

PAPELES DEL PSICÓLOGO

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA
DEL TABACO. TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS



PROTECCIÓN FRENTE AL SUICIDIO - COORDINADOR DE PARENTALIDAD -
TRATAMIENTO DE MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL - PSICOLOGÍA
DEL CONSUMIDOR - FUNCIONES EJECUTIVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Artículos

- 161.** El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro
Elisardo Becoña, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Úrsula Martínez Pradedá, Carmela Martínez Vispo y Rubén A. Rodríguez Cano
- 169.** Terapia de Interacción Padres-hijos (PCIT)
Rafael Ferro García y Lourdes Ascanio Velasco
- 181.** Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes
David Sánchez-Teruel y M^a Auxiliadora Robles-Bello
- 193.** Coordinador de parentalidad: Nueva figura profesional para el psicólogo forense
Carles Rodríguez-Domínguez y Xavier Carbonell
- 201.** Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención
Antonio Galán Rodríguez
- 210.** Aportaciones del estudio de la cognición implícita al ámbito de la psicología del consumidor: Resultados y perspectivas
Antonio Olivera La Rosa y Jaume Rosselló Mir
- 215.** Funciones Ejecutivas en niños y adolescentes: Implicaciones del tipo de medidas de evaluación empleadas para su validez en contextos clínicos y educativos
Trinidad García Fernández, Paloma González-Castro, Debora Areces, Marisol Cueli y Celestino Rodríguez Pérez

Revisión de libros

- 224.** Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental
Ortiz Lobo, A. Madrid: Colección Salud Mental Colectiva. Editorial Grupo 5, 2013
Fernando Pérez del Río
- 225.** Somos nuestro cerebro
Swaab, D. F. Barcelona: Plataforma Actual, 2014
Alicia García Falgueras
- 227.** Activación conductual para la depresión. Una guía clínica
R. Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2013
Iñigo Ezquer Tiberio

Articles

- 161.** The psychological treatment of tobacco dependence. Efficacy, barriers and challenges
Elisardo Becoña, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Úrsula Martínez Pradedá, Carmela Martínez Vispo and Rubén A. Rodríguez Cano
- 169.** Parent-child Interaction Therapy (PCIT)
Rafael Ferro García and Lourdes Ascanio Velasco
- 181.** Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents
David Sánchez-Teruel and M^a Auxiliadora Robles-Bello
- 193.** The parenting coordinator: A new professional role for the forensic psychologist
Carles Rodríguez-Domínguez and Xavier Carbonell
- 201.** The psychological treatment of children and adolescents in residential care. Contributions to a specific field of intervention
Antonio Galán Rodríguez
- 210.** The application of cognitive psychology to the area of the (implicit) psychology of the consumer: Results and perspectives
Antonio Olivera La Rosa and Jaume Rosselló Mir
- 215.** Executive functions in children and adolescents: The types of assessment measures used and implications for their validity in clinical and educational contexts
Trinidad García Fernández, Paloma González-Castro, Debora Areces, Marisol Cueli and Celestino Rodríguez Pérez

Books review

- 224.** Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental [Towards a critical psychiatry. Excesses and alternatives in mental health]
Ortiz Lobo, A. Madrid: Colección Salud Mental Colectiva. Editorial Grupo 5, 2013
Fernando Pérez del Río
- 225.** Somos nuestro cerebro [We are our brains]
Swaab, D. F. Barcelona: Plataforma Actual, 2014
Alicia García Falgueras
- 227.** Activación conductual para la depresión. Una guía clínica [Behavioral activation for depression. A clinician's guide]
R. Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2013
Iñigo Ezquer Tiberio

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de la Psicología de España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

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

Consejo Editorial

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

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

Consejo Asesor

Isaac Amigo, Pilar Arránz Carrillo de Albornoz, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Elisardo Becoña, Carmen Bragado, Gualberto Buela, Fernando Calvo, Antonio Cano, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, Helio Carpintero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, María Crespo, Carmen del Río, Rocío Fernández Ballesteros, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, María Paz García Vera, Jesús Gómez Amor, Julio Antonio González García, Florencio Jiménez Burillo, Francisco Javier Labrador, Araceli Maciá, Emiliano Martín, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñoz, Marino Pérez Álvarez, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Rodolfo Ramos Álvarez, Jesús Rodríguez 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, 45-5º Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@cop.es

Impresión

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

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 3 del Vol. 35 de Papeles del Psicólogo se han editado 66.050 ejemplares.

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

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

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



EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO. EFICACIA, BARRERAS Y RETOS PARA EL FUTURO

THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE. EFFICACY, BARRIERS AND CHALLENGES

Elisardo Becoña, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Úrsula Martínez Pradedá, Carmela Martínez Vispo y Rubén A. Rodríguez Cano
Universidad de Santiago de Compostela

Fumar es la primera causa de morbi-mortalidad de los países desarrollados. Más de 58.000 personas mueren prematuramente en España por fumar. La psicología dispone de tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento de la dependencia del tabaco, pero no siempre se usan ni se conocen lo suficiente. En este artículo se analiza la eficacia del tratamiento psicológico junto a distintas barreras que impiden una mayor utilización del mismo, sobre todo por la competencia de los fármacos y la infravaloración que se viene haciendo en distintos sectores del tratamiento psicológico, de modo semejante a lo que ocurre con otros trastornos (ej., depresión). Se proponen distintas estrategias para mejorar el impacto de nuestros tratamientos y cómo hacerlo más visible, sobre todo porque estamos ante un tratamiento de primera elección para las personas que fuman.

Palabras clave: Tabaco, Fumar, Tratamiento psicológico, Eficacia

Smoking is the leading cause of morbidity and mortality in developed countries. More than 58,000 people die prematurely in Spain due to tobacco use. Psychology offers effective psychological treatments for tobacco dependence, but these treatments are not always used and they are not widely known about. In this article, the effectiveness of psychological treatment is analysed together with various barriers that impede its greater use, especially due to the competition with pharmaceutical products and the undervaluation of the psychological treatment by different sectors, in the same way that happens with other disorders (e.g., depression). We propose a number of strategies to improve the impact of our treatments and to make them more visible, because psychological treatment is a first line treatment for smokers.

Key words: Tobacco, Smoking, Psychological treatment, Efficacy.

E L TABACO COMO PRIMERA CAUSA EVITABLE DE MORBI-MORTALIDAD

Fumar es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en el mundo (U. S. D. H. H. S., 2014). Se estima que el consumo de tabaco es el responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (WHO, 2009). El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno, Soerjomataram y Magnusson, 2008) (ver tabla 1). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, de 58.573 muertes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010).

Además, el consumo de tabaco está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll, Peto, Boreham y Sutherland, 2004). En España, la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer de pulmón y las

enfermedades cardiovasculares, son las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores (Hernández-García et al., 2010).

¿Por qué ocurre esto? Principalmente por la gran cantidad de sustancias nocivas, unas 4.000, que contiene el tabaco. De ellas, al menos 250 son perjudiciales para la salud (ej., monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, formaldehído, cloruro de vinilo, benceno, benzoapireno, óxido de nitrógeno, arsénico, cadmio, etc.) y más de 50

TABLA 1
ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN EUROPA CAUSADA POR DISTINTOS FACTORES

Factor	Hombres (%)	Mujeres (%)
Fumar	27	6
Alcohol	11	5
Sobrepeso	1	3
Inactividad física	<1	5
Infección	3	4
Luz solar	1	2
Exposición ocupacional	3	<1
Exposición ambiental	<1	<1

Fuente: Martín-Moreno et al. (2008, p. 1391).

Correspondencia: Elisardo Becoña. Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Vida. 15782 Santiago de Compostela. España. E-mail: elisardo.becona@usc.es



causan cáncer. Por tanto, no es de extrañar, que el tabaco cause cáncer de pulmón y, además, incremente la incidencia de otros cánceres como el de laringe, el nasal, el de la cavidad oral, el de esófago, el de riñón, el de páncreas, el de cervix, el de vesícula y la leucemia (U. S. D. H. H. S., 2014).

En los últimos años, con el objetivo de controlar el consumo de tabaco, han tenido lugar dos hechos muy positivos: el primero, la aprobación en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS, para el control del tabaquismo a escala mundial y, el segundo, la aprobación en España de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que ha tenido un gran impacto en la población, complementada con la ley 42/2010.

Estudios como los anteriores, y distintas campañas que se han difundido, así como el desarrollo de normas y leyes para que las personas no fumen, han llevado a que haya descendido drásticamente el número de fumadores en los países más desarrollados. Si en España la prevalencia de fumadores en 1987 era del 38,4% (55,1% Varones, 22,9% Mujeres), en el año 2012 era del 27% (27,9% V, 20,2% M).

Por tanto, aunque el descenso en el consumo es claro, la cruda realidad es que fumar constituye uno de los mayores problemas sanitarios, y es responsable de millones de muertes al año en todo el mundo. Todo lo anterior justifica la necesidad de que las personas dejen de fumar. Nuestra obligación como psicólogos es intervenir en las personas para que abandonen el tabaco, mediante los tratamientos efectivos de los que disponemos desde hace tiempo.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA DEJAR DE FUMAR

A la psicología siempre le ha interesado una conducta tan frecuente y habitual como es el consumo de tabaco. Con el surgimiento de las técnicas de modificación de conducta aparecieron los primeros tratamientos para dejar de fumar, en torno a los años 60 del siglo XX. Desde entonces hasta hoy, se ha mantenido el interés por el tratamiento psicológico del tabaquismo, hasta el punto de convertirse en el tratamiento de primera elección para muchos fumadores (ej., mujeres embarazadas, adolescentes) por encima de distintos tratamientos farmacológicos, cuya publicitación no se corresponde con su nivel real de eficacia y seguridad.

Al igual que ocurre en el tratamiento de cualquier adicción (Becoña et al., 2011), el tratamiento psicológico de una persona que fuma consta de cuatro fases: 1) preparación para el cambio, 2) preabandono, 3) deshabitación psicológica en donde la persona tiene que dejar de

fumar, y 4) mantenimiento o prevención de la recaída (Collins et al., 2011).

Las primeras terapias psicológicas que mostraron ser eficaces para dejar de fumar fueron las conductuales. Comenzaron utilizándose las de tipo aversivo (ej., fumar rápido); luego fueron seguidas o complementadas con otras como la autoobservación, la relajación, el control de estímulos, la reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán; etc. Años más tarde, aparecieron los tratamientos psicológicos multicomponentes y de prevención de la recaída (Becoña, 2006; 2010; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, 2013). Otros tratamientos recientes son el manejo de contingencias con incentivos, la terapia cognitiva-conductual basada en la afectividad, la realidad virtual, la terapia de exposición, la terapia de activación conductual y la terapia de aceptación y compromiso. De todos ellos, los tratamientos psicológicos que mayor relevancia han cobrado en las últimas dos décadas han sido los denominados multimodales, multicomponentes, "paquetes de tratamiento" o "tratamientos protocolizados" (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

A pesar de la gran cantidad de tratamientos eficaces disponibles, no debemos olvidar que la mayoría de los fumadores intentan dejar de fumar por ellos mismos. Además, en los últimos años, los fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar tienen una mayor dependencia de la nicotina y es frecuente que presenten comorbilidad psiquiátrica, lo que lleva a que sean pacientes más difíciles de tratar y les cueste más dejar de fumar (Fiore et al., 2008).

LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA DEPENDENCIA DEL TABACO

La eficacia del tratamiento psicológico de los fumadores se ha demostrado de modo sistemático en los últimos 50 años. De modo breve comentaremos la guía de Fiore et al. (2008) y la revisión de Hartman-Boyce et al. (2013) que resume las de la Cochrane Collaboration sobre los tratamientos existentes para dejar de fumar.

La guía de Fiore et al. (2008), de referencia en muchos países para conocer la eficacia del tratamiento de fumadores, indica una odds ratio (OR) de 1.7 para el consejo conductual individual y de 1.3 para el grupal. Además, a mayor tiempo de contacto (OR=3.2 para 91-300 minutos) y mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones) mayor eficacia. Dentro de las técnicas psicológicas muestran tener una OR superior a 1 las siguientes: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social fuera



del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0).

También destacaríamos que, aunque hay fármacos para dejar de fumar aplicados en contextos clínicos, cuando se autoadministran los resultados son semejantes al placebo (Pierce y Gilpin, 2002), es decir, ineficaces.

Fiore et al. (2008) también indican que los procedimientos de autoayuda, basados en técnicas psicológicas, se han extendido ampliamente. No disponemos de otras técnicas más que las psicológicas para la puesta en práctica de este tipo de procedimientos. Su principal ventaja es que llegan a muchas personas, a bajo coste, y con un nivel de eficacia razonable (OR = 1.2).

La revisión de Hartman-Boyce et al. (2013) destaca, dentro de los tratamientos farmacológicos, la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), el bupropion y la vareniclina, que han mostrado ser eficaces, habitualmente junto a consejo conductual, tratamiento psicológico, o al menos manejo clínico por parte del profesional sanitario que lo aplica (RR entre 1.60 y 2.27). Sin embargo, varios de estos fármacos tienen importantes efectos secundarios negativos.

Dentro de las intervenciones conductuales para dejar de fumar (tabla 2) destacan la terapia grupal (RR = 1.98), el consejo individual (RR = 1.36) y los procedimientos de autoayuda (RR = 1.45), entre otros.

Como hemos insistido en distintas ocasiones (Becoña, 2003; 2010), en el campo del tratamiento de los fumadores, sobre todo por parte de profesionales ajenos a la psi-

cología, se ha confundido sistemáticamente el tratamiento en grupo con el tratamiento de grupo o terapia de grupo. El primero se caracteriza por un mayor grado de dirección y de intervención del terapeuta y se centra más en las conductas individuales de cada miembro, siendo más relevante la relación de los miembros del grupo con el terapeuta. Esto significa que cada individuo es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. En modo alguno el grupo como tal es el centro del tratamiento. Por el contrario, en el tratamiento de grupo, la influencia de éste sobre sus miembros es mayor, el tratamiento está orientado a todo el grupo, y se promueven, facilitan y animan las interacciones entre sus miembros. Mientras que la finalidad del tratamiento en grupo es maximizar la eficacia del trabajo del terapeuta, la del tratamiento de grupo es potenciar la eficacia terapéutica de los procesos grupales. Desde hace años sabemos que la *terapia de grupo* es totalmente *ineficaz* para tratar a los fumadores. Lo que es *eficaz* es la aplicación grupal, o *tratamiento en grupo*, mediante técnicas psicológicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, algunas publicaciones siguen confundiendo la terapia de grupo con la terapia en grupo.

Es de notar que una de las limitaciones más importantes de estas dos revisiones es que no siempre indican quién es el profesional que ha aplicado estos tratamientos, pues en muchos casos no son psicólogos. En esta línea, existen dos revisiones recientes de la Cochrane Collaboration que llevan a confusión, al comparar el consejo conductual con la medicación, y que se comentarán en el próximo punto.

TABLA 2
PRINCIPALES RESULTADOS DE LA COCHRANE COLLABORATION PARA LA TERAPIA CONDUCTUAL

Comparación	Riesgo relativo (RR)
Terapias conductuales	
Llamadas telefónicas proactivas adicionales a la línea de ayuda para dejar de fumar versus ninguna llamada adicional a la línea de ayuda	1,37
Consejo telefónico versus no consejo telefónico	1,29
Terapia grupal versus solo autoayuda	1,98
Consejo individual versus control de mínimo contacto	1,39
Intervenciones con teléfono móvil versus no intervención o intervención menos intensiva vía teléfono móvil	1,71
Material de autoayuda versus no material	1,45
Material de autoayuda basado en el estadio versus material de autoayuda estándar	0,93
Consejo basado en el estadio versus consejo estándar	1,00
Entrevista motivacional versus consejo breve/atención habitual	1,27
Intervención de pareja versus intervención sin apoyo de la pareja	0,99
Combinación de terapia conductual y farmacoterapia	
Incremento del apoyo conductual + farmacoterapia versus menos o no apoyo conductual + farmacoterapia	1,16
Farmacoterapia + intervención conductual versus atención habitual/autoayuda/consejo breve	1,82

Fuente: Hartman-Boyce et al. (2013).



LA COMBINACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON EL FARMACOLÓGICO

Dada su eficacia, es habitual, recomendable y a veces así lo sugieren las guías clínicas, que se añada tratamiento psicológico o consejo conductual al tratamiento farmacológico (Ranney, Melvin, Lux, MacClain y Lohr, 2006). Además, casi todos los ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar incluyen técnicas de consejo derivadas de las psicológicas o incluso un tratamiento psicológico en sí. Esto ha llevado, erróneamente, a que muchos clínicos piensen que lo mejor para dejar de fumar es una combinación de fármaco y consejo/tratamiento conductual o psicológico.

La revisión de Ingersoll y Cohen (2005) sobre este tema indica que hay pocos estudios que hayan analizado esta cuestión. De los 15 estudios revisados (11 combinan fármacos de primera elección con tratamientos conductuales y 4 combinan fármacos con tratamientos conductuales), no se puede concluir que los tratamientos combinados sean más eficaces que el uso de tratamientos conductuales en solitario. Indican textualmente que "tomados juntos, estos estudios sugieren que algunas formas de consejo, tales como las basadas en los principios de las terapias breves efectivas, y el uso de técnicas de terapia cognitiva-conductual, pueden mejorar las ganancias producidas con los fármacos de primera línea para dejar de fumar en los fumadores de la población general" (p. 1929). El problema de todo lo anterior es que se mezclan consejo conductual, tratamiento cognitivo-conductual, distintos tipos de profesionales que lo aplican, distintas muestras de pacientes (población general, heroinómanos, pacientes de atención primaria, etc.), lo que hace difícil la comparación y extraer conclusiones consistentes. Además, existe un importante problema en la aplicación de los tratamientos farmacológicos como es su elevado coste. En todos los casos ha de ser el fumador quien los costee, a diferencia de los ensayos clínicos en los que suelen ser gratuitos, e incluso remunerados en parte, lo que complica la generalización de los resultados al contexto clínico. A todo lo anterior hay que añadir los efectos secundarios de muchos fármacos para dejar de fumar. Esto lleva a que un porcentaje significativo de fumadores abandone su uso o no los pueda utilizar.

Un gran número de estudios indica que no existe suficiente evidencia sobre la combinación de un tratamiento psicológico para dejar de fumar y un fármaco "eficaz" para dejar de fumar mejore la eficacia de usar sólo el tratamiento psicológico (Fernández, García-Vera y Sanz, 2014; García y Sanz, 2006; Secades, Díez y Fernández, 2009). Así, estudios recientes llevados a cabo en España indican que lo habitual es que los fármacos

no incrementen la eficacia de un tratamiento psicológico aplicado en solitario. Secades-Villa et al. (2009) compararon la utilización del parche de nicotina añadido o no al consejo, autoayuda y tratamiento psicológico. Los resultados indicaron claramente que el parche de nicotina no implicaba una mayor eficacia que usar sólo consejo (abstinencia a los 12 meses: 12,9% consejo, 12,5% consejo + parches), autoayuda (27,6%, autoayuda, 30,9% autoayuda + parches) o tratamiento psicológico (41,4% tratamiento psicológico, 40,0% tratamiento psicológico + parches). En este último caso, al año de seguimiento, la eficacia del tratamiento psicológico solo o combinado con parches de nicotina resultó aproximadamente la misma. En la misma línea, Fernández et al. (2014) también encontraron que los parches de nicotina no aumentaban la eficacia de un tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar.

Finalmente, en el estudio de Spring et al. (2007) compararon fumadores eufímicos, con o sin historia de depresión mayor, utilizando un grupo de placebo + tratamiento conductual en grupo y otro de fluoxetina + tratamiento conductual en grupo. El tratamiento psicológico incluía técnicas cognitivo-conductuales, junto con técnicas de entrevista motivacional y técnicas de prevención de la recaída y manejo del craving. A los 6 meses, en el grupo con historia de depresión mayor había un 20% de abstinencia en el grupo de fluoxetina y un 40% en el placebo, mientras que el grupo de fumadores sin historia de depresión mayor había un 30% con fluoxetina y un 49% con placebo. Esto significa que con sólo tratamiento psicológico había un 49% de abstinencia a los 6 meses y que la fluoxetina interfiere con la eficacia del mismo. Consideramos que esto ocurre porque el tratamiento psicológico está estructurado, se aplican técnicas eficaces y se adecua a las conductas del fumador en las fases por las que pasa el proceso de dejar de fumar.

¿CUÁNDO ES EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EL DE ELECCIÓN PARA LOS FUMADORES?

Los tratamientos psicológicos se han utilizado con todo tipo de fumadores, ya que independientemente de su nivel de dependencia, sexo, edad, etc., son eficaces (Fiore et al., 2008). Aunque el tratamiento psicológico de fumadores funciona para cualquier fumador, o para un fumador sin patología asociada, es cierto que se han desarrollado o se han analizado intervenciones específicas para grupos concretos de fumadores que destacan por su relevancia clínica o por sus características en los que el tratamiento de elección es el psicológico. Veremos algunos de estos casos.



En mujeres fumadoras embarazadas, el tratamiento de primera elección es el psicológico (Fiore et al., 2008, Le Foll et al., 2005) y los tratamientos farmacológicos sólo deben utilizarse cuando fallan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos. El tratamiento psicológico no tiene efectos secundarios; los fármacos para dejar de fumar hasta ahora comercializados sí los tienen, lo que los convierte en contraindicados en mujeres gestantes.

Lo mismo ocurre en jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar (Becoña, 2006), aquellos que han acudido a tratamiento han conseguido dejar de fumar sólo con tratamientos cognitivo-conductuales (Sussman, Sun y Dent, 2006). La utilización de fármacos (parches de nicotina) no incrementa la eficacia de aplicar solo el tratamiento conductual (ej., Stotts, Roberson, Hanna y Smith, 2003). Los tratamientos más utilizados en ellos han sido el entrenamiento en autocontrol, en habilidades de afrontamiento, en solución de problemas y en técnicas de incremento de la motivación para afrontar adecuadamente el síndrome de abstinencia.

En personas mayores en muchos casos la única alternativa para dejar de fumar es un tratamiento psicológico, dado el riesgo que puede tener en algunos de ellos consumir ciertos fármacos para dejar de fumar. En ellos el tratamiento psicológico es eficaz (Fiore et al., 2008), tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. La misma eficacia se encuentra en pacientes hospitalarios, aunque en muchos se han usado en forma de consejo conductual o consejo sanitario por parte de otros profesionales. Los resultados indican que estas intervenciones son eficaces cuando el nivel de intervención es alto (intensidad 4 en la revisión de Rigotti, Munafo, Murphy y Stead, 2012), que ocurre en aquellos casos en los que se aplica consejo de tipo conductual, solo o combinado con otras estrategias, independientemente del tipo de trastorno por el que están hospitalizados. Donde el tratamiento psicológico es especialmente eficaz es en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria; en el meta-análisis de Barth, Critchley y Bengel (2006) obtienen una OR de 1.95.

