar especificados los datos del emisor del informe, del solicitante, el motivo de emisión, así como las técnicas utilizadas para llevar a cabo la evaluación.
- ✓ En cuanto a la forma debe utilizarse un lenguaje clarificador "sin sacrificar el contenido técnico"
- ✓ El contenido del informe se limitará a los aspectos del caso y ofrecer respuestas precisas a las preguntas planteadas.
- ✓ No se incluirán en el informe aquellos elementos no sustentados en criterios objetivos y validados por la literatura especializada en la materia. Siguiendo a Vázquez y Hernández (1993, en Urra 2007): el informe debe seguir los principios de "máxima observación, media descripción y mínima inferencia".
- ✓ Las conclusiones de dicho informe serán las argumentaciones que el psicólogo perito da en respuesta a las preguntas planteadas.

Bembibre-Serrano e Higuera (2005) consideran que son dos las dificultades básicas en el momento de realizar un peritaje psicológico, en relación al sujeto evaluado: "la imposibilidad de una evaluación psicológica independiente del hecho jurídico y la confusión de la idea de sujeto que, en la práctica, tienen los diferentes tipos de profesionales implicados".

En 2003, Aguilera y Zaldívar realizaron un estudio sobre la opinión de los jueces, en el Orden Penal y de Familia hacia la emisión del informe psicológico forense. Dicha investigación se realizó en la comunidad autónoma de Andalucía y si bien es un estudio de tipo descriptivo ofrece un apunte de la visión de los jueces sobre el

desempeño de los psicólogos forenses. Entre los resultados encontraron que existe una opinión favorable sobre la inserción del psicólogo en el ámbito jurídico y en la validez y justificación de los informes realizados. Sobre la información a contener por el informe consideraron que se debía incluir aspectos relativos al nivel intelectual y la personalidad de los sujetos evaluados. Había discrepancias respecto a si el perito debía incluir su opinión en el informe. Si existía un alto grado de acuerdo en que se incluyera la predicción de la peligrosidad. Lo mismo ocurría respecto a la inclusión de tests psicológicos en las evaluaciones periciales y que las conclusiones del mismo se sustenten en los resultados de éstos.

En relación a los dilemas éticos y conflictos deontológicos que los psicólogos forenses pueden experimentar en la práctica, Urra (2007) en los resultados de una investigación al respecto de estas cuestiones indica como algunas situaciones que pueden generar dilemas ético-deontológicos son: entrenar a un cliente antes de declarar en un juicio, hacer una evaluación sobre custodia de menores sin ver a ambos progenitores, recibir al progenitor no custodio de un menor para realizar una valoración sin el conocimiento del progenitor custodio, realizar un contrainforme basado en uno emitido anteriormente por un colega, denunciar al propio colegio profesional si no defiende nuestros intereses.

Cabe destacar también el riesgo de denuncia por mala praxis de aquellos profesionales psicólogos cuya labor se desarrolla en el ámbito forense, privados o públicos. Así en Cataluña son el colectivo con un mayor número de denuncias (Soria, 2005). Entre las situaciones que pueden conducir a dicha situación podemos citar: quebrantamiento del secreto profesional por inadecuación al asumir el rol correcto, aceptación de casos incompatibles, rebasar los límites del secreto profesional, forzar la actuación profesional como víctima de conflictos de intereses, realización de peritajes de parte sesgados, duplicidad de rol perito-terapeuta o el diagnóstico de menores sin consentimiento de los progenitores, entre otros.

En relación al rol que el psicólogo forense debe asumir en el contexto jurídico, nos encontramos con conflictos en relación a la asunción del mismo. En concreto, dentro del contexto jurídico el psicólogo puede adoptar cuatro roles básicos: testigo, perito, testigo cualificado y asesor. La importancia de saber adecuarse al rol correcto es crucial para evitar encontrarse ante una situación problemática. En concreto dos son los conflictos de rol que



acontecen con mayor frecuencia: la peritación de un cliente ya peritado y/o tratado con anteriormente a la emisión del informe judicial, con ello se produce una disminución de nuestra imparcialidad y, en segundo término, la obediencia al tribunal que nos provoca una pérdida de la confidencialidad psicólogo-cliente, por ello deberemos informar adecuadamente al peritado (Soria, 2005).

Con la finalidad de conocer la relevancia del ámbito jurídico en la práctica profesional del psicólogo se entrevistaron 105 profesionales mediante un cuestionario elaborado a partir de los compuestos previamente por Gudjonsson (1985, 1996; Sigurdsson y Gudjonsson, 2004) en otras investigaciones europeas en Colegios Profesionales de Gran Bretaña e Islandia. Todos los participantes fueron miembros colegiados en Cataluña durante los 5 años anteriores, hubieran tenido contacto profesional o no con el sistema judicial.

Del mismo podemos establecer los siguientes resultados:

a) Desempeño profesional y ámbito de especialización

La mayoría de los colegiados desarrollaban su actividad profesional en el ámbito público (52,4%), si bien el 34,3% se dedicaba al ámbito privado y el 13,3% compaginaba labores entre ambos. El mayor porcentaje de psicólogos encuestados tiene la Psicología Clínica como primera labor profesional (64,8%) y el porcentaje siguiente ya es la Psicología Jurídica (11,4%). Un 43% de ellos no tenían ninguna formación relacionada con el área legal.

b) Número y tipo de informes judiciales

El 25,7% de los psicólogos entrevistados habían tenido algún tipo de contacto profesional con el sistema judicial. Pero en lo relativo a la cantidad de informes realizados, el 50% de ellos no habían realizado ningún informe jurídico. No obstante cabe destacar como el 2,7% habían efectuado más de 50 valoraciones judiciales. En este punto es interesante resaltar como el 18,1% de los que habían emitido informes judiciales lo hicieron en calidad de testigos y tan sólo un 11,4% como peritos.

c) Solicitante del informe

Prioritariamente los informes y/o colaboración con el sistema judicial fueron solicitados por las partes implicadas en el proceso judicial "muy a menudo" por el letrado de la acusación y defensa. En cambio las solicitudes proce-

dentos del juez/ tribunal sólo se producían "algunas veces" y "nunca" por parte de los fiscales.

