

# PAPELES DEL PSICÓLOGO

TESTS EDITADOS EN ESPAÑA  
(2ª EVALUACIÓN)



---

PSICOLOGÍA POSITIVA - PSICÓLOGO EDUCATIVO - DEMENCIAS -  
ATENCIÓN TEMPRANA - ABUSO SEXUAL - TRANSEXUALES

---



# Centro de Psicología Bertrand Russell

(Desde 1979)

## MASTER Y CURSOS DE EXPERTO

*34 años al servicio de la terapia, la formación y la investigación  
34 años al servicio de la profesión*

[www.centrodepsicologiarussell.com](http://www.centrodepsicologiarussell.com)

- ✓ **MÁSTER EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**  
(un año: 400h). 29ª promoción.  
Grupos opcionales de mañana y tarde  
(Octubre 2013-Junio 2014)
- ✓ **MÁSTER EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**  
(dos años: 800h). 20ª promoción.  
Grupos opcionales de mañana y tarde.  
(Octubre 2013-Junio 2015)
- ✓ **MÁSTER EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**  
(un año: 400h)  
Grupos de tarde o mañana.  
(Octubre 2013 -Junio 2014)
- ✓ **CURSO DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**  
(Régimen Fin de Semana y coterapia: 130 horas)  
Octubre 2013- Junio 2014
- ✓ **CURSO PRÁCTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**  
(Régimen Fin de Semana y coterapia: 130 horas)  
Octubre 2013-Junio 2014  
Abril 2014- Junio 2015
- ✓ **CURSO PRACTICO DE ENTRENAMIENTO EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**  
(Régimen Fin de Semana y coterapia: 55 horas)  
Enero a Febrero 2014  
Mayo a Junio 2014

SOLO PARA PSICÓLOGOS Y ESTUDIANTES DE ÚLTIMO CURSO DE CARRERA

### INFORMACIÓN

*(Horario de secretaria: 10.30-21.00h ininterrumpidamente, menos viernes que es hasta las 20.00h)*

Plaza de España, nº 11 • 28008 MADRID

TELEF: 91 548 24 95 / 610 74 29 05 • TELEF. y FAX: 91 548 15 77

e-mail: [administración@centrodepsicologiarussell.com](mailto:administración@centrodepsicologiarussell.com)

[www.centrodepsicologiarussell.com](http://www.centrodepsicologiarussell.com)

**TERAPIA - FORMACIÓN - INVESTIGACIÓN**

## Artículos

- 82.** Segunda evaluación de tests editados en España  
*Vicente Ponsoda y Pedro Hontangas*
- 91.** La Psicología Positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica  
*Carmelo Vázquez*
- 116.** Psicólogo/a Educativo: Formación y funciones  
*Juan Fernández*
- 123.** Coordinación sociosanitaria y evaluación integral en demencias: El rol de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer  
*María Eugenia Domínguez Orozco*
- 132.** Atención infantil temprana en España  
*María Auxiliadora Robles-Bello y David Sánchez-Teruel*
- 144.** Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta  
*Fernando Pérez del Río y Manuel Mestre Guardiola*
- 150.** Guía de entrevista para el Análisis Funcional de Conductas en personas transexuales dentro de un equipo multidisciplinar  
*José Miguel Rodríguez Molina*

## Libros

- 155.** Aprender a investigar, aprender a cuidar: Una guía para estudiantes y profesionales de la salud  
 Bayés, R. Barcelona: Plataforma Editorial, 2012  
*Tomás Caycho Rodríguez*

## Articles

- 82.** Second evaluation of tests published in Spain  
*Vicente Ponsoda and Pedro Hontangas*
- 91.** Positive Psychology and its enemies: A reply based on scientific evidences  
*Carmelo Vázquez*
- 116.** Educational Psychologist: Training and functions  
*Juan Fernández*
- 123.** Social and sanitary coordination and complete assessment in dementia: The role of Alzheimer's disease associations  
*María Eugenia Domínguez Orozco*
- 132.** Early intervention in Spain  
*María Auxiliadora Robles-Bello and David Sánchez-Teruel*
- 144.** Childhood sexual abuse and adulthood drug dependence  
*Fernando Pérez del Río and Manuel Mestre Guardiola*
- 150.** Interview guide for the Functional Analysis of Behavior with transgender people within a multidisciplinary team  
*José Miguel Rodríguez Molina*

## Books

- 155.** Aprender a investigar, aprender a cuidar: Una guía para estudiantes y profesionales de la salud [Learning to do research, learning to take care: A guide for students and health professionals]  
 Bayés, R. Barcelona: Plataforma Editorial, 2012  
*Tomás Caycho Rodríguez*

## PAPELES DEL PSICÓLOGO

### Edita

Consejo General de la Psicología de España

### Director

Serafín Lemos Giráldez

### Directores asociados

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

### Consejo Editorial

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

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

### Consejo Asesor

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

### Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez

### Administración y publicidad

Silvia Berdullas y Cristina Castilla

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

### Impresión

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

### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

*De este número 2 del Vol. 34 de Papeles del Psicólogo se han editado 55.800 ejemplares.*

*Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de la Psicología de España.*

*Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.*

**Papeles del Psicólogo está incluida en las bases de datos PsycINFO, Psycodoc y del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc, IBECs y EBSCO; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España:**  
<http://www.cop.es>

## SEGUNDA EVALUACIÓN DE TESTS EDITADOS EN ESPAÑA

### SECOND EVALUATION OF TESTS PUBLISHED IN SPAIN

Vicente Ponsoda<sup>1</sup> y Pedro Hontangas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid. <sup>2</sup>Universidad de Valencia

*El artículo describe los resultados de la segunda evaluación de tests psicológicos editados en España. La Comisión de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos decidió que se evaluaran 12 tests, seleccionados principalmente por su novedad y amplio uso. Cada test ha sido evaluado por dos expertos. Al igual que en la primera evaluación (Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez y Peña-Suárez, 2011), los evaluadores hacían su trabajo respondiendo a las preguntas del Cuestionario para la Evaluación de los Tests (Prieto y Muñiz, 2000), que adapta al contexto español el modelo elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales. De cada test se ha evaluado la calidad de los materiales y documentación, la fiabilidad de sus puntuaciones, la cobertura de los estudios de validación, la calidad de los baremos, etc. Los revisores informaron también acerca de la idoneidad del instrumento y proceso seguido en la evaluación. Se aportan sugerencias que pudieran ser útiles para mejorar las evaluaciones futuras.*

**Palabras clave:** Tests, Uso de los tests, Evaluación de tests, Psicometría.

*This article describes the results of the second evaluation of psychological tests published in Spain. The Committee on Testing of the Spanish Psychological Association agreed on assessing 12 tests, selected mainly for their novelty and wide use. Each test has been evaluated by two experts. As in the first evaluation (Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez and Peña-Suárez, 2011), assessments were made by responding to the Questionnaire for the Assessment of Tests (Prieto and Muñiz, 2000), which adapts to the Spanish context the assessment model developed by the European Federation of Psychologists' Associations. Results are provided in both absolute and relative terms, as they are compared to those of the first evaluation. They refer to the quality of documentation and materials, the coverage of the validation studies, reliability, norms, etc. Reviewers were also asked about the suitability of the instrument and procedure used to conduct the assessment. Suggestions are provided that may be useful to improve next test evaluations.*

**Key Words:** Tests, Test use, Test evaluation, Psychometrics.

Los tests psicológicos son herramientas muy utilizadas por la mayoría de los psicólogos. Con ellos toman decisiones de considerable impacto social en los diversos campos de actuación de la Psicología, como el educativo, clínico, social, organizacional y jurídico. No resulta extraño entonces que varios países europeos realicen procesos sistemáticos de evaluación de sus tests. Es el caso del Reino Unido, Alemania, Noruega... y, en especial, Holanda. Evers, Sijtsma, Lucassen y Meijer (2010) informan de las principales características del proceso de evaluación holandés. Hace más de 40 años, la Comisión de Tests del Colegio de Psicólogos holandés puso en marcha una primera evaluación de la calidad de sus tests, dando lugar a un primer libro de evaluaciones, publicado en 1969. A esta primera publicación han seguido cinco más, la última en 2009. Entre 1982 y 2010, el número de tests revisados ha sido 878,

que son prácticamente todos los editados. Por tanto, en Holanda, quien esté interesado en aplicar un test puede encontrar una evaluación independiente y rigurosa de su calidad y propiedades.

Muñiz y Fernández-Hermida (2010) muestran que la opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests es claramente positiva. En una escala de 1 ("desacuerdo total") a 5 ("totalmente de acuerdo"), fue 4.41 la media en el ítem "Utilizados correctamente los tests son de gran ayuda para el psicólogo". También están de acuerdo (media = 4.13) con el ítem "El Colegio Oficial de Psicólogos debería de ejercer un papel más activo para regular y mejorar el uso que se hace de los tests". En el mismo estudio, los acuerdos anteriores se tornan en ligero desacuerdo (media = 2.71) cuando la frase es "Los profesionales disponen de suficiente información (revisiones independientes, investigaciones, documentación...) sobre la calidad de los tests editados en nuestro país". Estos resultados animaron al Colegio Oficial de Psicólogos (COP), por medio de su Comisión de tests

*Correspondencia:* Vicente Ponsoda. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. C/ Iván Pavlov 6. 28049 Madrid. España. E-mail: [Vicente.ponsoda@uam.es](mailto:Vicente.ponsoda@uam.es)



(CT), a empezar la revisión sistemática de los tests editados en España, siguiendo la estela de las evaluaciones que están haciendo otros países. En 2010 se puso en marcha el proceso y se revisaron 10 tests. Los principales resultados se han publicado en esta misma revista (Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez y Peña-Suárez, 2011). En la web del COP (<http://cop.es/8>) están disponibles las revisiones completas de cada test. La experiencia fue valorada positivamente por la CT y se decidió realizar una segunda evaluación. El presente trabajo describe sus principales resultados.

### PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso seguido en esta segunda evaluación coincide básicamente con el de la primera, con alguna diferencia que se indicará oportunamente. En primer lugar, la CT decidió qué tests debían ser revisados. Decidió que fuesen 12. Once son pruebas comercializadas por los editores de tests que integran la CT (3 de EOS, 3 de Pearson y 5 de TEA). La prueba duodécima es la escala EPV-R (Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010), no comercializada, que viene siendo aplicada para la detección de riesgo alto de violencia grave contra la pareja en muchas comisarías de policía. La lista de los 12 tests se muestra en la Tabla 1. El siguiente paso fue decidir quién podría ser el coordinador. A propuesta de la CT, el primer firmante de este trabajo aceptó serlo.

A continuación comenzó la búsqueda de los revisores. Como en la primera evaluación, se pensó que lo apropiado era que un evaluador fuese más experto en cuestiones psicométricas y el otro lo fuese más en las variables sustantivas que el test medía. Se puso especial cuidado en los siguientes tres asuntos: En primer lugar, se procuró que el experto en Psicometría evaluase el test que por contenido pudiese interesarle más y conocer mejor. Algo similar se hizo con los expertos en el contenido. Del conjunto de expertos en un contenido particular fue elegido el que tuviese publicaciones más relacionadas con los tests. En segundo lugar, el coordinador decidió no recurrir a ninguno de los revisores participantes en la primera evaluación, con la idea de ir poco a poco generando un banco de revisores; pues la CT pretende continuar con el proceso de evaluación de tests en años sucesivos. Por último, se procuró que los revisores no tuviesen relación directa con los autores de los tests. De hecho, en la carta de invitación se les indicaba que no

aceptasen participar en la revisión si dudaban de que pudiesen hacer una valoración objetiva.

Una primera lista con los 2 posibles revisores de cada test fue analizada por otros 2 miembros de la CT. Advirtieron que un revisor no era apropiado y la lista fue modificada. A continuación, el coordinador les invitó a participar. De las 24 invitaciones, el número de rechazos fue 2. En un caso, por razones personales muy compren-

**TABLA 1**  
**RELACIÓN DE TESTS EVALUADOS**

BAI	Inventario de ansiedad de Beck
BAS-II	Escalas de aptitudes intelectuales
BDI-II	Inventario de depresión de Beck-II
CEAM	Cuestionario de estrategias de aprendizaje y motivación
CompeTEA	Cuestionario para la evaluación de las competencias en el contexto laboral
EPV-R	Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja - Revisada
ESCOLA	Escala de conciencia lectora
ESPERI	Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes
Merrill-Pamer-R	Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas
PAI	Inventario de evaluación de la personalidad
RIAS/RIST	Escalas de inteligencia de Reynolds/Test de inteligencia breve de Reynolds
WNV	Escala no verbal de aptitud intelectual de Wechsler

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

Revisor	Afiliación
Francisco José Abad García	Universidad Autónoma de Madrid
Jesús Alonso Tapia	Universidad Autónoma de Madrid
Jesús Alvarado Izquierdo	Universidad Complutense de Madrid
Juan Antonio Amador Campos	Universidad de Barcelona
Ramón Arce Fernández	Universidad de Santiago de Compostela
Roberto Colom Marañón	Universidad Autónoma de Madrid
Pere Joan Ferrando Piera	Universidad Rovira y Virgili
Eduardo García Cueto	Universidad de Oviedo
Paula Elosua Oliden	Universidad del País Vasco
Pedro Hontangas Beltrán	Universidad de Valencia
Fernando Jiménez Gómez	Universidad de Salamanca
Antonio Lobo Satué	Universidad de Zaragoza
Raúl López Antón	Universidad de Zaragoza
Ramón López Sánchez	Universidad Complutense de Madrid
Antonio Maldonado Rico	Universidad Autónoma de Madrid
María Rosario Martínez Arias	Universidad Complutense de Madrid
Julio Olea Díaz	Universidad Autónoma de Madrid
José Olivares Rodríguez	Universidad de Murcia
José Luis Padilla García	Universidad de Granada
Lilisbeth Perestelo Pérez	Servicio Canario de la Salud
Gerardo Prieto Adánez	Universidad de Salamanca
María Ángeles Quiroga Estévez	Universidad Complutense de Madrid
Jordi Renom Pinsach	Universidad de Barcelona
Jesús Salgado Velo	Universidad de Santiago de Compostela
Carme Viladrich Segués	Universidad Autónoma de Barcelona



sibles, y en el segundo por considerar el evaluador que su evaluación podría no ser objetiva. La selección de revisores, que es un punto trascendental, es uno de los aspectos que ha resultado más satisfactorio. Como se puede ver en la Tabla 2, su calidad científica es difícilmente mejorable y así lo ha sido también su involucración y buen hacer en las distintas fases del proceso. El coordinador aprovecha estas líneas para expresar su profundo agradecimiento a todos ellos.

Los editores pusieron a disposición del COP dos ejemplares completos de cada test. El COP envió uno a cada revisor. En relación al test EPV-R, no comercializado, el coordinador explicó al autor principal que su test iba a ser revisado y le pidió que indicase la documentación mínima sobre la que los revisores pudieran hacer su trabajo. Su respuesta fue positiva y muy colaboradora, y así se determinó la documentación que los dos revisores habrían de evaluar.

Como en la primera evaluación, la recogida de las evaluaciones se ha de hacer respondiendo al Cuestionario para la Evaluación de los Tests (CET), que adapta al contexto español el modelo de evaluación de tests desarrollado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales (Prieto y Muñiz, 2000).

En las siguientes líneas se ofrece una breve descripción del CET, pues el resto del trabajo hace continuas referencias a sus características. Tiene tres apartados. El primero (Descripción general) consta de 31 preguntas sobre el nombre del test, autores, fecha de publicación, descripción de qué mide, áreas de aplicación, formato de los ítems, modos de administración, precio, etc. El segundo apartado (Valoración de las características) consta, a su vez, de varios sub-apartados y contiene 35 preguntas en total. Las preguntas del primer sub-apartado tienen que ver con la calidad de los materiales, documentación e instrucciones, la fundamentación teórica, la facilidad de administración, la calidad del proceso de adaptación y el análisis formal y psicométrico de los ítems. Las preguntas del segundo sub-apartado (validez) evalúan la validez de contenido, de constructo, predictiva y el sesgo de los ítems. El tercer sub-apartado (fiabilidad) incluye preguntas sobre indicadores de equivalencia, consistencia interna y estabilidad. El último sub-apartado evalúa la calidad de los baremos. En el tercer y último apartado (Valoración global) el revisor ha de aportar su evaluación global, la relación de puntos fuertes y débiles del test y ha de rellenar dos tablas resumen. La primera ha de completarse a partir de las 31 preguntas del aparta-

do Descripción general y la segunda requiere la evaluación en 12 características (listadas en la primera columna de la Tabla 3) que resumen las evaluaciones proporcionadas en el apartado Valoración de las características. De las 68 preguntas del CET, 25 son cuantitativas y se han de responder en una escala tipo Likert de 5 categorías (desde 1, "inadecuada", a 5, "excelente"). En cada pregunta se detalla el significado concreto de "excelente". El resto son preguntas abiertas.

Se comunicó a cada revisor que su tarea principal era aplicar el CET al test que se le había asignado y se le informó sucintamente también de las siguientes fases del proceso. Recibidas las evaluaciones, fue tarea del coordinador generar una evaluación conjunta a partir de las dos recibidas.

El penúltimo paso fue enviar las evaluaciones conjuntas a los editores y autores del test no comercializado para recabar su parecer y comentarios. Las respuestas han variado apreciablemente en extensión y en acuerdo con lo indicado en la evaluación enviada. En nuestra opinión la participación del editor/autor es un elemento muy importante para asegurar la calidad de la revisión final. A partir de las respuestas recibidas, el coordinador modificó las evaluaciones cuando lo consideró oportuno y generó las evaluaciones finales. El último paso fue presentarlas a la CT, para que las conociese y diese el visto bueno, antes de hacerlas públicas.

## RESULTADOS

Como se ha indicado, el CET requiere evaluaciones cualitativas y cuantitativas. No todas las preguntas pueden puntuarse. Por ejemplo, una pregunta requiere que se evalúe la calidad de la adaptación, cuando no todos los tests evaluados son adaptaciones. En otras, el manual puede no ofrecer información sobre lo que se pregunta. Para obtener alguna evidencia de la fiabilidad entre los evaluadores, se ha calculado la correlación entre las puntuaciones otorgadas por los 2 evaluadores de cada test en las preguntas (5) en las que todos los tests evaluados tienen puntuaciones. La mediana de las 12 correlaciones, tantas como tests evaluados, es 0.61.

Los principales resultados se muestran en la Tabla 3, que contiene las evaluaciones de los 12 tests en cada una de las 12 características incluidas en la tabla resumen de valoración. La penúltima columna contiene las medias de las evaluaciones en cada característica (su valor mínimo es 1 y el máximo, 5). La mayor media es 5, y corresponde a la característica "Análisis del sesgo",



si bien se ha obtenido sólo a partir de un test. En la primera evaluación, ninguno de los 10 tests fue evaluado en esta característica. Las siguientes mejores medias son 4.32 y 4.29 y corresponden a "Calidad de los materiales y documentación" y "Adaptación española". La menor es 3.40 y corresponde a la característica "Fiabilidad que informa de la estabilidad". El punto neutro de la escala de respuesta es 3 ("Adecuada"). Incluso la menor media supera este punto neutro. Las dos siguientes peores son 3.50 y 3.55 que corresponden a "Validez de contenido" y "Validez predictiva", respectivamente.

En la primera evaluación las características que resultaron mejor evaluadas, con medias 4.5 y 4.35, fueron la "Fiabilidad mediante indicadores de equivalencia" y la "Calidad de los materiales y documentación", respectivamente. La que resultó peor, con media 3.5, fue el indicador de "Fiabilidad que informa de la estabilidad", como ha ocurrido en la segunda evaluación. Comparando los resultados de las 2 últimas columnas se aprecia que en "Validez de contenido" ha resultado claramente peor la segunda evaluación, mientras en "Validez de constructo" ha resultado peor la primera.

La media total de la segunda evaluación ha sido 4.02, ligeramente por encima de la media de la primera evaluación (3.96). Eliminando de la segunda evaluación la

característica "Análisis del sesgo", que solo ha sido evaluada en uno de los 22 tests de ambas evaluaciones, la media de la segunda evaluación quedaría en 3.93. La evaluación media queda muy cerca de 4, valor al que corresponde la etiqueta "Buena" en la escala de respuesta.

Evers et al. (2010) informan de las medias de las evaluaciones realizadas por los revisores holandeses. La escala de respuestas en este caso es de 3 categorías: 1 ("Insuficiente"), 2 ("Suficiente") y 3 ("Bueno"). La media de los últimos 540 tests revisados es 2.03, muy próxima al punto neutro de la escala de respuestas (2), cuando las medias españolas están claramente por encima del punto neutro de la correspondiente escala. Son varias las diferencias entre el sistema holandés de revisión y el español, por lo que no resulta fácil explicar las diferencias encontradas. Una importante es que los holandeses evalúan en 7 criterios, mientras que las evaluaciones españolas mostradas en la Tabla 3 lo hacen en 12, lo que cuestiona que el significado de las puntuaciones sea realmente el mismo. En la Tabla 3, se ha utilizado un guión para indicar ausencia de información o no procede. Cabe la duda de si algunos de los guiones que indican ausencia de información no debieran ser más bien una puntuación baja. De serlo, por supuesto, las medias serían menores.

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

Características	Tests evaluados												Media 2012	Media 2011
	BAI	BAS-II	BDI-II	CEAM	Compe TEA	EPV-R	ESCOLA	ESPERI	Merrill Palmer-R	PAI	RIAS RIST	WNV		
Calidad de los materiales y documentación	4.5	4.5	5	3.5	4.5	-	3.5	3	5	4.5	4.5	5	4.32	4.35
Fundamentación teórica	4	5	5	4	4	3	3	3	4	5	4	4	4.00	4.20
Adaptación española	4	5	4	-	-	-	-	-	5	4	4	4	4.29	4.25
Análisis de los ítems	4	5	4	4	4	3	4	3	4	4	4	-	3.91	3.58
Validez de contenido	3	4	4	-	3.5	2.5	3.5	2	4	4	4	4	3.50	4.25
Validez de constructo	4.5	5	5	4	4	2	2.5	4	4.5	4.5	5	5	4.17	3.60
Análisis del sesgo	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.00	-
Validez predictiva	4	4	5	2.5	3.5	3	3.5	-	-	3	4	3	3.55	3.57
Fiabilidad: equivalencia	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4.00	4.50
Fiabilidad: consistencia interna	4.5	4	5	4	3	3.5	4	4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.17	3.75
Fiabilidad: estabilidad	-	3	-	-	-	-	-	-	4.5	3.5	3	3	3.40	3.50
Baremos	-	4	-	4	4	-	3	4	4	4	4.5	4	3.94	4.00
Media global													4.02	3.96

Notas: Las puntuaciones de la tabla están dadas en una escala cuyos 5 valores son: 1= inadecuado, 2=adecuado pero con algunas carencias, 3= adecuado, 4= bueno, 5= excelente. Cuando aparece un guión (-) significa que no se aporta información o no procede.



## COMENTARIOS SOBRE EL CET Y EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE TESTS

### *En relación al CET*

Muñiz et al. (2011) indican que convendría modificar el CET a la luz de los cambios introducidos en el nuevo modelo de evaluación europeo (Evers et al., 2010) y mejorar las preguntas que habían resultado en alguna medida problemáticas en la primera evaluación. A partir de los comentarios de los revisores de la segunda evaluación, podemos añadir algunas sugerencias adicionales.

En cada una de las 25 preguntas cuantitativas del CET hemos obtenido la varianza de las 2 evaluaciones dadas por los 2 revisores de cada test. A continuación hemos obtenido la media de las 12 varianzas (una por test) como indicador de la "ambigüedad/dificultad de aplicación" de cada pregunta. Cabe esperar que el acuerdo entre los 2 evaluadores sea menor (y sea mayor la varianza) en las preguntas problemáticas. De las 25 preguntas, las tres que resultaron con mayor varianza media fueron la 2.9.1 ("Análisis de los ítems"), la 2.10.1.2 ("Número de expertos consultados en la validación de contenido") y la 2.10.3.2 ("Tamaño de las muestras en la validación predictiva"). El desacuerdo entre los revisores en la evaluación del análisis de ítems pudiera deberse a que los expertos en Psicometría evalúan específicamente el análisis *psicométrico* de ítems, mientras que los expertos en contenido pudieran haber evaluado la calidad de los ítems sin prestar tanta atención a que el manual proporcione los indicadores de discriminación, de dificultad, detalles de los ítems eliminados, etc. Las preguntas referidas a la validez de contenido han resultado en cierta medida problemáticas; pues, para algunos evaluadores, la información que el manual ofrece, cuando se describe el desarrollo del test, sobre la tabla de especificaciones y los procesos seguidos para comprobar que los ítems se relacionan con el constructo que se pretende medir es evidencia suficiente de validez de contenido. Sin embargo, para otros evaluadores, un estudio de validez de contenido debe ser un estudio posterior al desarrollo del test que pretende mostrar evidencias de si el test evalúa realmente las partes relevantes del constructo de interés. Si existe cierto desacuerdo en qué se entiende por validez de contenido no es de extrañar que también lo exista en el número de expertos involucrados en dicha validación. Algo similar puede decirse de la validación predictiva. La línea de separación entre la validez de constructo convergente y la validez de criterio es a menudo muy delgada. Los manuales presentan

a veces en el apartado de validez predictiva estudios que pudieran ser considerados de validación convergente. No resulta entonces raro que los evaluadores muestren desacuerdo a la hora de informar del tamaño de la muestras.

Un asunto al que futuras ediciones del CET convendría que prestasen más atención es el de qué peso dar a los datos originales frente a los obtenidos en la adaptación. El CET incorpora una pregunta para evaluar la calidad de la adaptación. Los manuales suelen ofrecer muchos resultados obtenidos con el test original y generalmente menos con el test adaptado; pues, como cabe esperar, el test original lleva más tiempo disponible y se ha aplicado más veces. Por ejemplo, en el apartado de validez de constructo es frecuente que el manual ofrezca muchos estudios hechos con el test original y algunos hechos en España ¿Qué peso se ha de dar a unos y a otros en la evaluación de la validez de constructo? ¿Hay que tener en cuenta en la evaluación todos los estudios o solo los segundos? Este asunto puede estar detrás de algunas de las discrepancias observadas entre los evaluadores.

En línea con lo sugerido por Muñiz et al. (2011) sobre la primera evaluación, hay que indicar con más claridad cómo debe proceder el evaluador. Tres evaluadores de la segunda evaluación modificaron las opciones del CET cuando no encontraban alguna que se ajustase a lo que querían decir. Estaría bien incluir un conjunto de instrucciones generales, indicando que las opciones del CET no se deben modificar, dando pautas sobre si el evaluador puede o no añadir una nota explicativa o justificativa de las evaluaciones cuantitativas que otorga, que no se deben dejar preguntas sin contestar, etc. Quizás convenga añadir un glosario con la definición de los términos psicométricos que puedan plantear dudas de comprensión. Como Prieto y Muñiz (2000) sugieren, podría contemplarse la posibilidad de una administración informatizada del CET. Haría más uniforme el proceso de respuesta, admitiría solo una o más de una respuesta dependiendo de la pregunta, podría dar el significado de algún término pulsando sobre él, calcularía automáticamente la puntuación en las preguntas en las que se espera que la puntuación sea la media de las puntuaciones asignadas a otras preguntas, etc.

Cabe plantearse si el actual CET resulta adecuado para todos los tipos de tests. Para evaluar las ayudas a la interpretación de las puntuaciones, el CET contiene una sección de baremos, con 4 preguntas. Sin embargo, en



algunas situaciones (escalas clínicas, por ejemplo) tiene más sentido y es más frecuente establecer puntos de corte que permiten clasificar la puntuación obtenida en alguno de los grupos de interés. ¿Sería mejor que el CET incluyera un apartado de interpretación de puntuaciones que permitiera evaluar además otras estrategias de interpretación, alternativas a los baremos? Hay pruebas (Evers et al. 2010) que no están pensadas para predecir resultados externos y en las que tiene poco sentido la validez predictiva. En las escalas clínicas, se suelen ofrecer resultados sobre la capacidad de la prueba para predecir la pertenencia a distintos grupos, que no requieren calcular correlaciones. La pregunta con la que se puntúa la capacidad predictiva del test (“Mediana de las correlaciones del test con los criterios”) no parece apropiada en este caso.

Las baterías plantean algunos problemas específicos. El CET indica en una nota lo siguiente: “Si el test está compuesto de subtests heterogéneos en su formato y características, rellena un cuestionario para cada subtest”. Conviene destacar que no resulta similar el trabajo que supone al revisor un manual de 50 páginas (BDI-II, por ejemplo) que una batería (BAS-II, por ejemplo, con varios y extensos manuales y distintas pruebas). En algún caso, el revisor dijo al coordinador que si tenía que hacerlo como se indica en la nota, no podría hacer la revisión. Convendría considerar si es adecuado eliminar esa nota e indicar claramente qué información complementaria se ha de aportar en el caso de baterías y en qué preguntas, teniendo presente que sea lo más razonable posible la cantidad de trabajo que se pide al revisor.

Para terminar, a la lista de asuntos que han planteado alguna dificultad en la primera y segunda evaluaciones, añadiríamos algunas sugerencias más: ¿Sería mejor desglosar validez de constructo en estructura interna y relación con otras variables? Algunas pruebas tienen más ítems de los que se han de administrar, pues el aplicador ha de seleccionar los apropiados a cada evaluado. Convendría indicar cómo proceder en ese caso (por ejemplo, indicando el número de ítems disponibles y el máximo posible de ítems a aplicar en cada prueba). También en la segunda evaluación, la pregunta del CET sobre el “procedimiento de corrección” ha planteado alguna dificultad, pues a veces se confunde “automatizada por ordenador” con “efectuado exclusivamente por la empresa suministradora”. A veces el procedimiento de corrección es manual, pero sin plantilla. En 2.11.2.1 se pregunta por el tamaño de las muestras. No aparece entre las op-

ciones “varios estudios con muestras pequeñas”. En baremos se puntúa la calidad de las normas y el tamaño de los grupos, pero ¿cómo se tiene en cuenta la aplicación de estrategias, como “continuous norming” (Zachary & Gorsuch, 1985), que paliar el problema del reducido tamaño de los grupos normativos?

### ***En relación al proceso de revisión***

Muñiz et al. (2011), al hacer balance de la primera evaluación, reconocen que el proceso a seguir para hacer la revisión plantea algunas dudas, y seguramente no es independiente de lo anterior el hecho de que los distintos países sigan procedimientos distintos. En nuestro país, como se ha descrito anteriormente, el procedimiento de revisión se parece mucho a cómo se revisan los artículos en las revistas científicas, pero hay algunas diferencias.

La revisión de un test no comercial plantea dificultades propias, no siendo la menor de ellas la determinación de sobre qué artículos/informes han de hacer los revisores la evaluación, al carecer de manual. El primer test no comercial revisado ha sido el EPV-R y lo ha sido en esta segunda revisión. El coordinador optó por pedir ayuda a los autores, que por cierto la prestaron muy amable y eficazmente. Queda la duda de cómo proceder si alguna vez no fuera así. Tiene sentido que la CT ponga en marcha la revisión del test que considere oportuno y la haga pública, pero convendría establecer un protocolo de actuación en estos casos. Podría indicar, por ejemplo, si se ha de informar y pedir colaboración al autor del test y quién ha de hacerlo, cómo determinar sobre qué documentos se ha de basar la revisión, si hay que explicitar las razones por las que el test ha sido elegido, entre otros posibles contenidos.

La ciencia, a veces, no casa del todo bien con el negocio. Si el manual informa de muchos detalles psicométricos, el precio del test es más alto, por el esfuerzo de hacerlo y por lo que cuesta el mismo manual (más páginas). Pudiera entonces ocurrir que seguir las recomendaciones de mejora que los revisores proponen redunde en dificultades para su comercialización. Una posible solución quizás sea que los editores ofrezcan la información fundamental en el manual y la más sofisticada en la web. Otro ejemplo de esto mismo se plantea cuando el editor no publica en el manual información psicométrica relevante (por ejemplo, los pesos de los ítems en los factores). Los revisores puntúan negativamente que no se ofrezcan estos datos, a pesar de que la informa-



ción existe. Una posible solución a esto último es que los editores suministren a los revisores, junto con el test, la información disponible requerida por el CET que no aparezca en el manual. Esto habría de hacerse salvaguardando la confidencialidad de dicha información y el anonimato del proceso de revisión. Un tercer ejemplo tiene que ver con las consecuencias de la revisión: de los tests revisados se explicitan sus puntos fuertes, pero también sus puntos débiles. Estas informaciones no están disponibles en el caso de los tests no revisados, quedando la duda de si éstos últimos pudieran resultar mejor parados. Evers et al. (2010) afirman que en Holanda se ha establecido la idea de que una buena práctica en el uso de los tests es aplicar los que hayan recibido buenas evaluaciones en el proceso de revisión. No podemos estar más de acuerdo y lo esperable es que algo similar suceda en nuestro país cuando el proceso de revisión vaya progresando y sean más y más los tests revisados.

Relacionado con lo indicado al comienzo del párrafo anterior cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿Tiene sentido recomendar análisis psicométricos complejos (pruebas de invarianza, estudios de funcionamiento diferencial, indicadores de precisión de cada medida...) y solicitar que se aporten detalles (por ejemplo, información del ajuste a los modelos) que probablemente no entienden la mayoría de los psicólogos aplicados? Los usuarios lo que seguramente reclaman son ayudas para la interpretación de las puntuaciones. ¿Debería el proceso de revisión incorporar más activamente el punto de vista de los profesionales? Los revisores somos en su casi totalidad académicos, ¿no tendremos el sesgo de evaluar un test como evaluamos los artículos, cuando el objetivo y público objetivo son distintos? Como indica Elosua (2012), la Psicometría moderna está progresando muy deprisa y la distancia entre los desarrollos actuales y los que se vienen aplicando en las tesis, artículos, manuales de tests, etc., por los no expertos en Psicometría suele ser considerable. Recientemente, en esta misma revista, Ponsoda (2010) coordinó el monográfico "Metodología al servicio del psicólogo", cuyo propósito era acercar al profesional algunos de los desarrollos psicométricos modernos, que muy probablemente no habían estudiado anteriormente, como el sesgo de los ítems y tests, el análisis factorial confirmatorio, los modelos de ecuaciones estructurales, los conceptos recientes de fiabilidad y validez, las nuevas teorías de los tests, los formatos innovadores de tests e

ítems... A nuestro modo de ver, los nuevos desarrollos psicométricos que los revisores recomiendan ayudan a mejorar los tests, pues de su aplicación resultarán nuevas evidencias de validez, indicadores alternativos de la fiabilidad de la prueba, indicadores de la precisión de las medidas individuales, de obvio interés cuando estamos interesados en la evaluación individual frente a la colectiva, etc. Lo anterior no es contradictorio con que el manual satisfaga además las necesidades y exigencias del usuario y facilite la aplicación correcta y cómoda del test. En este mismo sentido, sería interesante incorporar la visión del usuario en el proceso de revisión, pero obviamente no podría ser pidiéndole responder al CET. Habría que pensar en algún procedimiento que informe de su satisfacción con el test, que permita conocer sus puntos fuertes y débiles desde la perspectiva del usuario y no del experto. Lo anterior parece difícilmente integrable en el proceso de revisión actual. Información de este tipo se obtiene con las encuestas sobre la opinión sobre los tests (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000, 2010), si bien obviamente no es específica de un test particular. En cuanto a la tercera pregunta, sí creemos que hay un cierto riesgo de hacer las revisiones como hacemos las de los artículos, dada la escasa experiencia que tenemos todos en revisar tests. Es tarea del coordinador, en sus interacciones con los revisores, hacerles ver que, en efecto, el objetivo de la revisión no es el mismo que el de los artículos científicos. Por tanto, sus recomendaciones deben ceñirse a los asuntos que mejoren la prueba, aporten nuevas evidencias de validez... y no a propuestas que pudieran eventualmente mejorar el conocimiento de los procedimientos psicométricos aplicados o del constructo que el test mide.

Puede hacerse también algún comentario en relación al papel del coordinador. En las dos revisiones anteriores cada revisor ha recibido el test, regalado por el editor. Lo cierto es que el coordinador también necesita las pruebas sobre las que ha de hacer los informes, para añadir a las dos revisiones una tercera si lo considera adecuado, para aclarar las discrepancias entre revisores y para hacer alguna eventual comprobación sobre lo que autores y editores proponen cambiar en la revisión que se les envía, antes de la evaluación final. Una posible solución es que los editores y/o la CT proporcionen al centro de trabajo del coordinador las pruebas a revisar que el centro no tenga y no pueda adquirir.



## CONCLUSIONES

En primer lugar, conviene destacar que el proceso de evaluación de tests iniciado en 2010 continúa y va consolidándose; no obstante, para que esta consolidación resulte más útil, sería conveniente que se produjera un rápido incremento del número de tests revisados. Hasta el momento se han revisado 22 tests. Uno de ellos es un test no comercializado, elegido por su repercusión social. El test EPV-R, de Echeburúa et al. (2010), se ha incorporado al protocolo que siguen en muchas comisarías de policía, tras una denuncia de agresión contra la mujer, para la predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja. Anteriormente, los policías decidían subjetivamente las medidas de protección que debían tomar; con la aplicación del test, las medidas de protección son las establecidas para el nivel de riesgo que se sigue de su aplicación.

El nivel medio de los tests revisados es, en términos absolutos, bueno (4, en una escala que va de 1 a 5); y casi coincide con el obtenido en la primera evaluación. Sucesivas evaluaciones mostrarán si es ésta la calidad media de las pruebas editadas en España, o si, a medida que más y más tests son evaluados, la media cambia. En las dos evaluaciones hemos comprobado que sólo un test da información detallada del sesgo o funcionamiento diferencial de los ítems. Están por debajo de la media en ambas evaluaciones 3 características: "Análisis de los ítems", "Validez predictiva", y "Fiabilidad entendida como estabilidad". En el apartado de puntos a mejorar, se sugiere en varias ocasiones que se informe en el manual de las propiedades individuales de los ítems y los criterios de selección para configurar el test final, que se proporcione más evidencia de la capacidad de la prueba para predecir criterios relevantes en sus campos de aplicación, y que se procure incorporar en nuevas ediciones del test estudios de fiabilidad test-retest, que informen de la estabilidad de las puntuaciones.