¿QUÉ HACER CON LA COMORBILIDAD?

Un grupo de gran interés actualmente es el de los pacientes psiquiátricos fumadores (Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004). Sabemos que las personas que padecen un trastorno mental tienen una mayor probabilidad de ser fumadores, por lo que se les debería recomendar dejar de fumar (Ranney et al., 2006). A ellos, podemos aplicarles los mismos tratamientos que a un fumador sin comorbilidad psiquiátrica, junto a su tratamiento habitual.

Sabemos que la nicotina tiene una clara función antidepresiva (Salín-Pascual et al., 1996). En un gran número de estudios que se han realizado en los últimos años se ha evidenciado una importante relación entre fumar y depresión (ej., Luger, Suls y Vander Weg, 2014), así como el hecho de que en los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor (Wilhelm, Wedgwood, Niven y Hay-Lambkin, 2006) lo que está relacionado con un peor pronóstico en el abandono del tabaco. Hughes (2008) ha sugerido que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva o alguna causa genética. En un estudio reciente de nuestro grupo (Becoña, López-Durán, Fernández del Río y Martínez, 2014) es la historia previa de depresión la que explica el descenso de la eficacia del tratamiento en los últimos años.

Algo semejante a lo indicado para la depresión ocurre con los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, Johnson et al. (2000) evaluaron en una muestra representativa de jóvenes de Nueva York la prevalencia de consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22. Encontraron relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana como agorafobia (OR = 6.79), trastorno de ansiedad generalizada (OR = 5.53) y trastorno de pánico (OR = 15.58). Sin embargo, no encontraron relación con el trastorno de ansiedad social (OR = 0.44). Esto les llevó a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado de convertirse en fumadores crónicos durante la adultez joven. En la línea de lo anterior, los estudios encuentran consistentemente una relación entre fumar y tener mayor número de ataques de pánico (Moylan, Jacka, Pasco y Berk, 2012).

Por todo ello, el psicólogo tiene los conocimientos técnicos adecuados para aplicar en estos pacientes un tratamiento dirigido a ambos trastornos.

¿POR QUÉ NO SE UTILIZA MÁS EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON LOS FUMADORES SI ES TAN EFICAZ?

Hace 10 años, en estas mismas páginas (Becoña, 2003), indicábamos una serie de barreras que impedían la implantación del tratamiento psicológico para el tratamiento



de los fumadores, como eran: 1) la situación de la psicología clínica dentro del sistema sanitario, 2) la no publicitación de los tratamientos psicológicos efectivos para los distintos trastornos; 3) la publicitación, a veces sesgada, de la eficacia de la terapia farmacológica, 4) el interés de la industria farmacéutica por comercializar sus productos, sin considerar la existencia de otros tratamientos alternativos igual o más eficaces; y 5) el deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo. A día de hoy estas barreras se mantienen o han aumentado.

En relación al campo médico, desde distintas especialidades, auspiciadas por laboratorios farmacéuticos que comercializan fármacos para dejar de fumar, han hecho una labor continua, persistente e interesada, y a veces poco ética, de confusión y descafeinamiento de los tratamientos psicológicos eficaces. En España hemos estado luchando porque el término "apoyo psicológico" no fuera utilizado por parte de profesionales no psicólogos, acordándose que ellos utilizarían el término "consejo sanitario" (CNPT, 2008). Pero sistemáticamente volvemos a la misma situación, ya que en el último documento de consenso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (Carmarrelles et al., 2013), se ningunea el tratamiento psicológico incluyendo conceptos tan confusos como soporte psicológico, estrategias conductuales, intervención psicosocial, pero sin mencionar en ningún momento la palabra tratamiento psicológico y sin que ningún psicólogo participase en su elaboración. La introducción de palabras ambiguas en ese documento podría interpretarse como una intromisión perversa en el campo psicológico.

En relación a los laboratorios farmacéuticos no cabe duda que su interés es vender lo máximo posible, publicitando sus productos como "cuasi-milagrosos", no considerando otros tratamientos que son eficaces y financiando estudios, congresos, reuniones e, incluso a personas del propio campo de la psicología para que apoyen la utilización de estos productos (Norris, Holmer, Ogden y Burda, 2011). Esto lleva en la práctica a un bloqueo de todo lo relacionado con el tratamiento psicológico y su devaluación al utilizar términos como "apoyo", "consejo", etc., con la idea de que sea realizado por un profesional no cualificado (médico o enfermera), no por un psicólogo.

Al mismo tiempo, la administración sanitaria ha dejado de invertir en el tratamiento de los fumadores, los psicólogos han sido apartados de la asistencia a los fumadores, con la excepción de las Unidades de Conductas Adictivas o Drogodependencias, en la que también ha habido un claro retroceso de la psicología frente al fuerte movimiento biologicista actual.

También tenemos que hacer autocrítica desde la propia psicología, la cual no ha prestado la atención que merece este tema prioritario a nivel de salud pública. No olvidemos que el tabaquismo representa el 15% del total del gasto sanitario (unos 15.000 millones de euros cada año). Con frecuencia, tenemos que discutir con otros psicólogos que sostienen que lo más eficaz para dejar de fumar es un tratamiento combinado psicológico y farmacológico.

Otro elemento que sigue siendo fuente de conflicto en España es la visión cortoplacista de algunos profesionales sanitarios que creen que ellos pueden tener un nuevo campo profesional en el tratamiento de los fumadores, cuando no es su campo de especialización, tal es el caso de algunos neumólogos que no son expertos en adicciones y que creen que pueden tratar a los fumadores como si su adicción al tabaco fuese el resultado de una "desregulación cerebral".

Todo lo anterior ha influido muy negativamente en la implantación del tratamiento psicológico, de ahí que se haya impuesto en la literatura científica el concepto de "consejo conductual". Éste recoge las técnicas del tratamiento psicológico, que suelen ser aplicadas por no expertos, por lo que los resultados de eficacia van a ser más bajos que si se llevaran a cabo por un psicólogo.

Finalmente, debemos tener presente que las personas en nuestra sociedad prefieren soluciones mágicas e inmediatas. Muchas personas quieren encontrar la solución a sus problemas con una pastilla; lo mismo ocurre con el tema del tabaco.

En suma, nos queda mucho por hacer tanto en la sociedad en general como dentro del propio ámbito profesional de la psicología. No debemos olvidar que los psicólogos somos los que hemos desarrollado las técnicas de entrevista motivacional, de deshabitación psicológica (tratamiento conductual) y de prevención de la recaída, aspectos clave en el tratamiento de las adicciones.

¿QUÉ DEBEMOS HACER PARA POTENCIAR LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LOS FUMADORES?

En el campo psicológico pocos temas han sido fáciles y no siempre se reconoce la eficacia de las intervenciones psicológicas en temas como la depresión, la esquizofrenia, el tabaco y otras adicciones, entre otros. Nuestros pacientes y usuarios están satisfechos con nuestras intervenciones, aunque no se adecuan a la idea de la "varita mágica" que muchos laboratorios farmacéuticos venden a los fumadores. Con el mensaje inicial de que con "una" pastilla dejarán de fumar, no



les explican que el tratamiento es duradero y costoso. En la práctica, el tratamiento psicológico es fundamental y más aún por la comorbilidad que cada vez está más presente en los fumadores. Ante este panorama va a ser difícil que se publicite el tratamiento psicológico, pero aún así tenemos que hacer ver que lo que hacemos es eficaz y eficiente.

En los últimos años, en los países más desarrollados, es más frecuente que fumen las personas con menor nivel educativo y mayores niveles de pobreza (Schroeder, 2013) y en las personas con trastornos mentales. Estas últimas tienen una esperanza de vida 8 años menor que la población general, siendo el consumo de tabaco el responsable en buena parte de esta diferencia, por lo que dejar de fumar es fundamental para ellos (Taylor, McNeill, Girling, Farley, Lindson-Hawley y Aveyard, 2014). Es nuestra obligación ayudarles.

Son varios los pasos que consideramos que hay que dar para potenciar los tratamientos psicológicos en los fumadores:

- 1) Dar a conocer que el tratamiento psicológico para dejar de fumar es un tratamiento eficaz, racional y barato. No hay ninguna duda, por lo que hemos comentado, que el tratamiento psicológico para los fumadores es un tratamiento de primera elección, esto es, es eficaz y eficiente. El que no esté implantado en el sistema sanitario impide un mayor conocimiento del mismo.
- 2) Publicitar más nuestro trabajo, nuestros resultados, ya que la "competencia" de la industria farmacéutica lo hace a diario. De ahí que sea preciso difundir más lo que hacemos, los resultados que obtenemos y el intenso trabajo que se realiza con los fumadores.
- 3) Insistir que el tratamiento psicológico es muy potente, resuelve problemas de las personas, hace que estas reduzcan su sufrimiento y, en el caso del tabaco, el dejar de fumar hace que la calidad de vida se incremente considerablemente.

A pesar de nuestra larga historia en el tratamiento de los fumadores, tras más de 50 años de eficacia, seguimos teniendo un gran reto por delante.

REFERENCIAS

Barth, J., Critchley, J. y Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 10-20.

Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.

Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (Ed.) (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Iraurgi, J., Llorente, J. M., et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profiles of smokers seeking cessation treatment and its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-2010. *BMC Public Health*, 14, 613.

Camarelles, F., Dalmau, R., Clemente, L., Díaz-Maroto, J. L., Lozano, A., Pinet, C., et al. (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140, 1-12.

Collins, L. M., Baker, T. M., Mermelstein, R. J., Piper, M. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., et al. (2011). The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 208-226.

CNPT (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.

Fernández, I. G., García-Vera, M. P. y Sanz, H. (2014). Cuanta más psicología mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. *Clínica y Salud*, 25, 1-10.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.

García, M. P. y Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitiva-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.

Hartmann Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K., y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108, 1711-1721.

Hernández-García, I., Sáenz-González, M. C. y Gonzá-



- lez-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hughes, J. R. (2008). An algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 426-432.
- Ingersoll, K. S. y Cohen, J. (2005). Combination treatment for nicotine dependence: State of the Science. *Substance Use & Misuse*, 40, 1923-1948.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 284, 2348-2351.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Le Foll, B., Melihan-Cheinin, P. M., Rostoker, G., y Lagrue, G. (2005). Smoking cessation guidelines. Evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry*, 20, 431-441.
- Luger, T. M., Suls, J. y Vander Weg, M. W. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors*, 39, 1418-1429.
- Martín-Moreno, J. M., Soerjomataram, I. y Magnusson, G. (2008). Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1390-1403.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A. y Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 10, 123.
- Norris, S. L., Holmer, H. K., Ogden, L. A. y Burda, B. U. (2011). Conflict of interest in clinical practice guideline development: A systematic review. *Plos One*, 6, e25153.
- Pierce, J. P. y Gilpin, E. A. (2002). Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA*, 288, 1260-1264.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. y Lohr, K. N. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., Murphy, M. F. G. y Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Salín-Pascual, R.J., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B.L. y Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 387-389.
- Schroeder, S. A. (2013). New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *The New England Journal of Medicine*, 368, 389-390. doi:10.1056/NEJMe1213751
- Secades, R., Díez, A. B. y Fernández, J. R. (2009). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., McChargue, D., Cook, J., Bailey, K. et al. (2007). Fluoxetine, smoking, and history of major depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 85-94.
- Stotts, R. C., Roberson, P. K., Hanna, E. Y. y Smith, C. K. (2003). A randomised clinical trial of nicotine patches for treatment of spit tobacco addiction among adolescents. *Tobacco Control*, 12 (Supl. 4), 11-15.
- Sussman, S., Sun, P. y Dent, C. W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology*, 25, 549-557.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. y Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, epub. doi: 10.1136/bmj.g1151.
- Tiffany, S. T., Conklin, C. A., Shiffman, S. y Clayton, R. R. (2004). What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*, 99 (Supl. 1), 78-86.
- U. S. D. H. H. S. (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H. y Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-197.
- World Health Organization (2009). *WHO Tobacco Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Suiza: Autor.



TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS (PCIT)

PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY (PCIT)

Rafael Ferro García y Lourdes Ascanio Velasco
Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) es una terapia breve para tratar los problemas de conducta en la infancia. Es un tratamiento que está demostrado válido empíricamente y puede ser considerada como un tratamiento bien establecido para tratar conductas problema en la infancia según las normas de la APA. Este trabajo expone sus características principales, sus componentes clínicos, y los factores que afectan a la efectividad. Hace una revisión de la literatura existente de las investigaciones sobre su efectividad y eficacia. También, se exponen las últimas adaptaciones en diferentes contextos, formatos, problemas y distintas poblaciones.

Palabras Clave: Terapia de interacción padres-hijos (PCIT), Conductas disruptivas, Efectividad, Eficacia, Adaptaciones.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a brief therapy for treating behavioral problems in childhood. It is a treatment that has been proven to be empirically valid and can be considered a well-established treatment for disruptive behavior in childhood according to the APA guidelines. This paper presents its fundamental characteristics, the clinical components, and the factors affecting effectiveness. It also reviews the literature of research on the effectiveness and efficacy of PCIT. Recent adaptations in different contexts, formats, problems and populations are also presented.

Key Words: Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Disruptive behaviour, Effectiveness, Efficacy, Adaptations.

Los problemas de conducta disruptiva en la infancia son muy frecuentes actualmente, con una prevalencia de 6,9% en niños y un 2,4% en niñas de 5 a 10 años (Robles y Romero, 2011). En general, la frecuencia de los problemas de indisciplina varían entre un 5 y 8% de los niños (Barkley y Benton, 2000). Este tipo de problemática agrupa dificultades como: la desobediencia, la oposición, la agresividad, el trastorno negativista desafiante (TND), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno disocial (TD). Como consecuencia, pueden derivar en una inadaptación social, familiar y/o escolar.

El enfoque de tratamiento más usado desde los años 70, son los programas de entrenamiento de padres (EP). Existen distintas revisiones (Luiselli, 2009; Rey, 2006; Robles y Romero, 2011) que analizan sus características, componentes y resultados. La mayoría de EP se basan en: por un lado, la mejora en la capacitación en las habilidades de crianza parental (conocimiento del desarrollo infantil, técnicas para el manejo de conductas problema del niño, habilidades de resolución de problemas) y por otro, el fortalecimiento personal de los padres (habilidades sociales, manejo del estrés y control de la ira). En la revisión

realizada por Robles y Romero (2011), sobre la eficacia del entrenamiento de padres de niños con problemas de conducta, se distinguen dos orientaciones teóricas: la aproximación "conductual" y la aproximación "basada en las relaciones interpersonales". La diferencia entre ambas radica en el tipo de intervención, mientras que los programas con una aproximación conductual basan su intervención en técnicas de modificación de conducta, la aproximación "basada en las relaciones interpersonales" dirige su intervención a los procesos de interacción familiar y a la comunicación. Utilizando los hallazgos de un amplio número de estudios publicados entre 1989 y 2009, concluyen que los programas de EP con una aproximación conductual son considerados como una alternativa útil y eficaz frente a otras modalidades. Además, según Robles y Romero (2011), hay algunos autores que sugieren que la eficacia se puede ver incrementada si se complementan estos programas con habilidades de comunicación, empatía y solución de conflictos interpersonales, mejorando de esta manera la calidad del funcionamiento familiar. Según Rey (2006) no quedan claros cuáles son los componentes, los mecanismos y los factores que determinan el éxito de estos programas. Además, la principal limitación de éstos es la elevada tasa de abandonos, en torno al 40-60%, aunque en programas bien organizados los abandonos se reducen notablemente (Robles y Romero, 2011).

Correspondencia: Lourdes Ascanio Velasco. Centro de Psicología Clínica CEDI. Avda. Constitución 25, 7 Izda. 18014 Granada. España. E-mail: psicolou22@hotmail.com
Web site: <http://www.cop.es/colegiados/GR00777>



El programa de Barkley (Barkley, 1997; Barkley y Benton, 2000) es uno de los EP con una aproximación conductual más utilizados. Se compone de unos objetivos generales y de una lista de 10 pasos. Greco y Eifert (2004) realizaron una revisión de éste señalando que la eficacia de estos trabajos ha sido probada en muchos estudios frente a condiciones de control experimental y con otros tratamientos. Pero cuando existe comorbilidad con TND/TDAH, han demostrado resultados más pobres en cuanto a la eficacia de estas intervenciones. Para estas autoras, es necesaria una intervención idiográfica adaptada a cada nivel familiar del conflicto, ya que los paquetes de intervención nomotéticos tienen peores resultados.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg, 1988, 1999; Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011) se encuadra dentro de la aproximación conductual e incorpora en su intervención la resolución de problemas y las habilidades de comunicación. Además, es una intervención validada empíricamente para reducir las conductas disruptivas y la desobediencia en niños (McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999). También ha sido considerada como un tratamiento basado en la evidencia en 2009 por Substance Abuse and Mental Health Services Administration, entre otras agencias (Shinn, 2013). Y puede ser considerada como una tratamiento bien establecido para tratar conductas problema en la infancia y para TND, ya que sigue los criterios mantenidos en el informe de la División 12 de la APA (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

El presente trabajo expone una revisión crítica de la literatura existente sobre PCIT. Las fuentes bibliográficas que se han usado han sido sus propios manuales y la literatura expuesta en las webs de la terapia (www.pcit.org, y <http://pcit.phhp.ufl.edu/>).

TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS

La Terapia de Interacción Padres-hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT) es una terapia breve para tratar problemas de conducta de la infancia. Surge a final de los años 80 (Eyberg, 1988). En la actualidad tiene varios manuales: la primera edición del manual donde se expone el programa (Hembree-Kigin y McNeil, 1995), otro, donde se presentan escalas de evaluación y material para el trabajo (Eyberg, 1999) y una segunda edición del manual donde se actualiza el programa y se describen las nuevas aplicaciones (McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

En los manuales de PCIT, se reconoce la influencia de otras fuentes terapéuticas como la terapia de juego tradicional, los métodos operantes y la influencia de los trabajos de Hanf de intervenciones en vivo con los padres. En general, la idea de la que se parte es la de generar una relación parental saludable y asertiva con un estilo de comunicación claro y marcando límites en la educación. Además, es necesario intervenir adecuándose al desarrollo del niño, ya que muchos de los problemas de la interacción padre-hijo están relacionados con objetivos de autonomía y expectativas de desarrollo inapropiadas de los padres. PCIT mantiene que los problemas que presentan los niños se establecen a través de sus interacciones tempranas con sus padres, y que de la misma manera que esa influencia negativa se establece, también ésta es la manera más potente de influir de forma positiva. El comportamiento más natural del niño es el juego y es el principal medio a través del cual el niño desarrolla habilidades de resolución de problemas. La propuesta es convertir a los padres en los propios agentes de cambio enseñándoles, a través del juego y en vivo, a conseguir un rol parental positivo y unas habilidades de modificación de conducta. La diferencia fundamental de PCIT con otros programas de entrenamiento radica en su intervención en vivo a través del juego.

CARACTERÍSTICAS

En la aplicación de PCIT se parte de una filosofía no juiciosa y positiva sobre los problemas de conducta. Como se ha expuesto anteriormente, una de las características de la terapia es el entrenamiento directo de padres e hijos conjuntamente y en vivo, corrigiendo los errores de los padres y adaptándose a las idiosincrasias de cada caso, presentando modelos de actuación y moldeando a los padres, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Se usan los datos que se recogen para guiar el tratamiento. Se parte que algunos problemas se originan en demandas no adaptadas al desarrollo infantil por parte de los padres. Se interviene de forma muy temprana, ya que tiene un mejor pronóstico. La terapia se centra en patrones de interacción o clases de respuestas más que en conductas concretas. Es una terapia útil para una serie de problemas como: desobediencia, agresiones verbales, crueldad con los animales, agresiones físicas, mentiras, problemas de conducta en clase, niños con tendencias incendiarias, hiperactividad, conductas destructivas, familias de hijos de relaciones anteriores, robos, conductas auto-lesivas, quejas y llantos, secuelas



de abuso, baja autoestima, mal humor, perfeccionismo, retraso en el desarrollo, aceptación de separaciones, y ansiedad por separación (Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

La novedad de PCIT radica en que es una intervención idiográfica, adaptada a cada problema y en la que se trabaja conjuntamente con los padres y el niño en vivo, como se ha dicho antes. Este entrenamiento se realiza a través de un equipamiento técnico que permita observar a lo largo de la intervención la interacción de la familia y darle feedback inmediata. Este equipamiento puede variar dependiendo de los medios que se dispongan: desde el uso de espejos unidireccionales, tabletas y teléfonos móviles con aplicaciones de comunicación en video a través de internet, hasta emisoras de radio escucha o Walkie-talkies, auriculares o pinganillos, y cámaras de video, etc. Los autores de este trabajo utilizan ordenadores con programas como SKIPE y teléfonos con Bluetooth para el entrenamiento en vivo.

PCIT se ha aplicado en diferentes problemas, como Trastorno Negativista Desafiante (Ferro, Vives y Ascanio, 2010; Hood y Eyberg, 2003; McNeil, Capage, Bahl, y Blanc, 1999, entre otros) y en otros problemas con una comorbilidad con TND: Déficit de Atención e Hiperactividad (Matos, Bauermeister y Bernal 2009; Verduin, Abikoff y Kurtz, 2008; Wagner y McNeil, 2008), Retraso Mental (Bagner y Eyberg, 2007), Autismo (Solomon, Ono, Timmer y Goodlin-Jones, 2008), Síndrome Asperger (Armstrong y Kimonis, 2013), Ansiedad por separación (Chase y Eyberg, 2008; Choate, Pincus, Eyberg y Barlow, 2005; Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, 2008), Depresión infantil (Luby, Lenze y Tillman, 2012), cáncer (Bagner, Fernández y Eyberg, 2004), problemas de audición (Shinn, 2013), niños prematuros (Bagner, et al. 2009, 2012), niños maltratados y la prevención de maltrato (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2011; Urquiza y Timmer, 2014), con problemas del lenguaje (Allen y Marshall, 2011); con familias expuestas a la violencia (Timmer, Ware, Urquiza y Zebell, 2010), con sordera (Shinn, 2013), madres con depresión (Timmer, et al., 2011) y con una historia de comportamiento antisocial (Rhule, McMahon y Spieker, 2004); a diversos grupos culturales y lingüísticos, como familias de habla hispana (Borrego, Anhalt, Terao, Vargas y Urquiza, 2006), chinas (Leung, Tsang, Heung y Yiu, 2009), afroamericanas (Capage, Benet, McNeil, 2001; Fernández, Butler y Eyberg, 2011), sudamericanas (McCabe y Yeh, 2009; McCabe, Yeh, Lau, y Argote, 2012) y a indios nativos (BigFoot y Funderburk, 2011).