Mayoritariamente los informes emitidos por los psicólogos se dirigieron al orden civil. De forma más esporádica se producen en el orden penal. Siendo mínimo en los Juzgados de Menores, Audiencia Provincial y Tribunal Superior de Justicia.

d) Temática de los informes y medios utilizados para realizar las valoraciones

En el ámbito penal los informes abordaron principalmente temáticas relacionadas con el patrimonio, la libertad personal y la salud pública, pero con un volumen escaso. En el orden civil la mayoría de los informes se relacionaron con la guarda/ custodia de hijos, separaciones o incapacitaciones, pero escasamente con adopciones, tutelas y nulidades matrimoniales. En conjunto el sistema judicial solicita como principales valoraciones psicológicas las relacionadas con el daño psicológico y las menos solicitadas los informes de idoneidad.

e) Técnicas utilizadas e importancia concedida a éstas

Las técnicas más utilizadas en los informes judiciales realizados fueron las psicométricas, la entrevista psicopatológica y la lectura de autos.

Las pruebas de inteligencia más utilizadas en informes judiciales fueron el WAIS, la Figura Humana, el Raven y el Bender.

Las pruebas de personalidad más utilizadas en informes judiciales fueron el 16PF, el HTP, el MMPI y el MCMI.

Las pruebas más relevantes en el estudio del estado emocional fueron el STAI, el ISRA, el BDI y el STAXI.

Respecto a la fiabilidad atribuida a las técnicas utilizadas, la entrevista con el cliente y con informadores auxiliares se consideran "absolutamente fiables", viéndose como "muy fiables" las escalas clínicas (44%), la evaluación comportamental (42,9%), los tests psicométricos (37,5%), los tests proyectivos (34,8%), el análisis de la credibilidad del testimonio (37,5%) y la entrevista con la otra parte del proceso judicial (28,6%).

f) Peticiones de alteración y/o omisión del informe

Un 35% de los psicólogos que habían realizado informes judiciales se les había solicitado cambiar u omitir alguna parte del mismo antes de su presentación al sistema judicial. Estas se producían esencialmente en los apartados de resultados y conclusiones.



g) Actuación en la vista oral

Un 20,6% de los psicólogos habían declarado en la sala de justicia, pero con predominancia de aquellos citados en calidad de perito frente al de testigo.

h) Influencia de los informes en las sentencias judiciales

Los profesionales consideraron que los informes emitidos tuvieron una influencia superior al 50% en las sentencias asociadas a procesos civiles, reduciéndose al 30-50% en causas penales y laborales.

i) Ética, deontología y recusaciones

Las peticiones de informes psicológicos con finalidad judicial fueron casi siempre aceptadas y escasamente fueron rechazados por los Tribunales.

Sólo un encuestado respondió que había sufrido una tacha o recusación y otro había sufrido una amenaza de denuncia deontológica o judicial, siendo demandado posteriormente.

j) Necesidad de formación específica

Un 72,8% de los encuestados consideran necesaria una formación específica en ámbito de la Psicología Jurídica.

Los resultados obtenidos confirman la Psicología Clínica como ámbito profesional más habitual, según apuntaban estudios anteriores nacionales (Hernández, 1982a, 1982b, 1982c; Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002), pero al mismo tiempo destaca la Psicología Jurídica en segundo lugar, por encima de la Psicología Educativa que incluso en alguna investigación fue hallada como el primer ámbito profesional (Díaz y Quintanilla, 1992).

Además se hace patente el progresivo aumento de la participación de los psicólogos en el sistema judicial, teniendo en cuenta que el porcentaje dedicado a la Psicología Jurídica, se situaba hace años entre un 1,15-1,2% (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002; Díaz y Quintanilla, 1992) actualmente ha pasado a un 11,4%.

También debemos destacar las carencias formativas en temas legales, pues sólo el 39% de los psicólogos tenían algún tipo de formación, prioritariamente a nivel de congresos y seminarios. Ello obliga al desarrollo de procesos formativos más profundos a nivel de Universidades y Colegios Profesionales.

En cuanto a los informes, la mitad de los psicólogos participantes no habían realizado ningún informe con finalidad judicial, pero un 25,7% si habían mantenido al-

gún contacto profesional con Justicia, ello supone un incremento respecto a investigaciones previas que lo situaban en el 20,7% (Díaz y Quintanilla, 1992), si bien aún muy alejado de los países europeos (Sigurdsson y Gudjonsson, 2004).

Los resultados obtenidos sobre el ámbito jurídico de aplicación de los informes psicológicos concuerdan con estudios previos (Granados, 1990a y b), sin observarse cambios en el perfil, así la mayoría se dirigieron al orden civil, siendo requeridos por alguna de las partes litigantes. Ello contradice el estudio de Hernández y Vázquez (1990) donde el orden penal fue prioritario, pero dichos hallazgos pudieron deberse al entorno de realización (Clínica Médico Forense).

También se han confirmado la preponderancia de las temáticas asociadas a la guarda/custodia de los hijos y separaciones en el ámbito civil (Catalán, 1999; Granados, 1990b) y también en el ámbito penal, aquellas relacionadas con el patrimonio y la libertad personal/sexual (Hernández y Vázquez, 1990).

Las pruebas psicológicas más utilizadas también resultaron consistentes con estudios previos, sin aparecer cambios significativos. Prioritariamente se utiliza la entrevista para la elaboración de informes judiciales (Granados, 1990b; Hernández y Vázquez, 1990; Díaz y Quintanilla, 1992), junto con las pruebas psicométricas y la lectura de autos. Además entre todas ellas, la entrevista fue considerada como el instrumento más fiable.