Los revisores han advertido algunas otras carencias, como las siguientes: la escasa justificación de los puntos de corte aportados para la interpretación de las puntuaciones, la no obtención de indicadores de la precisión de la puntuación de cada evaluado sino del test en su conjunto, la escasez de estudios de funcionamiento diferencial de ítems y tests, y la escasez de estudios que aporten evidencias y justifiquen ciertos usos esperables de las puntuaciones. La botella se puede ver también medio llena. En general se ha cuidado mucho la correcta inserción del constructo que el test mide en la teoría

psicológica. Se aprecia el uso en varios tests de la teoría de la respuesta al ítem, que proporciona por cierto indicadores de la precisión de cada medida. Se ha realizado algún estudio de funcionamiento diferencial; se han aplicado en algunos tests análisis factoriales confirmatorios y modelos de ecuaciones estructurales; se han utilizado desarrollos recientes para la construcción de baremos que permiten obtener muchos distintos, evitando que el tamaño requerido de la muestra total sea demasiado grande; en algunos tests se han contemplado "acomodaciones", o cambios a hacer en la administración de la prueba cuando se aplica a individuos con alguna característica especial, que posibiliten una adecuada interpretación de las puntuaciones; varios tests proporcionan sistemas automáticos de corrección e interpretación de puntuaciones; y, por último, en algunas de las pruebas revisadas se cuida la representación de las muestras normativas, incluyendo muestras no incidentales, y se aplican procedimientos de validación cruzada para evitar indicadores psicométricos artificialmente altos. En fin, es una buena noticia que la distancia entre la teoría y la práctica, aludida en el apartado anterior, va reduciéndose.

La evaluación de la calidad de los tests necesita del CET por varias razones. Facilita la tarea de los revisores y de los autores y editores del test, al indicar exactamente qué se va a valorar y cómo. Permite a la vez una evaluación cuantitativa y cualitativa de las características relevantes a tener en cuenta cuando se quiere determinar la calidad de un test. Facilita la comparación de resultados entre tests distintos y tandas de evaluación. Evidentemente, lo anterior no excluye que requiera revisiones. En general, el CET se podría mejorar añadiendo un glosario con los términos susceptibles de diferentes interpretaciones, y aclaraciones y ejemplos sobre las preguntas problemáticas. Alternativamente, podría también contemplarse la inclusión de algún procedimiento de búsqueda de consenso entre revisores.

El CET está inspirado en el modelo de evaluación de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales y este modelo está siendo modificado en profundidad (Evers et al., 2010). La incorporación de algunas de estas modificaciones y la respuesta a las dificultades de aplicación comentadas en este artículo y en Muñiz et al. (2011) sugieren que convendría plantearse su modificación. Todo indica que en los próximos meses se publicará una nueva edición de los "standards" (AERA, APA y NCME, 1999). Compartiendo con Elosua



(2012) la idea de que hemos de tenerlos muy en cuenta, la próxima aparición de los nuevos es otra razón para modificar el CET.

En cuanto al proceso de revisión en su conjunto, nuestra impresión es que funciona razonablemente bien; lo que no excluye que pueda introducirse algún cambio que se considere oportuno. Se entrega a los revisores una cantidad simbólica de 50 euros. Algunos revisores han preferido no cobrarla, pues consideran que, como ocurre con la revisión de artículos, son tareas que no deben ser remuneradas. Siguiendo el modelo de las revistas científicas que nombran al editor y comité editorial por un periodo de 2 o 3 años, se podría considerar si es apropiado o no que el coordinador y los revisores evalúen más de una tanda de tests, durante dos o tres años, e informen de los resultados de la revisión al final del periodo.

#### AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a los miembros de la Comisión de Tests: José Ramón Fernández Hermida, Ana Hernández Baeza, Miguel Martínez García, Milagros Antón López, Viviana Gutman Mariach, y, en especial a su Presidente, José Muñiz Fernández, por su continua ayuda. Queremos reiterar también nuestro agradecimiento a los revisores por su entusiasta y excelente colaboración.

#### REFERENCIAS

American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council of Measurement in Education (1999). *Standards for educa-*

*tional and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Echeburúa, E., Amor, P.J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la pareja – Revisada (EPV-R). *Psicothema*, 22(4), 1054-1060.
- Elosua, P. (2012). Tests publicados en España: Usos, costumbres y asignaturas pendientes. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 12-21.
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W. & Meijer, R.R. (2010). The Dutch review process for evaluating the quality of psychological tests: History, procedure and results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A. y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 113-128.
- Ponsoda, V. (2010). Metodología al servicio del psicólogo. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 2-6.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Zachary, R. A. & Gorsuch, R. L. (1985). Continuous norming: Implications for the WAIS-R. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 86-94.



# LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS ENEMIGOS: UNA RÉPLICA EN BASE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

## POSITIVE PSYCHOLOGY AND ITS ENEMIES: A REPLY BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE

**Carmelo Vázquez**  
Universidad Complutense de Madrid

*La Psicología Positiva ha sido objeto de ataques apasionados. Se ha cuestionado su novedad, su alcance científico, sus intenciones e incluso la honestidad de sus seguidores. Además, por extensión, se ha puesto en duda que la Psicología en su conjunto se ocupe de temas como el bienestar humano. En esta revisión ofrecemos una respuesta a algunas críticas desproporcionadas y efectuamos un repaso de la abrumadora evidencia existente derivada de la activa y sólida agenda de investigación que existe sobre las emociones y cogniciones positivas (p.ej.: optimismo) y su relación con la salud y el bienestar psicológico. La Psicología no puede estar de espaldas a un movimiento general creciente, en las ciencias sociales y en el ámbito de la discusión política y económica, que sitúa el bienestar psicológico como un foco legítimo de atención. En esa dirección, la Psicología Positiva está contribuyendo, con los conceptos y herramientas propios de la Psicología, a articular y apoyar una buena parte de la investigación y promoción de esos temas cruciales. Finalmente se plantea que, en base a un diálogo académico veraz y respetuoso, la Psicología ineludiblemente deberá integrar fluidamente el enfoque sobre el funcionamiento positivo para poder explicar de un modo más integrador la naturaleza humana.*  
**Palabras clave:** Psicología positiva, Optimismo, Salud, meta-análisis, Psicoterapia, Mitos.

*Positive Psychology has been targeted with passionate attacks that have questioned its novelty, scientific scope, hidden intentions and even the honesty of its followers. Also, by extension, some critics have cast doubt that psychology as a whole should deal with topics such as human well-being. In this review, we provide a rebuttal to some of extreme forms of criticism. We carry out a review of the overwhelmingly cumulative evidence, derived from an active and robust research agenda, which reveals consistent relations between positive emotions and cognitions (e.g. optimism), health outcomes, and psychological wellbeing. Psychology cannot be apart from a growing movement, in the social sciences and in the field of economics and policy-making, which places psychological wellbeing as a legitimate focus of attention. In this regard, Positive Psychology, with the best tools for psychological research, is helping to articulate and support a good part of the research and promotion of these crucial issues. Finally, it is argued that based on a truthful and respectful academic dialogue, psychology must inevitably address the focus on positive functioning to explain human nature in a more inclusive way.*

**Keywords:** Positive psychology, Optimism, Health, Meta-analysis, Psychotherapy, Myths.

“Renunciar a la felicidad, afirma Kant, ... sería renunciar a ser hombre”. Comte-Sponville et al. (*La historia más bella de la felicidad*, 2005, p. 9).

**L**os argumentos pasionales no deberían tener un lugar prominente en una discusión académica. Pero creo que algo de esto sucede en algunas apreciaciones críticas formuladas a la Psicología Positiva (PsiPos) en el volumen 33 de *Papeles del Psicólogo* (2012, vol. 33, nº3), un espacio que pertenece al colectivo de los psicólogos colegiados en ejercicio y que debe velar por el buen nombre de la Psicología y sus profesionales. No quisiera entrar a responder uno a uno a los argumentos que se señalan en esas críticas, primero porque nadie me ha solicitado hacerlo y, sobre todo, por-

que el lector no merece que se le castigue con discusiones parasitarias. Pero creo honestamente que la PsiPos merece una mirada que haga justicia a sus fundamentos, sus prácticas, y cómo no, a sus limitaciones que, probablemente, son en buena medida comunes al quehacer de la Psicología en general.

No resulta fácil entablar un debate racional para responder a algunas críticas que, bajo una apariencia culta, conllevan descalificaciones nada académicas. Tras el escudo de oportunas citas literarias o filosóficas, calificar el optimismo como “canalla” o “sin escrúpulos”, denunciar la “mala fe” de la literatura de la PsiPos, tildar de “magia” la actividad de unos colegas, o hablar de la felicidad “despótica” (Pérez-Álvarez, 2012) deja apenas resquicio para el oponente. Y lo mismo cuando se tilda a sus impulsores o seguidores como ignorantes o manipuladores (Fernández-Ríos y Novo, 2012). Se trata de juicios de valor que enturbian el terreno de la

*Correspondencia:* Carmelo Vázquez. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. España. E-mail: cvazquez@psi.ucm.es



argumentación y, por cierto, pueden ser innecesariamente ofensivos para muchos.

Las críticas a la Psicología Positiva se han sucedido desde su origen y en ella han intervenido desde psicólogos, como el infatigable polemista James Coyne (Coyne y Tennen, 2010a), hasta filósofos foucaultianos (Binkley, 2011), expertos en literatura (Wilson, 2008), teóricos de las terapias psicológicas (Held, 2004), ensayistas (Ehrenreich, 2009) o especialistas en pedagogía aristotélica (Kristjánsson, 2010). Pero también ha contado con simpatizantes o con espectadores interesados como Albert Bandura (Bandura, 2011), Philip Zimbardo (Zimbardo, 2004), James Gross (Tamir y Gross, 2011), Ellen Langer (Langer, 2002), Peter Salovey (2002), Susan Nolen-Hoeksema (Nolen-Hoeksema y Davis, 2002), Shelley Taylor (Taylor y Sherman, 2004), John Cacciopo (Hawley, Preacher y Cacciopo, 2007), David Barlow (Carl et al., 2013), o Stephen Hayes (2013) por citar algunos investigadores de trayectoria admirable. No se trata de hacer un listado de detractores y defensores porque no quita ni añade necesariamente peso a los argumentos, pero puede ayudar a entender que cuando se da la imagen de la PsiPos como la de un club de ilusos, cuando no de defensores de unos viles intereses, sobre lo que luego volveremos, se hace un juicio tan sorprendentemente ciego como injusto.

Richard Lazarus (2003a) hizo una de las primeras críticas a la PsiPos en un número especial de *Psychological Inquiry* en el que, por cierto, hubo espacio para que se pronunciaran voces a favor y en contra de aquel incipiente movimiento. Anticipando alguna probable reacción de quienes están en el objetivo de sus críticas, Pérez-Alvarez (2012) nos ha recordado la posterior observación del propio Lazarus (2003b) de que los criticados reaccionaron como "avispa a las que se les remueve el nido". Admito que el tono del presente artículo sería más el de una "avispa pesimista" que optimista (según la clasificación de estos insectos efectuada en el estudio de la bióloga Bateson et al., 2011). Ese pesimismo deriva del convencimiento de que es una tarea difícil, si no imposible, convencer a cualquier crítico cuando éste bascula demasiado sobre en un lenguaje emocional y repleto de juicios absolutos. De modo que este artículo nace con la convicción de que muy poco va a aportar a algunas voces apasionadas ya posicionadas en contra de la PsiPos.

## PSICOLOGÍA POSITIVA: UN ASUNTO DE PECADOS ORIGINALES

Devaluar al enemigo es una práctica bien analizada por los psicólogos sociales (Zimbardo, 2008). El método es reconocible cuando ya se comienza por establecer comparaciones desfavorecedoras y humillantes (Lindner, 2006). Así, para empezar, nada mejor que fundar un paralelismo entre la PsiPos y un, al parecer, conocido bestseller (*El secreto*) o con los shows televisivos de Oprah Winfrey en USA (por si no la conoce el lector, una popular presentadora de la televisión norteamericana) –(Cabanas y Sánchez, 2012). Estos dos ejemplos serían los nuevos representantes populares de una metafísica del Nuevo Pensamiento, en el corazón de la ideología deshumanizadora del capitalismo industrial, y de la que la PsiPos sería su continuación natural.

Los argumentos interesantes sobre la génesis social de un "pensamiento positivo" (Cabanas y Sánchez, 2012) sin embargo pierden fuerza cuando se inscriben en un tono hiperbólico. Sin negar que hay una convergencia entre esta idea tan norteamericana de la superación individual y de las narrativas de éxito (Tennen y Affleck, 2009; Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa, 2013) y el inicio y arraigo de la Psicología Positiva en Norteamérica, ese análisis sociológico es incompleto. Por ejemplo, hay necesidades psicológicas (Ryan y Deci, 2001), y emociones básicas (Ekman y Friesen, 1971) que la investigación ha mostrado que están ligadas a la satisfacción vital (Tay y Diener, 2011). De modo que explicar el auge de la PsiPos básicamente como una expresión de un modelo de pensamiento (o de producción) dominante, parece reduccionista.

### *El lio de lo positivo y lo negativo*

Si uno de los pecados originales que se achacan a la PsiPos sería esa turbia conexión con la tradición cuasi religiosa del "pensamiento positivo", aún quedan algunos otros por los que expiar. No es uno menor el mismo uso de términos como "positivo" o "negativo". Es justo reconocer que hablar de Psicología "positiva" es una fuente de malentendidos y origen de muchas críticas, pero también hay que recordar que han sido aclarados en numerosas ocasiones (p. ej.: Vecina, 2006; Hervás, 2009; Sheldon, 2011).

Incluso el hecho de hablar de emociones positivas y negativas es criticado furibundamente (Held, 2004; Lazarus, 2003a; Pérez-Alvarez, 2012; Cabanas y Sánchez, 2012). Sin embargo, todos los expertos en emociones saben que *no hay* emociones buenas o malas en un sentido moral o



absoluto y que todas, agradables o desagradables, cumplen una doble función de regulación individual y de comunicación (v. Avia y Vázquez, 2011). El extendido y ya inevitable uso de términos como afecto o emociones “positivas” denota básicamente el *componente hedónico* (placentero o desagradable) que pueden conllevar las emociones y ha sido descrito desde hace décadas en las investigaciones sobre el espacio emocional (Russell, 1980; Watson y Tellegen, 1985). Esa distinción entre emociones positivas y negativas es un concepto psicológico bien establecido y validado respecto a sus bases psicológicas (Avia, 1997), neurofisiológicas (Davidson, 1999; Kringelbach y Berridge, 2009) o filogenéticas (Nettle y Bateson, 2012). De modo que achacar a la PsiPos la calificación de unas emociones como positivas y otras como negativas, como si fuera una ocurrencia, es una trivialidad tan repetida como vacía.

De modo parecido, plantear solemnemente, después de tantas décadas de investigación (p. ej.: Campos, 2003), que el valor adaptativo o no de las emociones dependerá del *contexto* (McNulty y Fincham, 2012) no es una gran noticia. Pero esta obviedad vale, naturalmente, si sirve para ofrecer una imagen preformada y deformante de la PsiPos: «Todo depende del contexto en el que ocurren [los procesos positivos] y nada parece ser inherente per se, contrario al *esencialismo* e *ingenuidad* que parece presidir la “hapiología”» (Pérez-Alvarez, 2012, p. 189). Ese dedo acusador yerra el blanco. Entre otras cosas, de las investigaciones de esos caricaturizados “hapiólogos” proceden precisamente algunos de los mejores estudios sobre el hecho de que las emociones “positivas” pueden ocasional y contextualmente tener efectos negativos y viceversa (Cohen, 2006; Fredrickson, 2004). Sin duda que tener en cuenta este elemento contextual es importante (Hayes, 2013), y se deben evitar lecturas ingenuas de lo “positivo” y lo “negativo” como algo de valor inherente. Pero esta advertencia es una guía orientadora para cualquier empresa en el ámbito de una Psicología integradora.

Con generosas y oportunas citas literarias algunos críticos alertan de que puede haber felicidad en la infelicidad, y que podemos disfrutar de la melancolía (Wilson, 2008). Creo que la validez de esta hipótesis no se resuelve desde el escritorio del filósofo. ¿En qué circunstancias la tristeza es fuente de satisfacción? ¿Cuáles son los límites? A esto es a lo que un psicólogo debe responder. Por estudios experimentales sabemos que un cierto nivel de tristeza, siempre que no sea intensa o continuada, puede inducir un razonamiento más analítico (Andrews y Thomson, 2009), un

juicio más ecuánime hacia los demás (Tan y Forgas, 2010) o una memoria menos sesgada (Matt, Vázquez y Campbell, 1992). Todo ello puede ayudar en determinadas *circunstancias* a tomar mejores decisiones (p.ej.: cuando el resultado es incierto o cuando tomar una decisión errónea puede tener un alto coste). Pero, también sabemos que, *en general*, niveles elevados de depresión o de rumiación depresiva están asociados a una peor solución de problemas (Lyubomirsky et al., 1999), a un menor recuerdo de sucesos autobiográficos *positivos* específicos (Romero, Vázquez, y Sánchez, en prensa), o atender menos a estímulos emocionales *positivos* (Sánchez et al., 2013). Además, la tristeza, aunque a veces podemos “disfrutar” de ella, con frecuencia está ligada a la coexistencia de otras emociones negativas que añaden un elemento corrosivo a esa emoción aislada (Hervás y Vázquez, 2011). Esto tiene poco que ver con ese idealizado y literario disfrute de la melancolía.

### ***La Psicología Positiva: Ofreciendo felicidad a granel***

Siguiendo con una variante del argumento anterior, aunque factores como las emociones positivas (Xu y Roberts, 2010) o la satisfacción vital (Diener y Chan, 2011) están asociados a una mayor longevidad, tanto en estudios retrospectivos como prospectivos, nadie afirma, al menos en la arena académica, que esos elementos positivos sean *ilimitadamente* beneficiosos en cualquier circunstancia. Por ejemplo, se sabe desde hace mucho, y forma parte del capital de conocimiento de la Psicología que niveles muy elevados de emociones positivas pueden tener efectos adversos (Diener, Colvin, Pavot, y Allman, 1991; Oishi, Diener, y Lucas, 2007) facilitando, por ejemplo, que la gente se involucre en actividades de mayor riesgo (Martin et al., 2002). Por otro lado, más felicidad subjetiva (Diener et al., 1999), más optimismo (Brown y Marshall, 2001), mayor autoestima, (Baumeister et al., 2003; Dunning et al., 2004), más sentido del humor (Martin, 2007), más creencias de autoeficacia (Salanova et al., en prensa), o recibir más halagos por la propia conducta (Dweck, 2007), no siempre se asocia a mejores resultados o un mayor bienestar psicológico. Es bien sabido que depende del contexto y de otras variables psicológicas presentes. De modo parecido, tener más posibilidades de elegir, lo que en principio puede parecer deseable, puede llevar al bloqueo psicológico y a un incremento del malestar, como ha mostrado convincentemente Barry Schwartz, otro “ingenuo” psicólogo cercano a la PsiPos (Schwartz, 2004, 2009). Y, por vol-



ver a los datos, diversos estudios correlacionales y experimentales, precisamente de investigadores sobre el bienestar psicológico, han demostrado que otorgar un valor extremadamente elevado a tener un estado emocional de felicidad, tiene efectos paradójicos sobre el estado de ánimo (Mauss et al., 2011) alimentando incluso sentimientos de alienación y soledad (Mauss et al., 2012). Así pues los ejemplos de que las emociones y cogniciones positivas no tienen *consecuencias* necesariamente positivas son abundantes y son bien reconocidas en el ámbito de la PsiPos.

Incluso las intervenciones positivas han de estar guiadas por la idea de que maximizar a toda costa esos componentes positivos puede llevar con facilidad al fracaso terapéutico y a intervenciones clínicas desorientadas (Ruini y Fava, 2013). De modo que el tema de las dosis óptimas positivas y su vinculación con resultados positivos o negativos, no ha estado nunca ajeno a la investigación científica sobre el funcionamiento positivo. La idea de la virtud aristotélica, en la que superficialmente o no (dejemos los calificativos para otros), se inspiran algunos temas centrales de la PsiPos conlleva la idea de un término medio (Grant y Schwartz, 2011; Ruini y Fava, 2013) y probablemente esto sea un buen punto de partida para orientar la investigación relacionada con las dosis óptimas de las emociones, las experiencias, o las características psicológicas positivas. Para algunos, apelar a la idea de esta relación en "U" invertida, o "tener que matizarlo o contextualizarlo todo" nos hace estar en la "psicología de siempre" y "para esto no hacía falta inventar la PsP" (Pérez-Alvarez, 2012, p. 194). Para otros, por el contrario, supone ubicar la investigación psicológica en los límites habituales de la ciencia y ayudar a dirigir razonadamente su programa de investigación (Grant y Schwartz, 2011; Mauss et al., 2011). ¿Se puede esperar una ciencia madura sin matices o contextualizaciones? Obviamente no. Eso queda para discursos de otra naturaleza en los que caben los argumentos a piñón libre o cuando se propugnan ideas absolutas.

La investigación sobre las emociones y el bienestar es mucho más compleja que la frívola imagen que a veces emerge en los espejos deformantes de los críticos. Por ejemplo, frente a esa visión de una felicidad idiota, permítame el lector poner el adjetivo, la investigación ha mostrado que las personas pueden preferir las emociones negativas a las positivas si las primeras están ligadas a metas a largo plazo o concuerdan con planes vitales (Tamir, 2009). Y lo mismo sucede transculturalmente: mien-

tras que la satisfacción con la vida está empíricamente ligada a experimentar muchas emociones positivas en culturas individualistas, especialmente la norteamericana (Schimmack, Oishi y Diener, 2002; Tamir, 2009), en culturas asiáticas experimentar emociones negativas no está reñido con sentirse satisfecho con la vida. Todo esto resalta, a su vez, la validez de distinguir entre componentes distintos del bienestar (Fernández-Abascal, 2008; Fulmer et al., 2010; González et al., 2009; Kahneman y Deaton, 2010; Oishi, Diener, Napa Scollon y Biswas-Diener, 2004; Vázquez, 2009), aunque esas diferencias bien separadas en el ámbito científico se presenten al lector como si fuesen un batiburrillo o un trabalenguas indecifrible (Pérez-Alvarez, 2012, p. 187).

Resulta sorprendente la visión infantilizadora que se quiere ofrecer de los investigadores en emociones positivas, como oficientes de una Psicología ingenua, cuando son precisamente muchos de estos investigadores quienes generan conocimiento sobre los límites funcionales y el valor contextual de esas emociones. Y se hace desde el terreno exigente de la investigación científica.

### ¿NADA NUEVO BAJO EL SOL?

En un friso del Caserón del Buen Retiro en Madrid figura escrito el famoso aforismo de Eugenio D'Ors: "Todo lo que no es tradición es plagio". Y pareciera, atendiendo algunas de las críticas que se vierten sobre la PsiPos, que no hay nada nuevo que pueda aportar. Es innegable que hay una gran tradición ya no sólo en la Filosofía, sino en la Psicología, que ha acuñado, usado y evaluado muchos de estos conceptos (McMahon, 2006). En pocos ámbitos de la Psicología, que yo conozca, se rinde un tributo igual a sus ancestros intelectuales (p.ej.: Ryff y Singer, 1998; Kesebir y Diener, 2008; Oishi y Kurtz, 2011) aunque para algunos sea aún poco.

¿Cómo va a pretender ser novedoso hablar de funcionamiento positivo? En el pasado reciente y remoto de la Psicología, la idea de una *mentalidad saludable* (William James), el *funcionamiento pleno* (Carl Rogers), la *salud mental positiva* (Maria Jahoda), o la *actualización* (Abraham Maslow) han estado siempre en el discurso, dominante o no, de la Psicología (Avia, 2012; Joseph y Wood, 2010; Fernández-Ballesteros, 2002).

Sin embargo, atendiendo a los críticos de la PsiPos (p.ej.: Fernández-Ríos y Novo, 2012), pareciera como si la mirada al pasado agotara la posibilidad de que la Psicología pudiera utilizar estos conceptos. En mi opinión, sucede más bien lo contrario. El hecho de que la "pa-



sión”, pongamos por caso, haya sido un tema sustancial de la filosofía grecolatina (McMahon 2006), de ningún modo debe hacer pensar que ha agotado el caudal de lo investigable; por ejemplo, el programa de investigación de Robert Vallerand distinguiendo entre pasiones armoniosas y obsesivas es un buen ejemplo de esto (Vallerand y Verner-Filion, 2013). Lo mismo puede decirse sobre la “recuperación” de temas que quizás nunca deberían haberse perdido en el devenir histórico de la investigación psicológica, como el perdón (McCullough et al., 2013), el agradecimiento (Wood et al., 2010; Emmons y McCullough, 2003), la valentía (Pury y Woodard, 2009), o la generosidad hacia los demás (Dunn et al., 2011; Akinin et al., en prensa). ¿Por qué caricaturizar el estudio de estos temas como si fueran sólo del interés de unos piadosos devotos? ¿O como si fuesen un arcano que está incluido en el libro ya escrito de la Filosofía? Perdonar o agradecer, por ejemplo, son dos poderosos elementos de las transacciones humanas y no deben quedar ajenos al escrutinio de la ciencia, a no ser que pensemos que dada su naturaleza sólo cabe un discurso filosófico o religioso sobre ello.

Se reprende a la PsiPos señalando que “tendría mucho que aprender” (sic) (Fernández-Ríos y Novo, 2012), de autores como San Agustín, Santo Tomás de Aquino, Adler, Allport, Aristóteles, Cicerón, Dilthey, Frankl, Heidegger, Horney, Hume, Husserl, Jaspers, Merleau-Ponty, Murray, Séneca, Spinoza y Spranger. Pues nada mejor, entonces, que atender la lección que se nos ofrece. Así, con un caudal extenso de nombres de filósofos, Fernández-Ríos (2008, p.164) nos explica que casi todo está ya escrito y conceptos como el de fluir (*flow*) responden a la idea de Heráclito de que “nada permanece,...todo está en un *flujo perpetuo*” (sic), algo que, afirma líneas más adelante, podemos provechosamente aprender en la filosofía de Husserl, Zubiri, William James, o Bergson. No creo que esto ayude precisamente a construir un diálogo inteligente entre la filosofía y la Psicología (al menos la PsiPos) porque poco tiene que ver el concepto heraclitano con la idea del fluir psicológico (p.ej.: Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998; Delle Fave et al., 2009). Además, para poder aprovechar la lección sería mucho más útil e iluminador que se nos señalen ejemplos concretos sobre qué investigación en particular podría beneficiarse de una mejor lectura histórica de un autor específico y de qué modo ese caso concreto podría contribuir a construir una mejor ciencia. De otro modo, esto es una proclama tan falsamente seductora como inefi-

caz. Y si hemos de hacer nuestro trabajo en el terreno de la ciencia, habremos de traducir ese desiderátum en variables operativas, métodos de medida rigurosos y diseños adecuados que puedan entablar un diálogo con la filosofía (Schoch, 2006) pero cada una con sus bagajes y sin emplear analogías triviales. Ese es el terreno de la Psicología y, por supuesto, también de la PsiPos (Sheldon, Kashdan y Steger, 2011).

Se niega o se minimiza lo que de nuevo tenga la PsiPos. Nada mejor, entonces, que acurrucarse en la propia subjetividad. Es entretenido comprobar que algunos críticos de la felicidad, negando incluso que esta tenga algún valor como objeto científico, se sientan impelidos a ofrecer su propia perspectiva sobre lo que son los ingredientes esenciales de ese oscuro objeto de deseo. Sólo queda el cálido refugio de la filosofía y las propias querencias. En algunos casos se nos recomienda el ocio (Fernández-Ríos, 2008) o en otros rendirnos incondicionalmente a los principios del filósofo español Gustavo Bueno (Pérez-Alvarez, 2012). Es factible que todas estas vías, recurrir al ocio o a las opiniones de este filósofo, sean acertadas para iluminar el conocimiento sobre el bienestar humano y ampliar el propio. Pero, como psicólogo, esperarí que se derivaran de ellas investigaciones programáticas y fundadas en datos (v. Pressman et al., 2009). Si no es así, en efecto tendremos más de lo mismo y no es de extrañar que esto genere una visión cínica en algunos de los críticos, convencidos de antemano que nada se puede aportar que vaya más allá de lo que ya sabíamos desde los clásicos griegos.

Se acusa también de etnocentrismo (Christopher y Hickinbottom, 2008) a la PsiPos por pretender ser una “ciencia universal” (sic) - Fernández y Novo, 2012- basándose en hallazgos de participantes de sociedades occidentales ricas e industrializadas. Desconozco cuántos estudios sobre la psicología de los celos, la terapia cognitiva del pánico, o la terapia de aceptación y compromiso, por poner algunos ejemplos, se han generado en entornos no occidentales. Pero la PsiPos es uno de los ámbitos en los que hay más reflexión e investigación de calidad sobre diferencias culturales creando series editoriales de libros dedicados específicamente a ello (p.ej.: *Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology*, dirigida por la Prof. Antonella Delle Fave en la editorial Springer), la publicación continua de estudios que ponen en cuestión ideas normativas universales sobre el bienestar (véase, casi al azar, cualquier número del *Journal of Happiness Studies*, o del *Social*



*Indicators Research*), o la publicación de resultados de cuidadosas investigaciones transculturales (p.ej.: Diener y Suh, 2000; Diener, Helliwell y Kahneman, 2010), lo que no es práctica común en casi ningún área de investigación psicológica. Igualmente existen muchas evidencias de que factores psicológicos como, pongamos por caso, el optimismo (Solberg y Segerstrom, 2006) o la necesidad de autoaceptación (Heine et al., 1999), no tienen el mismo peso sobre la salud o sobre el bienestar en todas las culturas. Nada de esto se oculta y no hay posiciones particularmente ingenuas en los investigadores de conceptos como la felicidad o el bienestar sino que, por el contrario, estos promueven el análisis más riguroso posible de posibles diferencias transculturales.

### LA PSICOLOGÍA POSITIVA: SINIESTRA ALIADA DEL INDIVIDUALISMO Y EL CAPITALISMO

Una pomposa acusación hacia la psicología positiva, ardorosamente defendida por algún filósofo postmoderno (Binkley, 2010), y a la que se suman sin escatimar elogios algunos críticos (Cabanas y Sánchez, 2012), es la idea de que la PsiPos es un producto bastardo del capitalismo y el libre mercado. No se ahorran críticas de largo aliento para desenmascarar al enemigo. Se afirma que bajo el objetivo bienintencionado y pueril de estudiar el bienestar psicológico, se ocultaría una agenda moral que contribuye a la alienación humana (v. Cabanas, 2011). Con una agenda política neoliberal, lo que caracterizaría a la PsiPos es “su vinculación con el statu quo, con todas sus desigualdades y su abuso de poder” (Ehrenreich, 2009, p. 170). Para que la sentencia del juicio quede bien clara: “Su pretendido carácter científico puede que sea más que nada un marchamo cientifista. Una manera de encubrir su carácter ideológico dentro del pensamiento positivo tradicional y del capitalismo consumista actual” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 183)<sup>1</sup>. Y de modo casi idéntico, Cabanas y Sánchez (2012), plantean que la PsiPos se apoya en “un modelo de individualismo positivo” y se “arropa en un discurso cientifista como garantía de objetividad y verdad” (p. 173). No se entiende bien el origen de esta autoridad para dar patentes de conducta moral o de legitimidad científica.

Esta visión, que recuerda demasiado a aquello de la

conspiración judeo-masónica para laminar a la oposición franquista, es más un cliché general, de fácil digestión, que a lo que responde el grueso de las investigaciones en PsiPos. Una de las razones que Seligman y Csikszentmihalyi (2000) aducen sobre el fracaso histórico de la psicología humanista fue tener una visión demasiado individualista del ser humano y una escasa conexión con el bienestar común. Ahora, paradójicamente, se le achaca justo lo mismo a la PsiPos acusándola de que en ella subyace un discurso individualista que exime de cualquier transformación social porque todo está “dentro del individuo” (Binkley, 2010).

Respecto a la idea repetida de que subyace un modelo individualista es probable que sea compartido con los supuestos de otras aproximaciones (desde la Psicología cognitiva a el psicoanálisis, o la psicología evolucionista), algo que los citados críticos reconocen. Pero aquí también se obvian las reflexiones y construcciones teóricas cercanas a la PsiPos en las que se subraya repetidamente la naturaleza intrínsecamente social del bienestar humano (Seligman, 2012; Deci y Ryan, 2001; Ryff y Singer, 1998; Fredrickson et al., 2008; Kesebir y Diener, 2008), incorporando incluso los vínculos simbólicos con la comunidad o el sentido de pertenencia (Keyes, 2007; Blanco y Díaz, 2007). Pocas veces, dentro del discurso de la Psicología académica, se han introducido tantos elementos que tienen que ver con transacciones humanas (amor, gratitud, perdón, o generosidad) que probablemente son claves para entender el bienestar humano (Snyder y Lopez, 2002; Oppenheimer y Olivola, 2009). Así que frente a la visión de su individualismo radical fundante, la PsiPos está permitiendo que en el ámbito académico, a pesar de muchos, puedan encontrar su sitio temas tan ignorados como esenciales para comprender la naturaleza humana (Hayes, 2013).

Quizás convenga reparar un poco en los hechos y menos en diatribas efectistas. Hay pocas áreas de investigación en el ámbito de las ciencias sociales que, como la Psicología Positiva, hayan puesto de manifiesto algunas contradicciones internas del sistema económico actual y en los discursos subyacentes del materialismo. Las medidas de bienestar disponibles, sobre lo que hay un cuerpo suficientemente sólido (Lopez y Snyder, 2003; Ong y

<sup>1</sup> Es interesante que a estas acusaciones a la PsiPos de estar extramuros de la ciencia genuina, otros críticos, a los que se aplaude (p. ej.: Held, 2004), la acusan justo de lo contrario: de adoptar una perspectiva positivista alejada de sensibilidades constructivistas postmodernas. Todo vale para la crítica.



Dulmen, 2007) han demostrado la relativamente escasa contribución del dinero para aumentar el bienestar emocional de los ciudadanos (Diener y Seligman, 2004). La creencia de que el dinero es una fuente de bienestar personal se ha convertido, según Daniel Kahneman, premio Nobel de Economía y muy cercano a la PsiPos, en una dañina ilusión colectiva (*focusing illusion*) -Kahneman et al. 2006-. El debate crucial sobre el papel del dinero y los valores materialistas sobre el bienestar no es nuevo (Kasser y Ryan, 1993), pero se está sumando mucha investigación correlacional sino experimental más relacionada con la PsiPos (Aknin et al., en prensa; Dunn et al., 2008, 2011; Oppenheimer y Olivola, 2011). Sería una pregunta innecesariamente retórica cuestionarse si esto es relevante o no para la Psicología.

Hay muchos estudios que demuestran que las medidas de bienestar subjetivo son indicadores sensibles a las desigualdades sociales (Alesina et al., 2004; Wilkinson y Pickett, 2009), la pobreza (Deaton, 2008), o las libertades (Veenhoven, 2004). Incluso, estudios recientes han comprobado empíricamente que hay una correlación positiva entre sistemas de impuestos progresivos y un mayor bienestar de la ciudadanía (Oishi et al., 2012). En cualquier caso, para algunos autores la PsiPos es en sí misma un vector importante de transformaciones sociales (Biswas-Diener et al., 2011) y un puntal para hacer intervenciones más efectivas en el desarrollo comunitario (Murray y Zautra, 2012) o en situaciones extremas como la pobreza o los efectos del conflicto bélico (Veronese et al., 2012). Como indicaba recientemente Albert Bandura, en una aguda perspectiva sobre la Psicología Positiva, "Millones de personas están viviendo bajo condiciones degradantes en sistemas sociales que les marginan y les niegan cualquier aspiración, su libertad y su dignidad. Una psicología de la agencia personal (*agentic psychology*) también trabaja en mejorar el bienestar de la gente al capacitarles para efectuar reformas sociales que mejoren la calidad de sus vidas" (Albert Bandura, 2011, p. 12).

### LA PSIPOS: PROSCRITA DEL PARAISO

Se puede estar en contra del estudio del bienestar psicológico y considerarlo una pérdida de tiempo o un ejercicio trivial y hasta frívolo de la Psicología. Pero algunos avanzan más y, otorgando certificados de pureza de li-

naje científico y moral, dictan su sentencia inapelable: "la PsP sigue siendo una ciencia sin pies ni cabeza" y "si se le quita la careta ni siquiera [es] útil y beneficiosa" (Pérez-Alvarez, 2012, p. 189). Definitivamente esto no es así y hay argumentos tanto de la ciencia básica como de la aplicada que contradicen esa sesgada conclusión.

Abundando más en el argumento: "No parecen existir ni criterios históricos, ni científicos, ni epistemológicos que la avalen" y "está asentada principalmente sobre un insuficiente método correlacional" (Cabanas, 2011, p.280). La crítica sube incluso de tono atribuyendo a la PsiPos "insuficiencias metodológicas (erróneas atribuciones de causalidad, falta de más estudios longitudinales, excesiva confianza en el método correlacional y en los auto-informes, dificultad de la medición de las emociones, etc.)" -Cabanas y Sánchez (2012, p. 174-175)<sup>2</sup>. No sólo se niega la posibilidad de novedad sino que, se nos avisa, "si por alguna casualidad algo parece original e innovador, es el *producto de una grave e injustificable distorsión, manipulación, o ignorancia de la historia en general y de la psicología en particular*" (Fernández-Ríos y Novo, 2012, p. 333, subrayado nuestro). No hay, pues, escapatoria, y la catadura moral de estos psicólogos positivos bien justifica expulsarlos de ese Valhalla idílico de la Psicología, que han venido ahora a agitar una caterva de distorsionadores, manipuladores o ignorantes. Si no se crea nada original, malo. Pero si se hace, aún peor. El panorama que se pinta es realmente negro y puesto que la impostura ha sido desvelada por celosos garantes de la verdad, bien haría el Colegio de Psicólogos y la comunidad científica, si fueran exigentes y emplearan criterios éticos estrictos, expulsar de su seno a quienes simpaticen, y menos aún se adscriban, a un movimiento de magos.