COMPONENTES CLÍNICOS FUNDAMENTALES

Los objetivos son incrementar las conductas pro-sociales a través de la atención de los padres y decrementar las conductas indeseables, ignorándolas. Hay dos componentes clínicos o fases. En la primera fase, el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva, denominada Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI). Su objetivo es establecer una relación amorosa y cariñosa entre el padre y el hijo. Los padres son ayudados a reconocer las cualidades positivas del niño y a estimular su desarrollo, partiendo de lo que el niño hace. En esta fase se proponen unas habilidades que hay que poner en práctica, a través del acrónimo PRIDE (Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enthusiasm). Entendiendo éstas como: *Elogiar*: Realizar una verbalización que exprese un juicio favorable de una actividad, resultado o atributo del niño; *Parafrasear*: repetir de manera inmediata la verbalización del niño, se puede repetir exactamente lo que ha dicho el niño o utilizar sinónimos; *Imitar*: Realizar una actividad igual o similar a la que está haciendo el niño de manera inmediata; y *Describir*: verbalizar frases que aludan a los objetos y/o personas presentes en la situación o actividad que se esté dando durante la interacción; y en general tener *entusiasmo* realizando estas tareas. Además, se recomienda evitar: dar órdenes, hacer preguntas y/o criticar. En la tabla 1 se apuntan los pasos para enseñar CDI. Primero se exponen los objetivos de CDI. Se explican cómo deben ser los 5 minutos de trabajo en casa con su hijo cada día. Se describe lo que se debe evitar y las habilidades PRIDE a realizar. Se presentan modelos de todas estas habilidades combinadas y se entrena a los padres a través de role-playing antes de empezar a interactuar con el niño. Se les explica la lógica del juego en la casa y se le asignan tareas.

TABLA 1 PASOS PARA ENSEÑAR HABILIDADES CDI (MCNEIL Y HEMBREE-KIGIN, 2012)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar las tareas para casa 2. Describir los objetivos para CDI 3. Discutir los 5 minutos de practica diaria en casa 4. Explicar y presentar modelos de las conductas a evitar 5. Explicar y presentar modelos de las habilidades a realizar 6. Discutir el uso de la atención estratégica 7. Discutir el uso de ignorar selectivamente 8. Modelar todas las habilidades combinadas 9. Entrenar a los padres a través de role-play 10. Discutir la lógica de la terapia de juego en el hogar 11. Asignar nuevos trabajos para casa



El segundo componente o fase es llamado Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI) y se centra en estrategias de disciplina. Los padres son enseñados a cómo dirigirse a sus hijos y cómo aplicar consecuencias consistentes a sus conductas. En la Tabla 2, se exponen los pasos para enseñar PDI. Consistirían en: explicar los ejercicios de cumplir órdenes y cómo deben realizarse. Explicar y discutir con los padres cómo dar instrucciones. Llegar a un acuerdo con los padres para definir cuando el niño es obediente. Analizar y acordar las consecuencias de la obediencia y la desobediencia. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz. También se entrena a los padres antes de intervenir, a través de role-playing, las habilidades de disciplina.

En general, el orden de estos dos componentes o fases se puede alterar dependiendo del análisis que se haga del problema. Por ejemplo, en niños excesivamente agresivos se empezaría el entrenamiento con PDI.

Se comienza evaluando a través de la observación de la interacción padre-hijo en tres situaciones que varían en el grado de control parental que requieren: una situación de juego dirigida por el niño, es decir el niño elige el juego y qué hacer, otra situación dirigida por el padre/madre y una situación de "limpieza" de la sala de juegos. La sesión se suele grabar con permiso de los padres para que el te-

rapeuta pueda analizar qué ocurre durante la interacción. Durante la intervención se graban las sesiones con una cámara de video fija colocada en la sala de juegos y además, se utilizan estos equipamientos técnicos descritos anteriormente para observar, elogiar, moldear y corregir a tiempo real a los padres durante toda la intervención.

El número de sesiones terapéuticas necesarias va a depender de la rapidez en que aprendan las habilidades los padres y del tipo de problema que presente el niño. El tratamiento se aplica entre 8 y 12 sesiones, con sesiones extras si son necesarias, y un seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses. El curso típico de tratamiento de PCIT tendría los siguientes pasos (ver Tabla 3). El Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión). Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones). Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión). Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones). Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones). Paso 7: Sesiones extraordinarias si son necesarias y seguimiento.

FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD DE PCIT

Hay algunos factores que influyen en la efectividad de PCIT (Hembree-Kigin y McNeil, 1995). A nivel infantil, una edad del niño comprendida entre 2 y 7 años y que tenga buen lenguaje comprensivo, la incrementan. Un factor en el niño que decrementa la efectividad es que muestre un trastorno de desarrollo grave. Entre los factores de los padres que incrementan la efectividad, están que tengan una fuerte motivación y un CI promedio o alto. Y al contrario, si los padres presentan abuso de sustancias, psicopatologías severas, y/o retraso mental, la decrementan. No se recomienda la aplicación de esta terapia con padres que tienen alta resistencia al tratamiento. En cuanto a los factores familiares que disminuyen la efectividad son: caos familiar y desacuerdos graves.

MEDIDAS DE EVALUACIÓN

De la investigación de PCIT han surgido varias escalas (Hembree-Kigin y McNeil, 1995; McNeil y Hembree-Kigin, 2011): el Inventario Eyberg de Conducta Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI), el Inventario Sutter-Eyberg de la Conducta en la Escuela (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory, SESBI), el Sistema de Codificación Diádica de la Interacción Padre-Hijo (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System Observation,

TABLA 2 PASOS PARA ENSEÑAR HABILIDADES PDI (MCNEIL Y HEMBRE-KIGIN, 2012)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el uso de ejercicios de obediencia 2. Discutir cómo dar instrucciones efectivas 3. Determinar cuándo el niño obedece 4. Discutir las consecuencias de la obediencia 5. Discutir las consecuencias de la desobediencia 6. Explicar cómo se hace un Tiempo Fuera eficaz 7. Entrenar a los padres las habilidades de disciplina

TABLA 3 PASOS EN EL CURSO TÍPICO DE PCIT (HEMBREE-KIGIN Y MCNEIL, 1995)
<p>Paso 1: Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones)</p> <p>Paso 2: Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión)</p> <p>Paso 3: Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones)</p> <p>Paso 4: Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión)</p> <p>Paso 5: Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones)</p> <p>Paso 6: Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño (1 ó 2 sesiones)</p> <p>Paso 7: Seguimiento y Sesiones extraordinarias si son necesarias</p>



DPICS) y el Inventario de Actitud hacia la Terapia (Therapy Attitude Inventory, TAI).

El Inventario ECBI es un auto-registro para padres que mide la conducta problema de niños de 2 a 16 años. Se obtienen dos puntuaciones: una estima la frecuencia con la que aparece un listado de conductas problema (Puntuación de Intensidad) y otra mide si esas conductas son percibidas por los padres como un problema (Puntuación de Problemas). Además, este inventario permite identificar las expectativas de los padres respecto al comportamiento de su hijo. Este inventario fue validado empíricamente (Eyberg y Ross, 1978)

El Inventario SESBI cuenta con la misma estructura que el ECBI, pero adapta sus ítems a conductas que muestra el niño en el colegio y es registrado por el profesor/a.

El Sistema de Codificación DPICS mide la calidad de la interacción del padre y su hijo. Se registran las conductas y verbalizaciones de los padres y del niño en 3 situaciones de 5 minutos cada una, que varían en el grado de control parental que requiere la interacción: una Interacción Dirigida por el Niño, una Interacción Dirigida por el Padre y una situación de "limpieza" de la sala de juegos.

El Inventario de TAI es un registro para padres que mide la satisfacción hacia la terapia a través de 10 ítems. Se suele aplicar en el post-tratamiento.

Actualmente, los inventarios han sido actualizados. Sus versiones revisadas pueden obtenerse a través de la página web de PCIT.

ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD Y EFICACIA

Hay una gran cantidad de estudios empíricos en PCIT. En este trabajo no se expone una revisión exhaustiva de toda la literatura por problemas de espacio, aquellos que se describen a continuación han sido seleccionados por presentar resultados estadísticamente significativos y/o por su rigurosidad metodológica.

Uno de los primeros estudios sobre efectividad de PCIT (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb y Funderburk, 1993), compara dos grupos de tratamiento con niños que presentaban problemas de conducta (TDAH y TND). Los grupos se diferencian en el orden de las fases, uno comienza con CDI y el otro con PDI. Los resultados pre-post presentan mejoras estadísticamente significativas en todas las medidas de los cuestionarios (conductas problema, obediencia, estrés parental), aunque no hay diferencias significativas entre ambos grupos. En esta misma línea de investigación, el estudio de Eyberg, et al. (2001)

mide los efectos del tratamiento de conductas problema en dos grupos alterando las fases de inicio con un seguimiento de 1 y 2 años, con unos resultados que muestran mejoras estadísticamente significativas y mantenidas durante ese seguimiento.

El estudio de efectividad con más seguimiento fue el de Hood y Eyberg (2003), donde aplican PCIT a 50 familias con niños con TND y miden el seguimiento entre 3 y 6 años. Los resultados muestran mejoras estadísticamente significativas tanto en el comportamiento de los niños como en el de los padres, en el post-tratamiento y en el seguimiento. En otro estudio de efectividad con un largo seguimiento (Pade, Taube, Aalborg y Reiser, 2006) aplican una adaptación de PCIT en grupo con 73 familias con niños con conductas problema con medidas de seguimiento de 5 y 6 años. Los datos pre/post señalan diferencias estadísticas tanto en frecuencia como en intensidad de las conductas. Las 23 familias que permanecen en el seguimiento también muestran significación estadística en sus resultados.

El estudio de efectividad de Boggs et al. (2004), compara dos grupos de 23 familias cada uno, un grupo que completa el tratamiento y otro en el que lo abandonan, con familias con niños que muestran TND y/o TDAH. Los resultados indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, presentando mejores resultados el grupo que completó PCIT, en la frecuencia de conductas problema, estrés parental y tolerancia a las conductas. Otro estudio de efectividad reciente es el de Galanter et al. (2012), en el que se comparan los resultados de la intervención con esta terapia en el hogar, entre los casos que han terminado el tratamiento y las que los han abandonado, con una muestra de 83 familias de alto riesgo. Los resultados muestran que el grupo que completó el tratamiento mostró cambios significativos estadísticamente en las medidas pre/post. Mientras que los que no completaron su significación estadística fue menor.

Un estudio pionero (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb y Funderburk, 1991) evaluó los efectos de generalización de PCIT del hogar a la escuela con 30 niños de 2 a 7 años con conductas problema graves. Se compararon tres grupos, uno de PCIT, otro de tratamiento usual del colegio y otro sin tratamiento. Hay mejorías estadísticamente significativas en todas las medidas en los datos pre/post del grupo de PCIT y de generalización en la escuela, y mayores que en los otros grupos. En cambio, no encontraron diferencias en cuanto a hiperactividad y conductas prosociales en la escuela. El estudio de Fun-



derburk et al., (1998) comparó un grupo de tratamiento PCIT frente a 3 grupos de control con diferentes grados de conductas disruptivas (bajo, medio y grave). Los resultados de las medidas pre/post del grupo PCIT muestran diferencias significativas y en el seguimiento a 12 meses aunque no a los 18. También hay diferencias significativas entre grupos en el post y al año.

También Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs y Algina (1998) realizan un estudio aleatorizado con 64 familias con problemas de conducta clínicos, en dos grupos, uno de PCIT y otro de lista de espera. Los resultados muestran cambios clínicos y estadísticamente significativos en el post-tratamiento y en el seguimiento de 5 meses en comparación con el grupo control.

La investigación de McNeil, Capage, Bahl y Blanc (1999), comparó un grupo de tratamiento con PCIT con un grupo de lista de espera en niños con conductas problema, presentando resultados significativos estadísticamente tanto en los datos pre/post del grupo de tratamiento como en las diferencia entre los grupos. Usando esta misma metodología, comparando PCIT y un grupo de lista de espera, Thomas y Zimmer-Gembeck (2011) realizaron un ensayo aleatorizado con niños que presentaban conductas problema y de alto riesgo de maltrato físico confirmado a través de cuestionarios. Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos tanto en los cuestionarios de evaluación como en las observaciones realizadas en el estudio en las medidas pre/post para el grupo de PCIT y también, hay diferencias entre grupos.

Por otro lado, Bagner y Eyberg (2007) realizan un ensayo aleatorizado con niños que presentaban retraso en su desarrollo y TND. Usaron dos grupos, uno de PCIT y otro de lista de espera. Los resultados indican que hay diferencias significativas en el grupo de tratamiento en las medidas pre/post y también hubo diferencias entre grupos estadísticamente significativas.

Matos, Bauermeister y Bernal (2009) hicieron un ensayo aleatorizado con 32 niños de 4 a 6 años TDAH de Puerto Rico, divididos en dos grupos: uno de PCIT y otro de lista de espera. Las medidas muestran cambios significativos en el pre/post y mantenidas en un seguimiento de 3 a 5 meses. Otra aplicación en población hispana es el estudio de McCabe y Yeh (2009) es un ensayo clínico aleatorizado de 58 familias de niños mexicanos con conductas disruptivas en tres grupos: PCIT estándar, una adaptación a esta población (GANA) y un tratamiento usual. Hay diferencias significativas estadísticamente en los pre/post para los grupos PCIT y GANA, con mayo-

res diferencias que el grupo de tratamiento usual en los resultados de los cuestionarios y en las observaciones de las conductas. No hay diferencias entre ambos grupos de la terapia.

La línea de investigación de Nixon, Sweeney, Erikson y Touyz (2003, 2004), en un estudio aleatorizado, compara dos grupos de tratamiento con PCIT (estándar y abreviado) y grupo de control de lista de espera. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el grupo control en las medidas pre/post y en los seguimientos en 6 meses y 1 y 2 años. En cuanto al tratamiento estándar da mejores resultados que el abreviado, sin diferencias en el seguimiento a largo plazo.

En cuanto a la aplicación con un diseño de caso único, Ware, McNeil, Masse y Stevens (2008) obtuvieron buenos resultados aplicando PCIT en casa de 5 familias. Usaron un diseño de línea base múltiple a través de sujetos midiendo las conductas del cuidador y del niño. Los resultados de las tres familias que completaron la intervención, indican cómo van cambiando las medidas a través de los niños, conforme se va interviniendo.

También Choate, Pincus, Eyberg y Barlow (2005) llevaron a cabo un estudio experimental de caso único con diseño de línea base múltiple a través de sujetos aplicando PCIT estándar. Los participantes fueron 3 familias con hijos entre 4 y 8 años con ansiedad por separación. Se obtuvo una disminución clínicamente significativa de la ansiedad por separación en los 3 niños, y se mantuvieron estos resultados en el seguimiento de 3 y 6 meses.

En cuanto a los estudios de caso único, Bagner, Fernandez y Eyberg (2004) aplicaron PCIT en un niño de 4 años que padecía cáncer y TND. Las medidas pre/post y el seguimiento a los 3 meses indican cambios clínicamente significativos. También Ferro, Vives y Ascanio (2010), aplicaron PCIT en un caso de una niña de 3 años con TND, reduciéndose sus conductas problema en frecuencia, duración e intensidad, e incrementándose su obediencia, manteniéndose estos resultados al año.

ADAPTACIONES DE PCIT

PCIT se ha aplicado en diferentes contextos (en casa, en la escuela), a través de varios formatos (breve, y en grupo), se ha adaptado a diferentes problemas (ansiedad por separación y depresión) y en distintas poblaciones (menores de 2 años). El número de investigaciones de estas adaptaciones es cada vez más numeroso y los resultados que se obtienen son prometedores.



ADAPTACIÓN DE PCIT A DIFERENTES CONTEXTOS

PCIT en casa

En los 6 últimos años están realizándose investigaciones con la adaptación de PCIT en el hogar. Se han propuesto sugerencias para su aplicación (Masse y McNeil, 2008; McNeil y Hembree-Kigin, 2011, cap.23) respecto al control ambiental, codificar las reglas PRIDE en la misma habitación donde se juega, los recursos con los que puede contar el terapeuta; y también ventajas como la validez ecológica y una mayor adherencia al tratamiento. Ware, McNeil, Masse y Stevens (2008) aplicaron PCIT en 5 familias con un diseño de línea base múltiple a través de sujetos, obteniendo unos buenos resultados en las conductas disruptivas de los niños. En un diseño de grupo aleatorizado Timmer, Zebell, Culver y Urquiza (2010), compararon dos grupos: PCIT en la clínica y seguidamente aplicándolo en casa, y otro grupo, con PCIT en la clínica y apoyo social en la casa. No encontraron diferencias significativas entre ambos, aunque el grupo de PCIT adjunto en casa fue significativamente más eficaz. En el estudio de Galanter, et al, (2012) aplicó PCIT en casa produciendo cambios estadísticamente significativos en la mejoría en la interacción padres-hijos y en la conducta disruptiva de los niños.

PCIT en la escuela

La adaptación de PCIT a la escuela es llamada Teacher-Child Interaction Therapy (TCIT) (McNeil y Hembree-Kigin, 2011, cap. 21). El objetivo de TCIT es mejorar la interacción entre el profesor y el niño en el aula. Consta de dos componentes o fases: CDI (Interacción Dirigida por el Niño) y TCI (Interacción Dirigida por el Profesor). El profesor es entrenado en la propia clase y recibe feedback inmediato por parte del terapeuta. El objetivo de CDI es enseñar al profesor a aplicar atención contingente al buen comportamiento para prevenir las conductas problemas de su/s alumno/s, utilizando las habilidades PRIDE, enfatizando la importancia de los elogios y describiendo el comportamiento pro-social y añadiendo otras dos habilidades: la ignorancia selectiva y la reducción preguntas. En TDI se adapta el Tiempo Fuera a la clase. TCIT es el único entrenamiento hasta el momento en el que el profesor recibe asesoramiento de las habilidades a poner en práctica y retroalimentación sobre su desempeño, en vivo, y un entrenamiento adaptado en su propia aula (Fernández, Gold, Hirsch y Miller, 2014).

La primera aplicación de TCIT (McIntosh, Rizza y Bliss, 2000) fue en un diseño de caso único en un niño de 2

años que presentaba conductas disruptivas con su profesor. Los resultados mostraron un incremento de reglas PRIDE por parte del profesor y un decremento de las conductas disruptivas del niño.

Más tarde, Filcheck, McNeil, Greco, y Bernard (2004) midieron la eficacia de la aplicación de PCIT en clase frente a una economía de fichas a través de un estudio de diseño de caso único de tratamientos alternativos en 17 pre-escolares con comportamiento disruptivo. Aunque con limitaciones metodológicas, los resultados indican que ambos grupos obtienen mejorías en la reducción de las conductas problema pero cuando se introduce PCIT se decreta el uso de la crítica en los profesores.

Tiano y McNeil (2006) compararon la eficacia de TCIT en un grupo frente a un grupo de control sin tratamiento en tres clases. La mejora del comportamiento de los alumnos fue significativa en ambos grupos, pero el uso de alabanzas se incrementó de forma significativa estadísticamente en el grupo de tratamiento.

Lyon, et al. (2009) diseñaron un estudio de línea base múltiple a través de 4 aulas con 78 pre-escolares, con 3 profesores en cada una, para medir la eficacia de TCIT. Los resultados que se obtuvieron tanto en las conductas de los niños como en las de los profesores fueron positivos aunque moderados.

ADAPTACIÓN DE PCIT A DISTINTOS FORMATOS

PCIT versión abreviada

El estudio de Nixon, Sweeney, Erikson y Touyz (2003, 2004) compara dos grupos de tratamiento con PCIT (estándar y abreviado) y un grupo de control de lista de espera, obteniendo buenos resultados aunque siendo mejor la versión estándar. La versión abreviada consistió en incluir videos y manuales y reducir las sesiones en vivo.

Berkovits, O'Brien, Carter y Eyberg (2010) compararon dos paquetes abreviados de PCIT: lo que denominan PCIT Atención Primaria (Primary Care PCIT, PC-PCIT) y Orientación Preventiva (PCIT-AG). PC-PCIT consiste en 4 sesiones grupales de PCIT abreviado para prevención de problemas. PCIT-AG se trata de un paquete de materiales escritos que describen los principios de PCIT y una guía para ponerla en práctica. Esta investigación se llevó a cabo para medir los efectos de PCIT abreviado en la conducta de niños de 3 a 6 años que comenzaban a tener problemas de conducta, pero aún estaban por debajo del rango clínico. Se asignaron 17 madres al grupo que recibió la intervención PC-PCIT y 13 al de PCIT-AG. No encontraron diferencias estadísticamente significati-



vas entre las dos formas de intervención abreviada. Ambas intervenciones fueron estadísticamente efectivas en el postratamiento y en el seguimiento de 6 meses, tanto en la mejora del comportamiento de los niños como en la reducción del estrés, la satisfacción y la adherencia al tratamiento de los padres.

PCIT en grupo

La aplicación de PCIT en grupo tiene una serie de ventajas: ahorro de tiempo (trabajar con varias familias a la vez), ver interactuar a otros padres, y la cohesión del grupo puede tener como consecuencia menos abandonos de la terapia. Según Niec, Heme, Yopp y Brestan (2005) el número de familias participantes aconsejado sería de 3 a 6. La estructura de PCIT en grupo es similar a la original, introduciendo un grupo de discusión en el que cada familia intervenga y se dé la posibilidad de recibir y dar feedback de otras familias, entre otras interacciones.

Niec et al. (2005) obtuvieron buenos resultados aplicando PCIT en grupo en 3 familias y 4 niños, de entre 26 y 56 meses, con conductas disruptivas. 3 de los 4 niños mejoraron su comportamiento significativamente. Sólo una familia tuvo niveles más altos de estrés en el postratamiento y el comportamiento de su hijo empeoró.

Por otro lado Pade, et al. (2006) evaluaron un programa aplicado en grupo. Los resultados obtenidos en este estudio son significativos estadísticamente, tanto en las medidas pre-post como en el seguimiento a los 5-6 años.

ADAPTACIÓN DE PCIT A DIFERENTES PROBLEMAS

En Ansiedad por separación

Choate, Pincus, Eyberg y Barlow (2005) llevaron a cabo un diseño experimental de caso único aplicando PCIT estándar. Los participantes fueron 3 familias con hijos con ansiedad por separación que obtuvieron una disminución clínicamente significativa de la ansiedad en los 3 niños. Estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento.

Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg (2008) han incorporado una nueva fase a PCIT, que han llamado Interacción Dirigida por la Valentía (Bravery Directed Interaction, BDI), para abordar los problemas de ansiedad específicos. Durante esta fase, se educa a los padres sobre la ansiedad y se aplica una exposición gradual a los miedos del niño. Tras llevar a cabo un estudio piloto con 10 niños que cumplían los criterios de ansiedad por separación, encontraron que los niños mejoraron pero aún continuaban dentro de los rangos clínicos. La línea de investigación sigue abierta, los autores están llevando

a cabo un estudio para evaluar la eficacia de PCIT con BDI frente a un grupo en lista de espera y con unas medidas de seguimiento de 3, 6 y 12 meses.

En depresión infantil

Para pre-escolares con un diagnóstico de depresión, Luby, Lenze y Tillman (2012) proponen una intervención adaptada de PCIT que denominan PCIT-Desarrollo Emocional (Parent-Child Interaction Therapy-Emotional Development, PCIT-ED). Las fases de CDI y PDI se limitan a 4 sesiones cada una. Se pretende aportar competencias emocionales a los padres y al niño. En un estudio de eficacia de estos mismos autores participaron familias con niños de 3 a 7 años con depresión. De manera aleatorizada, las familias fueron repartidas en dos grupos: uno de ellos se intervino aplicando PCIT-ED y el otro intervino a través de lo que los autores llaman Educación para el Desarrollo e Intervención Parental (Developmental Education and Parenting Intervention). El tratamiento fue completado por 19 familias en el primer grupo y 10 en el segundo. En ambos grupos se mejoró la gravedad de la depresión en las medidas pre/post, pero no hubo diferencias suficientes entre ambos grupos en el postratamiento.

ADAPTACIÓN DE PCIT EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Se ha realizado una adaptación a niños que tienen entre 12 y 30 meses que han sufrido maltrato y/o que experimentan problemas de apego, la llaman Terapia de Armonía Padres-Hijos (Parent-Child Attunement Therapy, PCAT; Dombrowski, Timmer, Blacker y Urquiza, 2005). Sus objetivos son: fortalecer la interacción de los padres y los hijos y enseñar a los padres una técnicas apropiadas para poner bajo control el comportamiento infantil. Se diferencia del tratamiento estándar, en su brevedad, en que PCAT enfatiza el uso de contacto físico (caricias, abrazos) como reforzador, y que no incluye una fase comparable a PDI (McNeil y Hembree-Kigin, 2011). El estudio de efectividad realizado por Dombrowski et. al. (2005), no consigue resultados significativos con una madre y su hijo de 23 meses con historia de maltrato, aunque logran que la madre se muestre más positiva y sea menos directiva, mejorando su interacción con éste.

Además, McNeil y Hembree-Kigin (2011) dedican un capítulo de su manual a los niños de entre 12 y 24 meses (Cap. 9), y otro a los niños mayores, de entre 7 y 10 años (Cap. 10). En ambos capítulos se presentan ligeras adaptaciones de PCIT dirigidas a estas poblaciones.



CONCLUSIONES

Aunque los programas de entrenamiento de padres de corte conductual son un tratamiento de elección para tratar los problemas de conducta en la infancia, tienen una serie de limitaciones (componentes poco claros, alta tasa de abandonos). Como se ha expuesto, PCIT es una clara alternativa a este tipo de problemática, incluyendo TDAH y TND. Es un tratamiento validado empíricamente y puede ser considerado bien establecido para tratar conducta problema en la infancia. Aunque no es el único procedimiento para conseguir una paternidad positiva, sí es único en realizar un entrenamiento en directo (Timmer, Zebell, Culver y Urquiza, 2010) y esta es una de sus novedades. El juego es la actividad más natural que se pueda tener con un niño pequeño, y por lo tanto, la mejor oportunidad para desarrollar los comportamientos adecuados y la mejor manera de generalizar los resultados. Trabaja directamente con los problemas que surgen en sesión y permite generalizar el tratamiento a la vida diaria, en una línea equivalente a la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Como se ha dicho, PCIT se diferencia de otros EP en el uso de un entrenamiento en vivo y la posibilidad de dar un feedback inmediato a los padres, y da una oportunidad de practicar las habilidades. Además, es una aproximación idiográfica que está basada en datos (Wagner y McNeil, 2008). Además, según nuestra experiencia aplicando PCIT prácticamente no se dan abandonos del tratamiento, una de las limitaciones de los EP.

Se han descrito y analizado sus características fundamentales, componentes clínicos, y los factores que afectan a su efectividad. Se ha expuesto las nuevas medidas que han surgido de su investigación y lo que aportan a la evaluación de la intervención. Se expuesto una revisión crítica de los estudios de efectividad y eficacia de la abundante literatura existente seleccionados por un rigor metodológico y unos resultados estadísticamente significativos. Y finalmente, se han descrito las últimas adaptaciones en diferentes contextos, formatos, problemas y distintas poblaciones. Las investigaciones en todas estas áreas siguen su curso, algunas con unos resultados prometedores.

Desde nuestro punto de vista, una línea de investigación que creemos interesante es la aplicación conjunta de PCIT y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Por un lado, trabajar

con niños pequeños con PCIT para que los padres sepan manejar sus conductas y por otro lado, trabajar a través de ACT los conflictos emocionales y motivacionales de los padres, en la línea expuesta en el estudio de caso de Ascanio y Ferro (2013).

PCIT es todavía una terapia injustamente desconocida en nuestro país y esperamos que con este trabajo aportemos un grano de arena en su divulgación.

REFERENCIAS

- Ascanio, L. & Ferro, R. (2013). *La combinación de ACT y PCIT en el tratamiento de un niño desafiante [The combination of ACT and PCIT in treating defiant children]*. Paper presentado en el II Congreso SAVECC, Madrid.
- Allen, J. & Marshall, C. R. (2011). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(4), 397-410.
- Armstrong, K. & Kimonis, E. R. (2013). Parent-Child Interaction Therapy for the treatment of Asperger's disorder in early childhood: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(1), 60-72.
- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429.
- Bagner, D. M., Fernández, M. A., & Eyberg, S. M. (2004). Parent-Child Interaction Therapy and chronic illness: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 1-6.
- Bagner, D. M., Graziano, P. A., Jaccard, J., Sheinkopf, S. J., Vohr, B. R., & Lester, B. M. (2012). An initial investigation of baseline respiratory sinus arrhythmia as a moderator of treatment outcome for young children born premature with externalizing behavior problems. *Behavior Therapy*, 43, 652-665.
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Miller-Loncar, C. L., Vohr, B. R., Hinckley, M., Eyberg, S. M., & Lester, B. M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for children born premature: A case study and illustration of vagal tone as a physiological measure of treatment outcome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 468-477.
- Barkley, R. A. & Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr*



- una mejor relación con su hijo. Barcelona: Paidós (Origi. 1998).
- Barlow, J. & Steward-Brown, S. (2002). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370.
- Bartau, N., Maganto, M., & Etxebarria, J. (2001). Los programas de formación de padres: Una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 25, 1-17.
- Berkovits, M. D., O'Brien, K. A., Carter, C. G., & Eyberg, S. M. (2010). Early identification and intervention for behavior problems in primary care: A comparison of two abbreviated versions of Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Therapy*, 41, 375-387.
- BigFoot, D. S. & Funderburk, B. W. (2011). Honoring children, making relatives: The cultural translation of Parent-Child Interaction Therapy for American Indian and Alaska native families. *Journal of Psycho-active Drugs*, 43(4), 301-318.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edward, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2004). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 25(4), 1-22.
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S. Y., Vargas, E. C., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy with a Spanish-speaking family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 121-133.
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy: Parent's perceptions of untreated siblings. *Child & Behavior Therapy*, 19(3), 13-28.
- Capage, L. C., Benet, G. M., & McNeil, C. B. (2001). A comparison between African American and Caucasian children referred for treatment of disruptive behavior disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(1), 1-14.
- Chase, R. M. & Eyberg, S. M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders*, 22, 273-282.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M. & Barlow, D. H. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126-135.
- Dombrowski, S. C., Timmer, S. G., Blacker, D. M., & Urquiza, A. J. (2005). A positive behavioural intervention for toddlers: Parent-child attunement therapy. *Child Abuse Review*, 14, 132-151.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S., McNeil, C. B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 42-51.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (1999). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity checklists and session materials. University of Florida. (Retrieved on 11 February 2008, from the University of Florida PHHP website: <http://pcit.phhp.ufl.edu/>)
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kiggins, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20.
- Eyberg, S. M. & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Fernández, M. A., Butler, A. M., & Eyberg, S. M. (2011). Treatment outcome for low socioeconomic status African American families in Parent-Child Interaction Therapy: A pilot study. *Child & Behavior Therapy*, 33(1), 32-48.
- Fernández Hermida, J. R. & Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Fernández, M. A., Gold, D. C., Hirsch, E., & Miller, S. P. (2014). From the clinics to the classroom: A review of teacher-child interaction training in primary, secondary, and tertiary prevention settings. *Cognitive and Behavioral Practice* (Retrieved on 04.01.2014 from <http://dx.doi.org/10.1016/j.>)
- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2010). Aplicación de la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 205-214.
- Filcheck, H., McNeil, C., Greco, L., & Bernard, R. (2004). Using a whole-class token economy and coaching of teacher skills in a preschool classroom to ma-



- nage disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 41(3), 351-361.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child & Behavior Therapy*, 20(2), 17-38.
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J., Bertuglia-Haley, M., & Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy delivered to at-risk families in the home setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34, 177-196.
- Greco, L.A. (2002). *Creating a context of acceptance in child clinical and pediatric settings*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K., & Gevers, A. (2008). Acceptance, body image and health in adolescence. In L.A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for children & adolescents*. (pp. 187-214). Oakland: New Harbinger Publications.
- Greco L. A., Blackledge J. T., Coyne, L. W., & Ehrenreich, J. (2005): Integrating Acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (pp. 301-322) New York: Springer
- Greco, L. A. & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? . *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-311.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hembree-Kigin, T.L. & McNeil, C.B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York. Plenum Press.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., & McNeil, C. B. (2002). Parent-Child Interaction Therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Hood, K. K. & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 419-429.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press (Traducción al español: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga).
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) among Chinese families. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 304-313.
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
- Luiselli, J. K. (2009). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. In V.E. Caballo & M.A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp. 39-55). Madrid: Ed. Pirámide.
- Lyon, A. R., Gershenson, R. A., Farahmand, F. K., Thaxter, P. J., Behlind, S., & Budd, K. S. (2009). Effectiveness of Teacher-Child Interaction Training (TCIT) in a preschool setting. *Behavior Modification*, 33(6), 855-884.
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252.
- McCabe, K. & Yeh, M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 753-759.
- McCabe, K., Yeh, M., Lau, A., & Argote, C. B. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: Results of a pilot randomized clinical trial at follow up. *Behavior Therapy*, 43, 606-618.
- McIntosh, D. E., Rizza, M. G., & Bliss, L. (2000). Implementing empirically supported interventions: Teacher-Child Interaction Therapy. *Psychology in the School*, 37(5), 453-462.
- McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early Intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. *Early Education & Development*, 10(4), 445-454.
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 140-151.



- McNeil, C. B. & Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy*. Second Edition. New York: Springer.
- Mooney, S. (1995). Parent training: A review of Adlerian, parent effectiveness training, and behavioral research. *The Family Journal*, 3, 218-230.
- Niec, L. M., Hemme, J. M., Yopp, J. M., & Brestan, E. V. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: The rewards and challenges of a group format. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 113-125.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erikson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erikson, D. B., & Touyz, S. W. (2004). One-and-two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 263-271.
- Pade, H. Taube, D. O., Aalborg, A. E., & Reiser, P. J. (2006). An immediate and long-term study of a temperament and parent-child interaction therapy based community program for preschoolers with behavior problems. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(3), 1-28.
- Pincus, B. D., Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., & Eyberg, S. M. (1998). The implementation of modified Parent-Child Interaction Therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 118-125.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Rhule, D. M., McMahon, R. J., & Spieker, S. J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 524-535.
- Robles Pacho, Z. & Romero Triñanes, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.
- Shinn, M. (2013). Parent-Child Interaction Therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clinical Case Studies*, 20(10), 1-17.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1767-1776.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for Parent-Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development*, 82(1), 177-192.
- Tiano, J. D & McNeil, C. B. (2006). Training head start teachers in behavior management using Parent-Child Interaction Therapy: A preliminary investigation. *Journal Of Early and Intensive Behavior Intervention*, 3(2), 220-233.
- Timmer, S. G., Ho, L. K. L., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., Fernández-García, E., & Boys, D. (2011). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with depressive mothers: The changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry Human Development Journals*, 42, 406-423.
- Timmer, S. G., Ware, L. M., Urquiza, A. J., & Zebell, N., M. (2010). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for victims of interparental violence. *Violence and Victims*, 25(4), 486-503.
- Timmer, S., Zebell, N., Culver, M., & Urquiza, A. (2010). Efficacy of adjunct In-home coaching to improve outcomes in Parent-Child Interaction Therapy. *Research on Social Work Practice*, 20(1), 36-45.
- Urquiza, A. J. & Timmer, S. G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy for maltreated children. In S. G. Timmer & A. J. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children* (pp. 123-144). Netherlands: Springer.
- Verduin, T. L., Abikoff, H., & Kurtz, S. M. S. (2008). Evidence-based treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in a preschool-age child: A case study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 477-485.
- Wagner, S. M. & McNeil, C. B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 231-256.
- Ware, L. M., McNeil, C. B., Masse, J., & Stevens, S. (2008). Efficacy of in-home Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 99-126.



FACTORES PROTECTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

PROTECTIVE FACTORS PROMOTING RESILIENCE TO SUICIDE IN YOUNG PEOPLE AND ADOLESCENTS

David Sánchez-Teruel y M^a Auxiliadora Robles-Bello

Universidad de Jaén

El suicidio en adolescentes y adultos jóvenes se ha convertido en una prioridad educativa y de sanitaria pública. Se presentan distintas cuestiones conceptuales sobre el suicidio, y se plantean los factores de protección que están relacionados con el comportamiento suicida en esta población. Se ofrece una visión basada en la revisión de estudios sobre los aspectos resilientes que poseen y que deben ser potenciados para eliminar el impacto negativo de las situaciones adversas a las que se exponen. Además, se desarrollan pautas para el fomento de la resiliencia, que se han demostrado eficaces para la lucha contra la tentativa de suicidio y el suicidio consumado en adolescentes y adultos jóvenes, configurando un perfil con todos aquellos aspectos protectores a tener muy en cuenta para un análisis exhaustivo, dentro de la calidad de vida y bienestar emocional en este colectivo.

Palabras clave: Adolescencia, Adultos jóvenes, Suicidio, Factores protectores, Resiliencia.

Suicide in adolescents and young adults has become is a public educational and health priority. Different conceptual questions about suicide are presented, and protective factors that are associated with suicidal behavior in this population arise. Based on a review of studies that have resilient aspects and should be enhanced to eliminate the negative impact of adverse situations that are presented vision is provided. Furthermore, guidelines for building resilience, which have been proven effective in combating suicide attempt and completed suicide in adolescents and young adults, by setting a profile with all those protective aspects to take into account for develop comprehensive analysis in the quality of life and emotional well-being in this group.

Key words: Teens, Young adults, Suicide, Protective factors, Resilience.

Hoy nadie discute que la adolescencia y juventud temprana se configuran como épocas de gran inestabilidad, donde se deben hacer frente a múltiples cambios que pueden producir un intenso desajuste psicosocial (Bridge, Goldstein y Brent, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold 2003; Haynie, South y Bose, 2006; Najman et al., 2008; Pintado, Jiménez, Padilla, Guerra y Antelo, 2010; Reinherz, Tanner, Berger, Beardslle y Fitmaurice, 2006). Además, para muchos adolescentes y jóvenes, los cambios naturales del desarrollo a veces vienen acompañados por situaciones adversas (cambios en la familia, presión social y de compañeros, cambios de amistades o ruptura de pareja, por nombrar algunos), que pueden causar gran perturbación y resultar tremendamente abrumadores (Mansilla, 2010; Qin, Mortensen y Pedersen, 2009). Los problemas psicosociales a los que se enfrentan, tanto los naturales como los adversos, pueden percibirse de forma muy amenazante y casi irresoluble, lo que arrastra que, para algunos adolescentes y jóvenes, el suicidio pueda parecer una solución más que viable (Sánchez-Teruel, 2010).

El suicidio es poco frecuente en la infancia y la adolescencia temprana, se incrementa considerablemente en los últimos años de adolescencia y continúa el riesgo hasta los 24 años, tanto en el caso de chicos como en el caso de las chicas (American Foundation for Suicide Prevention- AFSP, 2010; Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2003). En España, los últimos datos ofrecidos (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2012) informan que un total de 159 niños, adolescentes y jóvenes se han suicidado y otros 79 han muerto por eventos de intención no determinada (ambos sexos y todo el país), siendo las edades de mayor riesgo las comprendidas entre 15 y 24 años. Además, parece ser que las niñas y adolescentes femeninas son más propensas que los niños y adolescentes masculinos a las tentativas suicidas, y ellos tienen cinco veces más probabilidades de daños físicos graves o de muerte en sus intentos de suicidio que ellas (Sánchez-Teruel, 2012). Todos estos datos evidencian una situación que todavía resulta difícil de explicar para profesionales de la educación y de la salud (Gould y Kramer, 2001; Nock, 2009; Portes, Sanghu, Longwell-Grice, 2002).

Aunque existe una abundante literatura científica sobre factores de riesgo suicida, la mayoría se ha centrado en adultos (McClean, Maxwell, Platt y Harris, 2008; Nock et

Correspondencia: David Sánchez-Teruel. Universidad de Jaén. Campús las lagunillas, s/n Edificio C5. 23071 Jaén. España.
E-mail: dsteruel@ujaen.es



al., 2008), mostrando como los factores biológicos (Brent y Mann, 2005; Mann Bortinger, Oquendo y Currier, 2005), psicosociales (Balcázar, 2001; Sánchez-Teruel, 2010) o epigenéticos (Autry y Monteggia, 2009) pueden ser determinantes para esta conducta. Los estudios sobre el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes también se han centrado en factores de riesgo como los neurobiológicos (Pandey y Dwivedi, 2012), la orientación y diversidad sexual (Ryan, Huebner, Díaz, y Sánchez, 2009; Sung- Hong, Espelage y Kral, 2011), la desestructuración familiar (Pavés, Santander, Carranza y Vera-Villarroel, 2009), la existencia de psicopatología en los padres (Nauta et al., 2012), la exposición a comportamientos suicidas o contagio (Brent y Melhem, 2008), las relaciones conflictivas entre iguales (Hinduja y Patchin, 2010; Sánchez-Teruel, Cobos y Peñaherrera, 2011), la falta de apoyo social (Balcázar, 2000), el abuso y la negligencia (Brezo et al., 2008) y los aspectos culturales y étnicos (Priest, Paradies, Gunthorpe, Cairney y Sayers, 2011), sin embargo, no existen muchos estudios sobre factores protectores ante el suicidio en adolescentes y jóvenes.

También algunas revisiones o meta-análisis como la de Gould, Greenber, Velting y Shaffer (2003) planteaban diversos factores de riesgo de carácter epidemiológico, familiar o psicosocial que podrían determinar las tentativas suicidas en adolescentes y jóvenes. De hecho, la mayor parte de estos estudios se han centrado en factores de riesgo, en particular, analizan los mecanismos epigenéticos (Labonté y Turecki, 2012), antecedentes familiares de suicidio (Nakagawa et al., 2009), la homofobia (Coker, Aistin y Schuster, 2010; Russell y Joyner, 2001), las relaciones disfuncionales entre iguales (Brunstein, Sourander y Gould, 2010; Hawker y Boulton, 2000; Kim y Leventhal, 2008) o la existencia de antecedentes de abuso o negligencia (Chaffin y Friedrich, 2004). En esta línea, tal y como plantean otros estudios (Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003; Giménez, Vázquez y Hervás, 2010) el conocimiento sobre factores de riesgo en la literatura científica, sea empírica, de revisión o meta-análisis, es más que abundante, pero muy escaso el relacionado con factores que promuevan la protección ante el riesgo de tentativa o suicidio consumado en este colectivo.

Dentro de este aspecto, parece ser que algunas variables ejercen un papel muy importante para amortiguar los efectos negativos de situaciones estresantes ante la posibilidad de suicidio (Drum y Denmark, 2012; Uchi-

no 2006). Así, investigaciones sobre adolescentes o jóvenes expuestos a situaciones conflictivas o altamente estresantes demuestran que, a pesar de vivir estas circunstancias, la gran mayoría no optaban por este comportamiento (Caffo y Belaise, 2003; Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000; Macgowan, 2004; Masten, Best y Garmezy, 1991). Además, esta exposición no solo no producía trastornos desadaptativos o conductas suicidas, sino que parecían desarrollar un importante crecimiento psicosocial o personal en el adolescente o en el joven, que anteriormente no existía (Ahern, 2006; Everall, Altrows y Paulson, 2006; Marin, DiFluvio y Burke, 2009). A este fenómeno, se le denominó resiliencia, y Rutter (1987) la definió como un *"concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias"* (p. 317), es decir, una rápida recuperación ante situaciones vitales estresantes, negativas o adversas, y un crecimiento psicosocial que anteriormente a la exposición no existía.

Este aspecto ha adquirido tal repercusión en la comunidad científica que se han realizado varios estudios de revisión sobre el concepto y los modelos, los factores de protección que lo sustentan, los instrumentos de evaluación más adecuados y los programas de intervención de la resiliencia en adolescentes y jóvenes desde los años 70 hasta la actualidad, incluyendo algunos estudios longitudinales de los años 50 (Ahern, 2006; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, Sawyer, 2003; Zolkoski y Bullock, 2012). Sin embargo, parece ser que los factores protectores en adolescentes y adultos jóvenes, no promueven la resiliencia en todas las situaciones de riesgo o adversas (Eriksson, Cater, Andershed y Andershed, 2010; Ungar y Liebenberg, 2011). En esta línea, algunas revisiones sobre este aspecto, como la de Amitai y Apter (2012) y la de Ungar (2012), así lo plantean.