Entre los tests psicométricos el WAIS fue la prueba más utilizada en la evaluación de la inteligencia y el 16 PF respecto a la personalidad, dejando en segundo lugar al MMPI que según los estudios anteriores era el más utilizado (Hernández y Vázquez, 1990).

Es muy relevante destacar las peticiones de cambios en el informe por la parte contratante pues alcanza el 35% de los emitidos, pues ello afecta a cuestiones ético-deontológicas relevantes (Catalán, 1999; Urra, 2007).

Las actuaciones en vistas orales son de un volumen inferior (20.6%) a las encontradas en Europa y que sitúan por encima del 48% (Sigurdsson y Gudjonsson, 2004) y en consecuencia nos revela que la relación entre la práctica psicológica y jurídica aún debería seguir creciendo.

Existe una elevada necesidad de formación específica en ámbito de la Psicología Jurídica, al igual que se había encontrado en estudios precedentes (Hernández, 1982a, 1982b, 1982c; Hernández y Vázquez, 1990). Este aspecto debe relacionarse con la ausencia o déficit de estudios ya comentada anteriormente.



En síntesis los hallazgos nos indican un crecimiento sostenido de la Psicología Jurídica en nuestro país como rama profesional a lo largo del tiempo. Si bien es cierto que la cifra de psicólogos dedicados exclusivamente al área no es prioritaria, si existe una progresiva demanda del Sistema Judicial a los profesionales psicólogos.

Aún así, no podemos obviar, en comparación con Europa, la existencia de un bajo número de informes realizados con finalidad judicial y la escasa tasa de participación en las vistas judiciales.

Debido a que el presente estudio fue desarrollado exclusivamente en Cataluña sería necesario ampliar esta investigación a nivel nacional para conocer más detalladamente la situación de la Psicología Jurídica y en conjunto, la relación de los psicólogos profesionales que ejercen su actividad en los distintos campos de la psicología con el sistema judicial español.

Finalmente destacar la necesidad de una mayor formación específica en Psicología Jurídica. Actualmente el nivel de académico-universitario y profesionalizador posterior está lejos de ser el óptimo, y para un amplio desarrollo de esta disciplina y una mayor participación de los psicólogos en el ámbito jurídico es necesario crear currículos de especialización que permitan a la psicología aportar el máximo de conocimientos y soporte al sistema judicial.

AGRADECIMIENTOS

Estudio financiado por el Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

REFERENCIAS

Aguilera G. y Zaldívar, F. (2003). Opinión de los jueces (derecho penal y de familia) sobre el informe psicológico forense. *Anuario de psicología jurídica*, 13, 95-122.

Bembibre-Serrano, J. e Higuera-Cortés, L. (2005). Informes psicológicos: el sujeto doble de la Psicología y el Derecho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 469-480.

Catalán, M. J. (1999). El informe psicológico en separaciones familiares: cuestiones éticas. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 73, 23-26.

Díaz, R. y Quintanilla, I. (1992). La identidad del psicólogo en el Estado Español. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 52, 22-74

Granados, F. (1990a). La ratificación, ¿momento devolutivo o de "ziskinización"? *Comunicación del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*.

Granados, F. (1990b). El "setting" del psicólogo en los juzgados de familia. Algunos aspectos. *Comunicación del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*.

Gudjonsson, G. H. (1985). Psychological evidence in court: results from the BPS survey'. *Bulletin of the British Psychological Society*, 38, 327-330.

Gudjonsson, G. H. (1996). Psychological evidence in court. Results from the 1995 survey. *The Psychologist*, 5, 213-217.

Hernández, A. (1982a). La situación laboral de los psicólogos (1). *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 2, 31-48.

Hernández, A. (1982b). La situación laboral de los psicólogos (2). *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 6, 43-49.

Hernández, A. (1982c). La situación laboral de los psicólogos (3). *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 2, 39-44.

Hernández, A. (1984). La Psicología como profesión. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 16-17, 61-63.

Hernández, J. A. (1993). La víctima y el peritaje judicial. En: Soria, M. A. (Comp.) *La víctima: entre la justicia y la delincuencia. Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos de la victimización*. (págs. 89-100). Barcelona: PPU,

Hernández, J. A. y Vázquez, B. (1990). Psicología Forense: situación y perspectivas. *Comunicación del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*.

Romero, F.R. (1991). Comentarios a la práctica de un peritaje en lo penal. Sus fases y sus peculiaridades como acto jurídico. *Papeles del psicólogo*, 2, 48, 42-45.

Santolaya, F.; Berdullas, M. y Fernández, J. R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 82, 65-82.

Sigurðsson, J. F. y Gudjonsson G. H. (2004). *Forensic psychology in Iceland: A survey of members of the Icelandic Psychological Society*. London: The Scandinavian Psychological Associations- Blackwell Publishing Ltd.

Soria, M.A. (2005). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid: Pirámide.

Sutil, C (1999). Relación y diferencia entre el informe clínico y el informe forense. *Papeles del psicólogo*, 73.

Urra, J. (2007). Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos. *Anuario de psicología jurídica*, 17, 91-109.

Urra, J. y Romero, J. (2006). La psicología jurídica en España. *Infocop*, 26.



SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: QUÉ TENEMOS, QUÉ NECESITAMOS Y DÓNDE ENCONTRARLO

MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: WHAT WE HAVE, WHAT WE NEED, AND WHERE TO FIND IT

César González-Blanch
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

En un reciente número de Papeles del Psicólogo se abordaba el tema de salud mental en Atención Primaria. En este texto pretendemos responder a los trabajos que describían la situación actual de la salud mental en Atención Primaria en España y las propuestas que se derivaban de esos análisis. Se responde a aspectos relacionados con la labor de los psicólogos clínicos en Atención Primaria y su reputación profesional. Se defiende la consideración del sistema de Residencia como un requisito esencial para la formación en este campo. Finalmente, dada la literatura existente y la situación actual de la Psicología profesional en España, se sostiene que el psicólogo clínico es esa "nueva" figura que se está buscando para mejorar la salud mental en Atención Primaria. Se valora igualmente la necesaria labor de los psicólogos con especialidades no-clínicas para la prevención universal y selectiva desde ambientes escolares, laborales y sociales.