Sugeriría a algunos críticos de que para hacer más eficaz y creíble su voz sería conveniente no exagerar las maldades del oponente. Y les pediría mantener, a la par, un respeto, al menos en público, hacia los actores de la PsiPos. Parece como ésta fuera una creación caprichosa de unos ignorantes y distorsionadores demiurgos (léase Mihaly Csikszentmihalyi, Martin Seligman, Ed Diener, Barbara Fredrickson, Sonja Lyubomirsky, Chris Peterson, Daniel Kahneman, Sheldon Cohen,...) que en un raptó de su razón o, lo que es peor, movidos por ocultos intereses, deciden crear de la nada un movimiento cis-

<sup>2</sup> A propósito de errores atribucionales, Cabanas y Sánchez (2012, p. 178) adjudican erróneamente al Prof. Gonzalo Hervás y a mí mismo una cita que pretenden ridiculizar, pero que pertenece a otros respetables colegas.



mático y “separatista” en la Psicología (Held, 2004; Pérez-Alvarez, 2012). Ni más ni menos<sup>3</sup>. Es conveniente que el lector sepa que Ed Diener, uno de estos líderes “separatistas”, y primer Presidente de la Asociación Internacional de Psicología Positiva (IPPA, 2007-2009), ha recibido en Marzo de 2013 el Premio William James por sus contribuciones a la Psicología, concedido por la prestigiosa American Psychological Society (APS), una sociedad formada fundamentalmente por investigadores y académicos<sup>4</sup>; por no mencionar a Martin Seligman, cuya altura científica es incuestionada y es uno de los psicólogos más influyentes y citados de la historia reciente de la Psicología (Gilham, 2000).

La espiral crítica asciende ligera de carga, gustándose a sí misma, para llegar a afirmar que se ha “ido conformando una red de académicos que se han ido adscribiendo a la poderosa industria de la PsiPos [que] no sólo es una prolífica fuente de publicaciones científicas de impacto, de proyectos de financiación pública y privada, de másteres, etcétera, sino que también se nutre y a la vez potencia la rentable industria de los libros de divulgación y de autoayuda, los cursos de *coaching* y de crecimiento personal, las charlas de empresas sobre desarrollo de potencial humano, etcétera” (Cabanas, 2011, pp. 280, subrayado nuestro). De este modo, la PsiPos orbitaría alrededor de un gigantesco negocio académico y profesional que resultaría un cómplice eficaz para embaucar a masas sedientas de mensajes evangelizadores.

Frente a este imaginario fantástico, lo que la realidad nos ofrece es la presencia de científicos honestos que luchan con lo mejor de su inteligencia para publicar en las mejores revistas académicas del mundo, no en vehículos parroquiales o en revistas amigas, y para financiar sus proyectos con las mismas armas y rigor que en el resto de la ciencia. Crear una imagen de oscuros privilegios es tan injusto como falso. Me merece mucho respeto y

admiración intelectual el trabajo de muchos autores nacionales e internacionales que miden el valor de su trabajo en las mejores revistas (*Science, Lancet, Journal of Personality and Social Psychology, Emotion, Psychological Bulletin, Nature, Psychological Science, Nature, PANAS, Journal of Applied Psychology, Clinical Psychology Review,...*) para difundir sus resultados sobre el bienestar psicológico. Ese es el terreno en el que se juega la investigación de calidad. Nada más lejos de aquello de “una ciencia sin pies ni cabeza” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 189), aunque reconozcamos que a algunos no les guste.

Por si esas descalificaciones sobre el estatus científico del estudio del bienestar y sus investigadores no bastaran, se advierte con severidad respecto al quehacer presente y futuro de la investigación psicológica sobre tan abyectos asuntos. Así, se indica que “sería lamentable que semejantes *hallazgos* fueran resultado de estudios bendecidos por Agencias Nacionales y financiados con dinero público y que nuevas generaciones de investigadores en psicología creyeran que es interesante estudiar y encontrar asociaciones entre satisfacción, bienestar y sentirse bien” (Pérez-Alvarez, 2012, pp. 187)<sup>5</sup>. Por si el pimpampum no fuese ya suficiente, se advierte ya sobre los derroteros que debe tener la investigación y el juicio que de antemano debe merecer cualquier proyecto sobre estos temas (convenientemente ridiculizados). Espero que los proyectos que personalmente pudiera presentar a convocatorias públicas, como investigador, sean valorados por jueces más imparciales. Y, sobre todo, animo a esas nuevas generaciones de investigadores a que consideren que posiblemente no hay nada más serio que investigar sobre la naturaleza del bienestar humano y no se dejen intimidar por amenazas sobre la integridad y viabilidad de lo que hacen ni por el riesgo de ser expulsados del templo de la sabiduría.

<sup>3</sup> Karl Popper escribió su libro “La sociedad abierta y sus enemigos”, del que es deudor el título de este trabajo, en un alegato contra los defensores filosóficos de las ideas totalitarias. Leyendo calificativos tan integristas como “separatismo”, “cisma”, conviene recordar lo que escribía Popper: “los enemigos de la libertad siempre han acusado a sus defensores de ser subversivos” (1962, p. 96).

<sup>4</sup> En 2012, el propio Ed Diener, recibió también el Premio a las Contribuciones Científicas Distinguidas de la American Psychological Association (APA) y fue elegido miembro de American Academy of Arts and Sciences.

<sup>5</sup> Incidentalmente este autor alude a un estudio realizado por CocaCola, cuyos datos han sido analizados por un equipo de la Universidad Complutense. Algunos de los resultado del mismo, por cierto, no son triviales, a pesar de lo que el crítico pueda opinar, pues es la primera vez que en un estudio representativo nacional se establece el peso diferencial que sobre la satisfacción vital tienen los problemas psicológicos y los físicos de modo separado (Vázquez et al., 2013).



## PSICOLOGÍA POSITIVA Y SALUD: UNA EMPRESA INÚTIL

Algún crítico se centra de un modo decidido en las relaciones entre salud y variables psicológicas positivas (Pérez-Alvarez, 2012). Y para ello sigue fielmente el esquema y contenidos de las críticas vertidas por Coyne y Tennen (2010). Se echa de menos, en pos de una exigible ecuanimidad, que también se hubiera hecho eco de las respuestas dadas por Aspinwall y Tedeschi (2010) a esas críticas publicadas en la misma revista (*Annals of Behavioral Medicine*).

Se nos asegura que “las informaciones (propagadas) acerca de la PsP y el cáncer funcionan ya como leyendas del movimiento” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 190). Pero, en contra de esta supuesta “propaganda”, como señalan Aspinwall y Tedeschi (2010), no existe en la literatura científica relacionada con la Psicología Positiva ninguna aseveración sobre el poder “curativo” del optimismo. De hecho, el optimismo, como revela el metaanálisis de Rasmussen et al. (2009) –ver tabla 1- no reduce la mortalidad relacionada con el cáncer pero sí aspectos como la ansiedad, el dolor, la adherencia a los tratamientos, etc. que son muy importantes en el manejo y evolución de muchas condiciones médicas (incluidas el cáncer). Otra cosa pueden ser libros de consumo popular, o noticias de prensa, o el imaginario colectivo (Ehrenreich, 2009). Pero, ¿de qué estamos hablando en realidad? Cuando se afirma que el optimismo, como el bienestar, o la felicidad, “carece de bases científicas o filosóficas sobre las que pudiera sostenerse con solidez” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 183) simplemente es un juicio hiperbólico que no se atiene a las evidencias acumuladas por la actividad científica estándar (Diener et al., 1999; Carver y Scheier, 2010; Bok, 2010).

Repitiendo el argumento de Coyne, Tennen y Ranchor (2010), Pérez-Alvarez (2012) afirma que «aunque los estudios muestran que el pesimismo predice la salud tan bien como el optimismo, solamente se exhiben (sic) el optimismo... Aunque el tamaño del efecto medio entre optimismo y salud fue de 0.14 y entre pesimismo y salud fue 0.18, el titular y el énfasis del artículo es “optimismo y salud física” (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009)» (p. 190). En realidad, una lectura del metaanálisis original de Rasmussen et al. (2009), reconocidos investigadores en el ámbito de la Psicología de la Salud, revela que son muy cautelosos en sus conclusiones. Aunque la diferencia entre optimismo y pesimismo *no* es estadísticamente significativa, lo que plantean es la

necesidad, basada en datos, de descomponer en Psicología los efectos de ambas variables (optimismo y pesimismo) y medir esos dos aspectos separadamente en los estudios que quieran evaluar su impacto en la salud (v. Joseph y Wood, 2010; Winefield et al., 2012). Algo tan razonable como esto, y tan cuidadosamente argumentado, se ridiculiza en la crítica aduciendo que «la noción de que ser optimista mejora la salud es ya un *mantra* en la promoción de la investigación sobre las intervenciones de la PsP y en el *marketing* de la PsP como empresa comercial (Coyne et al, 2010)» (Pérez-Alvarez, 2012, p. 190, subrayados nuestros). El tono equilibrado y científicamente constructivo de Rasmussen y sus colegas convierte esta crítica, sin entrar en otras valoraciones, en algo tan inexacto como desproporcionado. ¿Por qué ese sesgado interés en denostar con juicios tan absolutos y autocomplacientes el papel de variables como el optimismo en el terreno de la salud?

Pero más que entrar en estudios particulares sobre las relaciones entre salud y variables psicológicas positivas, es mejor volver la mirada hacia algunos de los principales metaanálisis que han combinado los centenares de estudios realizados con este tipo de variables “positivas” y en los que han participado, literalmente, decenas de miles de participantes. Los resultados (véase la Tabla 1) ofrecen un patrón relativamente consistente del papel beneficioso que, en general, está asociado a variables como el optimismo, el bienestar emocional, o la satisfacción vital. Estos metaanálisis incluyen muchos estudios, tanto retrospectivos como prospectivos, y correlacionales como experimentales, que muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el bienestar psicológico (emociones positivas, satisfacción vital, optimismo, relaciones sociales satisfactorias, percepción de beneficios, etc.) y resultados relacionados con la salud como, por ejemplo, la mortalidad (Chida y Steptoe, 2008; Holt-Lunstand et al., 2010), indicadores físicos de salud (Howell et al., 2005), o el grado de recuperación de enfermedades físicas (Lamers et al., 2011).

Estos metaanálisis, y en general el examen de los abundantes datos existentes (v. Vázquez et al., 2009), revelan que las relaciones entre variables positivas y salud no se pueden despachar con displicentes comentarios descalificadores o proclamas incendiarias. Ayudar a separar con análisis cautelosos y bien fundados los resultados, como se hace en estos estudios, sí es una tarea nuestra como científicos responsables y comprometidos con el desarrollo maduro de la actividad científica en Psicología.



**TABLA 1**  
**ESTUDIOS METAANALÍTICOS SOBRE LAS RELACIONES ENTRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD**

Autores (año) Revista	Nº estudios (nº participantes)	Tema	Resultados
Chida y Steptoe (2008). <i>Psychosomatic Medicine</i>	70 estudios (35 con población sana, N=1.742; 35 con población con enfermedades, N=826)	Impacto del bienestar con medidas de estado (i.e., emociones positivas) y rasgo (ej.: optimismo, sentido del humor, satisfacción vital) en la mortalidad. Incluye estudios observacionales, prospectivos y de cohorte.	Mortalidad general reducida asociada con bienestar psicológico en la población sana (RR = 0.82) pero no en la población con enfermedades (RR = 0.98). En la población con enfermedades, el bienestar psicológico se asoció a menor mortalidad en pacientes con fracaso renal y en pacientes con VIH+
Hegelson et al. (2006). <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>	87 estudios transversales (N= Entre 1.717 y 8.431 dependiendo de la variable dependiente analizada)	Percepción de beneficios tras padecer alguna condición grave física o psicológica.	Encontrar beneficios psicológicos se asoció a presentar menos depresión y más bienestar psicológico de modo independiente. No guardó relación ni con ansiedad ni con malestar general.
Holt-Lunstand et al. (2010). <i>PLOS Medicine</i>	148 estudios (N=308.849)	Impacto de la cantidad y calidad de las relaciones sociales en el riesgo de mortalidad.	Quienes tienen mejores relaciones interpersonales tienen un 50% más de probabilidad de supervivencia (OR = 1.50; IC 95%: 1.42-1.59). El hallazgo se mantiene independientemente del grupo de edad, sexo, estado de salud inicial, causa de muerte y periodo de seguimiento.
Howell, Kern y Lyubomirsky (2005) <i>Health Psychology Review</i>	150 estudios (N=44.159)	Impacto del bienestar psicológico en indicadores objetivos de salud. (Incluye estudios longitudinales y experimentales).	El bienestar psicológico tiene un impacto significativo (r = 0.14) en variables objetivas de salud tanto a corto plazo (r = 0.15) como largo plazo (r = 0.11). El impacto positivo es mayor en la respuesta inmunológica y en la tolerancia al dolor. No hay relaciones significativas con la reactividad cardiovascular.
Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, y Bohlmeijer (2011). <i>Journal of Behavioral Medicine</i>	17 estudios (N=12.744)	Impacto del bienestar emocional (i.e., afecto positivo y satisfacción vital) en la recuperación de enfermedades físicas y la supervivencia de enfermedades físicas. Sólo estudios prospectivos (media de seguimiento: 4 años).	Capacidad predictiva pequeña pero significativa entre bienestar y recuperación (RR = 1.14).
Luhman et al. (2012) <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>	188 estudios (N = 65.911)	Impacto de sucesos vitales importantes en el bienestar psicológico emocional y cognitivo (satisfacción vital). Sólo estudios longitudinales.	Impacto de diversos tipos de estresores vitales sobre aspectos relacionados con la vida laboral. Los sucesos vitales, especialmente cuando son repetidos (ej.: desempleo) tienen un impacto significativo específico en la trayectoria del bienestar.
Lyubomirsky, King y Diener (2005). <i>Psychological Bulletin</i>	225 estudios publicados y 11 tesis doctorales. (N> 275.000)	Análisis del impacto bidireccional entre el bienestar psicológico (felicidad subjetiva, satisfacción vital, o bienestar eudaimónico) y diferentes áreas de funcionamiento (p.ej.: Vida laboral; Relaciones sociales; Salud; Conducta prosocial; Creatividad; Resolución de conflictos). Incluye estudios transversales, longitudinales, y experimentales.	El bienestar emocional (felicidad subjetiva, emociones positivas, y satisfacción vital) es predictor del funcionamiento en varias áreas. Los tamaños del efecto son variados dependiendo del resultado y tipo de estudio.
Moskowitz et al. (2009). <i>Psychological Bulletin</i>	63 estudios (N=15.490 participantes)	Relaciones entre afrontamiento y bienestar psicológico en personas con VIH+.	Además de las estrategias directas, la reevaluación se asoció a mejores resultados en el estado afectivo, las conductas de salud, y la salud física.
Rasmussen et al. (2009). <i>Annals of Behavioral Medicine</i>	84 estudios (N=30.133)	Relaciones entre optimismo, pesimismo, y salud física. Estudios transversales y longitudinales.	La media del tamaño del efecto (TE) entre optimismo y salud física fue 0.17 (95% IC: 0.15-0.20). El TE fue mayor para medidas subjetivas del estado de salud (TE=0.21) que para medidas objetivas (TE=0.11) y mayor para estudios transversales (TE=0.22) que longitudinales (TE=0.12). El optimismo se asoció significativamente a mejores resultados en: tasas de mortalidad y supervivencia, marcadores fisiológicos e inmunitarios, síntomas físicos, dolor, y embarazo. Sin diferencias significativas entre el TE de las relaciones entre optimismo y salud (TE= 0.14) y pesimismo y salud (TE= 0.18).
Solberg y Segerstrom (2006). <i>Personality and Social Psychology Review</i>	48 estudios (N = 11.629)	Relación entre optimismo disposicional, estrategias de afrontamiento y ajuste psicológico.	El optimismo se asocia positivamente a estrategias de manejo directo del estresor o las emociones derivadas (r = .17) y negativamente a estrategias evitativas (r = -.21). El optimismo se asocia también a una mayor flexibilidad en el uso de estrategias. Las relaciones son más fuertes en estudios en países anglófonos.
Vatne y Bjorkly (2008). <i>Clinical Psychology Review</i>	42 estudios (N=6.774)	Bienestar general en personas con trastornos mentales graves no hospitalizadas.	Asociación significativa entre bienestar y diferentes tipos de trastornos mentales. El bienestar está fuertemente asociado al Ocio y a Relaciones sociales pero no a aspectos como la Seguridad Personal o el Trabajo. La depresión clínica es el cuadro más asociado a un menor bienestar pero explica menos de un 29% de la varianza.

RR = Riesgo; OR = Odd ratio



## CAMBIOS POSITIVOS TRAS LA ADVERSIDAD: UN FRAUDE CONOCIDO

Otra de las áreas que Coyne y Tennen (2010) critican con mordacidad es la investigación sobre la percepción de beneficios frente a la adversidad y el crecimiento post-traumático. La crítica es, de nuevo, desmedida. Estos autores indubitadamente señalan que “la psicología positiva ha fracasado, creemos que bastante miserablemente, en su aproximación al estudio del crecimiento tras la adversidad” (p. 24). Lo que sucede, se nos traslada pedagógicamente a los lectores en castellano, es que “la PsP carece de base para entender el fenómeno y de estudios prospectivos que lo demuestren, insistiendo en ellos con más fe que evidencia” (Pérez-Alvarez, p. 190).

Fenómenos como los cambios positivos tras la adversidad no son observaciones nuevas en la historia de la humanidad (Prieto-Ursúa, 2006). Lo que sí es nuevo, le pese a quien le pese, y esto es lo relevante, es la investigación empírica sobre los mismos (Tedeschi y Calhoun, 2004; Joseph y Butler, 2010). Este área es, por cierto, uno de los terrenos donde la investigación sobre la coexistencia de aspectos positivos y negativos, o de los síntomas psicopatológicos y las fortalezas se integran de forma natural, muy lejos de ese supuesto “extremismo positivo” (Larsen et al., 2003; Calhoun y Tedeschi, 2006; Páez et al., 2011; Vázquez et al., 2005, 2008; Vázquez y Hervás, 2010; Zoellner y Maercker, 2006;).

Volvamos, de nuevo, a los datos. En su metaanálisis sobre la percepción de beneficios derivada de condiciones adversas (enfermedades graves, pérdidas de seres queridos, ataques terroristas, desastres naturales, etc.), Helgeson, Reynolds y Tomich (2006) comprobaron que entre un 50-60% de las personas perciben algún tipo de beneficio sobre la misma. Aunque se requiere avanzar en la comprensión de este fenómeno (Ochoa et al., 2013), acotar su validez transcultural (Vázquez y Páez, 2010; Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa, 2013), y utilizar modos de medida que vayan más allá de los autorregistros (Cho y Park 2013), descalificar el alcance e importancia del fenómeno es una generalización que no se compadece con un análisis de la evidencia existente. En ese sentido, es un área afortunadamente repleta de retos conceptuales y metodológicos complejos frente a la que investigadores han ido perfilando un conocimiento riguroso, sometido a los mejores estándares de la producción científica en Psicología (Joseph y Butler, 2010; Park, 2010; Sumalla et al., 2009). No se trata, por lo tanto, de científicos ingenuos mesmerizados por lo positivo.

## INTERVENCIONES POSITIVAS: LA APOTEOSIS DEL SENTIDO COMÚN

La consideración de emociones y cogniciones positivas en Psicología, incluido el ámbito de la clínica, es una necesidad creciente reconocida por enfoques diversos y autores relevantes. Hay una evidencia creciente y abrumadora de que el afecto *positivo* y el negativo están involucrados de distinto modo en diferentes problemas psicopatológicos (como depresión, fobia social y esquizofrenia, entre otros), tanto en adultos (Watson y Naragon-Gainey, 2010; Kashdan et al., 2011) como en adolescentes (Gilbert, 2012). Incluso el grupo de David Barlow (Carl et al., 2013) ha hecho una interesante propuesta, desde una perspectiva transdiagnóstica, sobre intervenciones clínicas en base a las emociones positivas.

Como ya hemos revisado en otra ocasión (Vázquez, Hervás y Ho, 2006; Vázquez Sánxhe y Hervás, 2008), se pueden rastrear las intervenciones dirigidas específicamente a promover la mejora en el bienestar emocional, en personas sin problemas psicológicos, a estudios de Fordyce en los años 80. Y, naturalmente, hay muchas intervenciones y técnicas clínicas asentadas en la Psicología (p.ej.: terapias basadas en la activación, en actividades agradables,...) que tienen nexos comunes con intereses actuales de la PsiPos (p. ej.: Mazzucchelli et al., 2010; Layouts et al., 2011).

Pero la incansable crítica a la totalidad ya avisa, para quienes incautamente creemos que es un terreno fértil para desarrollos sólidos de la Psicología, que “lo que la psicoterapia positiva tiene de “positivo” que todo clínico pudiera apreciar es genérico, de presupuesto común a la psicoterapia” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 192). Un argumento que es ufanamente repetido (Cabanas y Sánchez, 2012 (p. 180): “aquello que parece claramente válido en la psicología positiva, es más bien un rasgo genérico de todo proceso de afrontamiento de problemas, cuya importancia asume toda psicoterapia—y el sentido común—: a saber, la conveniencia de mantener una actitud abierta que facilite al individuo una mejor comprensión de su situación y un aprovechamiento eficaz de los recursos que tiene a mano para superar problemas de la vida diaria.” ¿Para qué investigar algo que es inespecífico y que, en el mejor de los casos, si tuviese algún efecto sería trivial porque el “sentido común” (sic) lo puede desvelar? Resulta imposible, con estos juicios críticos axiomáticos, avanzar en ninguna dirección. Y si intentamos movernos es que hemos sucumbido a una vana ilusión.



Pero volvamos de nuevo a la investigación. Se insiste, con una fe y optimismo inquebrantables, en que las intervenciones positivas son resultado del sentido común y no mucho más que inocentes placebos. Frente a esta idea, los resultados metaanalíticos, que combinan docenas de estudios indican que son efectivas (Bolier et al., 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009) –véase la Tabla 2. La evidencia de los estudios clínicos efectuados hasta ahora revela que las intervenciones son más efectivas cuando son de mayor duración, cuando las muestras proceden de entornos hospitalarios, y si son de tipo más individual que grupal o de autoayuda (Bolier et al., 2013). Sin duda se requieren más ensayos clínicos, abordar problemas clínicos diversos, emplear más y mejores grupos de control, y estudios de seguimiento más largos (Bolier et al., 2013; Sheldon y Lyubomirsky, 2012). Retos estos no muy diferentes a los que tenemos con cualquier terapia. Por ejemplo, aunque los ejercicios de gratitud han mostrado ser efectivos en personas con síntomas ligeros o moderados de depresión (Sin y Lyubomirsky, 2009) no siempre son beneficiosos. Pueden ser inefectivos, o incluso perjudiciales, cuando los participantes no tienen expectativas sobre la eficacia del ejercicio (Sin, Della Porta y Lyubomirsky, 2011) o cuando tienen una alta necesidad interpersonal (Sergeant y Mongrain, 2011). De modo que, de nuevo, es sólo desde la investigación, y no desde nuestro escritorio, desde donde podemos realmente conocer los límites y beneficios de las intervenciones.

Uno de los primeros estudios con muestras clínicas fue

el de Seligman, Steer, Park y Peterson (2005). En él, el uso de algunos ejercicios positivos durante una semana (llevar un diario en el que se escriben “Tres cosas buenas” que han pasado durante el día, y hacer un uso diario de las propias “Fortalezas psicológicas”) mejoró significativamente sus síntomas de depresión e incrementó su bienestar en un seguimiento al mes y a los 3 y 6 meses. Recientemente Mongrain y Anselmo-Mattews (2012), dos investigadoras de las intervenciones positivas<sup>6</sup>, han hallado que esos resultados pudieran ser inespecíficos puesto que los mismos ejercicios son tan efectivos como los efectuados por un “grupo placebo positivo” cuya tarea fue recordar y escribir durante 10 minutos, todas las noches de la semana, algún recuerdo *autobiográfico positivo*. En el estudio, los tres grupos *incrementaron* el bienestar frente a un segundo grupo placebo al que se le pidió escribir sobre cualquier tipo de recuerdo y no específicamente sobre recuerdos positivos. Frente a la evidencia ya acumulada y sometida a revisiones sistemáticas y metaanálisis, para Pérez-Alvarez (2012) este último estudio serviría para desenmascarar el artificio de la PsiPos al mostrar, sin ningún género de dudas, que los ejercicios positivos son puro placebo. He aquí la sentencia: “La mayor novedad de los ejercicios de psicología positiva no parece ser otra que el *envoltorio cientifista* y el entusiasmo de la novedad de acuerdo con el *marchamo científico* que se trae la PsP” (p. 191, subrayados nuestros). En el caso de este experimento concreto, una hipótesis alternativa a la del “puro placebo”

**TABLA 2**  
**ESTUDIOS METAANALÍTICOS SOBRE INTERVENCIONES POSITIVAS CLÍNICAS**

Autores (año) Revista	Nº estudios (nº participantes)	Tema	Resultados
Sin y Lyubomirsky (2009). <i>Journal of Clinical Psychology</i>	51 estudios (N=4.266)	Impacto de intervenciones positivas intencionales sobre emociones, cogniciones, o conductas positivas en personas con síntomas depresivos.	Efectos significativos sobre medidas de bienestar ( $r=.29$ ) y en reducción de síntomas de depresión ( $r=.31$ ). Efectos mayores para participantes con más edad, tratados individualmente, y más motivados.
Mazzucchelli et al. (2010). <i>Journal of Positive Psychology</i>	20 estudios (N=1.353)	Activación conductual y bienestar psicológico en muestras de personas con o sin depresión.	El tamaño agregado del tamaño del efecto (Hedge = 0.52) indica una diferencia en medidas de bienestar a favor de la Activación conductual frente a las condiciones de control en ambos tipos de muestras.
Bolier et al. (2013). <i>BMC Public Health</i>	39 estudios (N= 6.139)	Cambios en bienestar psicológico y en depresión tras intervenciones positivas con diferentes formatos (terapias individuales, grupales, y auto-ayuda).	Efectos pequeños pero significativos en bienestar subjetivo (diferencia media estandarizada = 0.34), bienestar psicológico o eudaimónico (0.20), y síntomas de depresión (0.23). Efectos sostenidos a los 3-6 meses.

<sup>6</sup> Es interesante resaltar que algunos de sus trabajos sobre intervenciones positivas eficaces (p. ej.: ejercicios de optimismo y auto-compasión) se han publicado en revistas especializadas en Psicología Positiva (ej.: Shapira y Mongrain, 2010; Sergeant y Mongrain, 2011) de modo que, como es normal en el proceso dialéctico de la construcción de la ciencia, lo relevante son los datos disponibles y no tanto las supuestas convicciones de los investigadores.



que plantea este crítico, es que la intervención placebo es también una intervención positiva no controlada: está comprobado que recordar elementos positivos autobiográficos (Latorre et al., 2008) y escribir sobre ellos (Burton y King, 2004) es eficaz en mejorar el bienestar y reducir la depresión. Pero en todo caso, lo que se necesitan son más pruebas sobre la consistencia de los hallazgos y la sostenibilidad de los efectos, ir refinando la evidencia existente y encontrar mejores grupos control y esa es una de las tareas que se afronta en investigaciones más recientes que el estudio original de Seligman y su grupo (v. Peters et al., 2013; Layous et al., 2012).

La aproximación positiva no sólo ha incorporado técnicas impensadas hasta ahora en la Psicología (ejercicios de gratitud, uso de fortalezas psicológicas, ejercicios de saboreo, etc.) sino que está abriendo territorios interesantes que vienen respaldados por investigaciones básicas y clínicas (Watson y Naragon-Gainey, 2010; Carl et al., 2013). Además, prestar atención de modo más decidido a emociones positivas, recursos y fortalezas, puede ayudar a redefinir lo que es la recuperación psicológica (Vázquez y Nieto, 2010), o el concepto de "salud mental" individual (Maddux, 2008; Keyes, 2005; Vázquez, 2008) o "salud organizacional" (Salanova et al., 2012; Rodríguez Carvajal et al., 2010).

Otro asunto que merece alguna reflexión es que muchas de las técnicas que se van incorporando y sometiendo a validación en ensayos clínicos para mejorar el bienestar de los participantes proceden de investigaciones básicas en Psicología. Esto no ha sido nada frecuente en las terapias psicológicas. Las técnicas psicoterapéuticas clásicas proceden en su mayoría del propio ámbito clínico. Sin embargo, la investigación sobre el agradecimiento, el perdón, o el saboreo, por poner algunos ejemplos, están inspiradas, o incluso transferidas directamente, desde la investigación experimental básica (p.ej., Quoidbach et al., 2010; Wood et al., 2010; Emmons y McCullough, 2003; Worthington et al., 2007).

Deberá comprobarse mucho mejor su aplicabilidad a muestras clínicas y su efectividad relativa, pero esa transferencia de conocimiento desde lo básico a lo aplicado es una marca distintiva de muchas intervenciones positivas. Además, este tipo de transferencia ayuda a consolidar la idea que no hay distancias insalvables entre las personas con problemas clínicos y quienes no los tienen, lo que va en la dirección de rechazar los modelos de pensamiento médico para explicar la salud mental (Maddux, 2002, 2008; López y Costa, 2012). Lo que

puede ser útil para que la gente normal se sienta psicológicamente mejor pudiera ser igualmente efectivo en mejorar la depresión clínica (Vázquez y Ring, 1996; Sin y Lyubomirsky, 2009). Como defienden Wood y Tarrrier (2010), tenemos que tomarnos en serio la capacidad que tenemos en Psicología para incrementar y sostener el bienestar de los ciudadanos y no sólo de aquellos con patologías, aunque, como reconocían Seligman, Parks y Steen (2005) aún necesitamos profundizar mucho más en cómo hacerlo.

Los hallazgos de la investigación en PsiPos no se reducen al "sentido común", como se concede con cierta condescendencia (Fernández-Ríos y Comes, 2009, p. 8; Cabanas y Sánchez, 2012, p. 180; Pérez-Alvarez, 2012, p. 186) sino que proceden de someter ideas al escrutinio de la ciencia y de sus mejores prácticas (Ong y Dulmen, 2007; Sheldon, Kashdan y Steger, 2011). No parece muy motivador atender al juicio de que "el proceso de vivir es mucho más simple y fácil que las explicaciones de los psicólogos" (Fernández-Ríos y Novo, 2012, p. 341). Si esto es así, rogamos que se nos expliquen bien las claves de ese proceso porque, de ser así, la Psicología sobra, y ya no sólo la bobalicona PsiPos.

Más que recrearnos en epístolas morales o en vacíos sarcasmos, creo que debemos buscar las vías de conexión entre estos nuevos planteamientos y la psicología clínica más tradicional (Wood y Tarrrier, 2010; Bolier et al., 2013; Parks y Biswas-Diener, 2013; Sheldon, Boehm y Lyubomirsky, 2012). Esto requiere investigación y también muchas dosis de cautela para no hacer "superentusiastas promociones" (Wood y Tarrrier, 2010, p.824) o alimentar falsos mitos (Diener, 2008) de algo a lo que aún le queda mucho recorrido. Comprobar qué dosis de intervención son las mejores, qué combinación de ejercicios es más eficaz, cómo se pueden integrar técnicas "positivas" con esquemas de intervención ya existentes, para qué grupos culturales son más apropiadas, o para qué problemas son más eficaces, son algunos asuntos pendientes.

Tenemos además, en mi opinión, la obligación de buscar espacios de convergencia y no plantear muros invisibles. Un ejemplo de esto es el reciente intento de encontrar cauces comunes entre las prácticas de la PsiPos y el *Mindfulness* (Langer, 2002; Baer y Lykins, 2010), las terapias de aceptación y compromiso (Kashdan y Carriochi, 2013), las terapias cognitivo-conductuales (Wood y Tarrrier, 2010; Parks y Schueller, 2013), aproximaciones constructivistas (Tarragona, 2013), o su engarce con nuevas tecnologías (p.ej.: Baños et al., 2013). Esta búsqueda



da conciliadora de espacios comunes, y sin ninguna renuncia al rigor, debe ser el camino en el que debe situarse la Psicología. Queda un largo trayecto, pero cerrar salidas antes de recorrerlo es suicida.

### ¿POR QUÉ SER FELIZ CUANDO PUEDES SER NORMAL?

Uno de los pecados imperdonables de la PsiPos, entresacado de una lista interminable (véase, por ejemplo, Fernández-Ríos y Novo, 2012), es que ahora “la gente está empeñada en ser feliz, *en vez de ser normal*” Pérez-Alvarez, 2012 p. 197, (subrayado nuestro). En su revelador relato autobiográfico, Jeannete Winterson (2012) cuenta la anécdota, que da título al libro, de que cuando le revela a su madre puritana su condición de lesbiana y que se atreve a hacerlo para ser feliz, su madre le reprocha “¿por qué ser feliz cuando puedes ser normal?”. Deseo para mí y para quienes quiero, tener vidas plenas y con el mayor bienestar emocional. No vidas normales, si es que hubiese algún modo de definir con precisión lo que es “ser normal” y si la “normalidad” no fuese, en la mayor parte de los casos, una pesada losa impuesta que supone renunciar al cambio y a la mejora personal, social y política.

Muchos académicos y profesionales, desde los aledaños de la PsiPos, trabajan para que los sistemas educativos, desde las escuelas (Layard y Dunn, 2012; Caruana, 2010) hasta las Universidades (Parks, 2011) sean instituciones en las que podamos no sólo sentirnos bien, sino crecer intelectual y psicológicamente y ser capaces de participar crítica y constructivamente en los mismos. Por cierto, no está de más recordar las palabras de Fernando Savater: “Quien sienta repugnancia ante el optimismo, que deje la enseñanza y no pretenda pensar en qué consiste la educación. Porque educar es creer en la perfectibilidad humana, en la capacidad innata de aprender y en el deseo de saber que la anima, en que hay cosas... que pueden ser sabidas y que merecen serlo, en que los hombres podemos mejorarnos unos a otros por medio del conocimiento” (*El valor de educar*, 1997, p.18).

Hay muchos profesionales que desean tener un modelo de intervención clínica en el que el bienestar psicológico tenga un papel frontal en el ámbito clínico (Linley y Joseph, 2004; Vázquez y Hervás, 2008; Parks y Schueller, 2013). También muchos otros están investigando para crear condiciones de trabajo que favorezcan una cierta sensación de pertenencia (Salanova y Schaufeli, 2009; Schaufeli y Salanova, 2011) y que sean espacios de dignidad en el trato. Creo que necesitamos menos normali-

dad y más pasión, más entusiasmo en lo que hacemos, y más implicación con lo que nos rodea, lo que no está reñido con el juicio crítico ni con el impulso para el cambio ni con el deseo de tener vidas y sociedades mejores (Huppert y So, 2013). Y de esa idea, de la que participan economistas como Amartya Sen, Richard Layard, o John Helliwell o filósofos como Marta Nusbaum, por poner algunos ejemplos señeros, los psicólogos no debemos hacer una dejación porque es un terreno que nos compete muy especialmente. ¿Qué es la salud y cómo la definimos? ¿Cuál es la arquitectura del bienestar humano y cómo se evalúa y valida? No debe bastarnos simplemente con la reducción del dolor, déficits, o síntomas, sino movernos hacia modelos basados en mejorar la vida de la gente y en desarrollar sus competencias y fortalezas (Díaz et al., 2007) como, por cierto, hasta parecen reclamar los propios pacientes (Zimmerman et al., 2006). En este sentido, para algunos la PsiPos es una de las herramientas que tenemos para socavar un modelo médico de la Psicología clínica (Maddux, 2008). Una mirada hacia lo positivo puede ayudar a hacer una mejor Psicología (Bandura, 2011; Tarrrier y Wood, 2010; Hayes et al., 2012). Simplemente el hecho de interesarnos por medir el funcionamiento psicológico positivo (Lopez y Snyder, 2003; Winefield, Gill, Taylor y Pilkington, 2012; Joseph y Wood, 2010) y ampliar con criterios más ambiciosos que la mera reducción de problemas lo que consideramos como “intervenciones eficaces”, podría ser un avance significativo en la Psicología del futuro.

Ahora bien, aun admitiendo el valor de estudiar el funcionamiento positivo humano, ¿es la felicidad el principio de la vida y el valor supremo? Que cada uno responda a esa pregunta. Ya hemos dado argumentos, basados en estudios empíricos, mostrando que primar esto sobre otros valores puede ser una fuente de miseria y sufrimiento. Nadie está obligado a ser feliz y sería un error alimentar este discurso que, efectivamente, está en buena medida impregnado en sociedades como la norteamericana (Ehlerich, 2009; Cabanas y Sánchez, 2012). Incluso hay que defender el derecho a ser infeliz (Ahmed, 2010) o de quienes, como el admirado y malogrado filósofo Jean Améry decidieron defender el derecho a la venganza y al resentimiento de las víctimas de tortura y campos de concentración nazi como el mejor modo de preservar su dignidad sin someterse a la presión social del perdón (Améry, 2001). Nada que objetar a estas irrenunciabiles opciones personales. Pero no conviene desechar la idea de que tener mejores vidas es



una demanda legítima para muchos seres humanos (recordemos las palabras de Savater unas páginas atrás) y los caminos pueden ser muy variados.

La felicidad o tener un vida plena y dichosa no es una norma aunque textualmente se afirme, sin ningún inútil atisbo de duda, que “de hecho, el principio de felicidad no es empírico, sino *normativo, impositivo: una tiranía*” (Pérez-Alvarez, 2012, p. 198, subrayado nuestro). A pesar de esta observación repetida (Held, 2002; Prieto-Ursúa, 2006; Fernández-Ríos y Novo, 2012) las teorías existentes sobre el bienestar psicológico han insistido en su carácter descriptivo y no normativo. Nada mejor que acudir a ellas y leerlas sin prejuicios.

### PSICOLOGÍA POSITIVA: UNA PROPUESTA VALIOSA DESDE Y PARA LA PSICOLOGÍA

La PsiPos se centra en algo muy sencillo de entender: favorecer una mirada que *también* se pose sobre las competencias y capacidades del ser humano, en las fortalezas psicológicas, o en las emociones positivas. Si no prestamos atención a estos elementos, sea desde dentro de la PsiPos o no (p.ej.: Wood y Tarrier, 2010; Hayes et al., 2012), porque eso ahora es irrelevante, la propia Psicología va a estar siempre truncada.