Este artículo ofrece una revisión de los estudios sobre los factores protectores que promueven la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes, pero focalizando el interés en el riesgo de tentativa suicida o suicidio consumado.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura entre los años 1980-2013, ya que es precisamente en los años ochenta cuando empiezan a aparecer estudios empíricos relacionados con la resiliencia (Rutter, 1987). Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Psycinfo, Psico-



doc y Psyke utilizando como palabras clave «resiliencia», «factores de protección» combinadas con «ideación suicida», «tentativa suicida» o «suicidio». Además se revisó solo la bibliografía de los artículos a los que se tuvo acceso a texto completo, para un análisis más exhaustivo. Los criterios de inclusión de los trabajos fueron:

- ✓ Población de interés: adolescentes y jóvenes adultos
- ✓ Método: cuantitativos o cualitativos
- ✓ Idioma: inglés o español

En total se seleccionaron 32 estudios (la mayoría realizados en Estados Unidos), que aparecen resumidos en la Tabla 1. En ella, se presentan ordenados por fecha de publicación y considerando:

- ✓ Identificación de autores: Autores y año de publicación
- ✓ Participantes: número
- ✓ Género: Masculino, Femenino o Transgénero
- ✓ Método: cuantitativo o cualitativo
- ✓ Protectores: Tipo de variables que fomentan la resiliencia ante el suicidio

RESULTADOS

El análisis de la población utilizada en los estudios revisados (N= 32) muestra que en el 37,5% (12) han participado adolescentes, en el 56,3% (18) adultos jóvenes y 6,3% (2) han utilizado ambas muestras. La mayoría de los estudios analizados (84,3%-27) utilizan muestras de conveniencia (estudiantes universitarios, anuncios, asociaciones) y el resto suelen ser muestras que presentan algún factor de riesgo previo (familias desestructuradas, maltrato, abuso sexual o trastornos psicopatológicos) o en otros casos algún aspecto socio-demográfico de interés (etnia, cultura, maternidad prematura). El número de participantes en los estudios revisados puede considerarse elevado: en tan sólo 7 estudios (21,9%) es menor de 100 participantes y en 9 (28,1%) está por encima de 1.000 participantes.

Según los criterios de inclusión el análisis de la productividad por años muestra un pico máximo en los años 2012 (6-18,8%) y 2009 (6-18,8%), seguido por el año

**TABLA 1
RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES (1980-2013)**

Autor/Autores y año	Participantes (De los 15-25 años)	Género	Método	Variable
Sapouna y Wolke, (2013)	N= 3.136 adolescentes	Masculino= 48,5% Femenino= 51,5%	Cuantitativo longitudinal prospectivo	Estilo atribucional positivo, habilidades psicosociales propias y estrechas relaciones con la familia
Kassis, Artz, Scambor, Scambor, y Moldenhauer, 2013	N= 5.149 adolescentes	Masculino= 53% Femenino= 47%	Cuantitativo: transversal	Relaciones personales y sociales constructivas con los miembros de la familia, compañeros y maestros
Kleiman y Beaver (2013)	N= 670 jóvenes (585 jóvenes en seguimiento)	Masculino= 18% Femenino= 82%	Cuantitativo: transversal y longitudinal (según muestra)	Búsqueda del sentido de la vida y presencia del sentido de la vida
Kleiman, Adams, Kashdan y Riskind, (2013)	N=209 jóvenes	Masculino= 15,8% Femenino= 84,2%	Cuantitativo: Longitudinal prospectivo	La vida tiene sentido (sinergia entre gratitud y aguante o perseverancia a pesar de la adversidad)
Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez y Forns, (2012)	N=106 adolescentes	Masculino= 41% Femenino= 59%	Cuantitativo transversal	Factores de personalidad (autoestima, adaptación y autocontrol)
Gutierrez, Freedenthal, Wong, Osman y Norizuki, (2012)	N = 372 jóvenes	Masculino= 40,9% Femenino= 59,1%	Instrumental	Atributos personales (estabilidad emocional) y apoyo social
Villalobos-Galvis, Arévalo y Rojas, (2012)	N=573 adolescentes y jóvenes	Masculino= 49,7% Femenino= 50,3%	Instrumental	Atributos personales (estabilidad emocional, autoestima y habilidades de solución de problemas) y protección externa (apoyo social)
Mustanski y Liu, (2013)	N = 237 jóvenes	Masculino= 47,7% Femenino= 52,3%	Longitudinal prospectivo	el apoyo familiar y la inexistencia de victimización sexual
Christiansen y Larsen, (2012)	N= 3.465 jóvenes	No indicado	Cuantitativo: Casos y controles	Diagnóstico certero, dificultad de acceso a psicofármacos y mayores ingresos de padres



TABLA 1
RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES (1980-2013) (Continuación)

Autor/Autores y año	Participantes (De los 15-25 años)	Género	Método	Variable
Rhodes et al, (2012)	N = 4.683 jóvenes	Masculino= 54,9% Femenino= 45,1%	Cuantitativo, longitudinal (retrospectivo)	Adaptación familiar
Li et al. (2012)	N=1.252 adolescentes	Masculino= 45,1% Femenino= 54,9%	Cuantitativo: Transversal	Gratitud Autoestima
Cleverley y Kidd, (2011)	N= 47 jóvenes	Masculino= 36% Femenino= 64%	Cuantitativo: Transversal	Autoestima y redes sociales estructuradas
Easterbrooks, Chaudhuri, Dym, Copeman, (2011)	N= 286 madres jóvenes	Masculino= 0 % Femenino= 100%	Cuantitativo longitudinal	Voluntad prosperar , y demostrar su competencia como madres.
DiFulvio, (2011)	N=15 jóvenes	Masculino= 33,3% Femenino= 53,3% Transgénero=13,3%	Cualitativo: Historia de vida y grupos focales	Orientación sexual, aceptación de sí mismo, sentido de pertenencia y activismo social
Poteat, Mereish, Digiovanni, Koenig, (2011)	N=15.923 adolescentes	No indicado	Cuantitativo: Transversal	Raza, identidad e integración sexual y apoyo familiar
Johnson, Gooding, Wood y Tarrier, 2010	N=78 jóvenes	Masculino= 16,6% Femenino= 83,4%	Cuantitativo: transversal	Autoevaluaciones positivas
Nrugham, Holen y Sund, (2010)	N= 345 adolescentes y 252 adultos jóvenes	Adolescentes: Masculino= 27,5% Femenino= 72,5% Jóvenes: Masculino= 23% Femenino= 77%	Cuantitativo longitudinal retrospectivo	Experiencias tempranas no violentas
Thomas, Cairney, Gunthorpe, Paradies y Sayers, (2010)	N=361 jóvenes aborígenes	Masculino= 47% Femenino= 53%	Instrumental	Sentido del humor, apoyo social emocional y familiar y sentido de pertenencia
Palacios, Sánchez y Andrade, (2010)	N = 550 adolescentes	Masculino= 47,3% Femenino= 52,7%	Cuantitativo: Descriptivo	Factores de personalidad y búsqueda de sensaciones
Cardozo y Alderete, (2009)	N = 210 adolescentes	Masculino= 44% Femenino= 56%	Cuantitativo: Transversal	Autoconcepto, apoyo social y autorregulación de habilidades (cognitivas- emocionales)
Cha y Nock, (2009)	N= 54 adolescentes	Masculino= 37% Femenino= 63%	Cuantitativo: Transversal	Capacidad para entender y manejar las emociones (inteligencia emocional)
Gramkowski, Kools, Paul, Boyer, Monasterio y Robbins (2009)	N = 56 jóvenes	Masculino= 48,2% Femenino= 51,8%	Cuantitativo: Transversal	Tutela temprana en hogares estructurados
Hirsch, Wolford, Lalonde, Brunk y Parker-Morris, (2009)	N = 138 jóvenes	Masculino= 27% Femenino= 73%	Cuantitativo: Transversal	Optimismo disposicional
Segal, (2009)	N = 138 jóvenes	Masculino= 0% Femenino= 100%	Cuantitativo: Transversal	Razones para vivir
Shahar, Cohen, Grogan, Barile y Henrich, (2009)	N = 90 adolescentes	Masculino= 40% Femenino= 60%	Cuantitativo: Longitudinal Prospectivo	Apoyo social de amigos tras un acto de terrorismo
Fortune, Sinclair y Hawton, (2008)	N = 5.293 adolescentes	Masculino= 22% Femenino= 88%	Cuantitativo: Longitudinal Prospectivo	Búsqueda de ayuda y apoyo social (amigos y familia)
Clauss-Ehlers, (2008)	N= 305 jóvenes	Masculino= 0% Femenino= 100%	Cuantitativo: Transversal	Factores socio-culturales y étnicos para afrontamiento adecuado



TABLA 1
RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES (1980-2013) (Continuación)

Autor/Autores y año	Participantes (De los 15-25 años)	Género	Método	Variable
Scourfield Roey y McDermott, (2008)	N=69 adolescentes	No indicado	Cualitativo: Grupos focales	Intervenciones ecológicas, competencia en diversidad sexual de profesionales y situaciones adversas
Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González- Jareño, (2006)	N = 200 jóvenes	Masculino= 27% Femenino= 83%	Cuantitativo: Transversal	Afrontamiento del estrés activo y optimismo
Turner, 2005	N=10 jóvenes	No indicado	Cualitativo: Fenomenológico	Esperanza
Stronski, Irlanda, Michaud, Narring, Resnick, (2000)	N= 9.268 jóvenes	Masculino= 56,4% Femenino= 43,5%	Cuantitativo: Transversal	Calidad de las relaciones dentro de la familia y en la escuela
Anteghini, Fonseca, Irlanda, Blum, (2001)	N= 2.059 adolescentes	Masculino= 44,6% Femenino= 55,3%	Cuantitativo: Transversal	Adaptación social con la familia (protección), los amigos (sentirse comprendido) y la escuela (conectar con profesores más que alto rendimiento académico)

2013 (5-15,6%), por lo que más de la mitad (17-53,1%) de la productividad científica sobre resiliencia ante tentativas suicidas en adolescentes y jóvenes adultos se aglutina en el periodo 2009-2013.

Respecto al género, en gran parte de los estudios revisados, informa que las muestras femeninas son mayoritarias (17-53,1%), o muy por encima de otros géneros (14-43,8%), a diferencia de los estudios donde se da una mayoría masculina (3-9,4%), o donde participa otros géneros (1-3,1%). Además, se detecta en algunos estudios (4-12,5%) la inexistencia de este dato en la descripción y en la exposición de resultados.

La mayoría de los estudios son cuantitativos (29-90,6%) frente a una minoría de estudios cualitativos (3-9,4%). En particular, los estudios cuantitativos utilizan una metodología transversal (13-44,8%), otros utilizan una metodología longitudinal (8-27,6%) u otro tipo de metodologías, como la instrumental o estudio de casos y controles (8-27,6%).

Respecto a las variables que fomentan la resiliencia, los resultados de la revisión realizada muestran que el autoconcepto positivo entendido como la valoración (positiva) que hace el adolescente de sus propias habilidades, capacidades y actitudes se contempla como un aspecto clave (Johnson et al., 2010). Por otro lado, la autorregulación y la flexibilidad cognitiva entendidas como la capacidad de un adolescente para responder adecuadamente a las exigencias del entorno, regulando

los pensamientos y emociones para la consecución de sus objetivos también parecen modular la resiliencia ante las tentativas suicidas (Cardozo y Alderete, 2009; Cha y Nock, 2009). En esta línea, estudios posteriores (Karoly, 2012; Wills y O'Carroll, 2012) así lo han demostrado.

Investigaciones previas ya planteaban la importancia del estilo atribucional positivo en la promoción de la salud y bienestar (McLean et al., 2008). El estilo atribucional positivo es entendido como un proceso cognitivo mediante el cual, las personas explican las situaciones (de forma externa, inestable y específica para los eventos negativos e interno, estable y global para los eventos positivos) que experimentan a lo largo de su vida (Martínez-Correa et al., 2006). De hecho, en la revisión realizada se ha detectado que algunos estudios muestran la importancia del estilo atribucional positivo para fomentar la resiliencia ante el suicidio en este colectivo (Sapouna y Wolke, 2013).

Por otro lado, parece ser que se recomienda alentar el autocontrol emocional, control (percibido o real) de las emociones en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad (Salas-Auvert, 2008; Sánchez-Teruel, 2009) y sobre todo aprender a identificar, gestionar y manejar el enfado, la frustración y la tristeza como emociones necesarias y adaptativas en determinada intensidad y valencia (Cha y Nock, 2009). De hecho, algunos estudios de esta revisión han mostrado la importancia del autocontrol emocional como variable moduladora de la resiliencia.



cia ante la conducta suicida en adolescentes y jóvenes, incluso ante la exposición a situaciones adversas presentes o pasadas (Arenas-Landgrave et al., 2012; Gutiérrez et al., 2012). También el control de impulsos, definido como impulsividad o control sobre el comportamiento en situaciones de presión (Nock, 2009), se ha demostrado clave fundamental para el fomento de la resiliencia en adolescentes con ideas o tentativas suicidas (Villalobos-Galvis, Arévalo y Rojas, 2012).

También destacan otras variables personales que pueden considerarse protectoras, como el sentido del humor (Rodríguez, 2008), el optimismo disposicional, definido como la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Martínez-Correa et al., 2006) y la empatía (Rutter, 2006), entendida como la capacidad de ponerse fácilmente, sin esfuerzo y con alta intensidad en el lugar de las personas que están a su alrededor (Montes-Berges y Martínez, 2011). Así, en esta revisión diversos estudios demuestran que el sentido del humor (Thomas et al., 2010), el optimismo (Hirsch et al., 2009) y la empatía (Palacios, Sánchez y Andrade, 2010) parecen ser factores de personalidad claves para la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes que previenen la ideación y tentativa suicida.

Otros estudios también han puesto de manifiesto la necesidad de trabajar sobre la esperanza y las razones para vivir, focalizando el interés en todos aquellos aspectos positivos de su etapa vital y que deben ser visibilizados para contrarrestar los efectos negativos de situaciones adversas en esta etapa evolutiva (Segal, 2009; Turner, 2005). En esta línea, los resultados obtenidos sobre el fomento de la gratitud junto a otras variables como la autoestima o la perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad (*grit*) producen efectos sinérgicos que promueven la percepción de que la vida tiene sentido (Li et al., 2012; Kleiman, Adams, Kashdan y Riskind, 2013). De hecho, la búsqueda del sentido de la vida mostrándoles todas aquellas cosas positivas, pequeñas y grandes, por las que merece la pena vivir ofrece resultados muy prometedores para la lucha contra las ideas y tentativas suicidas, fomentando así su resiliencia incluso en situaciones de riesgo (Kleiman y Beaver, 2013).

Por otro lado, es importante en el fomento de la resiliencia ante el suicidio las habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata (Pisani et al., 2012; Sánchez-Teruel, 2011; Uchino, 2006), y, también, la eliminación del fácil acceso en el hogar a métodos de

suicidio (Biddle, Brock, Brookes y Gunnell, 2008). En esta línea, el trabajo debe ir dirigido a normalizar el hecho de pedir ayuda en situaciones adversas o fomentar la detección precoz, a través de amigos o familiares, puesto que el adolescente, en escasas ocasiones suelen acudir, por propia iniciativa, a los servicios de salud mental o a su profesorado cuando se encuentra en la fase inicial de ideación o realiza los primeros comportamientos de daño autoinfligido (Christiansen y Larsen, 2012; Fortune et al., 2008). Siguiendo con este planteamiento, dentro del ámbito socio-familiar, es básico entrenar a padres y amigos cercanos de adolescentes, para poder ofrecer apoyo social de tipo emocional, y no tanto de tipo instrumental (Thomas et al., 2010). El emocional conlleva sentimientos de pertenencia, intimidad y confidencialidad, además de conductas de afecto y cuidado (consolar, escuchar, animar, etc.), lo que puede fomentar la detección precoz de la fase de ideación, evitando así su tránsito hacia fases más graves del suicidio (Mustanski y Liu, 2013). Además, también es importante para el fomento de la resiliencia en adolescentes, promover actitudes verbales y no verbales de expresión de emociones y fomento de un ambiente cordial en la familia, donde se planteen pautas eficaces para la gestión de conflictos (Kassis et al., 2013; Rhodes et al., 2012), sobre todo en adolescentes o jóvenes en situación de riesgo (Easterbrooks et al., 2011; Gramkowski et al., 2009).

Los aspectos socioculturales y ecológicos también deben ser objeto de atención para el fomento de la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes. En particular, la puesta en marcha, en el ámbito académico o local, de acciones de lucha contra la violencia, la intimidación y el bullying (Ortega, Mora-Merchán y Jöger, 2007), así como, la visibilización de la diversidad sexual (Coker et al., 2010) y étnica (Rew, Thomas, Horner, Resnick, Beuhring, 2001). De hecho, gran parte de las investigaciones revisadas plantean estos aspectos como de crucial importancia para amortiguar el impacto de situaciones de conflicto o negativas, fomentando la resiliencia ante la ideación, tentativa y suicidio consumado en adolescentes y jóvenes. En concreto, se deben incrementar las relaciones positivas con compañeros y profesores, más que sólo un alto rendimiento académico (Anteghini et al., 2001; Stronski et al., 2000), las experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales (Nruham et al., 2010) y las redes sociales estructuradas, donde las re-



laciones interpersonales entre compañeros en el ámbito educativo y con vecinos en marco local sean constructivas (Cleverley y Kidd, 2011; Kassis et al., 2013). Por otro lado, el sentido de pertenencia, el activismo social y la amplificación de valores relacionados con la identidad deben ser potenciados en adolescentes y jóvenes adultos de minorías étnicas o minorías sexuales (Clauss-Ehlers, 2008; DiFulvio, 2011; Poteat, Mereish, Digiovanni y Koenig, 2011). También algunos de los estudios revisados plantean que es de vital importancia una formación específica en estos aspectos (diversidad sexual y étnica) en los profesionales de la salud y de la educación (Scourfield et al., 2008).

Los resultados de los estudios revisados muestran que los recursos que promueven la resiliencia ante el intento de suicidio o suicidio consumado en adolescentes y adultos jóvenes son muy heterogéneos. De ahí, que las variables más prometedoras se hayan resumido en la Tabla 2.

TABLA 2
RESUMEN DE VARIABLES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES (1980-2013)

Factores Internos	Cognitivas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoconcepto positivo ✓ Autorregulación y flexibilidad cognitive ✓ Estilo atribucional positivo ✓ Razones para vivir
	Afectivas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autocontrol emocional ✓ Esperanza ✓ Autoestima ✓ Gratitud ✓ Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad
	Conductuales
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de los impulsos ✓ Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata ✓ Expresión de emociones ✓ Gestión de conflictos
Factores Externos	Personalidad
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentido del humor ✓ Empatía ✓ Búsqueda del sentido de la vida
	Ecológicas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo social de tipo emocional ✓ Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales ✓ Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores ✓ Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio) ✓ Dificultad de acceso a métodos de suicidio ✓ Sentido de pertenencia a un grupo o cultura ✓ Activismo social ✓ Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y étnica ✓ Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria ✓ Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales

CONCLUSIÓN

El suicidio sigue siendo un problema clínico importante y una de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes. El papel de los factores de riesgo en la conducta suicida se ha establecido en la literatura científica desde hace tiempo, pero no hay mucha bibliografía sobre los factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio de este colectivo. En esta revisión los pocos estudios encontrados (N=32), que han ofrecido cierta luz sobre este aspecto, han demostrado que diversos grupos de variables, de forma sumativa o en interacción, promueven la protección de adolescentes y jóvenes ante respuestas como la ideación, tentativa o suicidio consumado, amortiguando incluso el efecto de las variables de riesgo. Estos factores protectores varían según la población estudiada, el contexto, y el resultado (Amitai y Apter, 2012; Eriksson et al., 2010; Kleiman y Liu, 2013; Ungar, 2012; Zolkoski et al., 2012). Sin embargo, varios aspectos conforman un perfil, que pudiera ser utilizado en intervenciones sobre este colectivo, para amplificar este efecto protector y minimizar el impacto de las variables de riesgo. Además, la investigación sobre la resiliencia tiene un gran potencial para guiar el desarrollo de intervenciones eficaces en poblaciones de riesgo, como ya lo han demostrado otros autores (Eggert y Nicholas, 2003; O’Sullivan, Rainsford y Sihera, 2012). Investigadores y profesionales deben centrar aún más sus esfuerzos en ofrecer teorías de la resiliencia ante el suicidio, más contextualizadas en factores de protección, sin perder de vista la modulación de los factores culturales y ecológicos para comprender cómo los adolescentes y jóvenes pueden superar la adversidad y cómo además, este conocimiento puede ser usado para crear y mejorar las fortalezas y afianzar características positivas en sus vidas.

REFERENCIAS

Ahern, N.R. (2006). Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, (3), 175-185

American Foundation for Suicide Prevention-AFSP (2010). *After a Suicide: A toolkit for schools*. Nueva York: SPRC.

Amitai, M. y Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 985-994.

Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez, E. y Forns, M.



- (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica-RIDEP*, 33(1), 51-74
- Anteghini, M., Fonseca, H., Irlanda, M. y Blum, R.W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 295-302
- Autry, A.E. y Monteggia, L.M. (2009). Epigenetics in Suicide and Depression. *Biological Psychiatry*, 66(9), 812-813.
- Balcázar, P. (2000). *Soledad como predisponente al suicidio en la adolescencia*. Universidad Autónoma del Estado de México: México.
- Balcázar, P. (2001). *De la explicación a la prevención. Sombras y esperanzas sobre el suicidio*. Universidad Autónoma del Estado de México: México.
- Biddle, L, Brock, A, Brookes, S y Gunnell, D.J. (2008). Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study, *British Medical Journal (BMJ)*, 336, 1-5.
- Brent, D.A. y Mann, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics (Part C)*, 133C, 13-24.
- Brent, D.A. y Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 157-177.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R.E. y Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 134-139.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. y Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Brunstein, K.A., Sourander, A. y Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 282-8.
- Caffo, E. y Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 493-535.
- Cardozo, G. y Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.
- Casullo, M., Bonaldi, P. y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Chaffin, M. y Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Coker, T.R., Aistin, S.B. y Schuster, M.A. (2010). The health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*, 31, 457-477.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cha, C. B. y Nock, M.K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430.
- Christiansen, E. y Larsen, K.J., (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department – a nested case-control design using Danish register data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 16-25.
- Clauss-Ehlers, C.S. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 197-212.
- Cleverley, K y Kidd, S.A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1049-1054.
- DiFulvio, G.T. (2011). Sexual minority youth, social connection and resilience: From personal struggle to collective identity. *Social Science & Medicine*, 72, 1611-1617.
- Drum, D.J y Denmark, A.B. (2012). Campus suicide prevention: bridging paradigms and forging partnerships. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 209-221.
- Easterbrooks, M.A., Chaudhuri, J.H., Dym, J., y Copeman, A. (2011). Resilience in parenting among young mothers: Family and ecological risks and opportunities. *Children and Youth Services Review* 33, 42-50.
- Eggert, L. L., y Nicholas, L. J. (2003). *CAST: Coping and support training. Road map for teen groups. Leader guide*. Seattle, WA: RY Publications.
- Eriksson, I., Cater, Å., Andershed, A-K. y Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 477-482.