Palabras clave: profesionales de atención primaria, salud mental, intervención psicológica, formación, modelos organizativos.

A recent issue of Papeles del Psicólogo dealt with the subject of mental health in Primary Care. The present text aims to respond to the papers that described the current state of mental health in Primary Care in Spain and the proposals derived from those analyses. A response is given to the issues related to the work of clinical psychologists in Primary Care and their professional reputation. The Spanish Clinical Psychology internship is defended as an essential training requisite in this field. Lastly, considering the existing literature and the current state of professional Psychology in Spain, it is argued that the clinical psychologist is the "new" figure that we are looking for to improve mental health in Primary Care. The necessary work of other non-clinical psychologists on universal and selective prevention at school, work and social environments it is also valued.

Keywords: Primary care professionals, mental health, psychological intervention, training, organisational models.

En un reciente número de esta revista, dentro de una sección monográfica, se abordaba el tema de Salud Mental en Atención Primaria. Dejando aparte el artículo que describe la experiencia británica (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008), quisiera dedicar este comentario al contenido de los otros dos artículos (Pastor Siera, 2008; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008), que tratan de la situación en España, para terminar planteando una visión alternativa a la de estos autores.

Los autores nos recuerdan algunos aspectos generales como la alta prevalencia de los problemas psicológicos (por expresarlo del modo más laxo), y los altos costes asociados; la excesiva medicalización de estos, y la necesidad, avalada por los datos, de emplear tratamientos psicológicos como primera opción, sobre todo para los trastornos más comunes. Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se replantean más radicalmente (en el sentido orteguiano) la concepción de los trastornos mentales, alineándose con quienes cuestionan la "enfermedad" mental y el modelo biopsicosocial que la sustenta... Es ne-

cesario aceptar la crítica en lo que nos toca, pero el alcance de esas reflexiones está en gran parte limitado por algunas de las faltas que quisiera señalar por apartados.

LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es demasiado frecuente como para atribuirlo a un mero despiste que al hablar de la Atención Primaria, y casi en general de la sanidad pública, se olvide el trabajo que realizan los psicólogos clínicos en este campo. Lo cierto es que una parte importante de los psicólogos clínicos estamos integrados en Atención Primaria, y no en Atención Especializada. De hecho, hasta hace pocos años esa era la norma. La creación de la especialidad y el reconocimiento de estatus de facultativos a los psicólogos clínicos, junto al desencanto con el malogrado modelo de atención comunitaria, son algunos de los factores que han motivado la reclasificación y reubicación orgánica de gran parte de las plazas de los psicólogos "primaristas". Pero las funciones, mejor o peor desarrolladas, siguen siendo las mismas, y esto incluye, especialmente en el caso de los Centros (o Unidades o Equipos) de Salud Mental (CSM), las relaciones con otros profesionales de

Correspondencia: César González-Blanch. Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. C/ Teatún, 59; 39004 Santander. España. E-mail: cgblanch@terra.es



Atención Primaria a través de un modelo de "Derivación", que no excluye las reuniones regulares ni otras formas de consulta/comunicación. Existen otros modelos menos desarrollados, el modelo de "Reemplazo", en el que los profesionales en salud mental se sitúan en los Centros de Salud (CS) para atender a las personas con trastornos mentales; o el modelo de "Enlace", en el que actúan de apoyo como consultores o supervisores de casos de los profesionales de Primaria (Williams y Clare, 1981). Las ventajas de unos sobre otros están por aclarar (Bower, 2002). Los resultados de la principal revisión sistemática sobre los efectos de situar profesionales de salud mental en los CS son más bien modestos. Ni el modelo de "Reemplazo" ni el de "Enlace" consiguen grandes cambios en las prácticas de los médicos generales (Bower y Sibbald, 2000). El modelo de "Derivación" es uno de los posibles, el más frecuente en nuestro entorno: seguro que mejorable. Pero hacer ver que no existe este trabajo, o que es perfectamente inútil, es, para expresarlo con toda su polisemia, una falta de consideración. Curiosa filosofía la que promueve lo contextual a base de ignorar el contexto en el que pretende integrarse.

SOBRE LA REPUTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

No creo distorsionar nada si digo que los psicólogos clínicos del sistema público tenemos cierta capacidad para encajar críticas y autocríticas. La sobrecarga asistencial, las dificultades para la promoción y para la influencia en las instituciones, las carencias formativas y de recursos para paliarlas, el abuso del eclecticismo, el distanciamiento de los protocolos de tratamiento como están avalados por la investigación, los problemas para la supervisión (también de los supervisores) son sólo algunas de las críticas posibles. Nada de esto es nuevo (Hernangómez Criado y Suárez Blázquez, 2003; Palacios Ruiz, 2004). Es una responsabilidad común el reconocer y tratar de mejorar el actual estado. Aún así, en aras de la crítica, conviene responder a alguno de los reproches que reciben los psicólogos clínicos de la sanidad pública en los artículos que comentamos. Por ejemplo, el conformismo con el reduccionismo biológico sobre el que Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se explayan. Sin dejar de reconocer la magnitud del problema, esto no quiere decir que las actuaciones de los psicólogos clínicos se den siempre (ni siquiera comúnmente) bajo los supuestos de ese enfoque. Para determinados trastornos puede ser notablemente apreciable, pero pocos psicólogos clínicos conozco que en la formulación del caso pa-

ra una persona con depresión pongan el énfasis en la genética o los neurotransmisores. El modelo de tratamiento más generalizado se apoyará en los antecedentes psicosociales, en los estilos cognitivos, en la conducta... Es cierto que nos llegan con más frecuencia de la que quisiéramos personas ya medicadas (por el digamos furor antidepressivo), pero ¿por qué presuponen los autores que los psicólogos clínicos estamos tan alejados de la literatura académica como para no mirar con recelo estas prácticas de nuestros colegas médicos?