Hay un interés generalizado por incluir el bienestar y la salud mental positiva (Beddington et al., 2008) como un elemento relevante en las decisiones políticas y macroeconómicas de los países. En el Reino Unido, el Ministerio de Ciencia publicó en 2008 una serie de informes académicos en muchas áreas distintas para conocer el estado del “bienestar y capital mental” del país y así poder diseñar políticas que permitan mejorar la vida de los británicos (Jenkins et al., 2008; Kirkwood et al., 2008). Esta semilla ha permitido generar un debate político nacional sobre el bienestar (New Economic Foundation, 2011) e incluir, entre otras cosas, medidas periódicas del bienestar psicológico de los ciudadanos en las estadísticas nacionales de ese país. Incentivar políticas públicas para promover el bienestar es un terreno por el que se están interesando también economistas y políticos (*policy-makers*) (p.ej.: New Economics Foundation, 2011; Dolan et al., 2011; Forgeard, Jayawickreme, Kern y Seligman, 2011; Diener et al., 2009; Frey y Stutzer, 2012; Graham, 2009; Helliwell, 2011; Veenhoven, 2004).

En el ámbito clínico, el gobierno escocés ha diseñado un Plan Nacional de Salud Mental (Myers et al., 2005) que se vertebra en torno a la idea de la resiliencia individual y comunitaria y el bienestar psicológico de los ciu-

dadanos como objetivo de salud nacional. Hay una necesidad de emplear modelos e indicadores más sólidos en el escenario futuro de las políticas de salud mental para avanzar en esa dirección (Parkinson, 2012; Lamers et al., 2011) Algo mucho más ambicioso que el horizonte español de la Estrategia en Salud Mental (2007), en donde aunque hay algún guiño a la idea de la salud mental positiva (p. 333), se centra casi exclusivamente en una reducción de las tasas epidemiológicas de trastornos mentales. Esto sí es más de lo mismo.

En otra línea convergente con este interés, la *European Science Foundation* ha iniciado un ambicioso estudio para evaluar en 2013 el bienestar hedónico, eudaimónico y social en Europa, dirigido por un grupo de investigadores y psicólogos europeos (Huppert et al., 2012). Y Naciones Unidas, por fin, ha decidido en su Asamblea general de Junio de 2011, y con el apoyo de reconocidos investigadores en el bienestar psicológico, introducir medidas de bienestar subjetivo como indicadores adicionales de desarrollo humano (Helliwell et al., 2012). Intentar mejorar la vida de la gente, trascendiendo de los parámetros económicos, no es una trivialidad sino una necesidad de muchos sectores sociales, académicos y políticos (Helliwell y Barrington-Leigh, 2010; Bruni y Porta, 2007; Bok, 2010; Graham, 2009; Layard, 2006) a lo que la Psicología, con lo mejor de sí misma, puede contribuir y debemos estar orgullosos de ello (Diener et al., 2010; Sheldon et al., 2011; Ong y Dulmen, 2007; Lopez y Snyder, 2003).

Tenemos una oportunidad formidable para introducir elementos en las políticas públicas para reducir la miseria, pobreza y desigualdades mejorando *también* las vidas de la gente atendiendo a parámetros psicológicos (Bok, 2010; Diener et al. 2009). La Psicología no puede estar de espaldas a esto y somos, más bien una herramienta clave de este movimiento. Y si queremos que la Psicología tenga un papel, y una voz, en participar en esa dirección tenemos que hacerlo empleando lo mejor de nuestros recursos, ahondando en la investigación sobre los componentes positivos del funcionamiento psicológico y el bienestar. Y tenemos ya una larga trayectoria, sin duda perfectible, pero razonablemente sólida.

Sin duda que una perspectiva que incida sobre las capacidades psicológicas, las fortalezas, o las emociones positivas, no debe ingenuamente ignorar que la naturaleza humana es compleja y contradictoria. Poco hay que objetar a esa idea. Como certeramente ha señalado Amalio Blanco (2012), no se puede entender la Psicol-



gía sin prestar atención al funcionamiento positivo pero tampoco sin recordar que los seres humanos podemos infligir daño y humillaciones a los demás, como los conocidos experimentos de Milgram o de Zimbardo pusieron de manifiesto hace ya varias décadas. Los loables deseos de hacer una Psicología integradora (McNulty y Fincham, 2012), o una psicología que asuma la diversidad (Pérez-Alvarez, 2012), requieren una comprensión profunda del dolor pero también del placer. Si necesitamos una psicología más compleja y cabal, nada mejor que definir y medir todo lo que nos concierne como humanos (ej.: Winefield et al., 2012). Algunos creemos que un buen destino de la PsiPos sería su disolución en la corriente principal de la Psicología (Vázquez, 2006; Linley et al., 2006) pero, eso sí, habiendo contribuido a mover algo su cauce y a acelerar la corrección de algunas insuficiencias de la Psicología tradicional. Ese es el modo de favorecer esas vías de integración necesarias (Wood y Tarrier, 2010; Wong, 2012) y se debe hacer no desde críticas cainitas y estériles sino desde una "conversación genuina" que, como ha señalado Hayes (2013), incida en "intereses comunes, perspectivas compartidas, y respeto mutuo" (p. 317).

Pero los vientos locales no soplan en esta dirección de concordia y construcción. Haciéndose eco de lo indicado por Pérez-Alvarez (2012), Cabanas y Sánchez (2012, p. 181) señalan "la denuncia y la preocupación de algunos psicólogos que, con cierto estupor, ven ofrecer sin mayor polémica académica y sin mayor resistencia por parte de los psicólogos profesionales, lo que parece ser una nueva "moda" cuyo escaso fundamento muy bien podría cobrarse un alto precio en "respetabilidad" de la profesión entera, como tantas otras veces". Incluso, con tonos más alarmistas, se nos dice que parece como si "en muchas ocasiones, la psicología española hubiese dejado de pensar." (Fernández-Ríos y Novo, 2012, p. 337). Creo que estos críticos no deben tener motivos para preocuparse porque no se trata de ningún enemigo sino de colegas preocupados honestamente por entender mejor el bienestar humano y que firmemente consideran que es un objetivo legítimo y deseable de la Psicología. Queda mucho camino por recorrer y aún hay un margen muy amplio antes de que una especie de hechizo de la felicidad socave la capacidad crítica de la Psicología y los psicólogos españoles. El riesgo es más bien el contrario: que muchos sean incapaces de comprender que tenemos una exigencia profesional y académica, tan legítima como comprender el dolor o la patología, para

alcanzar el loable objetivo de hacer una Psicología integradora. Y mientras andamos el camino, al menos permítaseme la inocente humorada de recordar que los psicólogos que en sus escritos reflejan más palabras de contenido positivo han tenido vidas más largas (Pressman y Cohen, 2012).

Es mi intención no continuar con este debate, lo que además sería contribuir a seguir alimentando currículos ajenos basados en enjuiciar repetidamente el trabajo de otros. Los argumentos están ya claros y los lectores han de formarse su juicio. Creo que tenemos un compromiso como disciplina y como profesión que consiste en generar conocimiento y contribuir honestamente, y en la medida de lo posible, a mejorar la vida de los demás. Esa es la tarea que a muchos nos importa.

## REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Durham and London: Duke University Press.
- Aknin, L.B., Barrington-Leigh, C.P., Dunn, E.W., Helliwell, J.F., Burns, J., Biswas-Diener, R., Kemeza, I., Nyende, P., Ashton-James, C.E., y Norton, M.I. (en prensa). Prosocial spending and well-being: Cross-cultural evidence for a psychological universal. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Alesina, A., Di Tella, R., y R. MacCulloch (2004). Inequality and happiness: Are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics*, 88, 2009-2042.
- Améry, J. (2001). *Más allá de la culpa y la expiación*. Valencia: Pre-Textos.
- Andrews, P.W., y Thomson, J.A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116, 620-654.
- Aspinwall, L.G., y Tedeschi, R.G. (2010). Of babies and bathwater: a reply to Coyne and Tennen's views on positive psychology and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 27-34.
- Avia, M.D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11, 33-56.
- Avia, M.D. (2012). *Aportaciones de la Psicología Positiva a la Psicología*. Primer Congreso Nacional de Psicología Positiva, El Escorial (Madrid).
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (2011). *Optimismo inteligente*. *Psicología de las emociones positivas*. 2ª edición. (Prefacio de Martin E.P. Seligman). Madrid: Alianza Editorial.



- Baer, R.A., y Lykins, E.L.M. (2011). Mindfulness and positive psychological functioning. En K.M. Sheldon, T.B. Kashdan, y M.F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 335-348). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on Positive Psychology. *Revista de Psicología Social*, 26(1), 7-20.
- Baños, R.M., Espinoza, M., García-Palacios, A., Cervera, J.M., Esquerdo, G., Barrañón, E., Botella, C. (2013). A positive psychological intervention using virtual reality for patients with advanced cancer in a hospital setting: A pilot study to assess feasibility. *Supportive Care in Cancer*, 21 (1), 263-270.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., y Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Bateson, M., Desire, S., Gartside, S. E., y Wright, G. a. (2011). Agitated honeybees exhibit pessimistic cognitive biases. *Current Biology*, 21, 1070-1073.
- Beddington, J., Cooper, C.L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F.A, Jenkins, R., Jones, H.S., et al. (2008). The mental wealth of nations. *Nature*, 455, 1057-1060.
- Bilbao, M.A., Paez, D., Costa, S., y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica*, 31, 127-139.
- Binkley, S. (2011). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Subjectivity*, 4, 371-394.
- Biswas-Diener, R., Linley, P.A., Givindji, R., y Woolston, L. (2011). Positive psychology as a force for social change. En K. Sheldon, T. Kashdan y M. Steger (Eds), *Designing positive psychology* (pp. 410- 419). New York: Oxford University Press.
- Blanco, A. (2012). *Las zonas grises de nuestras vidas, o cómo lo positivo no sólo está en nuestra mente*. Primer Congreso Nacional de Psicología Positiva, El Escorial (Madrid).
- Blanco, A., y Diaz, D. (2007). Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Psychology in Spain*, 11, 61-71.
- Bok, D. (2010). *The politics of happiness. What government can learn from the new research on well-being*. Princeton: Princeton University Press.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013, en prensa). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*.
- Brown, J.D., y Marshall, M.A. (2001). Great expectations: Optimism and pessimism in achievement settings. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 239-255). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bruni, L., y Porta, P.L. (Eds.). (2007). *Handbook on the economics of happiness*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Burton, C.M., y King, L.A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38, 150-163.
- Cabanas, E. (2011). Revisión de los libros [Ehrenreich, B. (2010). *Smile or Die: How positive thinking fooled America and the world*. London: Granta Books; y Vázquez, C. y Hervás, G. [coords.] (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial]. *Estudios de Psicología*, 32, 278-284.
- Cabanas, E., y Sanchez, J.C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33, 172-182.
- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. En L.G. Calhoun y R.G. Tedeschi (eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3-23). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campos, J.J. (2003). When the negative becomes positive and the reverse : Comments on Lazarus ' s critique of positive Psychology. *Psychological Inquiry*, 14, 110-172.
- Carl, J.R., Soskin, D.P., Kerns, C., y Barlow, D.H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders : A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360.
- Caruana, A. (Ed.). (2010). *Aplicaciones educativas de la Psicología Positiva*. Valencia: Generalitat Valenciana (Consejería Educación).
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.



- Cho, D., y Park, C.L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 31, 69-79.
- Christopher, J.C., y Hickenbottom, S. (2008). Positive psychology, ethnocentrism, and the disguised ideology of individualism. *Theory and Psychology*, 18, 563-589.
- Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., y Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809-815.
- Comte-Sponville, A., Delumeau, J., y Farge, A. (2005). *La historia más bella de la felicidad*. Barcelona: Anagrama.
- Connor-Smith, J.K., y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Costa, M. y López, E. (2012). *Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica*. Madrid: Síntesis.
- Coyne, J.C., y Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 16-26.
- Coyne, J.C., Tennen, H., y Ranchor, A.V. (2010). Positive psychology in cancer care: a story line resistant to evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 35-42.
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. (Eds.). (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Delle Fave, A., Bassi, M., y Massimini, F. (2009). Experiencia óptima y evolución humana. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 209-230). Madrid: Alianza Editorial.
- Díaz, D., Blanco, A., y Horcajo, J. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19, 286-294.
- Diener, E. (2008). Myths in the science of happiness, and directions for future research. En M. Eid y R. J. Larsen, (Eds.). *The science of subjective well-being* (pp.493-514). New York: Guilford Press.
- Diener, E., y Suh, E.M. (Eds.). (2000). *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., y Seligman, M. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31.
- Diener, E., Colvin, C.R., Pavot, W.G., y Allman, A. (1991). The psychic costs of intense positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 492-503.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., y Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. New York: Oxford University Press.
- Diener, E., y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1-43.
- Dolan, P., Layard, R. y Metcalfe, R. (2011). *Measuring Subjective Well-Being for Public Policy*. London: Office for National Statistics.
- Dunn, E.W., Aknin, L. B., y Norton, M. I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319, 1687-1688.
- Dunn, E. W., Gilbert, D. T., y Wilson, T. D. (2011). If money doesn't make you happy, then you probably aren't spending it right. *Journal of Consumer Psychology*, 21(2), 115-125.
- Dunning, D., Heath, C., y Suls, J.M. (2004). Flawed self-assessment: Implications for health, education, and the workplace. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 69-106.
- Dweck, C. (2007). The perils and promises of praise. *Educational Leadership*, 34-39.
- Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*. New York: Metropolitan Books. (Trad. española 2011)
- Ekman, P.; Friesen, W.V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 17: 124-129.
- Emmons, R. A., y McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Exline, J.J., Worthington, E.L., Hill, J.P., y McCullough, M.E. (2003). Forgiveness and justice: A research agenda for social and personality psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 7, 337-348.



- Fernández-Abascal, E. (Ed.). (2008). *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Light and dark in the psychology of human strengths: The example of psychogerontology. En Lisa G. Aspinwal y Ursula M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strength: Perspectives on an emerging field*. Washington DC: APA. (Trad. Española en Gedisa, 2007).
- Fernández-Ríos, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 161–176.
- Fernández-Ríos, L. y Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeigeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333–346.
- Fernández-Ríos, L., y Comes, J. M. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 7–13.
- Forgeard, M.J.C., Jayawickreme, E., Kern, M.L., y Seligman, M.E.P. (2011). Doing the right thing: Measuring well-being for public policy. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 79–106.
- Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J., y Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1062.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359(1449), 1367–1378.
- Frey, B.S., y Stutzer, A. (2012). The use of happiness research for public policy. *Social Choice and Welfare*, 38, 659–674.
- Fulmer, C.A., Gelfand, M.J., Kruglanski, A.W., Kim-Prieto, C., Diener, E., Pierro, A., y Higgins, E.T. (2010). On “feeling right” in cultural contexts: how person-culture match affects self-esteem and subjective well-being. *Psychological Science*, 21(11), 1563–9.
- Gillham, J.E. (Ed). (2000). *The Science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman*. Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- González, M., Coenders, G., Saez, M., y Casas, F. (2009). Non-linearity, complexity and limited measurement in the relationship between satisfaction with specific life domains and satisfaction with life as a whole. *Journal of Happiness Studies*, 11, 3, 335–352.
- Graham, C. (2009). *Happiness around the world: The paradox of happy peasants and miserable millionaires*. Oxford: Oxford University Press.
- Grant, A.M., y Schwartz, B. (2011). Too much of a good thing: The challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 61–76.
- Hawkey, L. C., Preacher, K. J., y Cacioppo, J. T. (2007). Multilevel modeling of social interactions and mood in lonely and socially connected individuals: The MacArthur social neuroscience studies. En A. D. Ong y M. van Dulmen (Eds.), *Oxford Handbook of Methods in Positive Psychology* (pp. 559–575). New York: Oxford University Press.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–68.
- Hayes, S.C. (2013). The genuine conversation. En T.B. Kashdan, y J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations for well-being* (pp. 303–319). Oakland, CA: Context Press.
- Heine, S.J., Lehman, D.R., Markus, H.R., y Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106(4), 766–94.
- Held, B.S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965–992
- Held, B.S. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 3, 9–45.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A., y Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797–816.
- Helliwell, J.F., y Barrington-Leigh, C.P. (2010). Viewpoint : Measuring and understanding subjective well-being. *Canadian Journal of Economics*, 43(3), 729–753.
- Helliwell, J.F., Layard, R., y Sachs, J. (Eds.). (2012). *World Happiness Report*. (Mandated by the General Assembly of the United Nations). New York: The Earth Institute, Columbia University.
- Herbert, T.B., y Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364–379.
- Herbert, T.B., and Cohen, S. (1993). Depression and im-



- munity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472–486.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 23-41
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11, 881-895.
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2013). Low spirits keep rewards subdued: Decreases in sensitivity to reward and vulnerability to dysphoria. *Behavior Therapy*, 44, 62-74.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7(7). doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Howell, R.T., Kern, M.I., y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- Huppert, F.A, y So, T.T.C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837–861.
- Huppert, F., Marks, N., Vázquez, C., y Vittersso, J. (2012). *Personal and social well-being*. (European Social Survey-Round 6). Disponible en: [http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=321&Itemid=388](http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_content&view=article&id=321&Itemid=388)
- Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P.B., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., Crepez-Keay, D., y Knapp, M. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). Final Project report – Executive summary*. Londres: The Government Office for Science.
- Joseph, S., y Butler, L.D. (2010). Positive changes following adversity. *PTSD Research Quarterly*, 21(3), 1–8.
- Joseph, S., y Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 830–8.
- Kahneman, D., y Deaton, A. (2010). High income improves buation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 16489–16493.
- Kahneman, D., y Krueger, A.B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, pp. 3–24.
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwarz, N., y Stone, A.A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312, 2005–2007.
- Kashdan, T.B., Weeks, J.W., y Savostyanova, A.A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: a self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 786–99.
- Kashdan, T.B. y Ciarrochi, J. (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations for well-being*. Oakland, CA: Context Press.
- Kashdan, T.B., y Steger, M.F. (2011). Challenges, pitfalls, and aspirations for Positive Psychology. En K.M. Sheldon, T.B. Kashdan, y M.F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 9-24). New York, NY: Oxford University Press.
- Kasser, T., y Ryan, R. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410–422.
- Kesebir, P., y Diener, E. (2008). In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 117–125.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I., y Teh, M. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital through life: Future challenges*. The Government Office for Science, London.
- Kringelbach, M.L., y Berridge, K.C. (2009). Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(11), 479–487.
- Kristjánsson, K. (2010). Positive psychology, happiness, and virtue: The troublesome conceptual issues. *Review of General Psychology*, 14, 296–310.
- Lamers, S.M., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., y Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538–547.



- Langer, E. (2002). Well-being: Mindfulness vs. positive evaluation. En C.R. Snyder, y S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 214-230). New York: Oxford University Press.
- Larsen, J.T., Hemenover, S.H., Norris, C.J., y Cacioppo, J.T. (2003). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. En L.G. Aspinwall y U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 211-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ros, L., Aguilar, M. J., y Navarro. B. (2008). Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas en la vejez. En Vázquez, C., y Hervás, G. (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Layard, R. (2006). Happiness and public policy: A challenge to the profession. *The Economic Journal*, 116, 24-33.
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., y Doraiswamy, P.M. (2011). Delivering happiness: translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-83.
- Layous, K., Katherine Nelson, S., y Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14, 93-109.
- Levine, S. Z., Laufer, A., E., S., Hamama-Raz, Y., y Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 282-286.
- Lindner, E. (2006). *Making enemies: Humiliation and international conflict*. Westport, CT: Praeger Security International.
- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S., y Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16.
- Lopez, E. y Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33, 162-171.
- Lopez, S.J., y Snyder. C.R. (Eds.). (2003). *Positive psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luhman, M., Hofman, W., Eid, M., y Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592- 615.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J.K., y Sheldon, K.M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11, 391-402.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-55.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K.L., Caldwell, N.D., y Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- Maddux, J.E. (2002). Stopping the "Madness". Positive Psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. En C.R. Snyder, y S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 13-25). New York: Oxford University Press.
- Maddux, J.E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a Positive Clinical Psychology. *Applied Psychology*, 57, 54-70.
- Marina, J.A. (1992). *Elogio y refutación del ingenio*. Barcelona: Anagrama.
- Martin, R. (2007). *Psychology of humor: An integrative approach*. Burlington, MA: Elsevier. (Trad. español 2008, Ed. Orión).
- Matt, G., Vázquez, C., y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-256.
- Mauss, I.B., Savino, N.S., Anderson, C.L., Weisbuch, M., Tamir, M., y Ludenslager, M.L. (2012). The pursuit of happiness can be lonely. *Emotion*, 12(5), 908-912.
- Mauss, I.B., Tamir, M., Anderson, C.L., y Savino, N.S. (2011). Can seeking happiness make people unhappy? Paradoxical effects of valuing happiness. *Emotion*, 11(4), 807-815.
- Mazzucchelli, T.G., y Kane, R.T. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *Journal of Positive Psychology*, 5, 105-121.
- McCullough, M.E., Kurzban, R., y Tabak, B.A. (2013). Cognitive systems for revenge and forgiveness. *Behavioral and Brain Sciences*, 36(1), 1-15.



- McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Madrid: Taurus.
- McNulty, J.K., y Fincham, F.D. (2012). Beyond positive Psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67, 101-110.
- Mongrain, M. y Anselmo-Mattews, T. (2012). Do Positive Psychology exercises work? A Replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 382-389.
- Moskowitz, J., Hult, J., Bussolari, C., y Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 1, 121-141.
- Murray, K., y Zautra, A. (2012). The social ecology of resilience. En M. Ungar (ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York: Springer.
- Myers, F., McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). *Addressing mental health inequalities in Scotland: Equal minds*. Edinburgh: Scottish Executive.
- Nettle, D., y Bateson, M. (2012). The evolutionary origins of mood and its disorders. *Current Biology*, 22, 712-721.
- New Economics Foundation (2011). *The practical politics of well-being*. London. Disponible en <http://www.neweconomics.org/publications/the-practical-politics-of-well-being>.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (2002). Positive responses to loss: Perceiving benefits and growth. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 598-606). London: Oxford University Press.
- Nussbaum, M.C. (2003). Capabilities as fundamental entitlements. *Feminist Economics*, 9, 33-59.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E.C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31, 81-92.
- Oishi, S., Diener, E., y Lucas, R.E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2, 346-360.
- Oishi, S., Diener, E., Napa Scollon, C., y Biswas-Diener, R. (2004). Cross-situational consistency of affective experiences across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 460-472.
- Oishi, S., U. Schimmack, and E. Diener (2012). Progressive taxation and the subjective well-being of nations. *Psychological Science*, 23, 86-92.
- Ong, A.D., y van Dulmen, M. (Eds.). (2007). *Handbook of methods in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Oppenheimer, D.M. y Olivola, C. Y. (Eds.), (2011). *Experimental approaches to the study of charitable giving*. New York: Psychology Press.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I., y V. Sezibera (2011). Crecimiento post-estrés y post-trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 311-339). Madrid: Fundamentos.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257-301.
- Parkinson, J. (2012). *Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland: Final Report*. National Health Service (Scotland). Disponible en: <http://www.healthscotland.com/documents/5878.aspx>
- Parks, A.C. y Schueller, S.M. (Eds.). (2013). (en prensa). *Handbook of positive psychological interventions*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pury, C.L.S., Woodard, C. (2009). Courage. En S. J. Lopez, ed. *The Encyclopedia of Positive Psychology*, Vol. 1 (pp. 247-254). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Parks, A.C. (2011). The state of positive psychology in higher education: Introduction to the special issue. *Journal of Positive Psychology*, 6, 429-431.
- Parks, A.C. y Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present and future. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations for well-being* (pp. 140-165). Oakland, CA: Context Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 183-201.
- Pérez-Sales, P., Vázquez, C. y Arnosó, M. (2009). Aprendizaje postraumático individual y colectivo ante situaciones de terrorismo y violencia colectiva: Datos para un debate. En I. Márquez, A. Fernández-Liria, y P. Pérez-Sales (eds.), *Violencia y salud mental* (pp. 349-376). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.



- Peters, M.L., Meevisen, Y.M.C., y Hanssen, M.M. (2013). Specificity of the Best Possible Self intervention for increasing optimism: Comparison with a gratitude intervention. *Terapia Psicológica, 31*, 93-100.
- Poper, K. (1962). *The open society and its enemies*. (6ª ed., 1966). Princeton: Princeton University Press.
- Pressman, S.D. y Cohen, S. (2012). Positive emotion word use and longevity in famous deceased psychologists. *Health Psychology, 31*, 297-305.
- Pressman, S.D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*, 925-971.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud, 17*, 319-338.
- Quoidbach, J., Berry, E., Hansenne, M., y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 49*, 368-373.
- Rasmussen, H., Scheier, M., y Greenhouse, J. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 239-256.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., de Rivas-Hermosilla, S., Álvarez-Bejarano, A. y Sanz-Vergel, A.I. (2010). Positive psychology at work: mutual gains for individuals and organizations. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 26*(3), 235-253.
- Romero, N., Vazquez, C., y Sanchez, A. (2013, en prensa). Rumination and specificity of autobiographical memory in depression. *Memory*.
- Ruini, C., y Fava, G.A. (2013). The polarities of psychological well being and their response to treatment. *Terapia Psicológica, 31*, 49-57.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 1161-1178.
- Russell, J.A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review, 110*(1), 145-172.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C.D., y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9*, 1-28.
- Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Alianza Editorial, Madrid.
- Salanova, M., Llorens, S. y Rodríguez-Sánchez, A.M. (2010). Hacia una Psicología de la Salud Ocupacional más positiva. En M. Salanova (Dir.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 247-284). Madrid: Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I.M. (2012). We need a Hero! Towards a validation of the Healthy y Resilient Organization (HERO) Model. *Group y Organization Management, 37*, 785-822.
- Salanova, M., Lorente, L., y Martínez, I.M. (en prensa). The dark and bright sides of self-efficacy in predicting learning, innovative and risky performances. *Spanish Journal of Psychology*.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C. R.Snyder, y S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- Sanchez, A., Joormann, J., Marker, C., LeMoult, J., and Vazquez, C. (2013). Attentional disengagement predicts stress reactivity in depression: an eye-tracking study. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 20*, 39-46.
- Schimmack, U., Oishi, S., y Diener, E. (2002). Cultural influences on the relation between pleasant emotions and unpleasant emotions: Asian dialectic philosophies or individualism-collectivism? *Cognition and Emotion, 16*(6), 705-719.
- Schoch, R. (2006). *The secrets of happiness*. New York: Scriber.
- Schwartz, B. (2004). *The paradox of choice: Why more is less*. New York: Ecco Press.
- Schwartz, B. (2009). Be careful what you wish for: The dark side of freedom. En R.M. Arkin, K.C. Oleson, y P.J. Carroll (Eds.), *Handbook of the uncertain self: Perspectives from social and personality psychology* (pp. 62-77). New York: Psychology Press.
- Seery, M.D., Holman, E.A., y Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology, 99*(6), 1025-1041.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourishing*. New York: Free Press. (Trad. española en Ediciones B, 2012).



- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Seligman, M.E.P., Parks, A.C. y Steen, T. (2005). A balanced psychology and a full life. En F. Huppert, N. Baylis, y B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 275-283). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sergeant, S., and Mongrain, M. (2011). Are positive psychology exercises helpful for people with depressive personality styles? *Journal of Positive Psychology*, 6 (4), 260-272.
- Sheldon, K.M., Boehm, J.K., y Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: the hedonic adaptation prevention (HAP) model. En I. Boniwell y S. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sheldon, K., Kashdan, T. y Steger, M. (Eds.). (2011). *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*. New York: Oxford University Press.
- Sheldon, K.M. (2011). What's positive about Positive Psychology? Reducing value-bias and enhancing integration within the field. En K.M. Sheldon, T.B. Kashdan, y M.F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology* (pp. 421-428). New York, NY: Oxford University Press.
- Sin, N.L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–48.
- Sin, N.L., Della Porta, M.D., y Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. En S.I. Donaldson, M.Csikszentmihalyi, y J.Nakamura (Eds.), *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 79-96). New York: Routledge.
- Snyder, C.R., y Lopez, S.J. (Eds.). (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Tamir, M.(2009). What do people want to feel and why?: Pleasure and utility in emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 101–105.
- Tan, H.B. y Forgas, J. P. (2010). When happiness makes us selfish, but sadness makes us fair: Affective influences on interpersonal strategies in the dictator game. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 571–576.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y terapias constructivas : Una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31, 115–125.
- Tay, L., y Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354–365.
- Taylor, S.E., y Sherman, D.A. (2004). Positive psychology and health psychology: A fruitful liaison. En A. Linley, y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 305–319). New York: John Wiley.
- Tedeschi, R.G., y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tennen, H., and Affleck, G. (2009). Assessing positive life change: in search of meticulous methods. En C.Park, S.Lechner, A.L. Stanton, M.H. Antoni (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 31-49). Washington, DC : American Psychological Association .
- Vallerand, R. J., y Verner-Filion, J. (2013). Making people's life most worth living: On the importance of passion for positive psychology. *Terapia Psicológica*, 31, 35–48.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). Terrorist attacks and benefit finding: The role of positive and negative emotions. *Journal of Positive Psychology*, 5, 154-163.
- Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Páez, D. (2010). Posttraumatic growth in Spain. En T. Weiss y Berger, R. (eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 97-112). New York: Wiley.



- Vázquez, C., y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el «Coping Inventory of Depression» (CID). *Psicología Conductual*, 4, 9-28.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions of Positive Psychology. [Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva]. *Annuary of Clinical and Health Psychology / Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En S. Joseph y P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Ochoa, C. (2013, en prensa). Posttraumatic growth: challenges from a cross-cultural viewpoint. En G. A. Fava and C. Ruini (Eds.), *Increasing psychological well-being across cultures*. New York: Springer.
- Vázquez, C., Rahona, J.J., Gómez, D., Caballero, F., y Hervás, G. (2013). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. Manuscrito enviado para publicación.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Hervás, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 41-71). Bilbao: Desclee de Brower.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27, 9-1
- Veenhoven, R. (2004). Happiness as an aim in public policy. The greatest happiness principle. En A. Linley y S. Joseph, Stephen (eds.), *Positive Psychology in Practice* (Chapt. 39). Hoboken, NJ: Wiley.
- Watson, D., y Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839-848
- Watson, D., y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Wilson, E. G. (2008). *Contra la felicidad. En defensa de la melancolía*. Madrid: Taurus.
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., y Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(1), 3.
- Winterson, J. (2012). *¿Por qué ser feliz cuando puedes ser normal?* Madrid: Lumen.
- Wong, P.T.P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52, 69-81.
- Wood, A.M., y Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217.
- Wood, A.M., y Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829.
- Wood, A.M., Froh, J.J., y Geraghty, A.W.A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890-905.
- Worthington, E.L.Jr., Witvliet, C.V.O., Pietrini, P., y Miller, A.J. (2007). Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 291-302.
- Xu, J., y Roberts, R.E. (2010). The power of positive emotions: it's a matter of life or death—subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29(1), 9-19.
- Zimbardo, P.G. (2004). Does Psychology make a significant difference in our lives? *American Psychologist*, 59(5), 339-351.
- Zimbardo, P.G. (2008). *El efecto Lucifer. El porqué de la maldad*. Barcelona: Paidós.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163, 148-50.
- Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.



# PSICÓLOGO/A EDUCATIVO: FORMACIÓN Y FUNCIONES

## THE EDUCATIONAL PSYCHOLOGIST: TRAINING AND FUNCTIONS

Juan Fernández

Universidad Complutense de Madrid

En este trabajo se ofrece una síntesis de lo que puede constituir la especificidad del psicólogo/a educativo frente al resto de psicólogos y otros especialistas afines. Esta síntesis se realiza desde una doble perspectiva: académica y profesional. Desde la primera se constata la institucionalización académica y la continuidad de aportaciones a lo largo de más de un siglo de la Psicología de la Educación. Gracias a ambos hechos –institucionalización y continuidad-, hoy es posible definir tanto los objetivos como las funciones del psicólogo educativo. Desde la segunda, se describen las gestiones de todo tipo –académicas, legislativas y administrativas- que se están llevando a cabo actualmente para la incorporación del psicólogo educativo a los distintos centros de los diversos niveles del sistema educativo formal español. Finalmente, se reseña una iniciativa bien valorada por académicos, profesionales y autoridades legisladoras, pero que las dificultades económicas actuales la han relegado al olvido momentáneo.

**Palabras clave:** Psicólogos educativos, La formación, Las funciones: La evaluación, El asesoramiento y la intervención.

This paper tries to provide a synthesis of what may constitute the specificity of the educational psychologist compared to other psychologists and other related specialists. This synthesis is carried out from two perspectives: academic and professional. From the first one, it is shown the academic institutionalization and the continuity of contributions of Educational Psychology over more than a century. Thanks to both facts –institutionalization and continuity- it is now possible to define clearly the objectives, as well as the functions, of educational psychologists. From the second perspective, the progressive legislative, academic and administrative steps are described. The aim of these efforts is to incorporate the educational psychologist at the centers of the Spanish formal educational system. Finally, it is briefly considered an initiative very positively valued by academics and professionals, but that due to the current economic difficulties has been forgotten momentarily.

**Key words:** Educational psychologists, Training, Functions: Assessment, Counseling and intervention.

**H**asta muy recientemente, en España, hemos estado hablando más del psicólogo que trabajaba en contextos educativos que del *psicólogo educativo* en cuanto tal (a lo largo de todo este trabajo cuando se utiliza la expresión *psicólogo educativo* se ha de entender que se está hablando indistintamente de mujeres –psicólogas- y varones –psicólogos-). En nuestros días, afortunadamente, estamos comenzando a hablar y a escribir sobre la figura del psicólogo educativo más que sobre el psicólogo que ejerce sus funciones en el ámbito escolar. El cambio no es solamente nominal, ni mucho menos. De hecho supone un cambio sustancial. Intentaré poner de manifiesto algunas de las principales implicaciones de este cambio, asumiendo una doble perspectiva: la académica y la profesional.

### PERSPECTIVA ACADÉMICA

#### Consideración histórica

Creo que en ocasiones no hemos sido del todo conscientes de que la **Psicología de la Educación**, como par-

te esencial de la Psicología y como una de sus principales especialidades, cuenta con más de un siglo de existencia, durante el cual se han producido abundantes y relevantes investigaciones y aportaciones (Beltrán y Pérez, 2011; Zimmerman y Schunk, 2003). De hecho, ya a principios del siglo XX, Thorndike (1910) considera oportuno realizar una síntesis de las principales aportaciones que la Psicología puede hacer a la Educación. En esta misma fecha (1910) aparece una revista, que no ha dejado de publicarse desde entonces y que se ha constituido en fuente de conocimientos específicos bien fundamentados para investigadores y profesionales, cuyo objetivo general fue, desde un principio, poner de manifiesto la unión de investigaciones psicológicas, por un lado, y el *arte de la educación* por el otro: Journal of Educational Psychology (<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=browsePA.volumes&jcode=edu>). Igualmente, la American Psychological Association (APA; <http://www.apa.org/>), estructurada en divisiones y sin duda la asociación internacional de psicología más importante para los psicólogos, cuenta con dos potentes divisiones para la Psicología Educativa: School Psychology

Correspondencia: Juan Fernández. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. España. E-mail: [jfernandez@psi.ucm.es](mailto:jfernandez@psi.ucm.es)



(<http://www.apa.org/about/division/div16.aspx>) y Educational Psychology (<http://www.apa.org/about/division/div15.aspx>). El número de revistas de Psicología de la Educación, indexadas dentro de la publicación de obligada consulta para cualquier investigador y profesional de cualquier ámbito científico y, por tanto, para los psicólogos educativos –investigadores o profesionales–, Journal Citation Reports ([http://thomsonreuters.com/products\\_services/science/science\\_products/a-z/journal\\_citation\\_reports/](http://thomsonreuters.com/products_services/science/science_products/a-z/journal_citation_reports/)), se cuenta en la actualidad por decenas, así como el número de handbooks, libros, revisiones –descriptivas o críticas–, o meta-análisis centrados en esta especialidad (Fagan y Wise, 2007; Mayer y Alexander, 2010; Reynolds y Miller, 2003; Snow y Swanson, 1992).

En este sentido, en España, hemos seguido pasos semejantes a los dados internacionalmente, aunque ciertamente con mucho retraso, al menos con respecto a EE.UU. En concreto, cuando se institucionalizan los estudios de psicología, en la década de los 50, aparece ya la Psicología de la Educación como parte integral de la misma. Desde esa fecha hasta nuestros días siempre hemos contado con una Especialidad de Psicología de la Educación. El plan de estudios más desarrollado y estructurado es el que se viene impartiendo en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, en los cursos 4º y 5º de la licenciatura en Psicología, desde mediados de los 80 hasta nuestros días (2013). Por lo que respecta a las principales aportaciones científicas de esta área, han quedado recogidas en una síntesis dedicada a las principales líneas de investigación desarrolladas por sus profesores funcionarios de todas las Facultades de España en las que se imparten estudios de psicología (Fernández, 2002; Sánchez-Miguel y García-Sánchez, 2002). Las 67 líneas de investigación analizadas se aglutinaron en los siguientes cinco conglomerados: el desarrollo cognitivo y lingüístico, el desarrollo personal y social, los contextos del desarrollo y educación, cognición e instrucción y dificultades en el desarrollo y el aprendizaje.

### Consideración actual

Contando con esta centenaria historia, ¿cuál podría ser una visión sintética de la especificidad de esta área con respecto a otras especialidades dentro de la Psicología y a otras disciplinas y, por tanto, la especificidad del Psicólogo Educativo? Tal cual venimos desarrollando últimamente (Fernández, 2001, 2011) y ha sido ya re-

cogido en Wikipedia ([http://es.wikipedia.org/wiki/Psic%C3%B3logo\\_educativo](http://es.wikipedia.org/wiki/Psic%C3%B3logo_educativo)), tres serían los principales núcleos de interés del psicólogo educativo (bajo esta denominación se englobaría necesariamente el psicólogo escolar): los profesores, los alumnos y los currículos. En los tres casos, es muy abundante la bibliografía sobre las múltiples facetas que presentan tanto los dos agentes de los procesos de enseñanza y aprendizaje –profesores y alumnos; de ahí que siempre hayan de ir en plural– como los cordones umbilicales que los unen: los currículos –siempre en plural–, prescriptivamente abiertos, dado el permanente avance de los conocimientos científicos y de los cambios históricos y sociales (Cochran-Smith y Zeichner, 2005; Harris y Sass, 2011; Rice, 2003; Wayne y Youngs, 2003).