- Everall, R., Altrows, J. y Paulson, B. (2006). Creating a Future: A study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. y Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73.
- Fortune, S., Sinclair, J. y Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8, 369.
- Giménez, M., Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 83-100.
- Gould, M., Greenber, T., Velting, D. y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Gould, M.S y Kramer, R.A (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(Suppl), 6-31.
- Gramkowski, B., Kools, S., Paul, S., Boyer, C.B., Monasterio, E. y Robbins, N. (2009). Health risk behavior of youth in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (2), 77-85.
- Gutiérrez, P.M., Freedenthal, S., Wong, J.L., Osman, A. y Norizuki, T. (2011). Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25) in adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 53-61.
- Haynie, D.L., South, S.J. y Bose, S. (2006). Residential mobility and attempted suicide among adolescents: An individual-level analysis. *Sociological Quarterly*, 49, 693-721.
- Hawker, D. y Boulton, M. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 441-455.
- Hinduja, S. y Patchin, J.W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14, 206-21.
- Hirsch, J.K., Wolford, K., Lalonde, S.M., Brunk, L. y Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(1), 48-53.
- Instituto Nacional de Estadística-INE (2012). *Estadísticas de suicidio en España en 2012*. Recuperado el 31 de Enero de 2014, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A.M. y Tarrrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186.
- Karoly, P. (2012). Self-regulation. In W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds). *Cognitive Behavior Therapy: Core principles for practice* (pp.183-214). New Jersey: Jhon Wiley & Sons.
- Kassis, W., Artz, S., Scambor, C., Scambor, E. y Moldenhauer, S. (2013). Finding the way out: A non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect*, 37, 181-199.
- Kim, Y. y Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20, 13-17.
- Kleiman, E.M. y Beaver, J.K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210, 934-939.
- Kleiman, E.M. y Liu, R.T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540-545.
- Kleiman, E.M., Adams, L.M., Kashdan, T.B. y Riskind, J.H. (2013). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *Journal of Research in Personality* 47, 539-546.
- Labonté, B. y Turecki, G. (2012). Epigenetic effects of childhood adversity in the brain and suicide risk. In Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological basis of suicide* (pp. 382-406). Florida: CRC Press.
- Li, D., Zhang, W., Li, X., Li, N. y Ye, B. (2012). Gratitude and suicidal ideation and suicide attempts among Chinese Adolescents: Direct, mediated, and moderated effects. *Journal of Adolescence*, 35, 55-66
- Macgowan, M. (2004). Suicidality among youths. In M. Fraser (Eds.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp. 347-372). Washington: Nasw Press.
- Mann, J., Bortinger, J., Oquendo, M. y Currier, D. (2005). Historia familiar del comportamiento suicida y



- los trastornos emocionales. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1672-1679.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca: Intersalud.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.
- Masten, A., Best, K. y Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S. y Harris, F. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behavior: A literature review*. Edinburgh: Scottish Government Social Research.
- Marin, L., DiFluvio, G. y Burke, T.K. (2009). Resilience and marginalized youth: Making a case for personal and collective meaning-making as part of resilience research in public health. *Social Science & Medicine*, 69, 565-570.
- Montes-Berges, B. y Martínez, L. (2011). Émpatas. En B. Montes-Berges (Dir.), *Émpatas: la capacidad de sentir como la otra persona: ¿Por qué hay personas que no pueden ver el telediario?* (pp. 33-47). Granada: Ruíz de Aloza
- Mustanski, B. y Liu, R.T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42 (3), 437-48.
- Najman, J.M., Heron, M.A., Hayatbakhsh, M.R., Dingle, K., Jamrozik, K. y Bor, W. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *The Journal of Psychiatric Research*, 42, 694-700.
- Nakagawa, M., Kawanishi, C., Yamada, T., Iwamoto, Y., Sato, R., Hasegawa, H. y Hirayasu, Y. (2009). Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 9, 32-38.
- Nauta, M.H., Festen, H., Reichart, C.G., Nolen, W.A., Stant A.D., Bockting C.L. y de Vries, S.O. (2012). Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*, 17, 12:31.
- Nrugham, L., Holen, A. y Sund, A.M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 131-136.
- Nock, M.K. (2009). Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the search for) causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 237-239.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M. Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence* 26, 1-11.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS– (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
- Ortega, R., Mora-Mechán, J. y Jöger, T. (2007). *Actuando contra el bullying y la violencia escolar. El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de internet*. Córdoba: Sócrates.
- O'Sullivan, M., Rainsford, M. y Sihera, N. (2012). *Suicide prevention in the community: a practical guide*. Dublin: Health Service Executive (HSE)
- Palacios, J., Sánchez, B. y Andrade, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 12, 53-75.
- Pavés, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera-Villaruel, P. (2009) Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137, 2-4.
- Pandey, G.N. y Dwivedi, Y. (2012). Neurobiology of teenage suicide. In Y. Dwivedi, (Ed.), *The Neurobiological basis of suicide* (Chap. 15). Boca Raton (FL): CRC Press.
- Pintado, Y., Jiménez, Y., Padilla, M., Guerra, J.M y Antelo, M. (2010). Trastornos psicológicos en adolescentes. *Revista Psiquiátrica del Niño y del Adolescente*, 9, 11-27.
- Pisani, A.R., Schemelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D.B., Tu, X. y Wyman, P.A. (2012). Associations between suicidal high school students' help-seeking and their attitudes and perceptions of social environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1312-24.
- Portes, P., Sanchu, D. y Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpre-



- tation of developmental and contextual factors. *Adolescence*, 3, 805-15.
- Poteat, V.P., Mereish, E.H., Digiovanni, C.D. y Koenig B.W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents' psychosocial and educational concerns: The importance of intersecting identities and parent support. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 597-609.
- Priest, N.C., Paradies, Y.C., Gunthorpe, W., Cairney, S.J. y Sayers, S.M. (2011). Racism as a determinant of social and emotional wellbeing for Aboriginal Australian youth. *Medical Journal of Australia*, 194(10), 546-50.
- Qin, P., Mortensen, P.B. y Pedersen, C.B. (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66, 628-632.
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S.R., Beardslee, W. R., y Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1226-1232.
- Rew, L., Thomas, N., Horner, S.D., Resnick, M.D. y Beuhring, T. (2001). Correlates of recent suicide attempts in a triethnic group of adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 361-367.
- Rhodes, A.E., Boyle, M.H., Bethell, J., Wekerle, C., Godman, D., Tonmyr, L. y Manion I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36(6), 542-51.
- Rodríguez, D.J. (2008). El humor como indicador de resiliencia. En E. N. Suárez (Comp.), A. Melillo (Comp.), E. H. Grotberg (aut.) & M. Alchourrón de Paladini (aut.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp. 185-196). Madrid. Paidós.
- Russell, S.T. y Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a National study. *The American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-329.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Ryan, C., Huebner, D., Díaz, R.M. y Sánchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123, 346-352.
- Salas-Auvert, J.A. (2008). Control, Salud y Bienestar. *Revista Suma Psicológica*, 15, 15-42.
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en inteligencia emocional*. Madrid. Editorial CEP.
- Sánchez-Teruel, D. (2010). *Intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid; Editorial CEP. Acreditado con 1.2 créditos por Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España para Psicólogos Clínicos. Exp.: 99-0013-08/0317-A.
- Sánchez-Teruel, D. (2011). *Intervención y atención a las agresiones a menores y mujeres*. Madrid. CEP.
- Sánchez-Teruel, D., Cobos, E.F. y Peñaherrera, M. (2011). Violencia sexual entre compañeros y en parejas adolescentes. En M^a L. Sanchiz, M. Martí e I. Cremade (Eds.), *Orientación e intervención educativa: retos para los orientadores del siglo XXI* (pp. 729-738). Valencia: Márgenes.
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.), *Perspectivas en psicología aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Sapouna, M. y Wolk, D. (2013). Neglect resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 37, 997-1006.
- Segal, L. (2009). Self-reported history of sexual coercion and rape negatively impacts resilience to suicide among women students. *Death Studies*, 33(9), 848-55.
- Scourfield, J., Roen, K., y McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health and Social Care in the Community*, 16(3), 329-336.
- Stroski, S.M., Irlanda, M., Michaud, P., Narring, F. y Resnick, M.D., (2000). Protective Correlates of Stages in Adolescent Substance Use: A Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health*, 26, 420-427.
- Shahar, G., Cohen, G., Grogan, K.E., Barile, J.P. y Henrich, C.C. (2009). Pediatrics. Terrorism-related perceived stress, adolescent depression, and social support from friends. *Pediatrics*, 124(2), e235-40.
- Sung-Hong, J., Espelage, D.L. y Kral, M.J. (2011). Understanding suicide among sexual minority youth in



- America: An ecological systems analysis. *Journal of Adolescence* 34, 885–894.
- Thomas, A., Cairney, S., Gunthorpe, W., Paradies, Y. y Sayers, S. (2010). Strong Souls: development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 40–48.
- Turner, S. (2005). Hope seen through the eyes of 10 Australian young people. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 508-515.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Ungar, M. (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine*, 55(5), 387–389.
- Ungar, M. y Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the Child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2) 126-149.
- Villalobos-Galvis, F.H., Arévalo, C. y Rojas, F.D. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panameña de Salud Pública*, 31(3), 233–9.
- Wills, Th. A. y O'Carroll, E. (2012). Social Support, Self-Regulation, and Resilience in Two Populations: General-Population Adolescents and Adult Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (special issue: Resilience: Social-Clinical Perspectives), 568-592.
- Zolkoski, S.M. y Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295–2303.



COORDINADOR DE PARENTALIDAD: NUEVA FIGURA PROFESIONAL PARA EL PSICÓLOGO FORENSE

THE PARENTING COORDINATOR: A NEW PROFESSIONAL ROLE FOR THE FORENSIC PSYCHOLOGIST

Carles Rodríguez-Domínguez y Xavier Carbonell
Universidad Ramón Llull

La figura del coordinador de parentalidad nació en Estados Unidos, en los años noventa, para ayudar a la resolución de conflictos de familias que en la ruptura de la pareja no son capaces de resolver disputas cotidianas y sostienen un elevado nivel de conflictividad con gran número de intervenciones sociales, sanitarias y/o judiciales. Nuestro objetivo es dar a conocer el rol del coordinador de parentalidad, que es un rol altamente especializado para intervenir con efectividad en estas familias y minimizar el conflicto interparental, en beneficio del/s hijo/s y de los progenitores. La experiencia de la figura del coordinador de parentalidad en otros países se ha mostrado como un modelo útil en la reducción y resolución de conflictos en los juzgados de familia.

Palabras clave: Coordinador de parentalidad, Resolución de conflictos, Ruptura de pareja.

The role of the parenting coordinator in the United States was born in the 90s, to help families to resolve conflicts when the couple's separation means that everyday disputes have not been able to be resolved, producing a high level of conflict and a large number of interventions with social workers, as well as health and/or legal interventions. The aim of this study is to present the role of the parenting coordinator, a highly specialized person that intervenes effectively in these families to minimize interparental conflict, to the benefit of the children and also the parents. The experience of the role of the parenting coordinator in other countries has been a useful model in the reduction and resolution of conflicts in the family courts.

Key words: Parenting coordinator, Conflict resolution, Relationship breakdown.

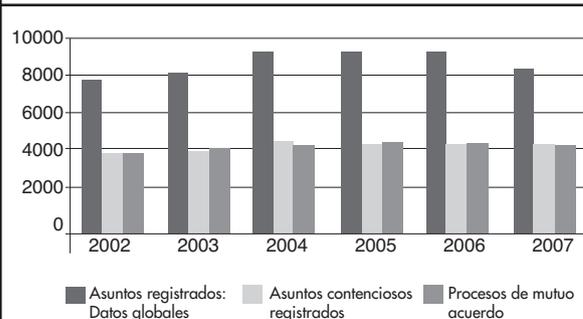
Desde que se introdujo la posibilidad de divorciarse en España (Ley 30, 1981), entre 2001-2010 más de un millón de parejas disolvieron su relación (ver tabla 1). Durante el sexenio 2002-2007, en los Juzgados de Familia de Barcelona, hubo una media de 8.300 expedientes de separación o divorcio anuales (ver tabla 2), el 49,6% de media de los registros correspondieron a asuntos contenciosos que tardaron 4,3 meses de media en resolverse. De los 8.434 asuntos que entraron en el registro en 2007, 2.197 permanecieron en gestión posterior.

Desde los años 80, varios estudios sobre los efectos del divorcio en los menores, han descrito que la continua confrontación entre progenitores tras el divorcio se correlaciona con una peor adaptación de los menores (Cámara y Resnick, 1988; Chess, Thomas, Korn y Mittelman, 1983; Kelly, 2005; Kelly y Emery, 2003; Wallerstein, 1985). Tras la separación o divorcio, los conflictos sobre la pauta de contacto o relación entre progenitores e hijos son los que generan mayor ansiedad a toda la familia, especialmente a los hijos (Galatzer-Levy y Kraus, 1999; Johnston y Campbell, 1988). Este tipo de conflictos han supuesto un importante problema de salud pública (Lebow, 2003). Las familias caracterizadas por graves con-

TABLA 1
EVOLUCIÓN DE LAS DISOLUCIONES MATRIMONIALES 2001-2010
FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.
REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR CORTESÍA DEL INE

	Total	Separaciones	Divorcios	Nulidades
2001	105.534	66.144	39.242	148
2002	115.374	73.567	41.621	186
2003	122.166	76.520	45.448	198
2004	132.789	81.618	50.974	197
2005	137.044	64.028	72.848	168
2006	145.919	18.793	126.952	174
2007	137.510	11.583	125.777	150
2008	118.939	8.761	110.036	142
2009	106.166	7.680	98.359	127
2010	110.321	7.248	102.933	140

TABLA 2
ASUNTOS REGISTRADOS EN LOS JUZGADOS DE FAMILIA DE LA CIUDAD DE BARCELONA EN EL SEXENIO 2002-2007



Correspondencia: Rodríguez-Domínguez. C. FPCEE Blanquerna.
Universidad Ramón Llull. E-mail: carlesrd@blanquerna.url.edu



flictos parentales presentaban problemas extremadamente difíciles de resolver mediante métodos convencionales de terapia familiar y/o mediación. Desde los orígenes del proceso de la coordinación de parentalidad (PCP) en la década 1990 en EEUU, los jueces habían entendido que estas familias no podían resolver sus disputas por la vía legal, porque el obstáculo era esencialmente psicológico y usaban el re-litigio por sistema buscando soluciones judiciales a temas frecuentemente irrelevantes (Capdevila, 2013).

El uso cada vez más extendido del PCP ha mostrado muchas ventajas en la resolución alternativa de conflictos en los tribunales de familia como forma de gestión intensiva, en casos de custodia de menores cuyos progenitores permanecían atrapados en conflictos crónicos. La función esencial del PCP ha sido la creación de planes adecuados para construir relaciones parentales duraderas, con el objetivo de resolver conflictos de parentalidad. Un grupo multidisciplinar (Coates, Deustch, Starnes, Sullivan y Sidlik, 2004), con experiencia en diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, examinó algunas de las cuestiones más difíciles que se afrontan en el ámbito del PCP. Incluyeron temas legales, como la autoridad cuasi-judicial del coordinador de parentalidad (CP) derivada de medios legales, la jurisdicción de casos y los desafíos constitucionales. Destacaron la necesidad de formación e investigación para avanzar de manera responsable en el rol emergente y prometedor del CP. Por su parte, profesionales de salud mental observaron mejorías en menores cuando sus padres realizaron un PCP (Kirkland y Sullivan, 2008 citado por Fieldstone, Carter, King y McHale, 2011; Vick y Backerman, 1996;). En 1994, un estudio inédito de Johnston sobre PCP en Santa Clara, California (citado en un Grupo de Trabajo 2003 AFCC) mostró una reducción del 25% de comparecencias ante el tribunal en casos concluidos por un CP (Fieldstone, Carter, King y McHale, 2011). Otro estudio reveló una reducción de un 75% en documentos judiciales relacionados con menores, así como una disminución del 50% en todos los expedientes presentados, ayudando a disminuir los elevados conflictos, ayudando al tribunal a la reducción de tiempo y recursos (Henry, Fieldstone y Bohac, 2009). Aunque los estudios sobre la eficacia del PCP todavía son insuficientes, se ha observado una reducción de expedientes judiciales cuando los jueces ordenaron PCP extra-judiciales.

Retomando una investigación seminal (Keilin y Bloom, 1986), en un estudio posterior (Kirkland y Sullivan,

2008) establecieron el objetivo de implantar un estándar de referencia para la resolución alternativa de conflictos en las prácticas de los PCP judiciales; los resultados mostraron que el PCP se practicaba en América del Norte por profesionales experimentados que trabajaban de forma multidisciplinar en todas las profesiones jurídicas y de salud mental y actuaban por mandato judicial.

A pesar de los aspectos positivos, algunas voces críticas (Barsky, 2011) han cuestionado el poder de decisión del CP: la dualidad de roles o, por ejemplo, no poder garantizar la seguridad e imparcialidad en casos de violencia doméstica.

La Ley 25/2010 del Libro 2º Código Civil de Cataluña, recoge que se debe presentar un documento concretando el Plan de Parentalidad en el Convenio Regulador de la separación o divorcio, obligatorio para todos los casos, ya sean de mutuo acuerdo o contenciosos. La finalidad del Plan de Parentalidad se resume en la concreción de los compromisos asumidos por los progenitores respecto de la guarda y educación de los hijos menores, así como la previsión del ejercicio de responsabilidades parentales. La práctica profesional muestra que una cosa es el divorcio legal y otra el divorcio emocional en que se cronifica el litigio con peleas constantes, tratando de vencer y desacreditar al otro conyuge, negando responsabilidades propias e imposibilitando, en ocasiones, la protección de los menores. En este sentido, puede requerir diferentes actuaciones del psicólogo especialista en la materia (ver tabla 3).

La intervención profesional especializada del psicólogo forense está en constante evolución a causa de las demandas surgidas del entorno social. En nuestro Derecho de Familia hay dos formas de custodia: compartida y exclusiva en función del *Interés Superior del Menor*. Actualmente se manifiesta una tendencia legislativa preferente hacia la custodia compartida (Torres-Perea, 2011), tal como han mostrado varias sentencias del Tribunal Superior de Justicia: (STS 4581/2009; STS 7257/2009; STS 2329/2010; STS 7302/2010; Llibre 2º Codi Civil de Catalunya, 2010). Alrededor del 55-60% de los divorcios o separaciones matrimoniales son por mutuo acuerdo entre las partes, aunque el juez no está vinculado a dicho acuerdo, porque el *Interés Superior del Menor* es un interés público (Caso, 2013). Siempre que el convenio regulador y el plan de parentalidad sobre la guarda y custodia de los menores sea correcto, el juez respetará el mutuo acuerdo de ambas partes. Aún así, un 40 - 45% son divorcios *ad litem* y, al menos entre un 8% y un 15%, altamente conflictivo. Se trata de



familias sobre-asistidas, en las que los profesionales de la salud mental y la mediación han tenido la sensación de falta de herramientas adecuadas para ayudarlos desde su encuadre profesional y los límites inherentes a su rol profesional. Se hace evidente que estas familias, además de la ayuda del psicólogo, “necesitan mediación para sus disputas, psico-educación para las necesidades de sus hijos como fomentar habilidades de comunicación efectiva, de gestión de conflictos o habilidades parentales”, etc. También los jueces sienten una frustración similar al observar cómo las ejecuciones se acumulan y los expedientes se hacen más voluminosos mientras el conflicto se cronifica (Capdevila, 2013).

En otro estudio (Ellis y Boyan, 2010), aplicaron un genograma para ilustrar las dificultades de establecer un régimen de contactos normal y de re-negociación para

familias con dos hogares en cinco tipos diferentes: 1) familia divorciada con un mínimo conflicto; 2) familia divorciada con una relación conflictiva; 3) familia divorciada con un hijo en relación fusional con la madre; 4) familia divorciada, con el hijo distanciado del padre; y 5) familia divorciada, con conflicto parental muy elevado. Utilizaban estos genogramas para sugerir intervenciones de coordinación de parentalidad en cinco áreas: 1) creación de una zona de seguridad y amortiguación del conflicto para facilitar el cruce de la frontera co-parental; 2) ayuda al menor separándolo del progenitor causante del conflicto de lealtades; 3) bloqueo de las intrusiones del progenitor generador de las confusiones del menor; 4) fortalecimiento del vínculo con el progenitor excluido; y 5) debilitamiento de la coalición patológica en la diada progenitor/a-hijo/a.

TABLA 3
ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE DIVORCIO, SEPARACIÓN O NULIDAD DE LA RELACIÓN CONYUGAL

Algoritmo elaborado por Rodríguez-Domínguez, C. (2014)

Divorcio Legal	Elementos	Con Mutuo acuerdo	Fin del proceso judicial	Intervenciones habituales en los procesos contenciosos
	1/ Convenio Regulador 2/ Plan de Parentalidad 3/ Tipo de Guarda y Custodia: Compartida, exclusiva, mixta o retirada de la custodia	Sin mutuo acuerdo Proceso contencioso	Expediente Judicial Contencioso	Informes Periciales Psicológicos solicitados por una de las partes o ambas. Informes Periciales Psicológicos solicitados por el Tribunal al Equipo Psicossocial adscrito al Juzgado. Mediación Familiar. En elevada conflictividad se introduciría la Coordinación de Parentalidad.
Divorcio Emocional	Referentes para el Coordinador de Parentalidad	Baja conflictividad	Facilitar que los progenitores resuelvan por sí mismos la situación. Elaboración del duelo y aceptación de la parentalidad. En ocasiones Mediación Familiar.	
	Teorías del Vínculo Afectivo	Media Conflictividad	Facilitar la elaboración del duelo. Colaborar en la disminución del conflicto. Mediación Familiar. Informes periciales.	
	Teorías de Terapia Familiar Sistémica.	Elevada conflictividad y cronicidad de incidencias judiciales	Adecuada la intervención del proceso de coordinación de parentalidad.	
Nivel de conflictividad en los progenitores	Baja	En general corresponde a expedientes que se resuelven por mutuo acuerdo. Intervención del Psicólogo: Posible, pero no necesaria.		
	Media	La decisión judicial en Juzgado de Primera Instancia e Instrucción o Juzgado de Familia acostumbra a finalizar el conflicto. Algunas veces se apela y llega a la Audiencia Provincial. Intervención del Psicólogo: Informe pericial, mediación familiar, psicoterapias.		
	Elevada	Continuos re-litigios que alcanzan instancias judiciales superiores y elevado consumo de recursos psicossociales. Mayor coste económico. Mayor coste en sufrimiento psicológico. Indicada la Coordinación de Parentalidad		



Los pioneros del PCP (Boyan y Termini, 2003) crearon en Atlanta el Instituto de Parentalidad (*Parenting Institute*), donde desarrollaron uno de los primeros manuales de entrenamiento destinados a terapeutas que querían asumir el rol de CP en el trabajo con familias muy conflictivas.