Hay ámbitos, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, en los que las cosas son distintas. Decididamente hay un predominio de las explicaciones biologicistas, para bien o para mal (no entro ahora en ese debate). Pero es justo reconocer que la situación ha mejorado algo. Cuando hacía la Residencia (hace 10 años), sólo unos pocos psicólogos clínicos, a algunos tuve la suerte de conocerlos entonces, se atrevían a acercarse a las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar con tratamientos psicológicos (más allá de las actividades ocupacionales de rehabilitación). En la mayoría de los CSM se asumía que los psicólogos clínicos no trataban estos casos porque era una cuestión biológica, grave, de medicación... en definitiva, por estigma. Quizá se puede apreciar todavía en las aproximaciones un predominio de la psicoeducación biologicista sobre una formulación basada en la experiencia vital e integradora, pero la situación actual (otra vez: mejorable) no es como la de la década del cerebro. Raro es el congreso o las jornadas en las que participen *pires* en los que no presenten alguna experiencia en el tratamiento psicológico de personas con estos diagnósticos.

Quisiera también bajo este epígrafe hacer otra aclaración. Pastor Sirera (2008) cita un trabajo de Fernández et al. (2006) para destacar que la adecuación del tratamiento proporcionado por los psicólogos clínicos es de un 11% "lo que sugiere que los recursos destinados a atención psicológica son especialmente pobres" (p.283). Son varias las críticas que se podrían hacer sobre el método y la interpretación de resultados del artículo de Fernández et al. (como de todos, claro), pero este no es lugar. En cambio, sí que parece oportuno aclarar algo de la interpretación de Pastor Sirera. En ningún lugar del artículo de Fernández et al. (2006) se habla de psicólogos clínicos sino de psicólogos a secas (es curioso que a la hora de hablar del tratamiento inadecuado se puntualice, ahora sí, indebidamente que son psicólogos clínicos), y por otro lado, el estudio tampoco está limitado a sujetos atendidos en los servicios públicos. Podemos



suponer que una parte importante de los que fueron tratados en el último año de sus problemas emocionales por psicólogos, lo fueron precisamente en el sector privado que es el más numeroso, como Pastor Sirera nos recuerda más adelante. Así que este dato del 11%, que insistimos es criticable por otras cuestiones metodológicas, no habla de la deficiencia de la atención psicológica del sistema público que se pretende reformar con la inclusión de psicólogos (¿clínicos?), sino más bien del desajuste entre la práctica clínica (pública y privada) y las recomendaciones derivadas de las guías clínicas (lo que teóricamente se debería hacer). Aunque el desacople es seguro mayor de lo deseable, hasta cierto punto es razonable encontrarlo. Varias razones pueden explicar que el tratamiento psicológico no se aplique bajo los parámetros ideales, y algunas de estas razones nada tienen que ver con los recursos profesionales (por ejemplo, la remisión espontánea).

Desgraciadamente, los datos sobre actuación de los profesionales de Salud Mental en el sistema público son escasos, poco homogéneos entre dispositivos y de cuestionable fiabilidad. Pero la situación en el sistema privado es aún peor (ver Bas Ramallo y Bas Maestre, 1998). Así que, siguiendo un principio contextual básico, antes de proponer la derivación a conciertos privados como solución de los males de la sanidad pública (Pastor Sirera [2008] lo plantea abiertamente; Pérez Álvarez y Fernández Hermida [2008], también pero con mayor vacilación), sería aconsejable tener un mayor conocimiento de cómo se atienden los trastornos mentales en los 6.400 (!) gabinetes privados de los que habla Pastor Sirera (admito que el recuento es ya un significativo avance). Por lo pronto, en el sector privado en España aún sigue siendo posible que un recién licenciado preste servicios como psicólogo a personas con trastornos mentales, de la gravedad que se quiera imaginar, sin ningún periodo de supervisión clínica previa. Esperemos que la colaboración del Colegio en la aplicación de las leyes vigentes ayude a corregir este extravío del sector privado.

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO REQUISITO MÍNIMO, NO MÁXIMO

En el artículo de Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se preguntan si el psicólogo en Atención Primaria debería ser un psicólogo clínico. Se contestan los autores: "Nada lo excluiría, pero el perfil del psicólogo de atención primaria no sería el de un psicólogo clínico como especialista, orientado a la salud mental" (p.262). Para luego, con calculada perífrasis, decir que el perfil del consultor

psicológico es "nada sorprendente en relación con la tradición de la psicología clínica". Y van apuntando objetivos, funciones, habilidades de esta "nueva" figura. Se trata de ofrecer terapias psicológicas característicamente breves y orientadas a la "utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema" (p.263), en las que cabría psicoterapia psicodinámica breve, el modelo del cliente como auto-sanador activo, la logoterapia, las terapias conductuales-contextuales de "nueva ola", la terapia centrada en la solución... Aunque "no es extraño que las técnicas cognitivo-conductuales tengan una cierta ventaja para ser usadas en este contexto" (p. 265). (Tampoco Pastor Sirera [2008] excluye ningún enfoque teórico, aunque reconoce el uso preferente del tratamiento cognitivo-conductual.) Respecto a la evaluación, además de rápida, "debe centrarse en los determinantes básicos de la conducta, de acuerdo con un modelo ABC, que relaciona la conducta actual con los antecedentes y los consecuentes" (p.264) -en verdad, nada sorprendente en relación con la tradición de la Psicología Clínica. Una sesión inicial podría llevar 25-30 minutos (las sucesivas, 5-25 minutos); en ella, la valoración de los aspectos psicológicos implicados ocuparía de 5-10 minutos (proverbial brevedad la del enfoque contextual). Entre sus otras habilidades, "debe aprender a tomar decisiones" (p.265), "poseer habilidades que fomenten la motivación para el cambio" (p.265), "aptitudes para moverse en el campo de la prevención" (p.265), "capacidad para funcionar (...) [en] un equipo" (p.265) y "es completamente necesaria una adecuada comprensión de la terminología médica, las enfermedades comunes y sus tratamientos, y los efectos de la medicación" (p.265).