Más que nunca, en nuestros días –cosa que no sucedía en el pasado– buena parte de la información necesaria está en la red, por lo que no es válida la idea de los profesores como meros transmisores de la información, aunque sí lo fuera antes de la aparición de la imprenta e incluso hasta el inicio de Internet. Esa información se ha de transformar en conocimientos, tanto de tipo teórico como práctico. Las funciones de los profesores consistirán básicamente en estimular y ayudar a que los alumnos puedan llevar a cabo esa transformación de las múltiples informaciones (presentes en la red) en conocimientos, válidos académicamente y útiles tanto para la vida profesional como cotidiana. Realizar la transformación de las múltiples informaciones en conocimientos relevantes y significativos, tanto desde un punto de vista teórico como práctico, es y será prácticamente imposible sin la ayuda de los profesores (éstos en modo alguno se vuelven innecesarios en la era de Internet), sobre todo y ante todo durante los años de la educación no universitaria, aunque sin excluir en modo alguno la última.

Los alumnos de nuestros días son *nativos digitales* (Prensky, 2001). No asumir esta condición básica, esta *singularidad*, condenará a cualquier sistema educativo, con alta probabilidad, al fracaso. Además, hoy conocemos sobradamente que los alumnos presentan una enorme variabilidad, se valore ésta en no importa qué faceta: intelectual, afectiva, social o de personalidad. Las adaptaciones curriculares son, pues, imprescindibles.

Al igual que son tres los núcleos básicos de interés del psicólogo educativo, serán tres las funciones más básicas que ha de ejercer en los distintos ámbitos educativos: las evaluaciones, los asesoramientos y las intervenciones (siempre el plural). Por lo que atañe a las evaluaciones,



éstas tienen que tener tanto un carácter clínico (diagnóstico temprano de las posibles disfunciones) como educativo: la detección de problemas (que no disfunciones), típicos de los contextos de enseñanza y aprendizaje (curriculares, de clima social, familiares, de aprendizaje, etcétera).

Dentro del ámbito de la evaluación, el psicólogo educativo ha de conocer la significación e implicaciones del concepto de valoración de la evaluabilidad (Rutman, 1980; Trevisan, 2011). En su ámbito específico de educación se va a encontrar en multitud de ocasiones con proyectos y programas educativos o con diseños curriculares cargados con las mejores intenciones de sus creadores, pero que, lamentablemente, ya desde un principio cabe afirmar con rigor que no van a poder ser evaluados, por lo que difícilmente sabremos nada relevante sobre su posible utilidad futura. Evitar estos riesgos y estas pérdidas de tiempo debería de ser una de las tareas básicas de cualquier buen psicólogo educativo. Igualmente, por lo que respecta a la evaluación, el psicólogo educativo debiera intentar hacer valer el argumento de que la oposición tan traída y llevada de evaluaciones cuantitativas frente a cualitativas debiera dejar paso a algo sustantivamente más relevante: la calidad de la evaluación, bien sea ésta cualitativa o cuantitativa. Cuando se habla de calidad parece obligado traer a colación el concepto de meta-evaluación (Cooksey y Caracelli, 2005; Stufflebeam, 2001). Gracias al mismo, es posible aplicar una serie de criterios internacionalmente consensuados por la comunidad científica de evaluadores a los distintos tipos de evaluación. De esta forma hay una garantía de que nuestro juicio sobre cualquier evaluación va más allá del mero opinionismo espontáneo y bien intencionado. Aspecto también sumamente importante en el campo de la evaluación, tanto clínica como educativa, es el de los efectos. Toda educación o instrucción, por definición, es intencional: deseamos que se produzca un determinado aprendizaje. Al psicólogo educativo le debiera corresponder el esclarecimiento del logro de ese aprendizaje. En concreto dar a conocer si es estable o, por el contrario, se desvanece, o si aparece y desaparece –efecto Guadiana o efecto dormido– o posibilita un distanciamiento cada vez mayor del estudiante con respecto a aquellas personas que no han participado en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Para ello se requiere como requisito elemental la práctica del *follow-up* (seguimiento), evaluativo y de apoyo (Bradshaw, 2002; Campbell y Ramey, 1994).

En cuanto a los asesoramientos psicológicos y sólo psicológicos (no pedagógicos o de cualquier otro tipo, a fin de no entrometerse en asuntos de otros profesionales), éstos han de estar centrados en los principales agentes del propio sistema educativo: alumnos, profesores, padres y autoridades académicas. A comienzos del siglo XXI contamos con suficientes conocimientos derivados de la psicología del desarrollo cognitivo y del desarrollo social y de la personalidad como para que el psicólogo educativo pueda ser de gran ayuda a la hora de orientar a cada alumno ante las dudas y problemas típicos y atípicos de sus etapas evolutivas (Baltes, Reese y Lipsitt, 1980; Lerner, Easterbrooks y Mistry, 2013; Saxe, Carey y Kanwisher, 2004; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2013). Por lo que respecta a padres y profesores, los modelos diádicos y tríadicos han mostrado considerable eficiencia en buena parte de los asuntos que ocupan y preocupan a alumnos, profesorado y padres (NASP, 2010). Las asesorías a las autoridades se han de fundamentar en toda la información, recogida de forma válida y fiable, que el psicólogo continuamente está recopilando, tanto de los distintos tipos de contextos –microsistemas, mesosistemas y macrosistemas (Bonfenbrenner, 1979)–, como de los distintos agentes de la comunidad educativa (Erchul y Sheridan, 2008).

Con respecto a las intervenciones, éstas debieran abarcar los tres tipos más conocidos: el correctivo, el preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) y el optimizador, dentro de los diversos niveles de actuación: personal, grupal, comunitario y social (Brock, Lazarus y Jimerson, 2002; Christenson, 2004; Luiselli, Putnam, Handler y Feinberg, 2005; Nelson, Martella y Marchand-Martella, 2002). Hoy contamos con multitud de programas de intervención tanto para el ámbito de las disfunciones como para el de los más diversos problemas educativos, así como para la optimización de los logros académicos e intelectivos (Alonso-Tapia, 1987; Chipman, Segal y Glaser, 1985; Nickerson, Perkins y Smith, 1985; Núñez, Rosario, Vallejo y González-Pienda, 2013; Segal, Chipman y Glaser, 1985; Sternberg y Bhana, 1986). Generalmente, los programas se presentan bajo al menos una triple modalidad: poco estructurados (su núcleo esencial suele estar constituido por una serie de principios o normas de carácter muy general: deje de fumar, haga ejercicios físicos todos los días, mantenga una dieta equilibrada...), semiestructurados (con una relativa buena fundamentación teórica que se estructura y materializa en función de las especificidades



de las circunstancias: bastante variabilidad en la implementación) y muy estructurados (todo la implementación está estrictamente programada y asentada en una sólida fundamentación teórica). Si bien todo ellos debieran haber sido elaborados para satisfacer necesidades sentidas y expresadas, estar bien fundamentados teóricamente, mostrar una elaboración coherente y concatenada, ser correctamente implementados y debidamente evaluados, la realidad nos muestra que existe una enorme variabilidad en todas estas facetas, siendo así que en algunos casos lamentablemente nos podemos encontrar con programas que o no producen efectos positivos significativos o incluso los efectos negativos pueden llegar a superar a los positivos (Chen y Macredie, 2004; Newmann, Smith, Allensworth y Bryk, 2001).

Recientemente dos revistas han dedicado sus artículos monográficamente a la figura del psicólogo educativo y, por tanto, a desarrollar tanto los tres núcleos de interés como las tres funciones básicas: *Psicología Educativa* - 2011, 17(1)- y *Papeles del Psicólogo* -2011, 32(3)-.

### PERSPECTIVA PROFESIONAL

Hasta ahora, en España, para poder ejercer como psicólogo dentro de los contextos educativos, más específicamente en la hoy llamada educación secundaria, era requisito previo haber superado el CAP (Curso/Certificado de Aptitud Pedagógica) o ahora el Máster de Formación de Profesorado y más concretamente la especialidad de Orientación Educativa. Esto es algo que casa mal con una lógica elemental, pues no parece que un curso que está pensado para preparar a los futuros profesores pueda ser útil para capacitar a su vez a un psicólogo a fin de que ejerza como psicólogo educativo. Siguiendo este hilo de la más elemental lógica, lo que parece mínimamente coherente es que, en los momentos actuales, el psicólogo no especializado (pues es sólo graduado o licenciado en psicología) se especialice, precisamente mediante un máster elaborado *ad hoc*, en todo lo que es específico de una especialidad centenaria, cual es la Psicología de la Educación.

Para gestionar ese tránsito del Máster de Formación del Profesorado (Especialidad de Orientación Educativa) al Máster específico de Psicología de la Educación, como condición imprescindible para poder ejercer como psicólogo educativo, es para lo que se creó La Comisión Interinstitucional de Psicólogos/as Educativos (CIPES), que aglutina a la Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas, al Consejo General de Co-

legios Oficiales de Psicólogos, a las Asociaciones de Psicología y Educación, al mundo académico y al mundo profesional. Las múltiples gestiones llevadas a cabo por CIPES han dado sus frutos, que hay que considerar parciales, hasta que no se logre el tránsito aludido. En primer lugar, se firmó un acuerdo en 2010 con la Federación de Asociaciones de Directivos de Centros Educativos Públicos (FEDADi), la Confederación Española de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (CE-APA) y la Confederación Católica Nacional de Padres de Familia y Padres de Alumnos (CONCAPA) sobre la "Inserción del Psicólogo Educativo en el sistema de educación español no universitario". Son varios los aspectos que merecen ser resaltados de este acuerdo: 1) que las necesidades psicológicas sean satisfechas por psicólogos educativos; 2) que éstos se centren en al menos tres funciones básicas: evaluaciones diagnósticas y educativas; asesoramientos psicológicos a alumnos, padres, profesores y autoridades académicas; intervenciones psicológicas de tipo correctivo preventivo y optimizador; 3) que su específica capacitación como psicólogo educativa se realice mediante un máster de Psicología de la Educación elaborado *ad hoc*; 4) que sea un profesional no docente, integrado en la organización del centro.

Este acuerdo constituyó la base para una Proposición No de Ley, presentada en el Congreso de los Diputados. Con ulterioridad, se logró un acuerdo entre los distintos grupos parlamentarios (PP, PSOE, IU, UPyD, CIU y PNV) para sacar adelante la pertinente legislación sobre la figura del psicólogo educativo. El 19 de febrero de 2013 tuvo lugar una reunión conjunta de parlamentarios, representantes del MECD y la CIPES a fin de dar el último impulso para el correspondiente cambio legal de la transformación de uno en otro máster, a la que se hizo alusión anteriormente. En esta reunión tanto los representantes del MECD como la representante parlamentaria del PP manifestaron su total acuerdo con los planteamientos de CIPES, salvo en la solicitud del carácter profesionalizante del Máster de Psicología de la Educación, dado que ello implicaba tener que solicitar una reserva (económica) ministerial. Se les indicó en un escrito enviado al día siguiente que no era necesario ningún tipo de reserva nueva, más allá de la que ya existe para el Máster de Formación del Profesorado (Especialidad de Orientación Educativa). De lo único, pues, que se trataba era de sustituir, en el caso de los psicólogos, un máster que no estaba funcionando, pues no capacitaba al psicólogo para convertirse en psicólogo educativo, por otro cuyo objetivo fundamental era precisamente esa capacitación.



El pertinente Máster de Psicología de la Educación ya está totalmente elaborado y pendiente de su aprobación en la ANECA. Un esbozo del mismo es el que aparece recogido en la Tabla 1. Como es fácil inferir del esbozo, este máster ya fue consensuado por todos los firmantes del Acuerdo de 2010 y también ha gozado de una primera evaluación positiva por parte de representantes cualificados del mundo académico dentro del área de Psicología de la Educación. Un matiz que tal vez merezca la pena resaltar es el que hace referencia a su doble condición de ser a la vez máster presencial en aquellas universidades que cuentan con suficiente número de recursos humanos y materiales y máster en red para aquellos centros que están muy limitados tanto en recursos humanos como materiales. A su vez, además de este denominador común de troncalidad, los distintos centros podrían desarrollar sus especificidades profesionales o de investigación, posibilitando de esta forma satisfacer las necesidades especiales derivadas de las peculiaridades de los distintos contextos.

### PROYECTO COMPLEMENTARIO DE FUTURO

Para ese psicólogo educativo con un perfil claramente diferenciado de cualquier otro profesional, tanto dentro de la Psicología, como con respecto a otros profesionales afines, habíamos elaborado una red académico-profesional (ver, para una síntesis, Martín-Babarro y Fernández, 2011). Gracias a esta red, este psicólogo podía estar permanentemente conectado con el resto de psicólogos educativos, con los padres y con los profesores no universitarios de todo el territorio español. La red proporcionaba, por supuesto, varios tipos de foros –de padres, de profesorado, de psicólogos, etcétera-, pero sobre todo un conjunto de recursos sobre trastornos del aprendizaje, fracaso escolar, desarrollo de las múltiples inteligencias, etcétera, seleccionados o elaborados por aquellos especialistas con un acreditado currículo.

Esto, sin duda, hubiese supuesto una apuesta de modernización considerable tanto para la profesión de los psicólogos educativos como para las instituciones docentes no universitarias, pero la crisis que padecemos ha relegado para mejores momentos esta interesantísima iniciativa, en

**TABLA 1**  
**MÁSTER (PROFESIONALIZANTE) DE PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN: 90 CRÉDITOS ECTS**

	TRONCALIDAD*		Especificidad: Asignaturas	Créditos
	Módulos	Materias		
Primer curso: 60 créditos ECTS	Evaluación psicoeducativa	<i>Evaluación diagnóstica</i>	Diagnóstico diferencial, informes psicoeducativos, criterios de selección y elaboración de instrumentos de evaluación	12
		<i>Evaluación de la calidad educativa</i>	Evaluación: Centros, clima, programas...	6
	Orientación psicoeducativa	<i>Asesoramiento psicológico</i>	Alumnos, padres, profesores, autoridades	6
		<i>Psicología de la diversidad</i>	Psicología de la educación especial	6
	Intervención psicoeducativa (de tipo comunitaria)	<i>Correctiva</i>	Trastornos del desarrollo y del aprendizaje	6
		<i>Preventiva</i>	Programas de prevención: drogas, agresividad, fracaso escolar...	6
		<i>Optimizadora</i>	Programas de intervención: mejora de la inteligencia, habilidades sociales...	6
	Metodología psicoeducativa	<i>Nuevas tecnologías</i>	Las TIC en los contextos educativos	6
		<i>Recogida, análisis e interpretación de los datos</i>	Creación y manejo de bases de datos...	6
	Segundo curso: 30 créditos ECTS	Prácticum externo		
TFM (Trabajo Fin de Máster)				10

\*La troncalidad sería común a todos los másteres de cualquiera de las Facultades/Departamentos de Psicología de España, mientras que las asignaturas, incluida su denominación, estarían condicionadas, entre otros factores diferenciadores, por lo impartido en los Grados, que puede variar bastante en función de las Facultades/Departamentos.



el decir de académicos, profesionales y autoridades legisladoras, tanto de España como de otros países, cuando se hizo la presentación de la red en el Congreso de los Diputados y en el VI Congreso Internacional de Psicología y Educación, celebrado en Valladolid en 2011.

## REFERENCIAS

- Alonso-Tapia, J. (1987). *¿Enseñar a pensar? Perspectiva para la educación compensatoria*. Madrid: CIDE.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., y Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110
- Beltrán, J., y Pérez, L. (2011). Más de un siglo de psicología educativa: valoración general y perspectiva de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 32, 204-231. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1981.pdf>
- Bonfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bradshaw, L.K. (2002). Technology for teaching and learning: Strategies for staff development and follow-up support. *Journal of Technology and Teacher Education*, 10, 131-150.
- Brock, S. E., Lazarus, P. J., y Jimerson, S. R. (Eds.). (2002). *Best practices in school crisis prevention and intervention*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Campbell, F.A., y Ramey, C. T. (1994). Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow up study of children from low income families. *Child Development*, 65, 684-698.
- Chen, S. Y., y Macredie, R. D. (2004). Cognitive modeling of student learning in web-based instructional programs. *International Journal of Human-Computer*, 17, 375-402.
- Chipman, S. F., Segal, J. W., y Glaser, R. (Eds.).(1985). *Thinking and learning skills*. Vol II: *Research and open questions*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Christenson, S. L. (2004). The family-school partnership: An opportunity to promote the learning competence of all students. *School Psychology Review*, 33, 83-104.
- Cochran-Smith, M., y Zeichner, K. M (Eds.).(2005). *Studying teacher education: The report of the AERA panel on research and teacher education*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cooksy, L.J., y Caracelli, V. J. (2005). Quality, context, and use: Issues in achieving the goals of metaevaluation. *American Journal of Evaluation*, 26, 31-42.
- Erchul, W., y Sheridan, S. (Eds.).(2008). *Handbook of research in school consultation: Empirical foundations for the field*. New York: Erlbaum.
- Fagan, T. K., y Wise, P. S. (Eds.). (2007). *School psychology: Past, present and future (3rd ed.)*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Fernández, J. (2001). La evaluación dentro del contexto educativo. En J. Fernández (Coord.), *La psicología, una ciencia diversificada* (pp. 77-99). Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. (2002). Líneas de investigación en la psicología española (1989-1998). *Papeles del Psicólogo*, 81, 3-10. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/77808102.pdf>
- Fernández, J. (2011). La especificidad del psicólogo educativo. *Papeles del Psicólogo*, 32, 247-253. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1984.pdf>
- Harris, D. N., y Sass, T. R. (2011). Teacher training, teacher quality and student achievement. *Journal of Public Economics*, 95, 798-812.
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., y Mistry, J. (Eds.).(2013). *Handbook of psycholog. Vol.6: Developmental psychology (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- Luiselli, J. K., Putnam, R. F., Handler, M. W., y Feinberg, A. B. (2005). Whole-school positive behavior support: Effects on student discipline problems and academic performance. *Educational Psychology*, 25, 183-198.
- Martín-Babarro, J., y Fernández, J. (2011). Red académico-profesional de la psicología en la educación. *Papeles del Psicólogo*, 32, 242-246. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1983.pdf>
- Mayer, R., y Alexander, P. A. (Eds.).(2010). *Handbook of research on learning and instruction*. New York: Routledge.
- NASP (2010). En [http://www.nasponline.org/publications/cq/pdf/V39N1\\_ImprovingStudentOutcomes.pdf](http://www.nasponline.org/publications/cq/pdf/V39N1_ImprovingStudentOutcomes.pdf)
- Nelson, J. R., Martella, R. M., y Marchand-Martella, N. (2002). Maximizing student learning: The effects of a comprehensive school-based program for preventing problem behaviors. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, 10, 136-148.
- Newmann, F. M., BetsAnn Smith, B., Allensworth, E., y Bryk, A. S. (2001). Instructional program coherence: What it is and why it should guide school improvement policy. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 23, 297-321.
- Nickerson, R. S., Perkins, D. N., y Smith, E. E. (1985). *Enseñar a pensar*. Barcelona: Paidós/MEC
- Núñez, J. C., Rosario, P., Vallejo, G., y González-Pien-



- da, J. A. (2013). A longitudinal assessment of the effectiveness of a school-based mentoring program in middle school. *Contemporary Educational Psychology*, 38, 11-21.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. En <http://www.marcprensky.com/writing/prensky%20-%20digital%20natives,%20digital%20immigrants%20-%20part1.pdf>
- Reynolds, W. M., y Miller, G. J. (Eds.).(2003). *Handbook of psychology. Vol. 7: Educational psychology*. New Jersey: Wiley.
- Rice, J. K. (2003). *Teacher quality: Understanding the effectiveness of teacher attributes*. Washington: Economic Policy Institute.
- Rutman, L. (1980). *Planning useful evaluations: Evaluability assessment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sánchez-Miguel, E., y García-Sánchez, J.N. (2002). La década 1989-1998 en la Psicología española: un análisis de las Investigaciones en Psicología Evolutiva y de la Educación. *Papeles del Psicólogo*, 82,3-24. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77808202.pdf>
- Saxe, R., Carey, S., y Kanwisher, N. (2004). Understanding other minds: Linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annual Review of Psychology*, 55, 87-124
- Segal, J. W., Chipman, S. F., y Glaser, R. (Eds.).(1985). *Thinking and learning skills. Vol I: Relating instruction to research*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Snow, R. E., y Swanson, J. (1992). Instructional psychology. *Annual Review of Psychology*, 43, 583-626.
- Sternberg, R.J., y Bhana, K. (1986). Synthesis of research on the effectiveness of intellectual skills programs: Snake-oil remedies or miracle curses? *Educational Leadership*, 44, 60-67.
- Stufflebeam, D.L. (2001). The metaevaluation imperative. *The American Journal of Evaluation*, 22, 183-209.
- Thorndike, E. L. (1910). The contribution of psychology to education. *The Journal of Educational Psychology*, 1, 5-12.
- Trevisan, M.S. (2011). Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 32, 199-226.
- Wayne, A. J., y Youngs, P. (2003). Teacher characteristics and student achievement gains: A review. *Review of Educational Research*, 73, 89-122.
- Wittrock, M. C. (1992). An empowering conception of educational psychology. *Educational Psychologist*, 27, 129-141.
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., y Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139, 53-80.
- Zimmerman, B. J., y Schunk, D. H. (Eds.). (2003). *Educational psychology: A century of contributions*. Mahwah, NJ: Erlbaum.



# COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN DEMENCIAS: EL ROL DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

## SOCIAL-HEALTHCARE COORDINATION AND INTEGRAL EVALUATION IN DEMENTIA: THE ROLE OF ALZHEIMER FAMILY ASSOCIATIONS

**María Eugenia Domínguez Orozco**  
Psicogerontóloga

*La coordinación de servicios sociales y sanitarios en España es una labor que recientemente ha comenzado a desarrollarse. La adecuación de las demencias en la valoración de la dependencia es una de las cuestiones que se analiza en este artículo, donde se reflexiona sobre la aportación de las asociaciones de familiares en el proceso diagnóstico, la atención asistencial y la provisión de servicios y/o recursos. Se presenta un protocolo de evaluación general para el diagnóstico de demencia y analizaremos la relevancia de la detección temprana de estadios iniciales como el deterioro cognitivo leve. Los profesionales psicólogos podrían ser considerados como agentes facilitadores para los "gestores de casos" en el proceso de las valoraciones y la adjudicación de los servicios.*  
**Palabras clave:** Demencia, Diagnóstico precoz, Valoración dependencia, Coordinación sociosanitaria.

*The coordination of social and health services in Spain is an undertaking of recent development. The adaptation of dementias in dependency assessments is the main question analyzed in this paper where we take into consideration the contributions made by Alzheimer's disease associations in the diagnostic process, medical care and the provision of resources and services. We present a general assessment protocol for the diagnosis of dementia and we analyze the relevance of initial stages as mild cognitive impairment. Psychologists could be considered to be "case management" providers in the assessment process and the allocation of services.*  
**Key words:** Dementia, Early diagnosis, Dependency assessment, Social and health care coordination.

**D**entro del paradigma del envejecimiento activo se determina como un objetivo relevante el hecho de establecer diagnósticos tempranos para la prevención de la dependencia y la discapacidad.

A la dependencia se llega por la edad o por sufrir una discapacidad o combinación de ambas condiciones. Independientemente de la causa, la población social a la que afecta tiene dificultades en realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y se encontrarán más dependientes y serán más vulnerables en la medida en que estén menos desarrollados los servicios sociales y el espacio sociosanitario (Gómez-Jarabo y Peñalver, 2007).

El objetivo de este artículo es analizar la situación de la adecuación de la valoración de las demencias como dependencias, y cuál es la aportación de las asociaciones y el rol del psicólogo en el itinerario de acceso de pacientes con demencia al sistema asistencial sociosanitario.

### LA VALORACIÓN DE LAS DEMENCIAS Y SU ADECUACIÓN COMO DEPENDENCIA

La Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

(LAPAD) se ha creado como marco regulador de la provisión de atención sociosanitaria a los colectivos implicados y valorados en función de su gradación (dependencia moderada, severa y gran dependencia) y nivel de severidad. Para realizar las valoraciones fue creado el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) (RD 504/2007 de 20 de Abril) como un instrumento de determinación de la adecuación para recibir prestaciones y servicios.

En el caso concreto de las demencias, se han hecho explícitas ciertas dificultades en la categorización como dependencia, pues no existe identificación de correlatos de equivalencia entre los grados de dependencia y el nivel de severidad fijados en la LAPAD, y el estadiaje cognitivo y funcional que pudiera establecerse en los diferentes tipos, fundamentalmente en los estadios iniciales.

Así, ha sido analizado por Méndez (2007) en su reflexión sobre los aspectos psicológicos de la persona en la clasificación de su situación de dependencia, cuestionándose la falta de valoración de las funciones cognitivas o las dificultades de tipo conductual, de comprensión del entorno social, etc., que podrían impedir el desarrollo de las actividades más básicas, dándole prioridad a la valoración de dificultades físicas. La implicación de estos procesos se han reflejado en el BVD en tareas como "tomar decisiones"; además de puntualizaciones tales como capacidad mental o de iniciativa para realizar actividades y

Correspondencia: María Eugenia Domínguez Orozco. Granja San Juan, 26. 11650 Villamartín. España.  
E-mail: medorozco@cop.es



tareas, así como la comprensión de la necesidad de ayuda y la influencia de trastornos de conducta en su valoración o, por ejemplo, la implicación de procesos cognitivos como la orientación espacial en cualquier actividad de movilidad.

No obstante, la valoración del BVD se basa, además de la aplicación del cuestionario propiamente dicho, en la observación directa del desempeño en las tareas y en las condiciones de salud, para lo que el IMSERSO ha elaborado un "Manual de uso para el empleo del BVD", dirigido a profesionales valoradores, como protocolo a seguir, donde se recoge la descripción de todas las tareas a valorar, así como la descripción de los niveles de desempeño, como por ejemplo para la tarea "mantenimiento de la salud" se incluye evaluar el indicador "aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas".

A pesar de ello, las dificultades se han ido haciendo patentes y se ha tenido que realizar una modificación del BVD (RD 174/2011, de 11 de Febrero), donde se han introducido mejoras en el baremo para una más adecuada objetivación de la situación y clasificación de grados, en concordancia a la secuenciación temporal de su implantación, evaluada además por la CTVD (Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la Valoración de la Dependencia).

Estos aspectos también han sido reflejados por Rivero y Salvá (2011), los cuales han indicado la presencia de situaciones complejas de categorizar, tales como los casos de deterioro cognitivo o demencias sin diagnosticar, enfermedades con inicio intermitente o aquéllas que cursan con rapidez.

En consecuencia, el equipo de trabajo del Centro de Referencia Estatal Alzheimer-Salamanca ha elaborado guías de orientación para los colectivos de personas con enfermedad de Alzheimer -EA- y otras demencias, trastorno mental grave, con ceguera y deficiencia visual grave, y sordoceguera. En ellas, se han considerado las especificidades y particularidades como soporte técnico de la valoración, teniendo en cuenta: el informe de salud, la entrevista y la evaluación del entorno físico y humano.

Respecto al informe de salud, éste es un documento que se tendría que aportar al realizar la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, siendo las otras dos cuestiones competencia de los profesionales valoradores. Centrándonos en la guía específica para EA y otras demencias (Sánchez et al., 2011), se incluye una serie de pautas para que los valoradores tengan una mejor orientación a la hora de realizar las entrevistas y visitas domiciliarias a los solicitantes, información relativa a las

demencias (clasificación, diagnósticos, evolución, tratamientos, etc.), sugerencias en cuanto a la interpretación del informe, describiéndose qué test de cribado cognitivo y funcional deberían estar incluidos, y otras aclaraciones.

A continuación se va a describir de forma concreta la aportación en este proceso, de las AFAs (Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias), que bien podría asemejarse a las posibilidades de otras organizaciones cuyo colectivo de intervención se encuentren categorizadas en la LAPAD, y que cuentan con sus regulaciones y protocolos.

### ***El abordaje integral en la evaluación: el caso de las AFAs***

Desde la sospecha de un posible caso de demencia (percibido principalmente por un familiar) hasta que concretamente ese paciente es diagnosticado y recibe una intervención y/o tratamiento, son varios los agentes implicados en su abordaje, concretamente: a) los familiares, b) los profesionales sanitarios (equipo de Atención Primaria -AP-, y equipo de Atención Especializada -AE-) y sociales, c) las AFAs, d) las administraciones públicas relacionadas, y e) entidades públicas, privadas y/o concertadas prestadoras de servicios.

Como Espinosa, García, Gómez, López y Oliver (2010) han señalado, cada uno de éstos agentes suele manifestar una actitud ante la sospecha de un proceso de demencia, manifestándose a grandes rasgos en situaciones de escasa actuación en la fase inicial, escasa relación entre profesionales de referencia de servicios sociales y de salud de zona, o bien escasa relación entre equipos de atención en salud y las AFAs.

En Andalucía, a través del Plan andaluz de Alzheimer (2007-2010) junto con la CONFEEFA (Confederación andaluza de AFAs) se han categorizado a las AFAs en tres tipos, diferenciando entre servicios básicos (de obligado cumplimiento) y opcionales: a) Tipo III, con servicios básicos de información y asesoramiento, y divulgación y sensibilización y como servicio opcional los grupos de ayuda mutua; b) Tipo II, además de los servicios de la tipo III se gestionarían talleres de psicoestimulación, como mínimo de tres días a la semana, y formación a familiares, voluntarios, etc., y como opcionales la atención psicológica y social individual, y servicio de ayuda a domicilio; y c) Tipo I, ofrece servicios básicos (de Tipo III y II) así como una Unidad de Estancia Diurna, y como opcionales podría ofrecer estancias temporales y/o residencia.

Esta clasificación es válida para otras regiones pues centrarse en los servicios que se prestan conlleva un mayor ri-



gor en los procesos, tanto de intervención como de evaluación de sus usuarios, requiriendo de protocolo de actuaciones con especificaciones de pautas lo más completo posible.

Respecto al diagnóstico de una demencia, se han objetivado potencialidades en relación con el desarrollo de instrumentos o la aplicación de la valoración integral como práctica habitual, y que en este caso pueden verse complementadas, la desarrollada por el equipo de AE (neurología/geriátrica) y la de los profesionales en las AFAs.

El protocolo de evaluación utilizado en una asociación está en relación con las estrategias de intervención utilizadas y, por tanto, en relación con los servicios y/o programas que se ejecuten en ella. Específicamente, el abordaje de la evaluación integral está dirigida a dos tipos de usuarios: por un lado, al familiar y/o cuidador principal que demanda la atención y, por otro, a los propios pacientes.

El proceso de evaluación exige una secuencia de obtención de información para poder emitir la orientación gerontológica, así como un diagnóstico clínico y elaborar el plan de intervención individualizado, debiendo encontrarse explicitado en el *protocolo de acogida y adaptación al centro* (Martínez et al., 2008).

En este protocolo se incluirían:

1. La *entrevista inicial* para realizar una primera aproximación al caso e informar sobre las posibilidades de recursos existentes.

Se suele emplear un cuestionario de información sobre el/la usuario/a, de carácter semi-estructurado, elaborado al efecto. Recabando información sobre datos personales, antecedentes familiares, enfermedades y tratamiento farmacológico.

La evaluación se suele completar con el test del informador (TIN) (IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly; original de Jorm y Korten, 1988) como escala de apreciación indirecta realizada a un informador próximo. Es una escala de apreciación indirecta sobre habilidades que han ido deteriorándose y los cambios en el funcionamiento cognitivo del paciente en los últimos 10 años. Una versión breve la podemos encontrar en Forcano y Perlado (2002). En la Tabla 1 encontramos la relación de cuestionarios e instrumentos para una evaluación integral utilizados en una AFA.

En lo referente al abordaje multidimensional de la evaluación en el curso de la enfermedad y la multicomposición en la intervención, se incluye además la evaluación de la sobrecarga de los cuidados para familiares y/o cuidadores principales.

2. La *evaluación integral* de pacientes.

Las áreas de evaluación que deben ser consideradas son la funcional, la conductual y la cognitiva, siendo esta última la más relevante. En este sentido, se recomienda una evaluación neuropsicológica mixta, formada por una batería fija mínima y otra flexible con instrumentos específicos (Pinto, 2007; Pérez, 2012).

Una batería fija mínima incluiría una exploración básica a nivel cognitivo como *screening*, aunque los test breves están diseñados para la detección y cribado de demencia no para su diagnóstico, el cual será una labor clínica basada en criterios DSM-IV-TR o CIE-10 (Villarejo y Puertas-Martin, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con EA y otras demencias, 2010).

Boada y Tárraga (2000) han considerado que una de las grandes dificultades diagnósticas de las demencias es la gran diversidad de presentación de los síntomas; por tanto, sería necesario utilizar en el protocolo una batería de tipo breve-intermedia como la subescala cognitiva "CAMCOG" del CAMDEX-R (Prueba de exploración Cambridge para la valoración de los trastornos mentales en la vejez), validada al castellano por López-Pousa (2003). Esta prueba incluye las áreas neuropsicológicas (orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, comprensión lectora, praxis, percepción táctil y visual, cálculo, pensamiento abstracto y curso del tiempo) más importantes, conteniendo criterios para el diagnóstico diferencial y permitiendo incluso clasificar el grado de severidad del deterioro. Consecuentemente, debemos averiguar qué habilidades cognitivas han cambiado y cuáles no respecto a su estado normal, para poder diseñar el plan de intervención (Fernández-Ballesteros e Iñiguez, 2003).

Para realizar la exploración ideográfica de un caso concreto, el psicólogo a su criterio podría complementarla con otros test neuropsicológicos. El profesional debe considerar que el uso de instrumentos multidimensionales, multinivel y multimétodo es una estrategia necesaria en valoración (Fernández-Ballesteros y Pinguart, 2011); por ejemplo, para la detección temprana del deterioro cognitivo leve que comentaremos en el siguiente apartado.

En relación con la evaluación funcional, el interés estriba en que la interferencia de la sintomatología del déficit cognitivo con las actividades de la vida diaria, es uno de los criterios definitorios de demencia. Así mismo, la valoración conductual es relevante en tanto en cuanto los trastornos de conducta pueden ser uno de los principales motivos de consulta e incluso el criterio dife-



rencial entre tipos de demencias; por ejemplo, la diferenciación entre demencia frontotemporal y EA (Liscic, Storandt, Cairns y Morris, 2007).

**La relevancia de la detección precoz en demencias**

Los beneficios en el diagnóstico temprano de una demencia se manifiestan tanto en el paciente como en los cuidadores, pues en ambos mejoraría el bienestar y la calidad de vida. Por su parte, en los pacientes el declive cognitivo se ralentizaría, el estatus funcional se mantendría

durante más tiempo, mejorarían los cambios conductuales, se produciría un retraso en la institucionalización, etc. (Prince, Bryce, y Ferri, 2011).

Uno de los avances en la detección precoz de la demencia se ha regido en los últimos años por la identificación de la clínica del deterioro cognitivo leve (DCL o MCL, *Mild Cognitive Impairment*) para tratar de esclarecer el “*continuum cognitivo*” de la normalidad a la progresión gradual a demencia, identificado por Petersen et al. (2001) como una fase transicional (Citado en Iñiguez, 2004).

**TABLA 1**  
**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INTEGRAL EN LA ACOGIDA DE UN CASO EN UNA AFA**

Usuarios/as	¿Qué evaluar?	Denominación test	Breve descripción
Pacientes con EA/ otras demencias	Estadía de la enfermedad	GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982)	7 estadios: De ausencia de déficit hasta déficit grave. Kappa =.88 Correlación con FAST=.87
		FAST (Functional Assessment Stages de Sclan y Reisberg, 1992)	7 estadios. Diferenciación grado 6 (Demencia moderada-grave, 5 niveles) y 7 (Demencia grave, 6 niveles).
	Nivel de autonomía funcional. ✓ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ✓ Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Indice BARTHEL (Mahoney y Barthel, 1965)	10 ABVD: comer, lavarse, vestirse... 4 categorías dependencia. > puntuación + independencia/100. K =.88
		Indice KATZ (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963; validada por Álvarez et al., 1992)	6 ABVD. Desde A (independiente en las 6) a G (dependiente en todas)
		FAQ (Functional Activities Questionnaire de Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos, 1982)	11 ítems. P > 6 Disfunción.
		Escala PGC- IADL (Philadelphia Geriatric Center Scale-Instrumental Activities of Daily Living de Lawton y Brody, 1969)	8 AIVD. Puntuación entre 0 (máx. dependencia) y 8 (independencia total)
	Alteraciones de conducta	BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale de Reisberg et al., 1987; validada por Boada, Tárraga, Modinos, Diego y Reisberg, 2006)	7 aspectos sintomatología conductual y evaluación global. Correlación con NPI=.69
		NPI (Neuropsychiatric Inventory de Cummings et al., 1994; en Boada, Cejudo, Tárraga, López y Kaufer, 2002)	10 aspectos. Puntuación frecuencia y gravedad síntoma. Cronbach =.88
	Déficit cognitivos	MMSE (MiniMental State Examination, original de Folstein, Folstein y Mchugh, 1975; López y Martí, 2011)	30 ítems: orientación, memoria... P<24 Deterioro; en relación nivel educativo. 87% sensibilidad.
		Subescala cognitiva CAMCOG (CAMDEX-R, Cambridge Mental Disorder of the Elderly Examination; López-Pousa, 2003).	67 ítems. Contiene MMSE. Fiabilidad test-retest =.86
Familiares y/o cuidadores informales	Información social del paciente	Entrevista elaborada ad hoc.	
	Información sobre sintomatología observada	TIN (validada por Morales, González-Montalvo, Bermejo y Del Ser, 1995)	17 ítems. Valoración 1 a 5 en función de empeoramiento, del declive cognitivo y funcional. P>57.
	Sobrecarga de los cuidados	Entrevista Carga del cuidador (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980; adaptada por Martín et al., 1996)	Autoaplicada. 22 ítems. Repercusiones en salud física, psíquica, área social, recursos.
		Indice de esfuerzo del cuidador (López y Moral, 2005)	13 ítems. P>7, alto índice estrés.

Recientemente, se han descrito varios subtipos de DCL para los cuales existe la hipótesis de la progresiva degeneración cerebral hacia una demencia. Mulet et al. (2005) mostraron su descripción e investigaron cuál de ellos estaba más relacionado con la EA, obteniendo una clasificación de tres tipos: amnésico, difuso y focal no amnésico, cada uno de los cuales guardaría una relación más estrecha con una determinada evolución posterior. Los resultados encontrados a grandes rasgos fueron que el más frecuente era el difuso y los pacientes después de dos años de seguimiento, en un 15,21% evolucionaron a EA. Éstos presentaron mayor desorientación temporal y alteraciones de memoria episódica respecto a pacientes estables.