La *American Psychological Association* (2012) publicó una guía rectora para el PCP practicado por psicólogos, en la que se subraya que el principio intervención del PCP se focaliza en el *Interés Superior del Menor*, ayudando a los progenitores en la toma de decisiones para la implementación en el plan de parentalidad.

EL COORDINADOR DE PARENTALIDAD

Estos razonamientos, provenientes del medio anglosajón, llevaron a la creación de la figura del CP. En varios Estados apareció una figura similar con pequeños matices y diferentes denominaciones: “sabios” en Nuevo México, “consejero del juzgado de familia” en Arizona, “facilitador de la coparentalidad” o “mediador/árbitro” o “mediador familiar” en Buenos Aires, Argentina. Como explica Capdevila (2013), nació así, un nuevo rol alternativo a los Tribunales para la resolución de conflictos centrado en los menores, que trataba de ayudar a los padres para implementar el plan de parentalidad. Estas diferencias plantearon la necesidad de una definición consensuada, que aportó la *Association of Families and Conciliation Courts* (AFCC). En sus directrices (2005), señalaron que la Coordinación de Parentalidad

“es un proceso alternativo de resolución de disputas centrado en el menor, donde un profesional de la salud mental o del ámbito judicial con formación y experiencia en mediación familiar asiste a progenitores altamente conflictivos para ayudarlos a implementar su plan de parentalidad. Tratando de facilitar la resolución de sus contiendas, educando a los progenitores sobre las necesidades de sus hijos y, mediante el consentimiento de las partes y/o del juzgado para tomar algunas decisiones menores, dentro del ámbito de la sentencia o contrato de designación del CP.”

Una revisión de la literatura (Lauter, 2010), sobre los tratamientos tradicionalmente utilizados por el sistema judicial y los ofrecidos por profesionales de salud mental a familias de alto nivel de conflicto, reveló que el tratamiento clínico y la intervención en casos de divorcio de alto conflicto aún estaba relativamente indefinido. Se sugirió que los estándares de la práctica todavía no habían sido suficientemente desarrollados para los

terapeutas en referencia a la coparentalidad. El autor mostró la necesidad de continuar la investigación para contribuir a la reflexión sobre estrategias de tratamiento, modelos intervención, y evaluación de las limitaciones de los profesionales.

EL MODELO CANADIENSE

El modelo canadiense realizó una importante labor para delimitar la tarea del profesional de la Coordinación de Parentalidad. El CP es un profesional que, debido a su rol, se encuentra en la mejor posición para realizar intervenciones eficaces en casos de conflictividad crónica (D’Abate, 2013). Según este autor, existen tres razones primordiales, para introducir la figura del CP. En primer lugar, los estudios indican que los conflictos graves entre progenitores –disputas verbales y físicas, litigios persistentes, desconfianza y hostilidad, alejamiento de un progenitor, entre otros–, ponen a los menores en riesgo y destruyen los beneficios que las relaciones parentales positivas pueden aportarles. En segundo lugar, en los casos más difíciles, los jueces a menudo recomiendan la mediación, evaluaciones periciales o terapia, pero estos recursos acostumbra a ser insuficientemente efectivos cuando los progenitores están atrapados en un conflicto crónico. Y, en tercer lugar, las familias con divorcios de elevada conflictividad, utilizan muchos servicios del tipo de protección de menores, mediación, consultas a expertos, mientras que paralelamente, inician numerosos procedimientos legales que suponen un elevado coste para la sociedad y para la propia familia.

La figura del CP pretende ofrecer un servicio especializado para la resolución alternativa de las disputas entre padres separados o divorciados con elevado riesgo de conflictividad. Por tanto, en estos conflictos la figura del CP responde al *Interés Superior del Menor* (L.O.1, 1996; ONU., 1989), ya que los menores en riesgo ven destruidos sus beneficios de la relación parental positiva como consecuencia de la conflictividad de sus padres. Estos conflictos conllevan numerosos procesos judiciales con un elevado coste económico, estimado en Canadá entre 10.000 y 15.000 dólares canadienses por expediente (D’Abate, 2013).

La función del CP es asesorar a los progenitores sobre las necesidades de sus hijos y, ayudarlos en la toma de decisiones consensuadas. El CP ha de tener un perfil profesional con formación en: coordinación parental, dinámicas familiares, separaciones y divorcios, mediación familiar, violencia doméstica y de género, maltrato in-



fantil, conocimiento de los procedimientos legales y procesales, conocimientos sobre psicología infanto-juvenil, además de participar en actividades de formación continuada.

El enfoque se presenta desde una perspectiva sistémica y global de la vida familiar y, en la naturaleza recíproca e interactiva de sus miembros. El CP es una figura transversal con capacidad para cumplir diferentes roles que ha de tener formación en técnicas de la mediación, terapéuticas y de trabajo social, pero *no actuar* como ellos (ver tabla 4).

Los criterios para la designación del CP son: conflicto persistente en la coparentalidad, historial de abuso de drogas del/los progenitor/es, historia de violencia familiar, problemas de salud mental o de conducta en uno ó ambos progenitores, menores con necesidades especiales y cuando un progenitor tenga una imagen muy negativa o distorsionada del otro progenitor, o exprese abiertamente el deseo de limitar o excluir el contacto del menor con el otro progenitor (D'Abate, 2005).

El CP ha de sostener una actitud imparcial y subrayar los temas importantes para llegar a pactos y acuerdos.

EL MODELO ARGENTINO

El modelo del PCP que se realiza en los Juzgados de Familia de la ciudad de Buenos Aires se denomina mediación terapéutica (MT). En su enfoque, plantean que la MT se focaliza hacia el tránsito al divorcio emocional centrada en el bienestar de los menores (Bikel y Zanuso, 2013). Se trata de un proceso ordenado por el juez para el trabajo con divorcios de elevada conflictividad focalizado en priorizar el cuidado y sostén de los hijos, en lugar del proceso contencioso judicial y de las necesidades de los padres. Centrado en la interacción parental actual, no en los aspectos personales ni en los conflictos anteriores. Es un proceso normativo que hace recomendaciones e indicaciones cuando los progenitores no logran ponerse de acuerdo, notificándolo siempre al Juez. En los Juzgados de Familia de Buenos Aires, los magistrados están formados en terapia familiar y trabajan conjuntamente con el equipo de MT. Se evalúa el impacto emocional del conflicto parental en los menores. El MT es salvaguarda de sus necesidades emocionales y físicas, elabora un plan de coparentalidad para tratar de lograr un consenso entre los progenitores que ha de ser firmado por ambas partes, supervisa el cumplimiento de los planes de parentalidad y ayuda a modificarlos si es preciso y, finalmente,

informa al juez sobre el proceso. La MT, se diferencia de la Mediación, porque en la MT no hay acuerdo de confidencialidad, se centra estrictamente en el bienestar de los hijos, realiza sugerencias y consejos y, si es preciso, toma decisiones. Por su parte, la Mediación requiere un proceso confidencial, promueve la resolución de conflictos entre las partes y trata de facilitar el proceso de comunicación. En el sistema de la MT, el profesional está en permanente contacto con el Juez, con los abogados de ambas partes, con los psicoterapeutas individuales implicados y con los adultos significativos (maestros, parientes, médicos, etc). El proceso de la MT se inicia con sesiones individuales en las que se recoge una breve historia de la pareja y del divorcio. Se observa la percepción individual de las razones del divorcio; la búsqueda de la responsabilidad individual en los conflictos. Los eventos significativos en la relación de la pareja; las emociones personales inadecuadas.

TABLA 4
DIFERENCIAS DE LOS ROLES DEL COORDINADOR DE PARENTALIDAD, CON LA PSICOTERAPIA, LA MEDIACIÓN FAMILIAR Y LA EVALUACIÓN PERICIAL FORENSE.
 ADAPTADO DE ELLIS Y BOYAN (2010) POR D'ABATE (2013)

	Coordinador de Parentalidad	Terapia	Mediación Familiar	Evaluación (Guarda y Custodia)
Requiere habilidades en mediación	Si	No	Si	No
Conocimientos de aspectos legales	Si	No	Si	Si
Formación en desarrollo infanto-juvenil	Si	Si	Si	Si
Autoridad (capacidad de tomar decisiones)	Si	No	No	Si
Proceso confidencial	No	Si	Si	No
Participación voluntaria	Si	Si	Si	Si
Puede modificar Planes de Parentalidad	Si	No	Si	Si
Directiva y puede proporcionar consejo a los progenitores	Si	Si/No	No	Innecesaria
Supervisa el cumplimiento del mandato judicial	Si	No	No	No
Requiere testimonio judicial	Si/No	No	No	Si
Rol de educador para los progenitores	Si	No	No	Si
Seguimiento a largo plazo	Si	Posible	No	No
Centrado en el mejor interés del menor	Si	Posible	No	Si



cuadas; las percepciones de los hijos: la visión de cada uno de los progenitores de las conductas, las necesidades y las emociones de los menores; la capacidad para separar sus propias necesidades de las de los hijos; los intereses en la relación presente y futura. A continuación realizan una sesión conjunta, para explicar las normas y objetivos de la MT, firmando el acuerdo entre las partes; se enfatiza la asistencia sugerida por el Juez; se formulan los temas que preocupan a los padres, relacionados con sus hijos; se plantea la negociación con los progenitores del plan de coparentalidad de forma detallada y específica. En cuanto a la evaluación se refiere, incluye: las características de personalidad de cada uno de los padres; la dinámica de las interacciones; el nivel bajo, medio, o elevado del conflicto entre la pareja; el funcionamiento de la coparentalidad y el examen de las conductas de los menores. En este modelo, el plan de coparentalidad incluye: la comunicación entre los padres; los acuerdos para el traslado de los niños; los acuerdos sobre el contacto telefónico entre los padres y entre padres e hijos; los acuerdos sobre cómo compartir objetos como la ropa o los juguetes personales del menor entre ambos hogares; trabajar la flexibilidad de agendas; tratar la negativa de los hijos al tiempo compartido con el progenitor no custodio; y regular procedimientos en situaciones de emergencias sobrevenidas. Los objetivos de la MT apuntan a lograr el divorcio emocional y construir una coparentalidad funcional priorizando el derecho de los hijos a amar y disfrutar de ambos padres; lograr que estos puedan tener relaciones fluidas y frecuentes con ambos padres sin quedar atrapados entre los conflictos conyugales. El duelo del divorcio emocional implica poder abandonar el litigio crónico y reconstruir una relación simétrica funcional en la pareja; apartar los hijos del conflicto conyugal; tratar de reparar la herida narcisista, la autoestima y restaurar la confianza mutua de ambos progenitores. Esencialmente, la MT familiar, trata de ayudar a la restauración de los vínculos dañados y discriminarlos de los que aún permanecían intactos (Bikel y Zanuso, 2007).

REFLEXIONES FINALES

La propuesta de incorporar la figura del CP presenta aspectos positivos y negativos. A pesar de la rápida expansión de los roles, de acuerdo con Sullivan (2008), la literatura todavía tiene que explorar las razones por las que este rol puede ser eficaz con el colectivo de divorcia-

dos crónicamente litigantes. Las preguntas siguen siendo, sin embargo, acerca de si el proceso de coordinación eficaz en la crianza de los hijos es desconectar del conflicto a los participantes de alta conflictividad, cuando existen problemas de desigualdades en el poder y control típico en familias violentas. Los esfuerzos del PCP por promover o mantener un mayor nivel de participación puede hacer más daño que bien en casos de tutela de menores con elevados conflictos. Por ello, el objetivo del CP, con relación a los padres en elevado conflicto, estructuralmente debe ser desconectar los participantes del conflicto utilizando las múltiples funciones exclusivas del PCP para aumentar la especificidad del plan de parentalidad, que funciona como interfaz para la comunicación entre ellos y valorar su interacción en la toma de decisiones de forma colaborativa.

Además, aun cuando fuese eficaz la desconexión coparental, si el proceso no fuera capaz de aislar los aspectos tóxicos de los conflictos en los niños -conflictos de lealtades, de denigración de la imagen del otro progenitor, de fenómenos de exclusión-, son factores que podrían presentar todavía un impacto negativo en la adaptación de los menores, incluso cuando el PCP lograse los objetivos.

Tal como señala Carter (2011), el rol del CP requiere un profesional cualificado con habilidades integradas provenientes de diversas áreas profesionales como mediación familiar, psicoterapia, formación sistémica, conocimientos jurídicos en Derecho de Familia, conocimientos de resolución de conflictos, de psicología infanto-juvenil, de maltrato familiar y de violencia de género. En consecuencia, es necesaria una larga formación.

No podemos obviar las advertencias de Barsky, (2011) sobre las dificultades que puede encontrar en su tarea, sobre todo si el CP no puede garantizar la seguridad e imparcialidad en casos de alta conflictividad o con indicios de violencia de género. Uno de los aspectos negativos del PCP podría ser que, aunque pudiera reducir el número de asistencias sociales y sanitarias y aminorar así el coste económico a la administración pública, el coste de un largo procedimiento recaería sobre estas familias que ya sufren elevados costes a causa de los continuos re-litigios. Además en el Estado Español, todavía no existe la figura del CP. Según Farré-Trepat (2013), sí que es posible que el juez solicite servicios externos para tratar de resolver el problema, pero, lógicamente, lo hará con el consentimiento o la aceptación voluntaria de



los litigantes, ya que supone un coste económico para ellos. Actualmente está en redacción un convenio con el Decanato de los Juzgados de Barcelona para la puesta en marcha de una experiencia piloto sobre CP (InfoARC, 2014).

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2012). Guidelines for the practice of parenting coordination. *American Psychologist*, 67(1), 63-71.
- AFCC Task Force on Parenting Coordination (2005). Guidelines for parenting coordination. *Family Court Review*, 44(1), 162-181.
- Assumptes registrats en els Jutjats de Família de la ciutat de Barcelona. (2008). *Estudio sobre el sexenio 2002-2007*. Barcelona. Recuperado de <http://www.195.55.26:8040/Estudio2007/InfPDF/Cataluña/BARCELONA/FAMILIA.pdf>. el 16 de Junio de 2012.
- Barsky, A. E. (2011). Parenting coordination: The risks of a hybrid conflict resolution process. Florida. *Negotiation Journal*, 27(1), 7-27.
- Bikel, R. & Zanuso, L. (2007). Hasta que la muerte nos separe. Divorcio, duelo, reparación y correlaciones judiciales. *Sistemas Familiares*, 23(2), 59-69.
- Bikel, R. & Zanuso, L. (2013). Atrapados en la disputa. Conferencia el 16 de Octubre de 2013. Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. Barcelona.
- Boyan, S. & Termini, A. M. (2003). *Therapist as parent coordinator: Strategies and techniques for working with high conflict divorce (third ed.)*. Atlanta, Georgia, USA.
- Camara, K.A. & Resnick, G. (1988). Interparental conflict and cooperation: factors on moderating children's post-divorce adjustment. In E. M. Hetherington & J. D. Arasteh (Eds.), *Impact of divorce single parenting, and stepparenting on children* (pp. 169-195). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Capdevila, C. (2013). *La figura del coordinador de parentalitat en les separacions altament conflictives*. Recuperado el 8 de Octubre de 2013 de http://www.psiara.cat/view_article.asp?Id=4363
- Carter, D. (2011). *Parenting coordination: a practical guide for family law professionals*. New York: Springer Publishing Company.
- Caso, M. (2013). *Regulació de la custòdia compartida i la seva aplicació*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics de Catalunya.
- Chess, S. Thomas, A., Korn, S., & Mittelman, M. (1983). Early parental attitudes, divorce, and separation, and young adult outcome: findings of a longitudinal study. *American Academy of Child Psychiatry*, 22(1), 47- 51.
- Coates, C.A., Deustch, R., Starnes, H., Sullivan, M.J., & Sydlik, B. (2004). Models of collaboration in family law: Parenting coordination for high-conflict families. *Family Court Review*, 42, 246-262.
- COPC (Enero, 2014). Experiència pilot: Conveni de coordinació de parentalitat amb el deganat dels Jutjats de Barcelona. *Nou infoArc, alternatives de gestió i resolució de conflictes*, N° 1. COPC. Recuperado el 23 de Marzo de 2014 de <http://www.copc.cat/Documentos/files/Seccions/IN-FOS%20ARC/infoarc%20gener.pdf>
- D'Abate, D. (2005). Parenting coordination: A new service for high conflict divorcing families. *Intervention OPTSQ*, 122(1), 1-9.
- D'Abate, D. (2013). *Entrevista a Dominic D'Abate director del Consensus Mediation Center de Montreal*. Recuperado el 9 de Octubre de 2013 de http://www.psiara.cat/view_article.asp?Id=4266.
- D'Abate, D. (2013). *El rol del psicòleg mediador com a coordinador de parentalitat en les separacions d'alta conflictivitat*. Conferencia el 4 de Octubre de 2013 al COPC, Barcelona.
- Ellis, E. & Boyan, S. (2010). Intervention strategies for parent coordinators in parental alienation cases. *Family Therapy*, 38, 218-236.
- Farré-Trepat, E. (2013). *El nou rol del/la psicòleg com a Coordinador de parentalitat [The new role of the psychologist as a parenting coordinator]*. Conferencia el 4 de Octubre de 2013 al COPC, Barcelona.
- Fieldstone, L. Carter, D., King, T., & McHale, J. (2011). Training, skills, and practices of parenting coordinators. Florida state-wide study. *Family Court Review*, 49, 801-817.
- Galatzer-Levy, R. M. & Kraus, L. (1999). *The scientific basis of child custody decisions*. New York, U.S.A.: Wiley.
- Henry, W.J., Fieldstone, L., & Bohac, K. (2009). Parenting coordination and court relitigation: A case study. *Family Court Review*. 47(4) 682-697.
- Johnston, J. R. & Campbell, L.E. (1988). *Impasses of divorce: The dynamics and resolution of family conflict*. New York, U.S.A.: Free Press.
- Keilin, W. G. & Bloom, L.J. (1986). Child custody evaluation practices: A survey of experienced profes-



- nals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(4) 338-346.
- Kelly, J. B. & Emery, R.E. (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family Relations*, 52(4), 352-362.
- Kelly, J. B. (2005). Developing beneficial parenting plan models for children following separation and divorce. *Journal of the American Academy of Matrimonial Lawyers*, 19, 237-254.
- Kirkland, K. & Sullivan, M.J. (2008). Parenting coordination (PC) practice: A survey of experienced professionals. *Family Court Review*, 46(4), 622-636.
- Lauter, J. S. (2010). *Treatment with parents in high-conflict divorce: An integrative literature review. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Pro-Quest. Information & Learning.* Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-99080-396&site=ehost-live>
- Lebow, J. (2003). Integrative family therapy for disputes involving child custody and visitation. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 181-192.
- Rodríguez-Domínguez, C. (2014). *Estudio descriptivo de los peritajes en el contexto de familia y su repercusión en las sentencias, realizados en los Juzgados de Familia*. (unpublished doctoral thesis). FPCEE Blanquerna, Universidad Ramón Llull. Barcelona.
- Torres-Perea, J.M. (April 2011). *Custodia compartida: Una alternativa exigida por la nueva realidad social.* Recuperado el 14 de Junio de 2013 de <http://ssm.com/abstract=1953888>
- Sullivan, J. M. (2008). Coparenting and the Parenting Coordination Process. *Journal of Child Custody*, 5(1/2), 4-24.
- Vick, M., & Backerman, R. (1996). *Mediation/arbitration, surveys of professionals and clients.* Presented at the Boulder Interdisciplinary Committee on Child Custody, Boulder, Colorado.
- Wallerstein, J. S. (1985). Children of divorce: Preliminary report of a ten-year follow-up of young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 545-553.

NORMATIVA LEGAL

- Ley Orgánica 1/1996. (1996). *L.O. 1/1996 de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento Civil*. B.O.E. A-1996-750
- Ley 30 . (1981). *Ley 30/1981, de 7 de Julio.* B.O.E. A-1981-16216
- Llibre 2º Codi Civil de Catalunya, L. 2. (2010). *Llei 25/2010 de 29 de Juliol.* Parlament de Catalunya. Parlament de Catalunya. B.O.E. A-2010-13312
- O.N.U. (20 / Noviembre / 1989). *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.* (ONU, Ed.)
- STS 2329/2010. (2010). *Sentencia Tribunal Superior de Justicia, Sala 1ª de fecha 10,3,2010.* Tribunal Superior de Justicia. Madrid: Cendoj 28079130022010100317
- STS 4581/2009. (2009). *Sentencia Tribunal Supremo, Sala 1ª, de fecha 31,7,2009.* Tribunal Supremo de Justicia. Madrid. JUR Magistrado Juan Antonio Xiol Ríos
- STS 7257/2009. (2009). *Sentencia Tribunal Superior de Justicia, Sala 1ª, de Fecha 28,9,2009.* Tribunal Superior de Justicia. Madrid. Magistrada Encarnación Roca Trías
- STS 7302/2010. (2010). *Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala 1ª, de fecha 1,10,2010.* Tribunal Superior de Justicia. Madrid. Magistrada Encarnación Roca Trías



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. APORTACIONES A UN CAMPO ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN

THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN RESIDENTIAL CARE. CONTRIBUTIONS TO A SPECIFIC FIELD OF INTERVENTION

Antonio Galán Rodríguez

Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia del Gobierno de Extremadura

Un gran número de menores acogidos en recursos residenciales del Sistema de Protección a la Infancia reciben atención psicológica sin que aún se haya abordado un análisis profundo y sistemático acerca de los aspectos específicos que delimitan este ámbito de intervención. Se analizan las posibilidades de organización de los dispositivos, considerando las tres grandes opciones de atención (genérica, específica en recursos comunes, y especializada) con sus correspondientes ventajas e inconvenientes. Se revisa el papel de los modelos de comprensión, cuya demanda de complejidad y de un análisis crítico es ilustrada con el repaso de tres perspectivas muy comunes (modelo psicopatológico tradicional, enfoques basados en el trauma, y teoría del apego). Finalmente, se considera la especificidad de las intervenciones técnicas, donde se demandan adaptaciones en función de las características de los menores, las temáticas propias de este campo, y algunos aspectos particulares del contexto.