Bajando a la realidad cotidiana, se me ocurren algunas preguntas: ¿Cuál sería la especialidad de esta figura con tan lustrosos atributos profesionales? ¿Cómo se accedería a esa especialidad (sanitaria)? ¿Cómo se relacionaría con los psicólogos clínicos dependientes funcionalmente de Atención Especializada? ¿Cuál sería el estatus de esta nueva figura dentro del sistema sanitario?, ¿serían facultativos como los médicos de Primaria o serían técnicos superiores como lo eran los psicólogos antes del reconocimiento de la especialidad?, ¿Es imaginable que actúen como supervisores/consultores para la salud mental de los especialistas de Primaria no siendo ellos mismos especialistas en salud mental? ¿Cómo lograrían salvarse del modelo biomédico extremadamente reduccionista en el que el psicólogo clínico está (presuntamente) absorbido? Para aplicar tratamientos breves, ¿basta una formación abreviada?



El sistema de Psicólogo Interno Residente (PIR), la única vía legalmente reconocida para formarse como psicólogo clínico en España, no ofrece formación en todos los ámbitos de la salud mental, ni el título de especialista en Psicología Clínica acredita como experto en ninguno de ellos. El PIR ofrece una formación básica, bajo supervisión clínica directa en centros debidamente acreditados, sobre qué son los problemas de salud mental (lo que incluye el diagnóstico diferencial) y cómo abordarlos, además de conocer algo del entorno sanitario en el que se presentan (lo que incluye interconsultas). Sería absurdo suponer que un psicólogo al acabar su Residencia es especialista igualmente en tratar alucinaciones auditivas que acúfenos, en evaluar déficits cognitivos que el malestar emocional asociado al cáncer o la fibromialgia. La subespecialización (denominada formalmente en la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias [LOPS] como Área de Capacitación Específica) es imprescindible. Pero la tan subdesarrollada subespecialización debemos situarla después de la especialidad (como ésta está después de la licenciatura) y en ningún caso antes. Lo contrario es lo que parecen promover quienes defienden que uno puede ser un especialista en determinado ámbito de la (Psicología) clínica sin necesidad de la especialidad (en Psicología Clínica). Esto pervierte la lógica de acumulación de conocimientos y habilidades del sistema educativo, ¿quién se atrevería a proponer el acceso al doctorado sorteando la licenciatura? La pretensión de integrar a los psicólogos no-clínicos sin necesidad de pasar por la Residencia no sólo supondría una excepción dentro de la LOPS, esa propuesta, de aceptarse, terminaría por dinamitar la ley misma, que defiende que todos los profesionales sanitarios se deben formar vía Residencia (art. 20 de la LOPS).

LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES: LA CLÍNICA Y MÁS ALLÁ

La lectura más favorable de los diversos (nunca mejor dicho) estudios epidemiológicos de doble fase desarrollados en España nos dice que una de cada cinco personas llegará a tener un trastorno mental a lo largo de su vida (prevalencia-vida) (Haro et al., 2006), y la lectura menos positiva, que uno de cada cinco tiene en este momento (prevalencia puntual) un trastorno mental (Roca et al., 1999; Vazquez Barquero, Muñoz y Madoz Jauregui, 1982). Los estudios de doble fase suponen un filtrado a través de un cuestionario general y, en un segundo momento, una entrevista estructurada para determinar, de entre los posibles casos, si hay un trastorno y qué trastor-

no. Generalmente, los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales se limitan al estudio de los más comunes. Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) citan al psiquiatra Derek Summerfield (Summerfield y Veale, 2008), en su posicionamiento en contra de la expansión en el Reino Unido de los tratamientos psicológicos para la ansiedad y la depresión, para, al igual que él, dudar de que esos estudios aporten datos sobre casos “verdaderos”. Sin entrar en la discusión de la fiabilidad y validez de los instrumentos diagnósticos, es oportuno señalar que los numerosos estudios sobre la depresión menor y las depresiones subclínicas sugieren que la afectación funcional (Cuijpers, de Graaf y van Dorsselaer, 2004; Jaffe, Froom y Galambos, 1994), en especial, la laboral (Backenstrass et al., 2006), los costes (Cuijpers et al., 2007), la sobrecarga (Judd, Paulus, Wells y Rapaport, 1996; Judd, Schettler y Akiskal, 2002), la calidad de vida (Rapaport y Judd, 1998; Wells, Burnam, Rogers, Hays y Camp, 1992) y los riesgos de transición a la depresión mayor (Cuijpers y Smit, 2004) se pueden apreciar desde el primer síntoma y van progresivamente aumentando hasta el síndrome en sus formas más graves. El riesgo de suicidio está incrementado para todos los trastornos mentales respecto a la población general; es sabido que para la depresión mayor se multiplica por 20, quizá no es tan conocido que para los trastornos adaptativos, quintaesencia de lo leve en salud mental, se multiplica por 14 (Harris y Barraclough, 1997). En pocas palabras, las consecuencias de problemas mentales se pueden apreciar desde las formas más leves o iniciales. Su desenmascaramiento y resolución precoz, tareas esenciales de Atención Primaria, está complicado no sólo por la intensidad de los síntomas, sino también por la alta comorbilidad física (Roca-Bennasar, Gili-Planas, Ferrer-Perez y Bernardo-Arroyo, 2001) y psíquica (Autonell et al., 2007).