Por su parte, Díaz y Peraita (2008) realizaron un estudio de detección de DCL en una muestra de 140 participantes de entre 58 y 89 años de la Comunidad de Madrid. Utilizando una batería de exploración neuropsicológica específica, también obtuvieron tres diferentes tipos (amnésico, no amnésico y mixto) si bien concluyeron la necesidad de mejorar la definición del síndrome.

Otro estudio sobre evaluación del DCL es el realizado por Migliacci, Scharovsky y Gonorazky (2009) que ha caracterizado qué tipo de función cognitiva está más deteriorada en cada subtipo. Los análisis de los resultados informaron que los dominios afectados en los distintos tipos eran: para DCL-a, memoria; para DCL-mnoa, lenguaje y visuoespacial; para DCL-mult, función ejecutiva, memoria, lenguaje, visuoespacial y atención. Las pruebas de memoria episódica, lenguaje (nominación y fluencia verbal) y funciones ejecutivas eran los mejores predictores de conversión entre DCL y EA.

Así pues, la tipología de síndromes de DCL ha sido definida como sigue, aunque no exista consenso en la nomenclatura: a) DCL amnésico, caracterizado por un déficit aislado de la memoria (evoluciona generalmente a EA), b) DCL multidominio, implica un déficit leve de más de un dominio cognitivo (puede incluir la memoria) y c) DCL monodominio no amnésico, que representa la afección de un solo dominio distinto de la memoria (estado prodrómico de demencia no Alzheimer).

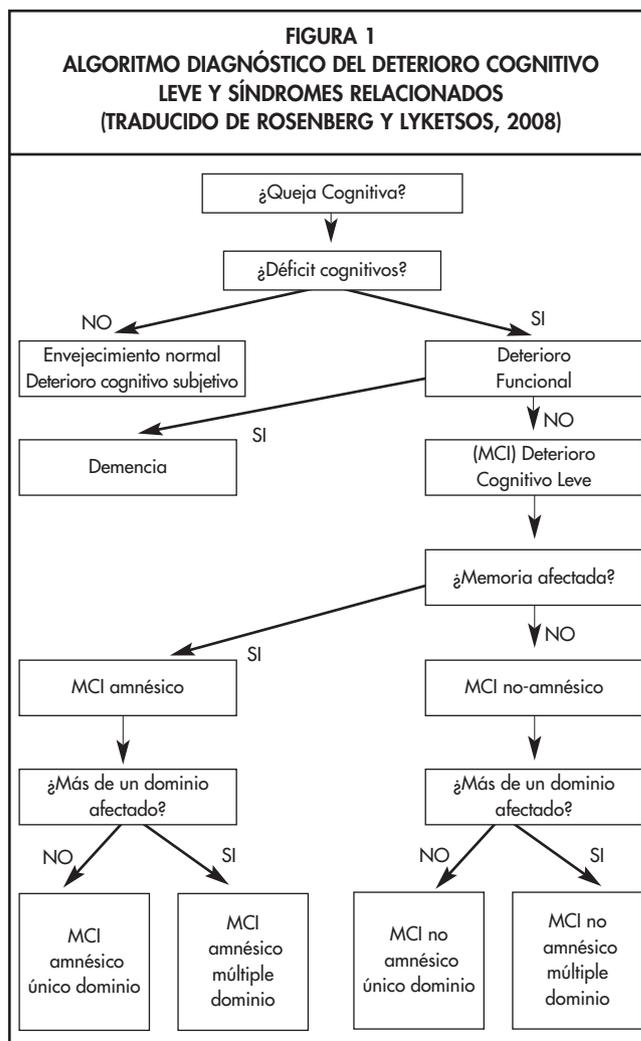
Consensuar los test necesarios para realizar una buena detección dependería de varias circunstancias, por lo que para finalizar este apartado se ha incluido un algoritmo diagnóstico (ver Figura 1), original de Rosenberg y Lyketsos (2008), que puede facilitar el proceso de decisión en la composición y elección de los test para cada función cognitiva que puedan conformar una batería específica. Ésta debe plantearse de forma multidimensional, incluyendo instrumentos sobre varios procesos cognitivos, tratando

de validar la definición de subtipos como entidad nosológica y otorgarle potencial discriminador del propio declive cognitivo asociado a la edad.

### LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA ANTE LA DEMANDA DE SERVICIOS

Con la LAPAD, el sistema sanitario y social en España ha reestructurado funciones y ajustado servicios de forma coordinada para que los ciudadanos puedan tener acceso a los mismos de forma efectiva, tomándose en consideración un enfoque de atención centrado en la persona. Las directrices en esta materia se han constatado en el Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España (2011), elaborado por el IMSERSO y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

A tenor de lo expuesto, en la coordinación sociosanitaria, el papel de las AFA y otras entidades relacionadas podría ser relevante, en tanto que forman parte del siste-



ma de recursos de atención a las personas dependientes y son “agentes” del proceso demencia; por tanto, podrían ser consideradas como uno de los dispositivos de enlace entre ambos sistemas, servirían de enlace en el espacio sociosanitario para aquellos pacientes cuyo diagnóstico fuera un tipo de demencia.

### **El papel mediador de las AFA y de los profesionales evaluadores**

Para que dicha coordinación sea eficaz en los organismos de salud se encuentra la figura del “gestor de casos” como los agentes mediadores en el proceso de evaluación y adjudicación de servicios. Su trabajo consiste en detectar necesidades y tipos de cuidados, establecer el plan de servicio y movilizar los recursos oportunos, y de acuerdo con ello, la derivación de casos del sistema sanitario al sistema social o viceversa, se hace a través de este profesional. Por parte del sistema sanitario, esta figura suele recaer en el profesional de enfermería de zona, y en el sistema social se encargarían de ello, trabajador social en coordinación con psicólogo de zona y/o valorador de dependencia que corresponda, elaborándose conjuntamente el programa individual de atención a la dependencia.

Una AFA aporta atención al paciente y trata de satisfacer necesidades a sus familiares que pueda plantearse a lo largo del *continuum* asistencial en la enfermedad, en consecuencia, el papel del profesional psicólogo es crucial en tanto en cuanto puede ser el agente de la primera entrada del binomio persona dependiente/cuidador a cualquiera de los sistemas de acceso al SAAD, el cuál contribuiría con la evaluación clínica del caso, así como en la provisión de un posible plan de atención. A su vez, este profesional puede recibir usuarios derivados de los propios agentes de casos de instituciones de salud y, por tanto, ser agente de enlace en la coordinación sociosanitaria de su itinerario.

Respecto a cómo se actúa desde las AFAs, se podría mejorar si en el “proceso diagnóstico demencia” existiera una fluida comunicación estandarizada bidireccional entre AFAs y servicios sanitarios; o si se facilitara el conocimiento de prestaciones de servicios de las AFAs desde AP, y así se ha apreciado en Espinosa et al., (2010). Hay que considerar que el diagnóstico en AP no es factible, pues el límite de tiempo permitido en una consulta típica escasamente permitiría la identificación de demencia a través de la utilización de algún test de *screening*, y otra de las áreas de mejora sería la realización del diagnóstico temprano, de ahí que la evaluación sea un elemento “facilitador” en el proceso coordinado, sirviendo de complemento ade-

más al diagnóstico en AE. Por su parte, la Guía de evaluación de la demencia y cambios cognitivos relacionados con la edad (2010) de la *American Psychological Association*, ha ofrecido una serie de pautas para los psicólogos en relación con la coordinación con otros profesionales de la salud y a los procedimientos adecuados, identificadas en este sentido.

### **El protocolo de evaluación como recurso de medición de la calidad de las intervenciones**

Entre las medidas para impulsar la coordinación sociosanitaria se encuentra el objetivo de generar una cultura organizacional compartida, y para su logro, entre otros, se considera relevante la equiparación de sectores, pretendiéndose el reequilibrio de los sistemas sanitario y social para fortalecer los servicios y recursos sociales, así como mejorar la eficiencia y precisión de la atención. La coordinación requiere trabajar de modo cooperativo.

En cuanto a los procedimientos, se establece entre otros la gestión por procesos, por lo que las actividades deben ser interconectadas e interrelacionadas; es necesario el establecimiento de protocolos conjuntos de actuación.

En la actualidad, la prestación de servicios de atención a personas en situación de dependencia exige que los centros estén acreditados por la Administración Pública de su competencia. Pensando en las posibilidades de una organización no gubernamental como es una AFA, ésta podría acreditar a lo largo de su andadura servicios clave para sus usuarios en consonancia con el desarrollo de la LAPAD, por ejemplo, ayuda a domicilio o servicio de centro de día, amén de otros servicios que pudieran estar cubiertos a través de la ejecución de programas de intervención, ajustándose a servicios de promoción de la autonomía personal previsto para dependientes de grado I, y que podrían estar limitados en el tiempo. Su evaluación como programa sería pues, un método de análisis de la calidad del servicio o, lo que es lo mismo, valorarían la capacidad de la organización de satisfacer de forma eficaz las necesidades de sus usuarios, como ya había señalado Domínguez (2011).

Los servicios establecen su cobertura en función de los usuarios y la ratio de atención directa, así como los perfiles profesionales estarán en relación lineal con el perfil de usuario y su grado de dependencia (Cervera y Rueda, 2012). Por ejemplo, para que una AFA contemplase un servicio de centro de día debería dar cobertura a personas usuarias autónomas/dependencia leve, o en situación de dependencia en grado I. Establecer servicios de residencia requeriría una serie de prestaciones que no son fáciles de cubrir desde este tipo de organizaciones.



A nivel estatal, la CEAFA (Confederación Española de AFAs) ha logrado la certificación *Ad Qualitatem* para el Sistema de gestión de la calidad y la responsabilidad social en organizaciones de pacientes (GPCR-25), a través de Alianza General de Pacientes y la Fundación *Ad Qualitatem*, lo cual es una clara iniciativa para aunar esfuerzos en la labor de construcción del espacio sociosanitario y de mejora de la calidad de sus intervenciones. Así pues, aquellas que cuentan con servicios consolidados (como por ejemplo servicio de estancia diurna para una entidad tipo I) ya sea a nivel local, comarcal o provinciales federadas, logran la certificación de sus servicios a través de una entidad certificadora de gestión de calidad en normas ISO-9001, modelo FQM, etc., lo cual les permite mayor acceso a concertaciones y/o subvenciones.

Para finalizar con esta reflexión teórico-práctica, se plantean una serie de sugerencias respecto al proceso diagnóstico que, como se ha indicado anteriormente, pretenden ofrecer una visión integradora y facilitadora para homogeneizar criterios. A saber:

- ✓ La inclusión de dos test en el protocolo de exploración básica de la AFA: a) *el Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer (1975), instrumento utilizado como *screening* cognitivo en AP y contexto geriátricos (Ruipérez, 2000; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1999); b) la valoración del estado emocional a través del uso de escalas como el *Geriatric Depression Scale* (GDS de Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose, 1982) lo cual favorece el diagnóstico diferencial con otras entidades como la pseudodemencia.
- ✓ Respecto al informe clínico, sería conveniente a la hora de explicitar el diagnóstico la inclusión del juicio clínico con los criterios diagnósticos CIE-10, aunque pueda complementarse con otros criterios como DSM-IV. El debate está abierto pues ambas clasificaciones están sujetas a actualización a versiones CIE-11 y DSM-V, para las que está prevista la inclusión de síndromes como el DCL. Hay que considerar que la CIE-10 es utilizada mayoritariamente, por ejemplo, en consultas de psiquiatría (70,1% en una encuesta mundial analizado por Reed et al., 2011), y hay que tener en cuenta que existen tipos de demencia que debutan en fases iniciales o prodrómicas con alteraciones conductuales, resultando falsos negativos.

Estas sugerencias, a su vez, tienen su base en las Guías específicas para valoradores de la dependencia, donde se hace referencia explícitamente, y una de las cuestiones primordiales tratadas en este artículo es el actual entramado en relación con la coordinación sociosanitaria en España que se está materializando a través de la atención a

la dependencia. Para terminar, reflejar que el informe de evaluación diagnóstica ofrecido desde una AFA puede servir, por un lado, a los familiares y/o cuidadores como justificación complementaria para la solicitud y la entrevista que tendrían que realizar en las visitas domiciliarias de valoración de la dependencia a un solicitante, y por otro, serviría de complemento al diagnóstico de evaluación desde AE, por su aportación respecto a especificidades en la conjunción evaluación-tratamiento (a través de terapias no-farmacológicas) correspondiente al itinerario y plan de atención individualizado de los pacientes.

## REFERENCIAS

- Álvarez, M., De Alaiz, A. T., Brun, E., Cabañeros, J.J., Calzón, M., Cosío, I., et al. (1992). Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria*, 10(6), 812-815.
- American Psychological Association (2010). *Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-related Cognitive Change*. Washington: American Psychological Association. Retrieved Abril 4, 2012, from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/dementia-guidelines.pdf>
- Boada i Rovira, M. y Tárraga, L. (2000). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 547-576). Madrid: Pirámide.
- Boada, M., Tárraga, L. Modinos, G. Diego, S. Reisberg, B. (2006). Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD): Validación española. *Neurología*, 21(1), 19-25.
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tárraga, L., López, O. L., y Kautfer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17, 317-323.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H. y Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologic*, 10, 37-44.
- Cervera, M. y Rueda, Y. (Dir.) (2012). *Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España*. Madrid: Edad & Vida – Antares Consulting – IMSERSO.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg, S., Carusi, D. A. y Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.



- Díaz, M. C. y Peraita, H. (2008). Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. *Psicothema*, 20(3), 438-444.
- Domínguez Orozco, M. E. (2011). Modelos y estrategias de gestión de calidad en centros gerontológicos y/o sanitarios. En Pereiro, A. X. y Juncos, O. (Eds.). *Cdrom I Jornadas de Investigación en Psicogerontología*. Actas (pp. 220-231). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico (USC).
- Espinosa, J.M., García, J.A., Gómez, M.J., López, B. y Oliver, B. (2010). Hasta llegar al diagnóstico. En J. M. Espinosa y R. Muriel (Coords.), *Al lado, itinerario de atención compartida: Demencias, Alzheimer* (pp. 49-68). Cádiz: CONFEEFA – Consejería Salud (Junta de Andalucía).
- Fernández-Ballesteros, R. e Iñiguez, J. (2003). Evaluación del deterioro cognitivo en la vejez. En M.V. Barrio Gándara (Dir.), *Evaluación psicológica aplicada a distintos contextos aplicados* (pp. 590-630). Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R. y Pinquart, M. (2011). Applied Geropsychology. En P. R. Martín, F. M. Cheung, M. C. Knowles, M. Kyrios, L. Littlefield., J. B. Overmier, et al.. (Eds.), *IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp. 413-439). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10(3), 245-286
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y Mchugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198
- Forcano, M. y Perlado, F. (2002). Deterioro cognitivo: uso de la versión corta del Test del Informador (IQCODE) en consultas de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 81-85.
- Gómez-Jarabo, G. y Peñalver, J. C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 155-173.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS. Núm. 2009/07
- IMSERSO. (2007). *Manual de uso para el empleo del Barómetro de Valoración de la Dependencia (BVD)*. Dirigido a profesionales valoradores. Madrid: IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-manualusobaremo-01.pdf>
- IMSERSO – Agencia de Calidad del SNS. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España*. Madrid: IMSERSO.
- Iñiguez Martínez, J. (2004). El deterioro cognitivo leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer. Madrid: Portal Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº17. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>
- Jorm, A. F. y Korten, A. E. (1988). Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *British Journal of Psychiatry*, 152, 309-213.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medicine Association*, 185, 914-919.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Liscic, R., Storandt, M., Cairns, N. y Morris, J. (2007). Clinical and Psychometric distinction of Frontotemporal and Alzheimer Dementias. *Archives of Neurology* 64, 535-540.
- López, S. R. y Moral, M. S. (2005). Validación del Índice de esfuerzo del cuidador en la población española. *Enfermería comunitaria*, 1(1), 12-17.
- López, J. y Martí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) / Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 122-127.
- López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J. M. y Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, M. C., Ramos, P., Hernández, G., Campos, X.,



- Linares, C. y Janguas, J. (2008). *Modelo de Centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer*. Serie Documentos Técnicos N° 21015. Madrid: CEAFA-IMSERSO.
- Méndez, A.M. (2007). Psicología y valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 147-153.
- Migliacci, M. L., Scharovsky, D. y Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de neurología*, 48(5), 237-241.
- Morales, J. M., González-Montalvo, J. I., Bermejo, F. y Del Ser, T. (1995). The screening of mild dementia with a shortened Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly". *Alzheimer Disease & Associated Disorders: An International Journal*, 9(2), 105-111.
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M.T., Figuera, L., Labad, A. y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipología y evolución. *Psicothema*, 17(2), 250-256.
- Pérez García, M. (2012). *La evaluación neuropsicológica*. Material Curso FOCAD. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J.M., y Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 323-329.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-441.
- Pinto Fontanillo, J. A. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Detección y cuidados en las personas mayores*. Madrid: Dirección general de Salud Pública y Alimentación. Ayuntamiento Madrid.
- Prince, M., Bryce, R. y Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report: The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer's Disease International.
- Reed, G. M., Mendoza, J., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). Encuesta mundial del WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales. *World Psychiatry*, 10, 118-131.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De León, M. J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., Georgotas, A. (1987). Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (Suppl. 5), 9-15.
- Rivero, T. y Salvá, A. (2011). El baremo para la valoración de las situaciones de dependencia en España. *Actas de la dependencia*, 2, 5-28.
- Rosenberg, P. B. y Lyketsos, C. G. (2008). Mild cognitive impairment: searching for the prodrome of Alzheimer's disease. *World Psychiatry*, 7, 72-78.
- Ruipérez, I. (2000). Escalas de valoración en contextos geriátricos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 383-399). Madrid: Pirámide.
- Sagués, A., García, J. M., Suárez, R., Espinosa, J. M., Balbuena, E. M., Ruíz, I. et al (2007). *Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Sánchez Vázquez, R. (Coord.) (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Salamanca: IMSERSO – CRE Alzheimer.
- Slan, S. G. y Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity and Ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4, 55-69.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S., López, O. L. (1999). Neuropsychiatric Inventory: Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología*, 29(1), 15-19.
- Villarejo, A. y Puertas-Martin, V. (2011). Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*, 26(7), 425-433.
- Zarit, H. S., Reever, E. K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

## NORMATIVA LEGAL

- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE N° 299; pp. 44142 a 44156).
- Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de dependencia. (BOE N° 96; pp. 17646 a 17685).
- Real decreto 174/2011, de 11 de Febrero de 2011, por el que se aprueba modificaciones del Baremo de valoración de la dependencia establecido por la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. (BOE N° 42; pp. 18567 a 18691).



# ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ESPAÑA

## EARLY CHILDHOOD INTERVENTION IN SPAIN

**María Auxiliadora Robles-Bello y David Sánchez-Teruel**

*Universidad de Jaén*

*Este artículo pretende destacar un ámbito de trabajo de la Psicología Clínica que se ha convertido en una disciplina propia de actuación en la población infantil, para ello se trata de esclarecer el concepto actual de atención temprana y su estructuración territorial vigente en nuestro país. Comenzamos por una definición general de la atención infantil temprana, se continúa especificando los inicios de la atención temprana en España y sus pioneros para finalizar planteando como se estructura este servicio en las diversas Comunidades Autónomas, y en particular en la Comunidad Autónoma de Andalucía.*

**Palabras clave:** Atención temprana, Infancia.

*This paper seeks to highlight a scope of work of the Clinical Psychology that has become a discipline of performance in the child population, to do so, it is best to clarify the current concept of early attention and its structuring territorial force in our country. We start with a general definition of the early child care, continued by specifying the beginning of the early intervention in Spain and its pioneers to finish raising questions about how you structure this service in the various Autonomous Communities, and in particular in Andalusia.*

**Key words:** Early intervention, Childhood.

**E**s bien sabido que los primeros años de vida en el ser humano son cruciales para un adecuado desarrollo biológico, psicológico y social de la persona (San Salvador, 1998). Se dice que las experiencias que vivimos en los primeros años de nuestra vida nos marcan para siempre (Alonso, 1997). De ahí, que sea de especial importancia un conocimiento exhaustivo sobre esta etapa infantil del desarrollo del ser humano. Sobre todo, cuando existen ciertos indicios que informan de la existencia de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de cualquier otra índole o posible riesgo de padecerlos. De hecho, una atención e intervención precoz mejora, en gran medida, las posibilidades de desarrollo biopsicosocial de estos niños y niñas.

Hoy día la Atención Temprana (de ahora en adelante AT) aún se está constituyendo como disciplina científica, podemos remontarnos a sus comienzos en el siglo XX cuando se inicia una atención especial a sujetos que presentan algún tipo de déficits, pero si nos referimos a la AT como la entendemos hoy, deberíamos considerarla sólo desde los últimos 30 años.

En un principio, y gracias a diversos autores que estudiaban las etapas evolutivas del ser humano, se comenzó a dar importancia a la primera etapa del desarrollo, propiciando que se observara de una forma diferente a

las personas con discapacidad (Candel, 2005). Así en los inicios de la AT se aportaba asistencia, rehabilitación y terapias de tipo compensatorio a personas con discapacidad, mientras que en los últimos 30 años se ha sustituido este modelo asistencial por otro de carácter preventivo (Pons, 2007). Así, no se trata de intentar evitar que esos déficits interfirieran en la vida del niño, sino de evitar su aparición o actuar sobre factores biológicos o situaciones de privación socioambiental que pudieran provocar la aparición de dichos déficits. Comienza a trabajarse desde una perspectiva multidisciplinar y con la firme creencia de que los niños con estos déficits pueden desarrollar una vida útil e integrarse perfectamente en la sociedad, siempre y cuando reciban las atenciones específicas y necesarias.

Dado que la AT se basa en gran medida en la prevención, podemos relacionarla con la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria en AT actúa sobre sujetos de "alto riesgo" de padecer un déficit, aunque aún no han mostrado síntomas o no han sido diagnosticados. Son medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud. En cuanto a la prevención secundaria, actúa para evitar aquello que pueda propiciar la aparición de un trastorno o déficit, reduciendo su evolución y el tiempo de duración o paliando sus efectos, todo ello con el objetivo final de reducir una enfermedad en la población. En la AT, se intenta detectar de forma precoz las enfermedades, trastornos o las situaciones de riesgo. Finalmente, en cuanto a la prevención terciaria que pre-

---

*Correspondencia:* María Auxiliadora Robles-Bello. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 23071 Jaén. España.

*E-mail:* marobles@ujaen.es



tende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando disminuir al máximo posible la invalidez causada por una enfermedad; en AT dirige sus actuaciones a minimizar las consecuencias y secuelas de un déficit o enfermedad, una vez que ya ha sido diagnosticada. Se intentan paliar las consecuencias derivadas de trastornos o patologías metabólicas, neurológicas, genéticas o evolutivas del niño.

Sin embargo, todavía hoy día sigue existiendo una cierta discrepancia a nivel científico sobre la conceptualización exacta de la atención infantil temprana y que consiste exactamente la atención que reciben niños y niñas dentro del paraguas de la intervención infantil temprana que se realiza en nuestro país. La AT desde sus inicios ha sido un campo controvertido en cuanto a su valoración sociopolítica (nunca para un concepto hubo tanta legislación que clarifique tan poco), en cuanto a los sujetos a los que debe atender (amplio abanico de edad que varía de una comunidad a otra), y también respecto a sus estrategias de intervención. No es hasta mediados de los años ochenta cuando se intensifica la preocupación y se llega a un cierto consenso entre los profesionales implicados. Actualmente se acepta que es una estrategia eficaz para prevenir y compensar los efectos de cualquier tipo de déficit (evolutivo, biológico o social) que pueden aparecer juntos o de forma independiente de manera temprana en la vida de un niño.

### CONCEPTO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Actualmente se utiliza el concepto de AT, que sustituye al originario de estimulación precoz, que es como inicialmente se llamó a este tipo de intervenciones. Su finalidad fundamental era el tratamiento del niño que tenía alguna deficiencia física, psíquica o sensorial, y que aparecía en los inicios de la vida, con lo cual el término estaba muy ligado al de tratamiento de la discapacidad. Las intervenciones se basaban en un modelo clínico. Es por lo que la mayoría de los tratamientos se centraban en métodos conductuales estructurados para poder enseñar al niño nuevas habilidades (De Linares y Rodríguez, 2004). La aplicación de modelos teóricos, dentro de la Psicología, como el ecológico y el transaccional, a ámbitos psicoeducativos y las aportaciones de la psicología social, hace que el niño sea visto como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y el ambiente. Hoy es innegable la influencia sobre el niño de variables de gran relevancia como el estado emocional de la familia, los apoyos sociales, etc, que van a

hacer que el concepto de AT cambie de manera significativa.

Hoy en día se asume de manera consensuada el concepto de Atención Temprana según el *“Libro Blanco de la Atención Temprana”* (Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005, p. 14), sería el que sigue: *“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben ser consideradas la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”*.

En consonancia con el cambio conceptual, existe la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años pero también a la familia y a la comunidad.

Son numerosas las disciplinas científicas que sustentan la base teórica de la AT, como la Neurología, la Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje, la Pediatría, la Psiquiatría, la Pedagogía, Fisioterapia, Logopedia, etc. Desde la neurología se fundamenta lo que se denomina neurohabilitación o rehabilitación temprana, en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, sobre la base de la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del sistema nervioso central que conserven su funcionalidad normal, e incluso de aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral. La eficacia de los programas de AT se basa, entonces, en la precocidad de la intervención que depende de la consecución de un diagnóstico precoz de los problemas que van a derivar en patología de neurodesarrollo posterior. Este diagnóstico permite iniciar un trabajo de forma temprana en los niños y es tanto más eficaz cuanto más temprana sea, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales en respuesta a la estimulación del ambiente (Pérez-López y Brito, 2004). Gracias a todas estas disciplinas en las que se fundamenta la AT se obtienen las herramientas necesarias para aportar a los niños con déficits o riesgo de padecerlos un conjunto de actuaciones organizadas y planificadas que les facilitan su proceso madurativo en todos los ámbitos, permitiéndoles así alcanzar el máximo nivel de desarrollo e integración social (Quirós, 2009).



En la década de los noventa surge por primera vez el concepto de "Atención Temprana". Según Candel (2005), la AT no debe entenderse como un tratamiento dirigido a un niño, sino como una serie de actuaciones dirigidas a niños, familia y a la comunidad en general. Deja de verse al niño como algo pasivo y se cree en la plasticidad cerebral del sistema nervioso (GAT, 2005), concluyendo de este modo, que el proceso de maduración del cerebro no finaliza con el nacimiento del niño, sino que continúa desarrollándose durante un tiempo, siendo además susceptible de modificación a base de un duro trabajo y esfuerzo (Gútiérrez, 2005). Es en este momento cuando también se comienza a dar importancia a los factores ambientales del niño, creyendo que la escasez de recursos pudiera influir en el desarrollo de un posible déficit.

Durante los años 90 comienza a afianzarse la actividad de la AT gracias a diferentes estudios e investigaciones desde diferentes ámbitos, surge el concepto que se utiliza en la actualidad y que fue consensado por distintos profesionales en la materia y plasmado en la obra del «Libro de Atención Temprana» (GAT, 2005). Siendo dicha obra un referente para todos los sectores implicados en la AT: asociaciones, profesionales, instituciones, investigadores, familiares o cualquiera que esté aventurado a ofrecer una correcta atención a este colectivo. Hoy en día, los ámbitos y administraciones competentes en materia de AT son los Servicios Sociales, Educación y Sanidad. Estas áreas están reguladas por un marco legislativo tanto de carácter estatal como autonómico que coordina y actúa para asegurar la gratuidad y universalidad de los centros dedicados a la AT en el Estado Español. Los principales objetivos que se pretenden cumplir son: medidas para la prevención, procurar la detección precoz en la medida de lo posible y la intervención enfocada al desarrollo máximo de facultades físicas, mentales y sociales en los niños diagnosticados.

El modelo descrito por el Grupo de Atención Temprana, tiene una serie de características que se enumeran a continuación (Gutiérrez, 2005):

- a) Niño como principal agente de su desarrollo.
- b) Cambio al modelo educativo.
- c) Atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- d) Protagonismo de la familia.
- e) Entornos naturales con actividades significativas.
- f) Importancia del apoyo de un equipo de profesionales (multidisciplinariedad).

El principal objetivo de la AT es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitándole de

forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Candel, 2005), es por ello que se trabajan áreas como son la cognitiva, autonomía, lenguaje o comunicación, y motora, además de asesorar, orientar e intervenir de manera individual y/o grupalmente con las familias que tienen un hijo con cualquier discapacidad o riesgo de padecerla según los diferentes diagnósticos recogidos en la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana –FEAPAPT-, 2008).

### COLECTIVO DESTINATARIO DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

En la actualidad, incluye a niños con "Déficit", "Discapacidad" y "Minusvalía", y niños con alto riesgo en los que puede llegar a instaurarse una discapacidad, en general, son incluidos en los programas de prevención primaria dentro de una política general de protección de la infancia, abandonando el modelo en el que la AT el número de sujetos susceptibles de intervención. Esto ha supuesto un gran paso adelante en la calidad de los servicios de AT, el establecer estos tres niveles de intervención en dicha disciplina. En este sentido, resulta importante destacar que no todos los niños que reciben tratamiento de AT presentan discapacidad y minusvalía, según se entiende en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

La AT, como ya se ha comentado, se dirige por tanto a todos los niños/as entre cero y seis años, la edad varía según comunidad autónoma, que manifiestan algún tipo de deficiencia y además se incluyen aquellos niños con alto riesgo biológico, psicológico o social (Gutiérrez, 2005) que pueda afectar a su desarrollo.

El primer grupo se refiere a niños que padecen alteraciones o discapacidad documentada (trastornos en el desarrollo motriz, cognitivo, del lenguaje, sensorial, generalizado, trastorno de la conducta, emocional, de la expresión somática, evolutivo, etc.). El segundo grupo se refiere a niños que durante su período pre, peri o postnatal o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer (GAT, 2005) (Tabla 1).

Finalmente, los niños de riesgo psicosocial son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas



con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo (GAT, 2011; Pina, 2007). En ocasiones, por parte de los padres de estos niños, suelen surgir actitudes poco adecuadas que los programas de AT se encargan de reducir o modificar (ver tabla 2), conductas tales como ansiedad o la falta de competencia para asumir responsabilidades y cubrir las necesidades especiales de sus hijos. Y así, se consigue mejorar el desarrollo del infante o, por lo menos, que no se produzca una influencia negativa sobre el desarrollo del mismo.

Durante el período de elaboración del Libro Blanco de la AT, se puso de manifiesto la necesidad de establecer unos criterios específicos de diagnóstico comunes dentro de la AT que, de forma consensuada, nos pudiera permitir realizar estudios epidemiológicos, diseñar investigaciones, facilitar la toma de medidas preventivas, contratar formas de actuación y establecer un lenguaje común entre los profesionales que intervienen en AT desde las diferentes disciplinas de actuación. A partir de esta constatación se vio la necesidad de crear la Or-

**TABLA 1**  
**FACTORES BIOLÓGICOS TEMPRANOS DE RIESGO**

<b>A. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ R.N. con Peso &lt; P10 para su edad gestacional o con Peso &lt; a 1500 grs o edad gestacional &lt; a 32 semanas. (*)</li> <li>✓ APGAR &lt; 3 al minuto o &lt; 7 a los 5 minutos.</li> <li>✓ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.</li> <li>✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.</li> <li>✓ Convulsiones neonatales.</li> <li>✓ Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal.</li> <li>✓ Disfunción neurológica persistente (más de siete días).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.</li> <li>✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central.</li> <li>✓ Neuro-Metabopatías.</li> <li>✓ Cromosopatías y otros síndromes dismórficos.</li> <li>✓ Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.</li> <li>✓ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.</li> <li>✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.</li> <li>✓ Siempre que el pediatra lo considere oportuno.</li> </ul>
<b>B. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - VISUAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ventilación mecánica prolongada.</li> <li>✓ Gran prematuridad.</li> <li>✓ RN con Peso &lt; a 1500 grs.</li> <li>✓ Hidrocefalia.</li> <li>✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patología craneal detectada por ECO/TAC.</li> <li>✓ Síndrome malformativo con compromiso visual.</li> <li>✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.</li> <li>✓ Asfixia severa.</li> </ul>
<b>C. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - AUDITIVO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.</li> <li>✓ Gran prematuridad.</li> <li>✓ RN con peso &lt; a 1500 grs.</li> <li>✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central.</li> <li>✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síndromes malformativos con compromiso de la audición.</li> <li>✓ Antecedentes familiares de hipoacusia.</li> <li>✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.</li> <li>✓ Asfixia severa.</li> </ul>
Fuente: GAT (2005; 2011)	

**TABLA 2**  
**FACTORES DE RIESGO SOCIO-FAMILIAR**

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acusada privación económica.</li> <li>✓ Embarazo accidental traumatizante.</li> <li>✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar.</li> <li>✓ Separación traumatizante en el núcleo familiar.</li> <li>✓ Padres con bajo CI/Entorno no estimulante.</li> <li>✓ Enfermedades graves/Exitus.</li> <li>✓ Alcoholismo/Drogadicción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prostitución.</li> <li>✓ Delincuencia/Encarcelamiento.</li> <li>✓ Madres adolescentes.</li> <li>✓ Sospecha de malos tratos.</li> <li>✓ Niños acogidos en hogares infantiles.</li> <li>✓ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.</li> </ul>
Fuente: GAT (2005; 2011)	



ganización Diagnóstica para la Atención Temprana (FE-APAT, 2004, 2008), que basándose en clasificaciones internacionales previas, pudiera permitir identificar no sólo los trastornos o las dificultades en el desarrollo, sino también los factores etiológicos, que los causan ya sean de carácter biológico, psicológico y/o social.

Este sistema de clasificación se organiza en una serie de ejes que se han ido modelando para contener los listados de diferentes aspectos de carácter biológico, psicológico y social, además recoge el continuo representado por la detección, el diagnóstico y el tratamiento. La estructura consta de tres niveles:

El **primer nivel** describe los factores de riesgo de los trastornos del desarrollo en los distintos contextos, en el niño, en la familia, y en el entorno. Incluye:

1. Factores biológicos de riesgo.
2. Factores familiares de riesgo.
3. Factores ambientales de riesgo.

El **segundo nivel** describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno. Incluye:

1. Trastornos del desarrollo.
2. Familia.
3. Entorno.

El **tercer nivel** debe incluir los recursos distribuidos en tres ejes: referidos al niño, a su familia y a su entorno, que se desarrollará en una fase posterior de las ODAT.

Esta ODAT debe ser utilizada por cualquier profesional de cualquier Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana como un instrumento de recogida de información y como clasificación diagnóstica.

El tratamiento se realiza en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana que en Andalucía son llamados Centros de Atención Infantil Temprana, que responden a esta necesidad comunitaria de contar con un recurso que impulse las actividades relacionadas con la crianza, educación y socialización en todos los niveles de prevención, si bien cada servicio o sector participará con distinta intensidad y responsabilidad en cada uno de ellos.

## LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ESPAÑA

La atención temprana, inicialmente conocida como "estimulación precoz" (San Salvador, 1998), se originó en nuestro país a finales de los años sesenta y hoy día se contempla como un conjunto de actuaciones de reciente instauración. Aunque se puede señalar como pionero de esta actividad al continente americano, prácticamente sur-

ge de forma simultánea en varios países. El primer programa que se estableció institucionalmente fue el «Headstart» (*Westinghouse Learning Corporation's Assessment of Head Start, 1969*), que se basaba en la estimulación temprana del niño con privación sociocultural o con alguna deficiencia en la edad escolar. Este programa ya se aplicaba en EE.UU., con niños de riesgo, de ambientes marginales (San Salvador, 1998).

## BREVE HISTORIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA

Como hemos comentado con anterioridad, la AT es muy reciente, y como en la mayoría de procesos similares, comenzó en centros privados o asociaciones de padres cuyos hijos presentaban deficiencias o discapacidades determinadas (Coriat, 1997). El encargado de financiar parte de estos tratamientos fue el SEREM (Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos en 1970) precedente del INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales en 1978), que finalmente pasó a formar parte de una red de servicios propios. No es hasta 1980 cuando se establece la AT como prestación individual para la recuperación.

Las primeras ciudades en trabajar en este tema fueron Madrid y Barcelona (Alonso, 1997). Más tarde comenzaron a desarrollarse actividades en centros de otras comunidades autónomas como Navarra, País Vasco, Murcia, Madrid y Cataluña (San Salvador, 1998). Se cree que el punto de partida de esta disciplina comenzó con un curso celebrado en Madrid, del 6 de Marzo al 11 de Mayo de 1973, en la Escuela de Fisioterapia de Madrid; dicho curso se denominaba "Curso breve teórico-práctico de estimulación precoz para niños menores de cinco años". Es a partir de este momento cuando comienza a darse a conocer la AT en nuestro país y empieza a despertar también el interés de distintos profesionales relacionados con las etapas tempranas del desarrollo. A raíz de este movimiento, se crea la primera Unidad de Estimulación Precoz de España, en el Hospital Santa Cristina de Madrid, concretamente en el área de Maternidad. En este mismo año, se crean los primeros servicios que buscaban desarrollar y potenciar las áreas deficitarias en el niño.

Se realizan distintos trabajos e investigaciones en los últimos treinta años que demuestran la evidente eficacia de estos programas y multitud de profesionales de diferentes ámbitos los encargados en constatar dichos datos (Quirós, 2009). Algunos de los resultados a destacar son la confirmación de la mejora del desarrollo global del niño, que



permite disminuir o eliminar los efectos de las alteraciones que el niño padece, así como los provocados por situaciones de privación social. También se señala una influencia de estos programas en la familia, contribuyendo a formar a los padres en materia de AT (Gutiez, 2005).

Una vez constatada esta eficacia en la estimulación temprana, son los padres de los niños afectados quienes deciden organizarse y recabar información para que sus hijos puedan recibir estos tratamientos. Posteriormente se tomarán medidas jurídicas, administrativas, subvenciones institucionales, creación de centros especializados y ayudas individuales. Todo esto aparece por primera vez en el "Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos" del SEREM (1977) (Alonso, 1997).

Fue el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el responsable de los servicios de AT (Alonso, 1997). Éstos aportaron prestaciones económicas y sociales a niños que lo necesitaban. Así, por un lado, el Ministerio de Trabajo encargó al INSERSO la puesta en marcha del "Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales", en el año 1980. Por otro lado, los Servicios Sanitarios que observan la disminución de la mortalidad infantil y de la morbilidad gracias a la AT, demandan también la atención en niños ya diagnosticados o considerados de "alto riesgo".