Aunque los términos pueden confundir los fines, no toda prevención primaria es tarea de Atención Primaria, ni toda atención en Primaria es prevención primaria. Dentro de la prevención primaria, además de la prevención indicada (dirigida a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para un trastorno concreto en ese momento), pueden distinguirse la prevención universal, intervenciones dirigidas a la población en general o a todo un grupo; y la prevención selectiva, intervenciones dirigidas a individuos o grupos con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental (Mrazek y Haggerty, 1994). La Psicología en este campo no tiene por qué li-



mitarse a la atención clínica (la que se da cara a cara), esto puede ser en muchos casos demasiado tarde y, desde el punto de vista de la prevención primaria, es un enfoque incompleto. La prevención universal y la selectiva claramente no necesitan la participación directa de especialistas clínicos. Las intervenciones en la escuela, en el trabajo y, en general, en la sociedad son campos en los que la Psicología, a través de sus especialidades no-clínicas, puede/debe hacer contribuciones preventivas en salud mental. O mejor dicho, puede y debe potenciar las iniciativas que ya existen y desarrollar otras nuevas y más eficaces. Si asumimos que gran parte de lo que llega a los consultorios de Primaria pueden ser casos no "verdaderos" (de trastornos mentales) y es un riesgo la psicopatologización de los problemas cotidianos, la solución no está en crear (y regular) nuevas figuras "clínicas" o "sanitarias" de perfil bajo, sino en ofrecer intervenciones fuera del contexto sanitario por los agentes ya disponibles. La mayor presencia y reconocimiento de los psicólogos en los ámbitos educativos, laborales y con personas desfavorecidas socialmente nos ofrece una ocasión que no deberíamos despreciar para prevenir trastornos mentales, contextualizándolos dentro del campo general de la Psicología. Dejando las intervenciones clínicas (identificación, diagnóstico, tratamiento...) ofrecidas en los dispositivos sanitarios para los especialistas en salud mental, en este caso, los psicólogos clínicos.

CONCLUSIONES

Atendiendo a las recomendaciones de las guías clínicas sobre el uso de tratamientos psicológicos y a los recursos actuales del sistema sanitario público en España, los psicólogos clínicos son esa "nueva" figura clave para abordar los problemas de salud mental en Atención Primaria. Dadas las deficiencias reconocidas, el modelo actual de "Derivación" debería ser revisado, para homogeneizar y delimitar las responsabilidades de los psicólogos clínicos. La revisión, que puede implicar ensayar con formas complementarias de integración en los CS, debería ser tal que el sistema sanitario público esté en condiciones de ofrecer tratamientos psicológicos eficaces con distintos niveles de intensidad (ver Turpin et al., 2008) como alternativa a la medicalización. También deberían perfeccionarse las tareas de prevención indicada en salud mental en este primer nivel asistencial. Todo esto es especialmente relevante para los problemas de salud más comunes, los relacionados con la ansiedad y la depresión, pero no sólo para ellos.

Es deseable que la progresión de la Psicología Clínica fuerce el reconocimiento de nuevas (sub)especialidades sanitarias: llamémoslas Psicología de la Salud, Neuropsicología Clínica o Psicología Clínica Infanto-Juvenil, por citar las más populares. Pero coger impulso volviendo a situaciones anteriores al Real Decreto de la creación y regulación de la especialidad en Psicología Clínica, supone un riesgo claro de degradación de la figura del psicólogo clínico en la sanidad pública, y por extensión de la Psicología profesional en la sociedad. En un contexto de sobreabundancia de psicólogos licenciados, nada justifica los atajos en la adquisición de las habilidades básicas como profesional sanitario y menos aun si partimos de las implicaciones que tiene la salud mental para las personas y para la sociedad en conjunto. La Residencia, al igual que en las demás profesiones sanitarias, debe ser reconocida, tal como los fija nuestra legislación, como el requisito mínimo de formación para tratar y prevenir los trastornos mentales dentro del sistema sanitario público y privado.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se basa parcialmente en una ponencia presentada en las VIII Jornadas ANPIR (Valencia, 11 de junio 2008) que tenía también como coautoras a Sara González y Carolina Antón, integrantes del grupo de trabajo de ANPIR-Atención Primaria. La ponencia formaba parte de una mesa de debate sobre el ejercicio profesional de la Psicología Clínica en la que participaron Francisco Santolaya (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos), Ángeles Ruipérez (como representante de la Conferencia de Decanos), Amparo Belloch (presidenta de la Comisión Nacional Especialidad de Psicología Clínica) y Juan José Moreno (Jefe Servicio Salud Mental de la Agencia Valenciana de Salud).

BIBLIOGRAFÍA

- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMED-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 Suppl 2, 4-11.
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C., y Kronmuller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 35-41.



- Bas Ramallo, F., y Bas Maestre, S. (1998). Reflexiones sobre la psicología clínica en la práctica privada. *Papeles del Psicólogo*, 69, 59-63.
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52(484), 926-933.
- Bower, P., y Sibbald, B. (2000). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD000532.
- Cuijpers, P., de Graaf, R., y van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 71-79.
- Cuijpers, P., y Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325-331.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., Ten Have, M., y Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 229-236.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 9-20.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*, 126(12), 445-451.
- Harris, E. C., y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hernangómez Criado, L., y Suárez Blázquez, V. (2003). La formación en psicología clínica vista a través de los propios profesionales. In A. Espino y B. Olabarría (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 483-503). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Jaffe, A., Froom, J., y Galambos, N. (1994). Minor depression and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(12), 1081-1086.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., y Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1411-1417.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., y Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 685-698.
- Mrazek, P., y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Palacios Ruiz, A. J. (2004). Sobre la profesión de psicólogo clínico: Consideraciones actuales y retos futuros. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 139-147.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Pérez Álvarez, M., y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Rapaport, M. H., y Judd, L. L. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-232.
- Roca-Bennasar, M., Gili-Planas, M., Ferrer-Perez, V., y Bernardo-Arroyo, M. (2001). Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 39-44.
- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montano, J. J., Salva, J. J., et al. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 410-415.
- Summerfield, D., y Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 326-330.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., y Duffy, R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-280.
- Vazquez Barquero, J. L., Muñoz, P. E., y Madoz Jauregui, V. (1982). The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65(3), 161-170.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., y Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 788-794.
- Williams, P., y Clare, A. (1981). Changing patterns of psychiatric care. *British Medical Journal*, 282(6261), 375-377.