**ASPECTOS LEGISLATIVOS Y ORGANIZATIVOS**

Debido a la estructura administrativa característica de España la AT provocó que hubiese diferentes servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo (Tabla 3). Esta situación evidenció ciertas dificultades como problemas de coordinación entre servicios, dificultad para la continuación de los tratamientos por parte de los usuarios o para la creación de canales

de información o el que cada servicio tuviera su propia forma de llevar a cabo sus prácticas terapéuticas.

Para organizar las actuaciones desde estas tres áreas era necesario establecer un marco jurídico que organizara y regulara el funcionamiento y desarrollo de la AT desde dichos ámbitos. Las leyes establecidas en materia de AT son pocas y bastante recientes y se iniciaron con el reconocimiento de los derechos del niño, dando lugar a un nuevo modelo de atención a la infancia.

Con respecto a la normativa internacional existe una regulación sobre AT a la que se suscribe nuestro país (GAT, 2005; GAT, 2011; Gutiérrez, 2005; Quirós, 2009), que se refiere a la Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959), la Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989), ratificada el 30 de Noviembre de 1990 (BOE 30-12-1990) y la Carta Social Europea. Ratificada el 29 de Abril de 1980.

A nivel nacional, España también cuenta con su propia regulación legal sobre la AT a la infancia, aunque como señalábamos en párrafos anteriores, estas leyes aún son escasas y de reciente creación (Quirós, 2009). Sin embargo, cada día crece más la investigación sobre este aspecto y se va desarrollando poco a poco una regulación estatal que abarque la diversidad territorial y legislativa característica de nuestro país (tabla 4).

Existe en nuestro país otra ley importante que debemos destacar: *la Ley 131/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI)*. Esta norma cuenta con una serie de *principios generales* (Artículo 1 y artículo 3.1) que se fundamentan en el artículo 49 y en el artículo primero de la Constitución Española para reafirmar la dignidad y el derecho a que los discapacitados reciban todos los recursos posibles para atender sus necesidades. En esta misma ley haremos mención de su *Ti-*

**TABLA 3**  
**HITOS DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO, SOCIAL Y SANITARIO**

ÁREA	HECHO	ACTUACIÓN
Área Educativa	Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985) y, sobre todo, de la LOGSE	Se remarcan los principios de individualización y de integración en el contexto educativo ordinario, siendo la práctica más común la del apoyo en el aula.
Área de Servicios Sociales	Vinculación a los Centros Base	En la mayoría de los casos actúan en régimen ambulatorio y dotan de especial importancia a la participación de los padres y otros miembros de la familia.
Área de Salud	Es el modelo menos presente en Atención Temprana fuera de Andalucía.	Es el modelo menos presente en Atención Temprana fuera de Andalucía.

Fuente: Pina, (2007)



*tulo Tercero: Prevención de las Minusvalías*, en cuyo artículo 8 se especifica el derecho de prevención de las minusvalías como obligaciones prioritarias del Estado, tanto en la Salud Pública, como de los Servicios Sociales.

En su artículo 9.1 se establece la obligación de creación de una Ley que fije normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de minusvalías. También se asegura la creación de un *Plan Nacional de*

**TABLA 4**  
**LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA**

<b>Ámbito estatal</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Constitución Española de 1978.</li> <li>✓ Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-1982)</li> <li>✓ Real Decreto 383/1984, de 1 de Febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-1984)</li> <li>✓ Ley 39/1999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-2000)</li> <li>✓ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE 3-12-2003)</li> </ul>	
<b>Ámbito de las Comunidades Autónomas</b>			
Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Andalucía	Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA 12-5-98)	Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía. (BOJA 12-4-88) Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. (BOJA 17-04-99)	Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA 10-05-86) Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía. (BOJA 4-7-98)
Aragón	Ley 12/2001, de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. (BOA 20-07-01)	Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social. (BOA 30-3-87)	Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA 28-4-89) Ley 8/1999, de 9 de abril, de reforma de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA 17-4-99) Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. (BOA 19/04/2002)
Principado de Asturias	Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor. (BOPA 9-2-95)	Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. (BOPA 8-3-03)	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (BOPA 13-7-92)
Comunidad de Illes Balears	Ley 7/1995, de 21 de marzo, de guarda y protección de los menores desamparados. (BOCAIB 8-4-95)	Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social. (BOCAIB 28-4-87)	Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud. (BOCAIB 15-8-92) Ley 5/2003 de 4 de Abril, de Salud des Illes Balears. (BOCAIB 8-5-03)
Canarias	Ley 1/1997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores. (BOC 17-2-97)	Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. (B.O.C. 4-5-87)	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. (5-8-94)
Cantabria	Ley 7 1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia. (BOCA 6-5-99)	Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social. (BOCA 5-6-92) Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes. (BOC 28-11-01)	Ley de Cantabria 7/2002, De 10 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. (BOCA 18-12-02)
Castilla y León	Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. (BOCYL 7-8-02)	Ley 18/1988, de 28 de Diciembre de Acción Social y Servicios Sociales. BOCYL (9-1-89)	Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. (BOCYL 27-4-93) Ley 8/2003, de 8 de abril, de las Cortes de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
Castilla La Mancha	Ley 3/1999, de 31 de marzo, del menor. (D.O.C.M. 16 -4-99)	Ley 3/1986 de 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. (DOCM 20-5-1986) Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. (DOCM 25-11-1994) Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha. (DOCM 21-4-1995)	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. (BOCM 19-12-2000)



*Prevención de las Minusvalías*, en el artículo 9.2 del mismo título. Y, finalmente, en el artículo 9.3 se enumeran aquellos servicios que se consideran más importantes y que deberán estar incluidos detalladamente tanto en el Plan Nacional como en la Ley nombradas anteriormente.

Otra ley trascendente en AT, en la *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (LGS)*. En su *Título Primero: Del sistema de salud capítulo primero de los Principios Generales (Artículos 3.1, 6 y 6.3)*, se describen el tipo de actuaciones que son competencia de las Admi-

**TABLA 4**  
**LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA (Continuación)**

Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Cataluña	Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción. (DOGC 2-8-95) Ley 18/2003, de 4 de julio, de Apoyo a las Familias. (DOGC 16-07-03)	Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio, 26/1985 de 27 de diciembre y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales. (DOGC 13-1-95)	Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria en Cataluña (DOGC 30-7-90). Modificada por Ley 11/1995, de 29 de septiembre. (DOGC 18-10-95) Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud. (DOGC 8-05-03)
Extremadura	Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores. (DOE 24-11-94)	LEY 5/87, de 23 de abril, de Servicios Sociales. (D.O.E. 12-5-87)	Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud, de Extremadura. (DOE 3-7-01)
Galicia	Ley 3/1997, de 9 de junio, de la familia, la infancia y la adolescencia. (DOG 20-6-97)	Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales. (DOG 23-4-93)	
Comunidad de Madrid	Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia. (BOCM 7-4-95)	Ley 11/1984, de 6 de Junio, de Servicios Sociales. (BOCM 23-6-84)  LEY 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (BOCM 14-4-03)	Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad De Madrid. (BOCM. 26-12-2001)
Murcia	Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia. (BORM 12-4-95)	Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM 2-5-03)	
Navarra		Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo de Servicios Sociales. (BON 8-4-1983)	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud.  Ley Foral 5/2002, de 21 de marzo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud.
Comunidad Autónoma del País Vasco		Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales. (B.O.P.V.12-11-96)  Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social. (BOPV 8-6-98)	Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria en Euskadi. (BOPV 21-7-1997)
La Rioja	Ley 4/1.998 de 18 de marzo, del Menor. (BOR 24 3-98)	Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales. (BOR 7-3-02)	Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud. (BOLR 18-4-91)  Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud de La Rioja. (BOLR 3-5-02)
Comunidad Valenciana	Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la infancia. (DOGV 16-12-94)	Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V 12-6-89) Ley 5/1997, de 25 de junio por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V. 4-7-97) Ley 11/2003, de 10 de Abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. (D.O.G.V. 11-04-03)	Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. (DOGV 14-2-03)

Fuente: GAT (2005; 2011)



nistraciones Públicas Sanitarias, garantizando el que las acciones sanitarias vayan dirigidas tanto a la prevención de enfermedades como a la promoción de la salud. Por otro lado, en el *Capítulo II de las Actuaciones Sanitarias del sistema de salud*, artículo 18 de las Administraciones Públicas (artículo 18.5) muestra que se desarrollarán programas de atención, protección y prevención a población de riesgo, factores de riesgo y deficiencias, respectivamente. Por último, en su *Capítulo II de la Salud Mental, Artículo 20* sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, vamos a destacar tres principios relevantes (artículos 20.4, 26.1 y 55.2(A)) en los cuales se marcan aspectos de prevención primaria y atención a problemas psicosociales de los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica de forma coordinada con los Servicios Sociales. Medidas preventivas ante situaciones de riesgo eminente y, por último, se describen de modo generalizado el tipo de actividades a desarrollar por parte de las Áreas de Salud en el ámbito de la atención primaria.

Como se observa de la lectura de la legislación (tabla 4), la inmensa mayoría de las comunidades autónomas contemplan la AT como un conjunto de intervenciones dirigidas a la primera infancia con deficiencias, discapacidades o trastornos del desarrollo, o con riesgo de padecerlos, pero el tramo de edad varía entre los 0-6 (Aragón, Asturias, Castilla-León, Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia, La Rioja), los 0-3 (Cantabria, País Vasco, Comunidad Valenciana) o soluciones intermedias (0-3 o 0-4 ampliable a 6 años) en Andalucía y Galicia. En este contexto merece destacarse, por su singularidad, el Decreto 54/2003, de 22 abril, de la Junta de Extremadura. Ésta crea el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil, que es el órgano del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y que se encarga de proporcionar la atención que precisan todos los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo. En este caso, el ámbito temporal recorre todas las edades, que van desde los 0 a los 18 años.

#### **Ejemplo de implementación de atención infantil temprana: Andalucía**

En Andalucía la Consejería de Salud es la encargada, desde el 2005, de impulsar el proyecto de AT, con una visión global y un abordaje integral. Pero no es hasta el

verano de 2006, en lo que se refiere a AT, cuando se comienza a desarrollar dicha ley, y a día de hoy, tanto la estructura y organización de este servicio como la dotación económica y presupuestaria, con ayuda e ingenerancia de otras Instituciones, corre a cargo de la Consejería de Salud.

Actualmente no existe legislación específica que regule la AT en la Comunidad Autónoma y sigue vigente la Ley anteriormente nombrada (1/1999, 31 de Marzo) que transfiere las competencias sobre AT a la Consejería de Salud (GAT, 2011). También existe un decreto sobre AT que regula la coordinación entre Consejerías de Salud/Educación/Igualdad de la Junta de Andalucía (GAT, 2011).

La edad contemplada en Andalucía para recibir AT es variable por provincia y tipo de financiación. Por subvenciones o convenios, de 0 a 4 años o hasta 6 años si no existen recursos en otros ámbitos. Los recursos de AT en nuestra comunidad están sectorizados y sólo se admiten los casos derivados por la Administración. No es necesario el dictamen de minusvalía para acceder a ellos. En Andalucía existen 129 Centros de Atención Infantil Temprana, 60 Centros de Educación Especial, 799 Aulas de Educación Especial, 156 Equipos de Orientación Educativa, 8 equipos especializados. 2159 profesionales de Pedagogía Terapéutica, 892 profesionales de Audición y Lenguaje, y 43.292 plazas en Centros Infantiles (GAT, 2011).

En cuanto a los medios humanos, los perfiles profesionales de los recursos de AT van a depender de la provincia y modelo de financiación:

- ✓ Concierto: Psicólogo, Logopeda y Fisioterapeuta.
- ✓ Convenio: Psicólogo, Logopeda y Otros (variable según centros y provincias: Fisioterapeuta, Pedagogo, Psicopedagogo, etc.).
- ✓ Subvenciones: Depende de la asociación subvencionada, la orden de subvenciones no exige perfil determinado.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía existen protocolos que los contemplan. Se ofrece atención al niño (individual, grupal, atención domiciliaria, a la familia (individual y grupal) y al entorno educativo y sociosanitario.

En el proceso asistencial integrado realizado por la Consejería de Salud (2006) la AT requiere el adecuado despliegue de actividades dirigidas a la prevención primaria de las alteraciones del desarrollo (planificación familiar, control del embarazo, vacunación infantil,



prevención de accidentes infantiles, etc.); de las actividades de prevención secundaria (diagnóstico prenatal, detección de las metabopatías congénitas, detección precoz de signos de alerta del desarrollo en el seguimiento de la salud infantil y en el seguimiento neuroevolutivo del RN de riesgo psiconeurosensorial, detección precoz de la hipoacusia congénita, etc.); y de las correspondientes a la prevención terciaria (fundamentalmente mediante programas de intervención). Todas estas actividades, definidas y desarrolladas bien como Procesos Asistenciales o en el marco de Programas específicos, son las que deben dar el soporte a la AT.

El Proceso de AT hace especial referencia a aquellas intervenciones que desde el sector sanitario pueden contribuir a reducir la incidencia y gravedad de las alteraciones del desarrollo, ya sea evitando su presentación, como reduciendo su progresión, contrarrestando sus consecuencias, y atendiendo a que estas actividades se realicen conforme a criterios de calidad en términos de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas afectadas. Todo ello, en continuidad y complementariedad con las actividades que los servicios sociales, el sistema educativo y otros sectores sociales realizan en el mismo sentido.

## CONCLUSIONES

Como hemos observado a lo largo de este artículo, la legislación en España en cuanto a los servicios de AT, tema principal que nos ocupa, es de muy reciente creación, incluso hay regiones como la andaluza, en la que ni siquiera existe una ley concreta para regularla. Hoy por hoy existen muchas desigualdades entre las distintas comunidades autónomas en nuestro país, como también existen diferencias en la coordinación de los centros dedicados a este servicio (sanitario, educativo y de servicios sociales).

Aún así, debemos señalar el gran avance producido en el desarrollo de programas dirigidos tanto a niños, padres como a la comunidad en materias de prevención, detección, tratamiento o información en cuanto a AT se refiere. Dicho avance es de agradecer especialmente a las asociaciones de padres de niños afectados y a profesionales de ámbitos variados que se preocuparon de investigar e intervenir en el progreso de estas actuaciones.

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000, 2005, 2011), en sus diferentes ediciones, aparece la investigación como una necesidad para el desarrollo de programas de intervención, sin embargo a pesar de que ha ido pasando el tiempo, esta idea no llega a materializarse.

Es cierto que el desarrollo de investigación en el ámbito de la psicología de la atención infantil temprana servirá para aumentar el conocimiento sobre las características propias de las distintas discapacidades o trastornos en el desarrollo, sus repercusiones en la dinámica familiar, fuentes de estrés, así como para evaluar cuáles son las modalidades de intervención más eficaces, sin embargo, todavía en España la investigación en esta área clínica de intervención en la infancia está por desarrollar.

Durante mucho tiempo, la investigación en AT se ha centrado casi exclusivamente en demostrar la eficacia de cualquier intervención frente a la no intervención. Hoy por hoy, más que seguir insistiendo en esto, es necesario demostrar qué aproximaciones específicas de intervención son más efectivas, qué aspectos concretos de cada forma de intervención lleva a unos niños conseguir mejores resultados, qué características de los programas son más eficaces, así como qué características del niño y de la familia contribuyen a la obtención de óptimos resultados. Se está demandando una mayor implicación práctica en la investigación en el campo de la AT; una investigación de calidad de la que se desprendan consecuencias directas para la mejora de futuras intervenciones. En este sentido, hay que señalar la importancia del desarrollo de investigaciones interdisciplinares que permitan llevar a cabo un seguimiento a medio y largo plazo del desarrollo del niño, cuyos resultados sean conocidos por los servicios y programas de intervención que inicialmente atendieron las necesidades del niño y/o su familia para poder valorar las repercusiones reales de esos recursos así como para promover mejoras en la calidad de todos los servicios.

Respecto a la evaluación de un programa de intervención de AT se persigue un doble objetivo: por un lado conocer las capacidades y habilidades del niño y por otro lado la forma en que vive y se organiza la familia (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011). Con estos conocimientos se podrá llevar a cabo el programa de tratamiento individual más adecuado para cada niño dentro de su familia. Por lo que además de las continuas evaluaciones sobre el desarrollo del niño hay que evaluar a la familia.

En EE.UU. se ha tratado de responder al reto de la evaluación en AT para documentar su eficacia al mismo tiempo que se ha luchado con las limitaciones metodológicas y logísticas de las medidas inadecuadas utilizadas y el inevitable desgaste de la muestra, fondos limitados para sostener este tipo de evaluación a largo plazo, los estudios longitudinales, y las barreras éticas para el



mantenimiento de los grupos de control no tratados de los niños con problemas documentados (Meisels y Shonkoff, 2000).

Históricamente, los profesionales de la AT han utilizado las guías curriculares que describen las habilidades o jerarquías de desarrollo, de tal manera que los elementos de esas jerarquías se pueden utilizar tanto para la evaluación como para la intervención. Este enfoque de desarrollo representa uno de los ejes principales en el seguimiento del progreso de los niños que reciben AT. De este modo podrá evaluarse el progreso del niño. Además se podrá establecer el programa de intervención de acuerdo a tales progresos. Para McConnell (2000), si la evaluación es recoger y analizar la información para tomar decisiones habrá que proporcionar las mejores herramientas para la recopilación y el análisis y de esta manera apoyar las mejores decisiones para contribuir directamente a obtener mejores resultados con niños pequeños en AT.

Para Simeonsson, Cooper y Scheiner (1982), el 93 % de sus estudios defienden desde bases subjetivas la eficacia de los programas de AT. Sin embargo, para Guralnick (1997), existen problemas metodológicos y éticos para demostrar las evidencias empíricas que se observan insalvables desde los años 80 y que corroboramos que en la actualidad es difícil superar. Nos referimos, por ejemplo, al problema ético de no incluir grupo control en las investigaciones (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011).

Aunque hay que tener en cuenta que todos estos estudios no han seguido un diseño verdaderamente experimental (Candel, 2000). Por ejemplo, de los 57 trabajos sobre programas de AT, sólo el 5 % usaban un diseño verdaderamente experimental. Esto nos lleva necesariamente a ser más prudentes a la hora de exagerar los beneficios que produce la AT, ya que las limitaciones metodológicas reducen la fiabilidad de los datos aportados.

Algunos análisis indican que parecen más eficaces las intervenciones globales e intensivas que empiezan muy pronto (Blair y Ramey, 1997). Los resultados de otros trabajos (Ramey y Ramey, 1998), permiten concluir que los niños de los grupos experimentales obtienen puntuaciones superiores en desarrollo intelectual y en rendimiento académico a las de los niños de los grupos control, y que estos beneficios se mantienen a largo plazo.

García-Sánchez (2002) considera la importancia de la investigación de los programas de AT. Es clave la evaluación en dichos programas para conocer lo que se va consiguiendo o no en cada caso y poder actuar en con-

secuencia de los resultados, ofreciendo de esta manera una mayor calidad del servicio.

Respecto a las evaluaciones de los programas de AT en España, el GAT en su informe del 2011, ha buscado saber cómo funciona la AT en términos de número de centros de desarrollo infantil de atención temprana, profesionales que trabajan, niños atendidos, forma de derivación y tipo de subvención, por lo que no han comprobado realmente la eficacia de la asistencia a un programa de AT. De este informe se desprenden las grandes diferencias que existen en España respecto a la AT: en 4 comunidades autónomas aun no está regulada la AT de ninguna manera; no existe consenso en la edad de intervención aunque se tenga como referencia de los 0 a los 6 años, se tiende a dar de alta a los niños cuando comienzan la etapa escolar, es decir a los 3 años; en 3 comunidades todavía es imprescindible que el niño posea el certificado de discapacidad para ser atendido, por lo que tampoco contemplan a los niños en situación de riesgo y la prevención primaria y secundaria; existen diferencias en función de si los centros son concertados o conveniados, incluso siguen existiendo intervenciones que no son subvencionadas de forma pública, en contra de lo que propone el Libro Blanco en cuanto a universalidad y gratuidad del tratamiento; no existe autonomía en los centros para la recepción de los casos, haciendo más largo el proceso para niños y familias; no todos los centros cuentan con los profesionales de las distintas disciplinas necesarios para la intervención; tampoco existe consenso en la forma de intervención.

Y a pesar de todas las diferencias existentes en las distintas comunidades, el avance en el campo de la AT en los últimos años es evidente, aunque hay que seguir trabajando para ir modificando los aspectos a mejorar y se puedan unificar criterios.

Sabiendo lo poco que se ha investigado sobre la evaluación de los programas de intervención de AT, sería de una gran importancia conocer realmente la eficacia de los mismos en función de los avances conseguidos en el desarrollo de los niños que están siendo intervenidos.

La implementación de programas específicos y las investigaciones parece que van avanzando a pasos agigantados, de hecho, se espera que en un futuro se pueda contar con suficientes dotaciones económicas para continuar con este proceso de perfeccionamiento y que las necesidades de todas las familias sean atendidas de una forma coordinada y sostenible.



Queda todavía el reto de la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el tratamiento que se realiza desde la AT, y la coordinación entre las diferentes administraciones que implican su actuación.

## REFERENCIAS

- Alonso, J.M. (1997). Atención Temprana. En S. Alonso y D. Casado (Eds.). *Realizaciones sobre Discapacidad en España* (p. 45-67). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Blair, C. y Ramey, C.T. (1997). Early interention for low-birth-weight infants and the path to second-generation research. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 77-97). Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Candel, I. (2000). *Atención Temprana: Eficacia de los programas de atención temprana en niños con síndrome de Down. Apuntes sobre la eficacia de los programas de AT. Investigación en niños con síndrome de Down*. Madrid: Federación Española de Síndrome de Down.
- Candel, I (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana [Elaboration of a program of early intervention]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 151-192.
- Consejería de Salud, (2006). *Atención Temprana: Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Coriat, L. (1997). Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la Infancia*, 8, 29-45.
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). *Bases de la atención familiar en la Atención Temprana*. En J. Pérez-López, y A. G. Brito (Eds.), *Manual de Atención Temprana*. Psicología. Madrid: Pirámide.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- García-Sánchez, F.A. (2002). Investigación en Atención Temprana. *Revista de Neurología*, 34(1), 151-155.
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.
- GAT (2005). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain]* Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes.
- Gútiez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones. [Early intervention: prevention, detection and intervention in the development (0- 6 years) and their disorders]* Madrid: Editorial Complutense.
- McConnell, S. R. (2000). Assessment in early intervention and early childhood special education: Building on the past to project into the future. *Topics in Early Childhood Special Education* 20, 1-43.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 3-34). New York: Cambridge.
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía, *Vox Paediatrica*, 15, 26-29.
- Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48, 1-8.
- Ramey, C.T. y Ramey, S.L. (1998). Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, 27(2), 224-232.
- Robles-Bello, M.A. y Sánchez-Teruel, D. (Coord.) (2011). *Evaluación e Intervención en Atención Temprana: Hallazgos recientes y casos prácticos*. Jaén: Publicaciones de la Universidad de Jaén, Huarte de San Juan, Serie Psicología.
- San Salvador, J. (1998). *Estimulación Precoz*. Barcelona: CEAC.
- Simeonsson, R. J., Cooper, D. H. y Scheiner, A. P. (1982). A review and analysis of the effectiveness of early interventions programs. *Pediatrics*, 69, 635-641.



# ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA DROGODEPENDENCIA EN LA EDAD ADULTA

## SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD AND ADULT DRUG ADDICTION

Fernando Pérez del Río<sup>1</sup> y Manuel Mestre Guardiola<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Proyecto Hombre. Burgos. <sup>2</sup>Psicólogo. Terapeuta Gestalt. Especialista en Sexualidad. Castellón

El presente trabajo revisa diversos estudios que abordan la relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia (ASI) y padecer una drogodependencia en la edad adulta. En esta aproximación al tema se exponen diecisiete estudios y tres libros que relacionan ambas variables. Se concluye que existen probadas evidencias de una mayor incidencia de abusos sexuales durante la infancia entre las mujeres con problemas de adicción, y se destaca la importancia de abordar la sexualidad y afectividad en la evaluación y el tratamiento de los pacientes drogodependientes.

**Palabras Clave:** Abusos sexuales en la infancia, Sexualidad, Drogadicción.

This article reviews several studies addressing the relationship between being sexually abused during childhood (CSA) and developing a drug addiction in adulthood. This approach to the topic presents up to seventeen case studies and three books connecting both variables. It therefore follows that there is sufficient evidence of an increased incidence of sexual abuse during childhood among women with addiction problems, and it also emphasizes the importance of addressing sexuality and emotional health in the evaluation and treatment of drug-dependent patients.

**Key words:** Childhood sexual abuse, Sexuality, Drug addiction.

**R**ecientes estudios realizados en Proyecto Hombre Burgos (Pérez, Lara y González, 2010) muestran, en el caso de mujeres que han estado en tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en Comunidad Terapéutica, una correlación significativa positiva entre el consumo de drogas y haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia.

En ese mismo año y en la misma Comunidad Autónoma de Castilla y León, Redondo y Santos (2010) publicaron un extenso estudio donde ofrecían los siguientes porcentajes: el 30% de las mujeres en tratamiento tanto ambulatorio como residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato físico y maltrato psicológico el 44,9% y abusos sexuales el 18,4%.

La relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia (ASI) y padecer una drogodependencia en la edad adulta es un tema escasamente abordado en las drogodependencias. El presente trabajo ofrece una aproximación a esta cuestión.

### DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

El abuso sexual a menores puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño, aprovechando su situación de supe-

rioridad. Se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan las circunstancias de asimetría: a) de edad entre víctimas y agresor; b) de poder, cuando el abusador tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima; c) de conocimientos o habilidades, cuando el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación, y; d) de gratificación, cuando se presiona al niño de forma sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso (Sánchez-Meca, Alcázar y López, 2001).

Por otra parte, la drogodependencia o toxicomanía es definida en el año 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: "... el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona".

### PREVALENCIA DEL ASI

En el año 1977 se fundó la revista *Child Abuse and Neglect* canal de expresión de la *Internacional Society for Prevention of Child Abuse And Neglect*. A partir de esa década podemos encontrar estudios rigurosos sobre el tema y por otro lado, se puede evidenciar cómo los porcentajes de personas que han sufrido abusos sexuales fueron aumentando desde la década de los años 70 hasta los años noventa del s. XX donde se produjo un declive.

Correspondencia: Fernando Pérez del Río. Proyecto Hombre Burgos. Acogida. C/ Pedro Poveda Castroverde N° 3. 09007 Burgos. España. E-mail: fernando@proyectohombreburgos.com



En el año 1983 un trabajo puso de manifiesto que el 30% de las mujeres informaba haber tenido una experiencia de agresión sexual antes de los 18 años (Russell, 1983). En cuanto a estudios epidemiológicos realizados en España, podemos destacar el trabajo de López (1997), con una muestra de 2000 personas entrevistadas, encontró una prevalencia de abusos sexuales en la población general de 19% (15% varones y 23% mujeres). La tendencia aumenta hasta los años 90 donde paulatinamente comienza a disminuir, numerosas publicaciones así lo confirman: (Jones y Finkelhor, 2001; Almeida, Cohen, Subramanian y Molnar, 2008; McCarroll, Zizhong, Newby y Ursano, 2008; Miller y Rubin, 2009). En principio este hecho se pudo deber a múltiples factores como el aumento de los servicios sociales y, aunque no se pueda evidenciar con claridad, diferentes autores consideran que la prevención fue otra variable muy importante. Otros factores pudieron ser los cambios en las normas y prácticas sociales, el cambio de actitud de la sociedad y por último, que la ocurrencia del abuso sexual llegó a ser un hecho del cual se informaba y tenía consecuencias, (Jones y Finkelhor, 2003; Finkelhor y Jones, 2004; Finkelhor y Jones, 2006). Este declive no solo se produjo en EE.UU., también se dio en otros países occidentales como Australia o Israel (Dunne, Purdie, Cook, Boyle y Najman, 2003).

Un reciente meta-análisis a nivel internacional del año 2009 manifiesta que la tasa de victimización (el porcentaje de personas que informan haber sido víctimas) oscila entre el 7,4 de los varones y el 19% de las mujeres (Pereda, Guilera, Forn y Gómez-Benito, 2009).

### CONSECUENCIAS DEL ASI

En relación con las consecuencias estudiadas del abuso sexual, la revisión de Trickett y McBride-Chang (1995) mostró la existencia de múltiples resultados como conductas disruptivas, delincuencia y mayor sintomatología disociativa. Además hay que considerar que las consecuencias pueden ser a corto medio o largo plazo (López, 1994; Jumper, 1995; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Pereda, 2010).

La bibliografía al respecto lo ha relacionado con episodios depresivos (Wiss, Longhurst y Mazure, 1999); otros autores han encontrado relaciones entre haber sufrido ASI y padecer en la edad adulta un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Marty y Carvajal, 2005), padecer un trastorno límite de la personalidad (Jerez, 1997) y, asimismo se ha relacio-

nado con los trastornos en la alimentación y más concretamente con la Bulimia (Behar, 2000). Trabajos más recientes han confirmado la presencia de problemas de tipo afectivo sexual, por ejemplo vivir una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual (como el mantener relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH) (Pereda, 2010).

Igualmente se han establecido conexiones entre el abuso sexual infantil y el desorden de personalidad múltiple o, si se prefiere, con el trastorno de la identidad disociativa, término utilizado en el DSM-IV. Incluso ha llegado a entenderse dicho desorden como un mecanismo de defensa para poder sobrellevar el dolor o el miedo provocado por un abuso sexual repetido durante la infancia (Huertas, 2011). En los años ochenta del siglo XX, numerosas referencias científicas establecieron una relación entre el abuso sexual infantil y la personalidad múltiple pero, como es bien sabido, correlación no implica causalidad. Es decir, no podemos establecer una relación causal y, por otro lado, no tener en cuenta otras muchas variables. No es obligatorio que algo tenga que ocurrir porque otra cosa haya ocurrido (Wittgenstein, 1999).

Finalmente, Ibaceta (2007) señala que no es posible determinar que la agresión sexual sea el factor etiológico único y específico en el desarrollo de esas patologías en la edad adulta. Del mismo modo, tampoco se puede establecer que los efectos de la agresión sexual deriven en un síndrome único y homogéneo.

Teniendo en cuenta estas lógicas precauciones, actualmente podemos decir que sí encontramos trabajos que nos muestran una correlación entre haber sufrido ASI y padecer algún tipo de dependencia a sustancias en la edad adulta.

### RELACIÓN ENTRE ASI Y DROGODEPENDENCIA

En esta aproximación al tema encontramos 17 investigaciones de revistas científicas publicadas en los últimos 30 años que relacionan el ASI y haber padecido una drogodependencia en la vida adulta. La mayoría de los estudios han sido extraídos de la revista *Child Abuse & Neglect*. Por otro lado se encuentran tres libros en los cuales se expone la relación entre ASI y dependencia a sustancias psicoactivas.

De entrada es necesario recalcar que dada la importancia del problema, no se trata de investigaciones aisladas o marginales sin relieve científico. Encontramos



algunos trabajos que relacionan claramente ambas variables (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; Jarvis y Copeland 1997; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Dunlap, Golub y Johnson, 2003; Owens y Chard, 2003; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates, 2003; Sartor, Lynskey, Bucholz, McCutcheon, Nelson, Waldron, et al., 2007; Bentley y Widom, 2009).

Siguiendo un orden cronológico, en 1979 Finkelhor comprobó que "el 19% de las mujeres y el 9% de los hombres revelan una experiencia de agresión sexual, que parece haber tenido efectos nocivos prolongados sobre su auto-imagen y su capacidad de mantener relaciones sexuales". En el año 1988 Briere y Runtz señalaron que las personas que han sufrido abuso sexual en la infancia afirman posteriormente haber tenido más problemas con las drogas en comparación con la población que no ha sufrido abuso sexual (20,9% vs. 2,3%), y en cuanto a la relación entre alcohol y abusos sexuales ocurre algo similar (26,9% vs. 10,5).

Nos topamos con trabajos que sostienen que la incidencia de las mujeres alcohólicas que han sufrido incesto es más elevada que en la población general (Hurley, 1991).

Y según Moreno, Prior y Monge (1998), estudios con muestras amplias, demuestran que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias, y muestran mayores porcentajes de intentos de suicidio y mayores tasas de consumo de fármacos. Y como suele ser habitual, a mayor gravedad y frecuencia de los abusos, mayor gravedad y psicopatología se detecta.

López y del Campo (1999), al igual que la mayoría de los autores, apuntan que los efectos de los abusos sexuales pueden ser muy distintos, dependiendo del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. Y, si bien estos autores reconocen que los efectos a largo plazo de los abusos sexuales son difíciles de estudiar por la interferencia de otros factores, señalan como una de las consecuencias mejor comprobadas la drogadicción.

Más recientemente, gracias al nivel de optimización alcanzado en aquellos indicadores que miden adecuadamente las variables, diversos estudios muestran que estos porcentajes siguen aumentando hasta alcanzar cifras considerablemente altas. Así encontramos la revisión re-

alizada por el Grupo Europeo IREFREA (2001), concluye que entre un 50% y un 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en su infancia. En otro meta-estudio se sostiene que el porcentaje de mujeres diagnosticadas de una dependencia de sustancias y que ha sufrido abusos sexuales oscila entre el arco del 23% a un 74% (Meneses, 2002). Tres años después, Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005) en la sexta edición de su Manual Sexualidad Humana, y citando un estudio sobre experiencias adversas en la infancia de Edwards, Holden, Felitti y Anda (2003), escriben que: los niños que son objeto de abusos sexuales pueden sufrir una variedad de dolencias psicológicas a corto o largo plazo, entre las cuales incluyen el abuso de drogas. También ese mismo año, Llopis (2005) asevera que la incidencia del abuso sexual y malos tratos entre las adictas europeas estudiadas es del 69%.

Finalmente, en Pérez y Martín (2007), aunque en este caso el libro se centraba en las adicciones sin tóxico alguno (*compras, sexo, juego, etc...*), expusieron la clara relación entre adicciones y abusos sexuales, y destacaron la importancia de abordar la sexualidad desde el inicio del tratamiento. En España, más recientemente como ya indicamos al inicio encontramos estudios como Pérez, Lara y González (2010), y Redondo y Santos (2010).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los trabajos presentados constatan la existencia de una mayor incidencia de abusos sexuales durante la infancia entre las mujeres con problemas de adicción, que entre las mujeres que no tienen tal problemática. Las conclusiones a que llegan estas investigaciones y libros revisados confirman nuestra hipótesis, que surge de la práctica terapéutica diaria y de la acumulación de evidencias.

Sabemos que las sustancias psicoactivas pueden cumplir una función: la de no sentir, no sentirse despreciable, no pensar, evadirse del problema, evitar esas situaciones temidas (Pérez, Martín, 2007), en definitiva, crear una situación "ficticia" a través de la relación con un objeto.

Dada la correlación encontrada entre ambas variables, consideramos que:

1. Terapeutas y educadores de los programas de atención a drogodependientes deben recibir una correcta formación respecto del área de sexualidad en general y, en particular, sobre el abordaje de los abusos y agresiones sexuales.



2. La evaluación inicial de todo nuevo caso debe contemplar y tener en cuenta el área de la sexualidad. Por otra parte sabemos que, aunque una persona haya sufrido abusos sexuales y ello pueda estar relacionado con su historia de abuso de sustancias, inicialmente la persona puede que no revele lo ocurrido. De modo que el programa debe habilitar espacios libres de prejuicios y favorecedores de expresión, donde libremente puedan expresarse traumas o heridas emocionales vividas.
3. Los programas deben contar con recursos y profesionales cercanos que dispongan de formación en sexología y poder derivar un caso cuando se considere necesario.
4. Los trabajos presentados detectan una mayor incidencia de ASI entre mujeres que entre hombres. Este hecho debe ser tenido en cuenta por los programas. (Sí es cierto que los tratamientos psicológicos en drogodependencias han mejorado mucho desde los años 80, pero fue a finales de los 90 del s.XX donde se produjo un desarrollo de las intervenciones terapéutico-educativas diferenciales en cuanto al género.)
5. Al igual que otros trabajos, (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; Putnam, 2003), compartimos la idea de que es fundamental la educación y la prevención de las personas que han sufrido abusos.

Respecto a la terapéutica del ASI y, teniendo en cuenta el hecho de que el agresor suele ser conocido por la víctima, una de las tareas del terapeuta que recibe a una persona que ha sufrido abusos sexuales durante su infancia será ayudar a construir un patrón fiable de relación, con ella misma y con el mundo que le rodea. Este será un elemento esencial a la hora del tratamiento.

La alianza terapéutica en este caso constituirá un elemento básico. No olvidemos que la calidad de dicha alianza representa la mayor parte de la varianza de los resultados del tratamiento; y que es hasta siete veces más influyente en el cambio que el modelo de tratamiento que se esté aplicando (Wampold, 2001; Duncan, Miller y Sparks, 2004).

Para finalizar queremos apuntar que, además de tener en cuenta el hecho ocurrido y las características individuales, no debemos olvidar el contexto social y familiar que rodea a la persona. El tratamiento debe asumir tanto la realidad social como el entorno más próximo en que vive inmersa la persona (costumbres, creencias, valores...), de lo contrario corremos el riesgo de perder objetividad.

En líneas generales, no existen paquetes terapéuticos que podamos aplicar del mismo modo y de forma exitosa para todas las personas, sino que debemos adaptar el tratamiento a la realidad de la persona.

## REFERENCIAS

- Almeida, J., Cohen, A. P., Subramanian, S. V. y Molnar, B. E. (2008). Are increased worker caseloads in state child protective service agencies a potential explanation for the decline in child sexual abuse? A multilevel analysis. *Child Abuse and Neglect*, 32(3), 367-375.
- Behar, R. (2000). Trastornos de la alimentación. En E. Correa, y E. Jadresic, (Comp.), *Psicopatología de la mujer*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Bentley, T. y Widom, C. S. (2009) A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*, 17, 1900-1905.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 89-99). Newberry Park (CA): Sage.
- Duncan, B., Miller, S. y Sparks, J. (2004). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dunne, P., Purdie, M., Cook, D., Boyle, M. y Najman, M. (2003) Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse and Neglect*, 27, 141-152.
- Dunlap, E., Golub, A. y Johnson, B. D. (2003). Girls' sexual development in the inner city: from compelled childhood sexual contact to sex-for-things exchanges. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 73-96.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. Nueva York: Free Press.
- Finkelhor, D., Jones, L. (2004). *Explanations for the decline in child sexual abuse cases*. Bulletin. Washington, DC: United States. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/199298.pdf>
- Finkelhor, D. y Jones, L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues*, 62(4), 685-716.



- Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.
- Hurley, H. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y Viaje al Futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198.
- IREFREA. Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. (2001). *Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe*. Informe Comisión Europea.
- Jarvis, J. y Copeland, I. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 61-69.
- Jerez, S. (1997). Factores de riesgo psicológico en el trastorno límite de la personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 35, 571-577.
- Jones, L. M. y Finkelhor, D. (2001). *The decline in child sexual abuse cases*. Bulletin. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Retrieved from [http://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/jjbul2001\\_1\\_1/contents.html](http://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/jjbul2001_1_1/contents.html).
- Jones, L. M. y Finkelhor, D. (2003). Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: A complex puzzle. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 133-135.
- Jumper, A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse and Neglect*, 19(6), 715-728.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebolida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.
- López, F. (1997). Abuso sexual. Un problema desconocido. En J. Casado, J. Díaz y C. Martínez (Comp.), *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1039-1050.
- López, F. y del Campo, A. (1999). *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Marty, C. y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Meneses, C. (2002). ¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate. *Proyecto*, 43, 23-26.
- McCarroll, J., Zizhong, F., Newby, J. y Ursano, R. (2008). Trends in US Army child maltreatment reports: 1990-2004. *Child Abuse Review*, 17(2), 108-118.
- Miller, A. y Rubin, D. (2009). The contribution of children's advocacy centers to felony prosecutions of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 12-18.
- Moreno, P., Prior, C. y Monge, (1998). Caso clínico. Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 418-420.
- Molnar, B. E., Buka, S. L. y Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Organización Mundial de la Salud (1964). *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanías. 13º informe*. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 273.
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1075-1082.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T. y Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Paolucci, E., Genuis, M. y Violato, C. (2001) A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse', *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodepen-



- dientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 365-278.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rathus, S. A., Nevid, J. S. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Redondo, S. y Santos, M. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Comisionado Regional para las Drogas.
- Russell, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 147-154.
- Sánchez-Meca, J., Alcazar, A. y López, C. (2001). The Psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A metaanalysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Waldron, M., et al. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 967-984.
- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Wiss, E., Longhurst, J. y Mazure, C. (1999). Childhood sexual abuse as a risk for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816 - 828.
- Wittgenstein, L. (1999). *Tractatus Logico-philosophicus*. Madrid: Plaza edición.



# GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE CONDUCTAS EN PERSONAS TRANSEXUALES

## INTERVIEW GUIDELINE FOR FUNCTIONAL BEHAVIOR ANALYSIS IN TRANSEXUAL PERSONS

José Miguel Rodríguez Molina<sup>1</sup>, Nuria Asenjo Araque<sup>2</sup>, Antonio Becerra Fernández<sup>3</sup> y María Jesús Lucio Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid. <sup>2</sup>UTIG; Hospital Ramón y Cajal de Madrid. <sup>3</sup>Universidad Alcalá

La transexualidad es un fenómeno emergente. Por ello hay pocos instrumentos de evaluación psicológica. El objetivo de este artículo es mostrar a la comunidad de profesionales de la psicología clínica y de la intervención social un instrumento que puede facilitar esta tarea. Se realiza una breve introducción al fenómeno de la transexualidad y la evaluación psicológica en este campo, que casi siempre se centra en el diagnóstico o en otras variables generalmente de personalidad (rasgos de personalidad, depresión, ansiedad,...). Posteriormente se abordan los principales problemas que encuentra una persona transexual durante su proceso. Estos problemas son fuente potencial o real de conflictos psicológicos. Más tarde se describe brevemente la evaluación conductual muy olvidada en esta área. Por último se propone un nuevo instrumento para esta evaluación. El principal resultado es la Guía de Entrevista para el Análisis Funcional de Secuencias Conductuales (AFUSCO). Se concluye con la necesidad de más evaluación conductual en este campo.

**Palabras clave:** Transexualidad, Transgenerismo, Evaluación, Análisis funcional.

Transgenderism is an emergent phenomenon. Thus there are few psychological assessment instruments. The aim of this paper is to show to the community of practitioners of clinical psychology and social intervention a tool in order to facilitate this task. A brief introduction to the phenomenon of transsexualism and psychological evaluation in this field is made. This almost always focuses generally on the diagnosis or other personality variables (like personality traits, depression, anxiety...). Later, the main problems that may happen while the transsexual processing are addressed. These problems are a real or potential source of psychological conflicts. Then, the behavioral assessment which is largely forgotten in this area is briefly described. Finally it's proposed a new tool. The main result is the Interview Guide for the Functional Analysis of behavioral sequences (IGFABS). It's concluded with the need for more behavioral assessment in this field.

**Key words:** Transsexualism, Transgenderism, Assessment, Functional analyses.

**L**a transexualidad es un fenómeno emergente en nuestra sociedad. Una persona transexual es aquella que siente pertenecer al sexo contrario a su sexo genético. Estos pacientes precisan una evaluación psicológica no solo para el diagnóstico de transexualidad sino también referida a todas las variables que acompañan al proceso transexualizador y que serán relevantes para el tratamiento.

Los primeros abordajes psicológicos intentaban "curar" la transexualidad, pero la psicoterapia para reconducir a la persona transexual hacia la asunción de la identidad de sexo "oficialmente correcta", es decir, la correspondiente a su sexo genético, ha sido un completo fracaso, como estableció Gooren (2003).

En cuanto al tratamiento psicológico de las personas transexuales, se debe desarrollar dentro de un equipo multidisciplinar donde además del psicólogo, tenga un papel importante el médico endocrinólogo (responsable

del tratamiento hormonal) y otros profesionales como el trabajador social y el gestor de pacientes, responsable de conducir al paciente durante todo el proceso transexualizador. En esta intervención podemos distinguir dos fases (Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo Araque, N., Lucio, M. J. y Becerra Fernández, A., 2009a) una prequirúrgica, antes de la cirugía de reasignación de sexo (CRS) y otra postquirúrgica. En ambas se simultanean además el tratamiento hormonal (TH) y el apoyo psicológico. En la fase prequirúrgica se realiza también la denominada experiencia de vida real, que sirve para que la persona se adapte a sus nuevos roles en los ámbitos familiar, social y laboral y además como evaluación previa a la CRS (Becerra-Fernández, 2003).

### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN TRANSEXUALIDAD

Como fenómeno emergente que es, existe poco bagaje tanto de evaluación como de tratamiento psicológico con base científica en este campo. Las evaluaciones en muchos casos son meramente diagnósticas, o se basan en instrumentos no científicos o como mucho en test psicométricos

Correspondencia: José Miguel Rodríguez Molina. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. C/ Ivan Pávlov, 6. 28034 Madrid. España. E-mail: jm.rodriguez@uam.es



práctica para el tratamiento de estas personas. Existe un cierto acervo de conocimiento acerca de la identidad de género pero hay un gran salto en el vacío entre este conocimiento y la intervención práctica.

Los intentos de intervención desde paradigmas científicos son pocos, aunque parecen estar en crecimiento. Por ello, aún carecemos de un cuerpo de doctrina que sirva de guía fundamental a la evaluación y la intervención psicológicas con personas transexuales (Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo Araque, N., Lucio, M. J., Pérez López, G., Rabito, M. F., Fernández Serrano, M. J., Izquierdo, C. y Berra Fernández, A., 2009b).

La mayor parte de los instrumentos que se utilizan para la evaluación de personas transexuales tienen que ver o bien con el diagnóstico o bien con la personalidad (rasgos generales, ansiedad, depresión,...).

Especialmente, no existen pautas de aproximación a la evaluación psicológica de estos pacientes desde una **orientación cognitivo conductual**. La evaluación psicoterapéutica clásica no nos dice mucho de las dificultades que se va a encontrar la persona en el proceso transexualizador, por ejemplo cuando quiera pasar una entrevista de trabajo, comunicárselo a su familia o establecer una nueva relación de pareja.

### PROBLEMÁTICA TRANSEXUAL

Las personas transexuales tienen múltiples problemas además de los que tiene la población general. Otras veces sufren los mismos que ésta, pero exacerbados por la transexualidad. Por ejemplo, un adolescente cualquiera puede tener problemas escolares, pero un adolescente que nacido hombre, se siente mujer, puede llamar la atención en la escuela y recibir el acoso de sus compañeros, lo que además es difícilmente compatible con un buen rendimiento escolar. Hay al menos tres ámbitos en los que las personas transexuales encuentran especiales dificultades: el ámbito familiar, el laboral o educativo y el de pareja. (Godás Sieso, 2006)

La familia rara vez acepta de buen grado lo que entienden como "cambio de sexo", especialmente los padres, que suelen ver a su hijo o hija como un enfermo mental a quien "se le ha metido en la cabeza" algo que les parece una barbaridad. Esto es siempre, en mayor o menor medida, fuente de conflictos. La conducta de los padres suele atravesar tres fases (Godás Sieso, 2006): Una primera fase de reacción airada y tal vez agresiva, con intentos de que algún profesional **cure** al hijo o a la hija enfermos. La segunda fase es de negociación, donde se soporta a la persona transexual pero se negocia que haga concesiones como no vestirse del sexo sentido don-

de le puedan ver los vecinos. Una tercera fase (que no siempre se alcanza) es la asunción de la realidad (a veces con matices depresivos).

En el ámbito laboral no es raro encontrar personas transexuales que sufren acoso por sus compañeros. Un problema asociado es el del nombre. Así, cuando alguien de aspecto femenino se presenta a una entrevista de trabajo con un documento de identidad masculino, o viceversa, además de la ansiedad que al propio sujeto le genera la situación, las dificultades para que la empresa lo acepte se incrementan grandemente.

En el ámbito escolar, como se ha dicho, el acoso es pauta común. Esto a veces propicia que el transexual adolescente abandone sus estudios, lo cual a su vez tiene efectos sobre su empleabilidad posterior. Incluso un trabajador bien integrado que comienza el proceso transexualizador desarrollará cambios que serán claramente perceptibles por sus compañeros, jefes y clientes (de hecho eso es lo que se pretende) y esto producirá confusión en su entorno y tal vez situaciones difíciles e incluso el despido.

Pero posiblemente el ámbito que más dificultades ofrece es el de la pareja. De hecho la mayoría de las personas transexuales comunican su circunstancia antes a la familia que a una persona que les atraiga (Cano Oncala, G., Bergero, T., Esteva, I., Giraldo, F., Gómez, M. y Gonenman, I., 2004). Muchos transexuales son heterosexuales (desde el punto de vista del sexo sentido). Es decir una mujer transexual (nacida hombre) es heterosexual si le atraen los varones. Pero en la mayoría de estos casos suelen rechazar tener relaciones con personas homosexuales. Sin embargo en muchos casos les será difícil establecer relaciones con varones heterosexuales dado su aspecto externo no totalmente femenino e incluso la presencia de genitales masculinos antes de a CRS. La mayoría de los hombres heterosexuales no querrían una pareja así.

Mayor aún es el problema de las personas que manifiestan su deseo de iniciar un proceso transexualizador después de tener una relación de pareja. En la mayoría de los casos, esta pareja abandona a la persona transexual.

Centrándonos en aspectos más operativos, podemos decir que durante todo el proceso transexualizador hay **dos conductas problemáticas** para la mayoría de las personas transexuales. Una es **comunicar** su condición en su entorno (familia, pareja, amigos, compañeros). La otra es vestirse y adoptar una **imagen** correspondiente al sexo sentido en presencia de otros.

Respecto a la comunicación de la condición de transexualidad, muchas personas transexuales evitan hacerlo. Parece funcionar aquí un mecanismo de reforzamiento negativo (por cese a corto plazo de la ansiedad que les pro-



duciría hacerlo). Sin embargo, la decisión de posponer generalmente no soluciona el problema sino que lo agrava. Comunicar la situación de transexualidad es generalmente difícil y no está exento de riesgos, pero aún así suele ser conveniente si se quiere establecer una relación íntima con alguien. Si se busca una relación duradera y la pareja lo descubre tarde, normalmente ésta reaccionará de forma airada, se sentirá engañada y la posibilidad de establecer una relación de pareja se frustrará. Si sólo se trata de una relación superficial, esta puede conducir con rapidez a relaciones sexuales e igualmente la pareja se sentirá engañada y a veces incluso tendrá reacciones de asco o agresividad al descubrir los genitales de la persona transexual. Pero tampoco es conveniente pregonar la condición de transexual. En este ámbito es decisivo hacer una adecuada discriminación estimular, respecto a cuándo comunicarlo y cuándo no, en función de las consecuencias esperadas en cada caso.

En otras ocasiones, la persona lo comunica pero mal, de forma inhibida o agresiva lo que eleva la probabilidad de una mala aceptación por parte del interlocutor. A veces simplemente se elige mal el contenido verbal en relación con la situación concreta en que se halle. Por ejemplo, los argumentos más biologicistas son generalmente inadecuados con la madre si ésta es mayor y en cambio son preferibles a un enfoque demasiado sentimental con los jefes en la propia empresa. Es decir, las habilidades sociales son básicas en estas conductas (Gómez Gil y Esteva de Antonio, 2006).

La apariencia es otra fuente de conductas problema. Muchas personas transexuales evitan vestirse según el sexo sentido para no llamar la atención. Esta conducta puede ser adaptativa, pero no lo es cuando los cambios por el tratamiento hormonal ya son evidentes. Igual que en el caso anterior funciona un paradigma de reforzamiento negativo por evitación de la ansiedad.

En otros casos la persona se viste según desea pero sufre gran ansiedad mientras lo hace. O bien, como consecuencia de vestirse de forma coherente con su sexo sentido sufre acoso por los compañeros de escuela o trabajo.

Por último hay quien utiliza ciertos subterfugios para evitar vestirse según el sexo sentido, por ejemplo hay quien dice que "yo no soy el típico modelo de mujer, soy otra clase de mujer", evitando así usar falda, lo que sería totalmente aceptable, pero que a veces esconde en realidad el miedo a vestirse de mujer, cosa que es preciso averiguar en la evaluación psicológica.

Tanto saber comunicar su situación como vestir de acuerdo al sexo sentido forman parte del tratamiento psicológico durante el proceso transexualizador. Es lo que se

denomina "experiencia de vida real" (Rodríguez-Molina et al., 2009b).

Se trata de evaluar la conducta de la persona transexual, no la conducta de la sociedad. A veces el sufrimiento de la persona transexual está causado o por lo que hace o dice (o su omisión) o por la forma de hacerlo. Es esto lo que queremos evaluar y no la reacción social frente a estas personas, lo que siendo muy importante está fuera del ámbito de este trabajo.

## LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

Dado que para algunos propósitos el enfoque cognitivo-conductual parece más eficaz que otros, nos centraremos en la evaluación conductual. Esta surge como un corolario de la terapia de conducta y desde el primer momento se postula como una opción frente a la evaluación clásica o psicodiagnóstico (Buela-Casal y Sierra, 1997). El origen de este tipo de evaluación hay que buscarlo en Kanfer y Saslow (1965) quienes crean el término Análisis Conductual, que da origen a la evaluación conductual actual.

Para la evaluación conductual, la conducta desadaptativa es el problema y no un mero síntoma. De hecho se suele denominar conducta-problema. Por consiguiente, el objetivo fundamental de la evaluación conductual sería describir la conducta problema y sus circunstancias.

Barrios (1993) define la evaluación conductual como la identificación y medición de unidades significativas de conducta y de las variables ambientales y orgánicas que las controlan. De hecho parece conveniente centrarse más en lo conductual que en los elementos internos (Montgomery, 2010). Otra definición relevante de evaluación conductual es la que ofrece Rocío Fernández-Ballesteros (1994, Pág. 53): *"aquella alternativa a la evaluación psicológica a través de la cual se trata de identificar las conductas objeto de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas, así como las variables ambientales o personales que las mantienen y controlan"*.

En un sentido estricto, el Análisis Funcional de Conductas (AFC) consiste en identificar las variables funcionales para la conducta-problema, es decir aquellas que sean relevantes, controlables y causales y cuya manipulación produzca un cambio clínicamente significativo de dicha conducta-problema (Haynes y O'Brien, 1990).

Kanfer estableció junto a Phillips el más utilizado modelo de AFC (Kanfer y Phillips, 1976), denominado popularmente modelo E-O-R-C-K por las iniciales de sus componentes. Sin embargo creemos conveniente crear un instrumento de evaluación basado en este modelo general pero adaptado a las circunstancias de personas transe-



xuales, concretamente en las situaciones problemáticas vistas más arriba.

Normalmente un psicólogo clínico empezará una entrevista por indagar acerca de la conducta problema. Sin embargo a veces el paciente no llega con esta demanda, bien porque aún no le ha ocurrido la situación que potencialmente dispararía la conducta problema, bien porque no se atreve a sacar ese tema o no lo considera apropiado. El psicólogo debe adelantarse e indagar por por estas situaciones.

Por eso creemos conveniente elaborar una guía de entrevista que sirva de pauta para desarrollar el posterior análisis funcional de dos conductas-problema estandarizadas, más otras diferentes en su caso.

**RESULTADOS**

La guía de entrevista denominada Análisis Funcional de Secuencias Conductuales en Personas Transexuales (AFUSCO), supone una sistematización de la obtención de datos para la evaluación conductual de dos secuencias habitualmente problemáticas en personas transexuales: comunicar su condición y adoptar una imagen externa coherente al sexo sentido. A través de las preguntas se va haciendo un recorrido por el modelo de Kanfer aplicado a estas dos conductas-problema.

Como consecuencia de todo lo anterior se estableció la conveniencia de crear una guía que sirviese de pauta de entrevista para la realización de un análisis funcional de conductas a la hora de realizar la evaluación psicológica de personas transexuales.

Aunque Kanfer, en su Análisis Funcional de Secuencias Conductuales, postuló que las respuestas emocionales eran equivalentes a las fisiológicas (Kanfer y Saslow, 1965) y sin entrar en el fondo de la cuestión, nos parece que uno de los objetivos relevantes del análisis topográfico es no perder información relevante. La mayoría de la gente interpreta que sus emociones y sus sensaciones corporales son cosas diferentes. De igual manera suelen entender que son cosas distintas sus pensamientos y sus emociones. Por ello es conveniente preguntar acerca de todas esas respuestas, con independencia de que ontológicamente se trate de respuestas diferentes o no. Por lo tanto, en el AFUSCO se pregunta acerca de respuestas motoras (lo que hace o dice), cognitivas (lo que piensa o imagina), fisiológicas (sus respuestas corporales) y emocionales (sus emociones y sentimientos).

Hay que recordar que el AFUSCO no es un atoinforme sino un guión de entrevista.

El AFUSCO consta de tres análisis topográficos correspondientes a tres secuencias conductuales (una relativa a

comunicación de su condición, otra relativa a vestirse y adoptar una imagen propia del sexo sentido y una tercera abierta para recoger información de otras posibles conductas-problema) y los tres análisis relacionales correspondientes. La comunicación a la familia puede servir también de guía para evaluar la comunicación a la pareja.

Este no es un instrumento psicométrico, del que quepa calcular validez o fiabilidad. Sin embargo, creemos que puede servir de orientación a la hora de evaluar las circunstancias que envuelven algunos de los problemas más habituales de las personas transexuales durante su proceso de cambio.

El instrumento completo puede verse en la Tabla 1.

<b>TABLA 1</b> <b>GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL ANÁLISIS FUNCIONAL EN PERSONAS TRANSEXUALES (AFUSCO)</b>	
1.	Describa una situación en que se ha vestido con ropas del sexo deseado y esto le ha hecho sentirse mal o le ha ocasionado problemas, o bien de una situación en que deseó hacerlo pero finalmente no lo hizo. a. Antecedentes Próximos, físicos, sociales y conductuales. b. Antecedentes Remotos: aprendizajes, hábitos, estrategias, condicionamientos, habilidades, personalidad,... c. Conducta Motora: Lo que dijo e hizo (o no hizo o dijo). d. Conducta Cognitiva: Lo que pensó e imaginó. e. Conducta Fisiológica: La reacción de su cuerpo. f. Conducta Emocional: Lo que sintió, sus emociones. g. Consecuencias de estas conductas: positivas y negativas, por presencia u omisión, a corto y largo plazo. h. Otros datos de interés.
2.	Describa una situación en que comunicó su situación de transexualidad y esto le ha hecho sentirse mal o le ha ocasionado problemas, o bien de una situación en que deseó decirlo pero finalmente no lo hizo. a. Antecedentes Próximos: físicos, sociales y conductuales. b. Antecedentes Remotos: aprendizajes, hábitos, estrategias, condicionamientos, habilidades, personalidad,... c. Conducta Motora: Lo que dijo e hizo (o no hizo o dijo). d. Conducta Cognitiva: Lo que pensó e imaginó. e. Conducta Fisiológica: La reacción de su cuerpo. f. Conducta Emocional: Lo que sintió, sus emociones. g. Consecuencias de estas conductas: positivas y negativas, por presencia u omisión, a corto y largo plazo. h. Otros datos de interés.
3.	Describa una situación que tenga que ver con su condición de persona transexual en que ha tenido que hacer algo y esto le ha hecho sentirse mal o le ha ocasionado problemas, o bien de una situación en que deseó hacerlo pero finalmente no lo hizo. a. Antecedentes Próximos: físicos, sociales y conductuales. b. Antecedentes Remotos: aprendizajes, hábitos, estrategias, condicionamientos, habilidades, personalidad,... c. Conducta Motora: Lo que dijo e hizo (o no hizo o dijo). d. Conducta Cognitiva: Lo que pensó e imaginó. e. Conducta Fisiológica: La reacción de su cuerpo. f. Conducta Emocional: Lo que sintió, sus emociones. g. Consecuencias de estas conductas, positivas y negativas, por presencia u omisión, a corto y largo plazo. h. Otros datos de interés.
4.	ANÁLISIS RELACIONAL DE LA SITUACIÓN 1
5.	ANÁLISIS RELACIONAL DE LA SITUACIÓN 2
6.	ANÁLISIS RELACIONAL DE LA SITUACIÓN 3



**CONCLUSIONES**

En el campo de la transexualidad hay pocos instrumentos de evaluación psicológica y estos suelen dirigirse exclusivamente al diagnóstico. La evaluación conductual es tan necesaria en este campo como en cualquier otro. Se ofrece una guía de entrevista conductual que puede ser útil para los psicólogos que trabajen en este campo.

**REFERENCIAS**

- Barrios, B. A (1993). La naturaleza cambiante de la evaluación conductual. En A. S. Bellack y M. Hersen (Dir). *Manual práctico de evaluación de conducta* (pp. 23-60). Bilbao: DDB.
- Becerra Fernández, A. (2003). Tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género: efectos beneficiosos y adversos. En A. Becerra Fernández, (Ed.), *Transexualidad: La búsqueda de una identidad* (pp. 6-78). Madrid: Díaz de Santos.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de evaluación psicológica*. Madrid: Siglo XXI.
- Cano Oncala, G., Bergero, T., Esteva, I., Giraldo, F., Gómez, M. y Goneman, I. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 21-30.
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Godás Sieso, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78, 21-23.
- Gómez Gil, E. y Esteva de Antonio, I. (2006). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa.
- Gooren, L. (2003) El transexualismo, una forma de intersexo. En A. Becerra Fernández (Ed.), *Transexualidad: La búsqueda de una identidad* (pp. 43-58). Madrid: Díaz de Santos.
- Haynes, N. y O'Brien, H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668.
- Kanfer, F. y Phillips, J. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Méjico: Trillas.
- Kanfer, F. y Saslow, G. (1965). Behavioral Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Montgomery, W. (2010). Problemas teóricos y metodológicos en el campo de la evaluación clínica conductual. Nuevos Paradigmas. *Revista Psicológica de Actualización Profesional*, 4(1), 39-58.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo Araque, N., Lucio, M. J. Y Becerra Fernández, A. (2009a). Abordaje de la transexualidad desde una perspectiva multidisciplinar e integral. *Boletín Electrónico de la Sociedad Española de Medicina Conductual y Psicología de la Salud*, 4, 3-6.
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo Araque, N., Lucio, M. J., Pérez López, G., Rabito, M. F., Fernández Serrano, M. J., Izquierdo, C. y Becerra Fernández, A. (2009b). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional Andrología*, 7(2), 112-20.

# APRENDER A INVESTIGAR, APRENDER A CUIDAR: UNA GUÍA PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Bayés, R.

Barcelona: Plataforma Editorial, 2012

**Tomás Caycho Rodríguez**

*Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú*

**M**uchos errores en los diagnósticos, evaluaciones o intervenciones traen consecuencias adversas en aquellas personas que, por el contrario, deberían beneficiarse. Importante para evitar tales errores es el conocimiento del procedimiento que se debe seguir para generar evidencia científica que guíe las intervenciones médicas, psicológicas, sociales, entre otras. Así, el último libro del Dr. Ramón Bayés, docente e investigador dedicado por décadas al campo de la psicología de la salud, busca brindar, a estudiantes, profesionales y público en general, información teórica y aplicada que permita desarrollar competencias y destrezas conceptuales, procedimentales y, sobre todo, actitudinales sobre la metodología de la investigación como camino para la adquisición del conocimiento científico que se encuentre al servicio de la sociedad. Cada capítulo del libro contiene ideas estimulantes para la reflexión sobre la ciencia y sus fines.

*Aprender a investigar, aprender a cuidar* está dividido en dos grandes secciones. En la primera de ellas, denominada *Aprender a Investigar*, se trata de la lógica, los objetivos y los instrumentos necesarios para realizar una investigación que nos permita generar evidencia útil para el diagnóstico y el tratamiento. Esta primera parte, nos permite configurar la ciencia como un conjunto racional de conocimientos objetivos, ciertos y probables, sistematizados y comprobables, resultantes de la investigación hecha con un método válido. Este método, denominado método científico, está constituido por un conjunto finito y ordenado de normas regulativas o reglas que, adecuadamente observadas, regulan el proceso de cualquier investigación que merezca ser calificada de científica.

De la lectura del libro se puede concluir que las principales reglas del método científico son: 1) formular un problema con precisión; 2) proponer probables respuestas al problema que estén bien definidas y fundadas de

algún modo, no siendo meras suposiciones ni ocurrencias sin fundamento visible; 3) sometimiento de las hipótesis a contrastación; 4) no declarar verdadera una hipótesis satisfactoriamente confirmada, más bien, considerarla en el mejor de los casos, como parcialmente verdadera en donde el grado de probabilidad de una hipótesis se basa en la solidez de las argumentaciones, el rigor y la continuidad de su construcción, su no contradicción con los hechos y su fecundidad o potencia explicativa; finalmente, 5) preguntarse por qué la respuesta es como es, y no de otra manera.

Un comentario aparte para las hipótesis, cuya formulación y comprobación son parte vital de una investigación científica, de acuerdo a lo señalado en el libro. Las hipótesis son conjeturas o especulaciones que el investigador presenta como respuesta a su problema de investigación. En este contexto, la hipótesis sirve de guía a la investigación científica que deben ser sometidas a contraste o prueba empírica para determinar si son apoyadas o refutadas por las observaciones que realiza el investigador. Otro punto importante son los objetivos que constituyen los móviles o propósitos que orientan el proceso de investigación y surge como respuesta a la pregunta ¿para qué y qué se busca con la investigación propuesta?

La primera parte del libro nos señala así que la investigación científica es la herramienta más importante para avanzar en los conocimientos, promover progresos y capacitar al hombre para relacionarse más eficazmente con su entorno, conseguir sus propósitos y resolver sus conflictos.

En vista que la ciencia está al servicio del hombre, la segunda parte, *Aprender a Cuidar*, se centra en la utilidad de la investigación científica, que es, en palabras del autor, lo más importante del realizar una investigación. Aquí Bayés nos explica, en un lenguaje claro, sólo como él lo puede hacer, la importancia de los resultados de la ciencia para dar solución a problemas concretos para el alivio y la búsqueda de la felicidad de las personas. Nada de lo leído en la primera parte del libro val-

dría la pena si no tenemos en cuenta el objetivo último de la investigación: el ser humano. Bayés pone énfasis en la relación entre el empleo de las narraciones de experiencias y los métodos operacionales y cuantitativos para una mejor comprensión de las personas y su contexto. El final de cada capítulo del libro se encuentra matizado con algunas preguntas realizadas por Tomás Blasco, profesor del Departamento de Psicología Básica de la Universidad Autónoma de Barcelona, propuestas libremente como lector, a las cuales Bayés trata de responder como si se tratase de una charla con el público luego de realizada una conferencia. Esto le brinda al lector una mayor percepción de interacción con el autor.

Nuestro comentario, por demás breve, sólo aborda algunos de los aspectos de la obra, diversas por la naturaleza de su contenido, pero que se encuentra unificada por su compromiso con la ciencia. La obra de Bayés no es un manual académico de cómo hacer una investigación, es más bien una guía basada en las experiencias propias del autor. Lo comunicado por Bayés ciertamente no es nuevo en el presente, mucho se ha escrito al respecto en diversos países del mundo. Sin embargo, esto no le resta valor intrínseco al libro, pues ha sido el mis-

mo autor que en el curso de su dilatada carrera científica ha contribuido a cimentar conceptos y metodologías de investigación de relevante valor social.

Hoy tenemos las experiencias de Ramón Bayés reunidas en un libro que ha de servir a estudiantes de psicología, educación, psicólogos, educadores y todo científico social interesados en conocer las bases teóricas y los fines humanitarios de la investigación científica. La obra está redactada con claridad y adecuada competencia lingüística, además de contar con todas las exigencias estilísticas que corresponden a un material científico.

El libro no agota todos los problemas de la investigación científica, ni pretende aclarar de manera exhaustiva todas las interrogantes en ella tratada, esclarece solo una parte de toda la diversidad de formas que adopta la investigación del comportamiento. Ninguna obra está completamente terminada. Ramón Bayés, como exigente e insatisfecho científico, es muy seguro esté pensando en nuevos proyectos relacionados con la temática del libro. Bayés debe sentirse feliz por su importante realización científico-didáctica. *Aprender a Investigar. Aprender a cuidar*, llega en un adecuado momento a incrementar la literatura sobre el tema. ¡Sea bienvenido!



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

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

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

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

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

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

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

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

Consejo General de la Psicología de España

# MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL

## CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

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

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

### SOLICITUD

### MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Sólo para  
residentes fuera  
del territorio  
español

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

FORMA DE PAGO: 20 euros (25 dólares USA)

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

**Tarjeta de crédito:**  Visa  MasterCard  American Express

Titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Nº de tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

# Solicita

## TU CORREO ELECTRÓNICO

# cop.es

El Consejo General de la Psicología de España facilita una cuenta de correo electrónico **[micuenta@cop.es](mailto:micuenta@cop.es)** totalmente gratuita para todos los colegiados que lo soliciten.

*¡Infórmate en tu Colegio!*



**FOCAD**  **INFÓRMATE** 

**Formación Continuada a Distancia**  
Consejo General de la Psicología de España

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

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

**FORMACIÓN**  
*continuada a*  
**DISTANCIA**  
**FOCAD** 

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

**[www.cop.es/focad](http://www.cop.es/focad)**

**INFOCOP**  **ONLINE**

*HAY MUCHAS FORMAS DE COMUNICACIÓN ...*

UNA PÁGINA 'VIVA' DE CONSULTA PARA PROFESIONALES, DOCENTES Y ESTUDIANTES

**[www.infocoponline.es](http://www.infocoponline.es)**



# Consejo General de la Psicología de España

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

## COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001  
Álava  
C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta  
01001 Vitoria - Gasteiz  
E-mail: [cop.alava@terra.es](mailto:cop.alava@terra.es) E-mail: [copalava@cop.es](mailto:copalava@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001  
Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla  
Espinosa y Cárcel. 43-45 Bajo  
41005 Sevilla  
E-mail: [cop-ao@cop.es](mailto:cop-ao@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001  
Almería, Granada, Jaén y Málaga  
C/ San Isidro, 23  
18005 Granada  
E-mail: [copao@cop.es](mailto:copao@cop.es)

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

### COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN



Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002  
Huesca Teruel y Zaragoza  
San Vicente de Paul, 7 Dpldo. 1º Izq.  
50001 Zaragoza  
E-mail: [daragon@cop.es](mailto:daragon@cop.es)

Teléf.: 976 20 19 82  
Fax: 976 29 45 90

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001  
Vizcaya  
C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta  
48008 Bilbao  
E-mail: [bizkaia@cop.es](mailto:bizkaia@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003  
Santander  
Avda. Reina Victoria, 45-2º  
39004 Santander  
E-mail: [dcantabria@cop.es](mailto:dcantabria@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA



Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001  
Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo  
C/ La Cruz, 12 bajo  
02001 Albacete  
E-mail: [copclm@copclm.com](mailto:copclm@copclm.com)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN



Creado por Acuerdo de 20/06/2002  
Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia,  
Soria, Valladolid y Zamora  
C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta  
47004 Valladolid  
E-mail: [dcleon@cop.es](mailto:dcleon@cop.es)

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

### COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE CATALUNYA



Creado por Orden 26/06/1985  
Barcelona, Gerona, Lerida y Tarragona  
C/ Rocafort, 129  
08015 Barcelona  
E-mail: [copc.b@copc.cat](mailto:copc.b@copc.cat)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA



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

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

### COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003  
Alicante, Castellón y Valencia  
Carrer Compte D'Olocau, 1  
46003 Valencia  
E-mail: [copcv@cop.es](mailto:copcv@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE GALICIA



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

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001  
Guipúzcoa  
C/ José Arana, 15 bajo  
20001 Donostia  
E-mail: [donostia@cop.es](mailto:donostia@cop.es)

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

### COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS



Creado por Decreto 134/2001 de 14/12/2001  
Islas Baleares  
Manuel Sanchís Guarnier, 1  
07004 Palma de Mallorca  
E-mail: [dbaleares@cop.es](mailto:dbaleares@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID



Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001  
Madrid  
Cuesta de San Vicente, 4 - 5º  
28008 Madrid  
E-mail: [copmadrid@cop.es](mailto:copmadrid@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA



Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001  
Melilla  
General Aizpúru, 3  
52004 Melilla  
E-mail: [copmelilla@cop.es](mailto:copmelilla@cop.es)

Teléf.: 952 68 41 49

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001  
Navarra  
Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera  
31011 Pamplona  
E-mail: [dnavarra@cop.es](mailto:dnavarra@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS



Creado por Resolución 290 de 19/02/2001  
Las Palmas de Gran Canaria  
Carvajal, 12 bajo  
35004 Las Palmas de Gran Canaria  
E-mail: [dpalmas@cop.es](mailto:dpalmas@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001  
Asturias  
Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB  
33001 Oviedo  
E-mail: [dasturias@cop.es](mailto:dasturias@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001  
Murcia  
C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela B1q.1  
30007 Murcia- En la Flota  
E-mail: [dmurcia@cop.es](mailto:dmurcia@cop.es)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA



Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002  
La Rioja  
Ruavieja, 67-69, 3º Dcha.  
26001 Logroño  
E-mail: [drioja@cop.es](mailto:drioja@cop.es)

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

### ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



Creado por Resolución 02/04/2001  
Tenerife  
C/ Malaquita, 5, Local 4. Edificio Los Rodaderos  
38005 Sta. Cruz de Tenerife  
E-mail: [copstenerife@cop.es](mailto:copstenerife@cop.es)

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

# Normas de Publicación

## Papeles del Psicólogo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La primera página debe contener: título en castellano e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redac-

ción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

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

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

- ✓ Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
- ✓ Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
- ✓ Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
- ✓ Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.

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

## COLECCIÓN EOS PSICOLOGÍA JURÍDICA



**PSICÓPATAS INTEGRADOS**  
*Pozueco Romero, J. M.*



**CASOS PRÁCTICOS EN PSICOLOGÍA FORENSE**  
*Vázquez, B. y Catalán, M. J.*



**LA MEDIACIÓN EN ESCENA**  
*Bernal Samper, T.*



## COLECCIÓN FUNDAMENTOS PSICOPEDAGÓGICOS



**EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE**  
*Calero, M. D.*

## COLECCIÓN EOS PSICOLOGÍA



**CADA NIÑO PUEDE SER UN MILLONARIO EN HABILIDADES**  
*Beaudoin, M. N.*



**HIPNOSIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**  
*Pérez Hidalgo, I. y otros*



**CUADERNOS DE PSICOTERAPIA**  
*Beriso, A. y otros*



**ESTIMULAMOS LA ATENCIÓN**  
*Lens, M. y otros*

## COLECCIÓN TALLERES EDUCATIVOS

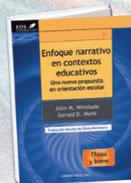


**ABECEDARIO DE LOS FONEMAS**  
*Campo, E. y Romero, M. C.*

**EL PROCESO LECTOESCRITOR. ESTUDIO DE CASOS**  
*Moreno Manso, J. M. y otros*



## COLECCIÓN EOS UNIVERSITARIA



**ENFOQUE NARRATIVO EN CONTEXTOS EDUCATIVOS**  
*Winsdale, J. M. y Monk, D. G.*

## COLECCIÓN GRAFOLOGÍA

**TEST DE MACHOVER. PAREJA Y FAMILIA**  
*Mauricio Xandró*



**INSTITUTO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EOS**

Los más vendidos en **WWW.EOS.ES**



Evaluación de la Memoria de forma global.

**Autor:** D. Wechsler.

**Tiempo:** De 45 a 60 min.

**Edad:** De 18 a 89 años.



Imagen no contractual

Adaptados a la población española en 2013



Evaluación rápida y fiable del estado cognitivo.

**Autor:** D. Wechsler.

**Tiempo:** Aprox. 10 min.

**Edad:** De 16 a 89 años.



Introduciendo el Código **PDP0601** en sus compras de **WMS-IV** o **BCSE** en nuestra web antes del **31 de julio de 2013**.

#### Otros Wechsler adaptados a población española

**WAIS-IV**, Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV

**WNV**, Escala No Verbal de Aptitud Intelectual de Wechsler

**WISC-IV**, Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-IV

#### Próximamente

**WPPSI-IV**, Escala de Inteligencia Wechsler para preescolar y primaria-IV

**PEARSON**   
Pearson Clinical & Talent Assessment

Más información y pedidos:  
pedidos@pearsonpsychcorp.es  
Tel. 902 555 077 • Fax 913 828 328

Síganos:  
 [www.facebook.com/pearsonclinical](http://www.facebook.com/pearsonclinical)  
 [www.twitter.com/pearsonclinical](http://www.twitter.com/pearsonclinical)

[www.pearsonpsychcorp.es](http://www.pearsonpsychcorp.es)