R. J. KOHLENBERG, R.J. Y TSAI, M. (2008). **FAP. PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL. CREACIÓN DE RELACIONES TERAPÉUTICAS INTENSAS Y CURATIVAS.** MÁLAGA: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.
(Traducción: Luis Valero y Sebastián Cobos)

Revisado por:

Miguel Ángel López Bermúdez
Centro de Psicología Clínica, Bailén (Jaén)

El título de este magnífico libro es toda una declaración de intenciones que nos anuncia de manera precisa y descriptiva lo que el lector encontrará en su interior: **psicoterapia** con una estructura definida a modo de reglas terapéuticas cuya intención nos lleva al **análisis funcional** de la conducta, sobre todo de la conducta verbal en la formulación clásica de Skinner (1957). Se nutre, por tanto, de los principios filosóficos del conductismo radical.

La Terapia de Conducta Clásica ha sido criticada por cuanto que habría desconsiderado la relación terapéutica. Sin embargo la **Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)** monta todo su andamiaje estructural precisamente a partir de la **relación terapéutica**. Así pues, propone una serie de reglas de manera precisa a las que debería ajustarse la relación para que ésta resultase ser una auténtica relación **curativa**. Lo que para la terapia clásica fuera casi mero *excipiente* se torna *principio activo* para esta terapia. Esta asunción conduce de manera inexorable al terapeuta a adoptar un papel mucho más dinámico y activo, mucho más atento que en otras terapias, a la vez que -si se me permite- más comprometido, por cuanto las funciones que le son encomendadas son complejas. Así, la aplicación de esta terapia exige del terapeuta identificar las **Conductas Clínicamente Relevantes**, evocarlas, y reforzar las de Tipo 2 (las adecuadas u objetivos terapéuticos) y debilitar las de Tipo 1 (las problemáticas en la sesión y en la vida diaria del cliente). Tamaña tarea implica que la relación terapéutica sea una relación más **intensa** que otras terapias, en las que el guión estaría establecido de manera mucho más estática; aquí el guión es idiosincrático con el cliente dentro de la misma sesión.

El libro está estructurado en 8 capítulos, ordenados por los conceptos y principios de la terapia, la defini-

ción de conductas relevantes, las reglas terapéuticas y habilidades que el terapeuta ha de observar, y numerosos ejemplos con diálogos entresacados de esas sesiones terapéuticas. El primero está dedicado a las bases teóricas de la FAP a partir del análisis funcional aplicado dentro de la misma sesión terapéutica y el diálogo entre terapeuta-cliente. En el segundo se explicitan el concepto de conductas clínicas relevantes y las cinco reglas fundamentales que rigen la aplicación clínica. El capítulo 3 nos ofrece numerosos ejemplos del análisis funcional de la conducta verbal según la formulación clásica de Skinner (1957), aplicados en ese diálogo terapéutico. El capítulo 4 se centra en el papel de las emociones y sus implicaciones clínicas a nivel conductual, la diferencia respecto a los constructos cognitivos, y el papel de las emociones dentro de esa relación terapéutica. El capítulo 5 amplía y propone alternativas desde el conductismo acerca del papel de las cogniciones y creencias en contraste con las teorías cognitivas. En el capítulo 6 se formula una teoría conductual del "yo", como concepto verbal y de construcción social, centrándose en su génesis y en su desarrollo, proponiéndonos una clasificación de sus trastornos que resulte útil para el análisis funcional dentro de la sesión. El capítulo 7 se ocupa de contrastar la FAP con conceptos psicodinámicos, incluso aunar una posible interpretación funcional de la "transferencia", que aquí adquiere un significado bien diferente. El capítulo final se centra en la reflexión sobre cuestiones éticas y de investigación, pues esta psicoterapia supone una implicación muy directa y genuina del terapeuta y cliente, una relación no sólo intelectual o profesional, sino también emocional y de vivencias dentro de las sesiones.

El profesor Valero culmina con esta traducción del manual de FAP lo que autores como el doctor Rafael Ferro,



autor de referencia en lengua española sobre FAP, y otros textos ya clásicos de Pérez Álvarez M, (1996 a 1996b) han venido haciendo en la divulgación de esta terapia.

La FAP es sobre todo una terapia muy útil cuya efectividad en distintos trastornos ha sido acreditada en numerosos trabajos en inglés (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Kanter, Kohlenberg y Loftus, 2002; Kanter, Schildcrout y Kohlenberg, 2005; Kanter et al., 2006; Vandenberghe, 2007); y también en lengua española (Carrascoso, 2003; Ferro, 2008; Ferro y Valero, 1998; Ferro, Valero y López, 2007; Ferro, Valero y Vives, 2006; López, Ferro y Calvillo, 2002).

Queda mucho por hacer, quizá con este magnífico libro se estimule aun más la investigación sobre soluciones a los trastornos psicológicos. Desde luego los psicólogos, sobre todo los dedicados a la clínica y la psicoterapia, tenemos en él una buena fuente de inspiración para solucionar los problemas psicológicos de nuestros clientes, dentro y fuera de las sesiones.

REFERENCIAS

Carrascoso, F. J. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 88-98.

Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.

Ferro, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.

Ferro, R., Valero, L., y López-Bérmudez, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.

Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.

Ferro, R., y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.

Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas

Skinner, B.F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas

López Bermúdez, M. A., Ferro, R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.

Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105-114.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463-467.

Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.

Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., & Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. *Prevention & Treatment*, 5, Article 41.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213-229.

Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., & Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. *Prevention & Treatment*, 5, Article 41.

Kanter, J. W., Schildcrout, J. S., & Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15(4), 366-373.