Palabras clave: *Intervención psicológica, Protección a la infancia, Maltrato infantil.*

Psychological treatment is provided to a great number of minors fostered in residential centers of the Child Protection System, although a deep and systematic analysis regarding the specific topics of this field has not yet been carried out. We analyze the ways of organizing units to attend children, taking into account three different options (general practice, specific practice in common settings, and specialized programs), and their advantages and disadvantages. We consider the role of the theoretical models, underlining the need for complexity and critical analysis, illustrated by reviewing three common models (the psychopathological, trauma-informed, and attachment perspectives). Finally, we pay attention to the specificity of the technical interventions, calling for modified adaptations based on the characteristics of the minors, specific topics in this field, and some particular aspects of the context.

Key Words: *Psychological treatment, Child protection, Child maltreatment.*

U NA POBLACIÓN VULNERABLE Y SUS NECESIDADES ASISTENCIALES

Los profesionales encargados de la salud mental de los menores acogidos en recursos residenciales del Sistema de Protección se enfrentan a un reto asistencial que aún no ha sido analizado adecuadamente. La atención a esta población demanda ajustes a múltiples niveles, desde la relación profesional-paciente hasta la organización de los recursos asistenciales. Se trata de una población especialmente vulnerable y con cierta especificidad en lo referente a la implementación de los servicios y a los requerimientos técnicos de las intervenciones psicológicas. El objeto de este trabajo es abrir ese espacio de reflexión, abordando tres cuestiones: a) los modelos de comprensión de las experiencias personales que caracterizan a estos niños y adolescentes; b) la organización institucional de la atención que se les presta; y c) la especificidad de las intervenciones.

Correspondencia: Antonio Galán Rodríguez. C/ Antonio Rodríguez Moñino, 2A, 1ª pl. 06800 Mérida. España.

E-mail: antgalan@hotmail.com

En nuestro país hay unos 14.000 niños y adolescentes en acogimiento residencial, es decir, unos 170 por cada 100.000 menores (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013). Son acogidos en una amplia red de recursos asistenciales, donde los menores desarrollan su vidas cuidados por personas designadas por la Administración para sustituir a sus familias. Reflejan situaciones muy diferentes (bebés que han nacido con el síndrome de abstinencia, niños golpeados por sus padres, menores que han sufrido un cuidado sumamente negligente, jóvenes expulsados de hogares en una situación de colapso familiar, etc.), y los dispositivos donde se les atiende aparecen como una amplia red de recursos, desde viviendas donde 5-6 menores viven con los profesionales que les cuidan, hasta grandes centros de acogida. E incluye a cuidadores de muy distinto tipo, desde familias que asumen un cuidado profesionalizado, hasta grupos amplios de profesionales donde confluyen una diversidad de categorías profesionales (educadores sociales, técnicos de educación infantil, psicólogos...) (Galán, 2011).



Un primer acercamiento nos sitúa ante un grupo de riesgo para sufrir dificultades emocionales o comportamentales, en cuanto que estos menores se enfrentan a tres experiencias con un potencial componente patógeno:

- ✓ El maltrato, que implica el golpe/negligencia /abuso/rechazo que lo define, más la relación emocional disfuncional y dañina que lo sustenta, todo ello en el período más sensible del desarrollo de un ser humano.
- ✓ Una separación de su hogar, que suele ser vivida como algo terrible y catastrófico.
- ✓ Un entorno artificial de convivencia, donde se cuidará del menor y se le aportarán experiencias necesarias y valiosas, pero que no dejará de ser un sustituto precario al contexto natural de crianza y convivencia. En el peor de los casos, un mal funcionamiento del recurso supondrá su exposición al componente iatrogénico de muchos contextos institucionales.

Este contexto nos lleva a considerar que la mayoría de estos menores requerirán un cuidado especial, y que en muchos de ellos habrá que valorar la necesidad de atención psicológica. De hecho, las cifras de prevalencia muestran que para este grupo poblacional los trastornos psicológicos son más frecuentes que en la población general (Burns et al., 2004; Del Valle, Sainero y Bravo, 2011), y resulta evidente el cambio que se está produciendo en el perfil de menores acogidos, donde se detecta una mayor necesidad de atención terapéutica ante problemas emocionales y de salud mental (Bravo y Del Valle, 2009). A partir de aquí surgen cuestiones de interés referentes a qué tipo de asistencia prestarles y cómo hacerlo, tanto a un nivel de atención directa como de organización de los dispositivos.

EL QUIÉN: UNA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL PENDIENTE DE CLARIFICAR

Un recorrido por los distintos sistemas asistenciales de nuestro país nos muestra una gran heterogeneidad en la organización de la atención psicológica a esta población. En la actualidad no disponemos de publicaciones específicas que hayan realizado una revisión a nivel nacional, y en los foros donde confluyen los profesionales encargados de esta atención no se ha abordado un trabajo conjunto de clarificación que permita analizar de forma exhaustiva qué y cómo se organiza esa labor. Las aportaciones parciales (normalmente para describir experiencias concretas de los profesionales) ofrecen un panorama muy diverso, con diferencias

en función de qué institución asume la responsabilidad (el propio sistema de protección, o los servicios de salud), qué profesionales realizan esta tarea (trabajadores públicos, profesionales de la práctica privada, o asociaciones concertadas con la Administración; psicólogos de la propia institución versus agentes externos), y el modelo utilizado (de intervención directa o de sostén al personal socio-educativo). De una forma más amplia, encontramos tres formas de implementar esta atención:

1. Proporcionar una atención genérica, es decir, que estos menores sean tratados a todos los efectos como el resto de la población, atendidos en la red de servicios de Salud Mental y complementándolo a veces con la práctica privada cuando se dispone de recursos económicos. Esta opción cuenta con la ventaja de su carácter normalizador (al tratar a estos menores como al resto de la población) y que incluye a los menores en una red amplia y completa de cuidados sanitarios, lo que facilita las intervenciones complementarias (por ejemplo, prescripción farmacológica añadida a una intervención psicológica, exploraciones neurológicas...). Entre los inconvenientes se haya el desconocimiento de la mayoría de los profesionales sanitarios en relación a esta población, tanto en cuestiones psicológicas como administrativas (conceptos jurídicos como patria potestad, desprotección, tutela, guarda, acogimiento...). Otro lastre se sitúa en la falta de recursos, en el sentido de que algunos ámbitos psicológicos a trabajar con estos menores (por ejemplo, los relativos a la identidad personal y familiar) requieren una dedicación en tiempo y esfuerzo que parece fuera del alcance de la mayoría de los dispositivos sanitarios.
2. Gestionar una atención específica dentro de recursos genéricos; es decir, que estos menores sean tratados de forma diferenciada, por ejemplo considerándolos casos preferentes, designando profesionales específicos de referencia, o implementando programas especiales (véase por ejemplo el programa de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental en www.f9b.org). Esta opción suele aparecer como resultado de un acuerdo entre las dos redes asistenciales (Salud y Protección a la Infancia), y cuenta con las ventajas antes señaladas de incorporar al menor a una red asistencial completa, al mismo tiempo que se avanza en cierta especialización de los profesionales. Además, desde un punto



de vista teórico, sitúa la intervención a los menores en un campo interdisciplinar de atención psicológica que se encuentra entre lo clínico y lo social, y que cuenta con su propia especificidad (Galán, Rosa y Serrano, 2011).

3. Aportar una atención especializada, contando con profesionales dedicados específicamente a la atención de esta población. Con frecuencia esta opción ha sido la utilizada por los servicios de protección ante la insatisfacción por la asistencia prestada desde los recursos sanitarios públicos, de modo que han establecido convenios con entidades privadas que aporten esa atención, o han designado profesionales de la propia red para abordar esta labor. La gran ventaja es que permite la implantación de dispositivos muy especializados y con una gran capacidad para insertarse en la red asistencial que cuida de los menores (Aladro et al., 2010; Galán, 2012; Guerra, 2008). Además, esa especialización ha revelado la especificidad en cuanto a conceptos, conocimiento y técnicas que se requerirán para trabajar con población maltratada o abusada. La gran desventaja es que en cierta medida supone crear una red asistencial paralela en lo referente a la atención psicológica. Por otra parte, uno de los aspectos más controvertidos es el referente a si estos dispositivos deben formar parte de la red de atención residencial (por ejemplo, insertándose en la plantilla de los recursos residenciales) o si más bien deben funcionar como entes externos; debemos señalar que en el primer caso se corre el riesgo de que las dinámicas institucionales acaben invalidando al profesional en la intervención directa con el niño o adolescente.

Una de las cuestiones de fondo en esta problemática es la relación entre las dos redes asistenciales implicadas, la de protección a la infancia y la sanitaria. Si bien es necesaria una dinámica de trabajo conjunta, pocas veces se logra, de modo que existe mucho desconocimiento mutuo y bastante insatisfacción. Se trata de una relación difícil de establecer, en cuanto que se sitúan en ámbitos institucionales diferenciados (médico versus social), con lenguajes y culturas organizacionales propias, e incluso con cierta asimetría relacional derivada de la percepción social de ambas (el mayor prestigio del ámbito sanitario...). Dentro del contexto actual de recursos asistenciales saturados y limitaciones económicas, estos problemas se agudizan aún más.

CÓMO PENSAR: MODELOS DE COMPRENSIÓN

Al enfrentarse a las dificultades psicológicas de estos menores, el profesional necesita un marco conceptual que sustente su trabajo, y resulta recomendable una reflexión crítica sobre el ajuste y suficiencia del modelo teórico que cada uno utiliza al trabajar con una población tan específica. Con objeto de sensibilizar en este sentido, abordaremos un breve repaso de tres modelos de comprensión muy presentes en la atención a la infancia maltratada/abusada, adoptando una perspectiva crítica que nos permita subrayar la complejidad del fenómeno que abordamos.

A. El modelo psicopatológico tradicional

Una reflexión sobre este modelo parece necesaria por su gran presencia en contextos clínicos y porque en estos momentos se cuestiona su capacidad para explicar los problemas psicológicos. Resulta innegable que ciertas influencias en el desarrollo derivan en formas específicas de comportarse, sentir, pensar y sufrir, y que a veces "cristalizan" en ciertas configuraciones muy definidas a las que llamamos "trastornos" (psicológicos, psiquiátricos, mentales...). Pero esta perspectiva constituye un acercamiento parcial ante el que parece necesario introducir cierto cuestionamiento crítico, que giraría en torno a tres puntos:

- ✓ la debilidad de los modelos psicopatológicos.
- ✓ la precariedad de las noxotias.
- ✓ el efecto paralizador que esta perspectiva puede conllevar en algunos profesionales.

La perspectiva psicopatológica dominante cuenta con un considerable bagaje conceptual y técnico, que ha sostenido el desarrollo de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica, y de los sistemas asistenciales encargados de atender a los enfermos mentales. No obstante, algunos cuestionamientos proponen desligar dicha perspectiva psicopatológica de la visión de los llamados trastornos mentales, proponiendo modelos alternativos de comprensión de la conducta humana (González y Pérez, 2007; López y Costa, 2013). Plantean que la perspectiva psicopatológica es una forma de ver la conducta anómala que constituye una herencia de la Medicina clásica, de ahí que recurra a sus modelos de patología humana (búsqueda de la sede y causa de la enfermedad dentro del cuerpo). Desde este esquema, nos encontramos con ciertas conductas y pensamientos, los etiquetamos como síntomas y los remitimos a una anomalía subyacente en el interior del individuo (en el cerebro). Cuando este modelo ha sido adoptado por la



Psicología, se ha sustituido (aunque fuera sólo a efectos metodológicos) el cerebro por constructos hipotéticos supuestamente causales de los síntomas (por ejemplo, los "esquemas depresógenos"). Sería el mismo esquema que utilizaríamos para enfermedades como la diabetes, el asma o una infección, a pesar de que el campo de las dificultades psicológicas sería distinto. Esta diferencia entre los dos ámbitos ha quedado delimitada como una distinción entre "entidades naturales" y "entidades interactivas" (González y Pérez, 2007). El error de base es que definimos los trastornos mentales desde las conductas, cosificamos aquellos como si fuesen entidades reales, y explicamos las conductas desde la presencia del trastorno mental, dando lugar así a un razonamiento circular. Como alternativa a este modelo se plantea que las conductas deben ser definidas como tales, es decir, como comportamiento dentro de un contexto. Por tanto, los síntomas serían ante todo conductas, y como tales: a) pertenecen a la persona; b) se emiten dentro de un contexto; y c) tienen un significado.

No es éste el lugar para abordar este debate tan complejo (y enriquecedor), pero debemos apuntar que nosotros abordamos el dilema con una visión práctica y enmarcada en una perspectiva constructivista de la realidad (Feixas y Villegas, 2000). Desde ésta, no entendemos los modelos como realidades inapelables, sino como instrumentos que los seres humanos utilizamos para manejar la realidad. En este sentido, los criterios fundamentales para nosotros son la utilidad, la coherencia, la congruencia y la elegancia (en el sentido de armonía y contextualización) de esa forma de entender los hechos clínicos. Aún reconociendo el importante bagaje de la perspectiva psicopatológica clásica, se trata de un modelo que no termina de aprehender en su totalidad las dificultades de estos niños. Si bien parece útil en el abordaje de muchas de las dificultades que caracterizan al menor maltratado/abusado, al trabajar con estos niños y adolescentes forzosamente debemos acercarnos y trabajar con vivencias, experiencias, modos de relación... para las que el modelo psicopatológico clásico (con sus síntomas, síndromes y supuestas causas subyacentes) resulta claramente insuficiente. Una perspectiva más fenomenológica (en el sentido de comprensión de las experiencias a partir del encuentro), biográfica, contextual y constructivista, resulta de mayor utilidad.

Relacionado con lo anterior se plantea el debate en torno a las clasificaciones de trastornos mentales. El estudio de la psicopatología ha derivado en la elaboración de

nosotaxias, es decir, clasificaciones de trastornos mentales. El modelo imperante es el categorial y de consenso, muy asentado en la psicopatología clásica, y claramente representado por las clasificaciones de la American Psychiatric Association (DSM) y de la Organización Mundial de la Salud (CIE). Su utilidad resulta innegable, pero sus limitaciones nos obligan a cuestionarnos si existen formas más productivas y enriquecedoras de entender el sufrimiento y el desajuste emocional y conductual de los seres humanos. Este modelo imperante se relaciona con la opción por un modelo médico de las dificultades psicológicas, y ya vimos antes que esto conlleva algunas debilidades de base. Pero además, estas críticas se amplifican al llegar al ámbito infanto-juvenil, porque las características del enfermar psíquico infantil darían a éste una especificidad que demandaría una forma diferente de clasificación. Entre esas características incluiríamos (Rodríguez-Sacristán, 1995) la inespecificidad sintomática (los síntomas resultan muy polivalentes y están presentes en cuadros clínicos muy diferentes), la capacidad de autorregulación, de reversibilidad y mutabilidad (la patología no aparece de una manera tan rígida como en el adulto), el carácter cronodependiente (un mismo trastorno tendrá expresiones muy diferentes en función de la edad), la diferenciabilidad individual (el mismo trastorno tendrá manifestaciones muy personales en cada niño), la comorbilidad (pocos trastornos mentales aparecen en solitario) y la psicopatoplastia del contexto (el trastorno resulta muy influenciado por el entorno).

Indudablemente contamos con alternativas, por ejemplo modelos dimensionales o propuestas transdiagnósticas. De hecho, los acercamientos más específicos al enfermar psíquico infantil han derivado en algunas formulaciones concretas, como la psicopatología del desarrollo, uno de cuyos ámbitos de aplicación ha sido precisamente el del maltrato (Toth y Cicchetti, 2013). Frente a la visión categorial de trastornos mentales al modo de enfermedades diferenciadas unas de otras, y con una clara separación salud-enfermedad, se plantea que la psicopatología no constituiría un estado propio y diferenciado de la normalidad, estaría sujeta a un proceso dinámico de evolución (en estrecha relación con su contexto), no se basaría en relaciones simples entre factores "etiológicos" y resultados, atendería a la interacción entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales, e incluiría también los factores de protección (Lemos, 2003). También podemos considerar perspectivas estructurales del psiquismo; basadas en la tradición psicoanalítica, encontramos visio-



nes actualizadas como la propuesta de Kernberg (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2001) o la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Estas alternativas muestran que existen formas muy productivas de acercarse al malestar infantil más allá de los sistemas más oficializados. Lo que tienen en común es que introducen riqueza y complejidad, y obligan además a un acercamiento más individualizado al paciente, lo que podrían constituir requerimientos básicos para atender la psicopatología en el niño y el adolescente maltratado/abusado.

Continuando con los aportes críticos al modelo psicopatológico tradicional señalaríamos que la experiencia cotidiana nos muestra que ese diagnóstico puede tener un efecto paralizador sobre los profesionales no clínicos. Pensemos por ejemplo en un diagnóstico tan habitual como el de "trastorno disocial" formulado desde un dispositivo clínico. Las respuestas que se van a implementar en ese contexto van a ser prescripciones psicofarmacológicas e intervenciones psicológicas, cuyo efecto podemos prever positivo sobre las dificultades del menor. Curiosamente, los criterios que definen el cuadro clínico son, al mismo tiempo que síntomas, los objetivos de intervención de cualquier programa psicosocioeducativo (ya sea en un programa de intervención familiar de los servicios sociales, o en el marco de una atención residencial a la infancia en desprotección). Para el psicólogo del programa de intervención con familias, o el educador de un centro de acogida, existe la tentación de retirarse a un segundo plano de la intervención porque esas manifestaciones comportamentales son objeto de una intervención clínica. Hemos escogido este ejemplo porque muy posiblemente el tratamiento de elección sea la actuación psicosocioeducativa en el contexto de convivencia (en este caso, un entorno residencial), más que el resto de las intervenciones; y que por ello las actuaciones clínicas deban servir como apoyo a esa otra actuación, y no al revés. Pero el peso dado al diagnóstico clínico (entre otras cosas por el prestigio de lo sanitario, pero también por el carácter esencialista del modelo psicopatológico clásico), tiene un efecto paralizador sobre otros profesionales, quienes fácilmente refuerzan la tautología que sostiene algunos diagnósticos.

B. Los modelos basados en el trauma

Muchos acercamientos a la infancia maltratada se sostienen precisamente en el elemento que les define como grupo: una vivencia traumática. Una muestra muy representativa la encontramos en los EEUU, donde una de las

iniciativas más ambiciosas para avanzar en el desarrollo de intervenciones con niños maltratados es el National Child Traumatic Stress Network, una amplia red de recursos de investigación que, amparados por una iniciativa del Congreso, busca implementar recursos basados en el concepto de trauma.

Al utilizar este concepto en la infancia debemos tomar en consideración que el trauma, además de su poder perturbador del bienestar, añade en los niños una distorsión en su proceso de desarrollo. Esta especificidad explica los debates acerca de cómo etiquetar las experiencias traumáticas y delimitar su efecto. A diferencia de los modelos traumáticos en los adultos (cuyo paradigma es el Trastorno por Estrés Post-traumático, TEPT), en muchos niños maltratados/abusados en el ámbito familiar sólo de forma secundaria encontraremos: a) unas experiencias concretas y recortadas temporal y espacialmente; y b) cierta distancia sobre esa experiencia, de modo que sea presentada como una vivencia traumática propiamente dicha. Son más habituales las situaciones traumáticas totalmente engarzadas en el funcionamiento vital, siendo difícil delimitar episodios y analizarlos desde cierta distancia. Obviamente existen excepciones; por ejemplo, cuando se avanza hacia la adultez es más factible marcar esa distancia con las experiencias abusivas y analizarlas como tales; de la misma manera, incluso con niños pequeños es posible aislar ciertas experiencias traumáticas, sobre todo cuando éstas no formaron parte de su vida cotidiana (por ejemplo, la acción a la que en el argot profesional suele denominarse como "retirada", para designar al momento en que se saca al niño del domicilio para trasladarle a un recurso residencial).

Estas características particulares hacen que sea de difícil aplicación la categoría diagnóstica TEPT. Ésta aporta una visión muy intuitiva, ya que cuando pensamos en quien ha sufrido un accidente de tráfico, un asalto violento o una catástrofe natural, resulta fácil identificar esta sintomatología y entender su significado. La situación es diferente cuando se trata de una situación mantenida de forma persistente a lo largo del tiempo, y cuando el origen se encuentra en una persona con la que se mantiene una relación significativa. Los síntomas del TEPT no se ajustan bien al rastro que pueden dejar tras de sí estas experiencias. Por ejemplo, son más frecuentes las vivencias disociativas, la desmoralización y los síntomas depresivos. Estas diferencias sostienen por ejemplo la distinción entre traumas tipo I y tipo II, que se corresponderían con esas dos situaciones diferenciadas (Pérez-Sales, 2009). Pero



además, en los adultos estamos considerando una estructura psíquica ya formada, sobre la que impacta un elemento estresante. En cambio, el potencial perturbador en un niño es mucho mayor, y el proceso de crecimiento posterior al trauma tendrá que hacerse sobre el daño causado. Por ello, a veces pareciera que deberíamos hablar de "vidas traumáticas" más que de "traumas".

Esta diferencia sostiene aportaciones conceptuales o diagnósticas como el Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) o "trauma complejo", o el Developmental Trauma Disorder (Van der Kolk, 2005). Estos plantean que la exposición múltiple o crónica a traumas interpersonales relacionados con el desarrollo generarán malestar emocional pero también producirán síntomas en muy diferentes dominios de funcionamiento personal (apego, regulación emocional, autoconcepto, deterioro funcional...). Estos parecen cubrir prácticamente la totalidad de la persona, y demandan un tratamiento integral de ésta.

C. El modelo del apego

El apego constituye una dimensión fundamental en el desarrollo del ser humano, y la experiencia de maltrato impacta directamente sobre ella. Esto explica que la teoría del apego se haya convertido para muchos profesionales que atienden a la infancia maltratada en un marco básico de referencia. Además, el carácter intuitivo de su idea básica, el importante bagaje investigador que la sustenta, y la posibilidad que aporta de dirigir una visión más positiva al desarrollo del ser humano, han impulsado decididamente el interés por este marco de comprensión. No obstante, como en los modelos anteriores que hemos analizado críticamente, encontramos lagunas y deficiencias que muestran una vez más la necesidad de replanteamientos más amplios e incisivos sobre las ideas en las que sostenemos la atención psicológica a la infancia desprotegida.

Comenzaríamos con la falta de precisión con la que frecuentemente se utiliza el concepto de apego, confundiendo con otros y otorgándole un carácter sobreexplicativo para todas las relaciones humanas (Galán, 2010). Si bien contamos con modelos multidimensionales que sitúan el apego dentro de una mayor complejidad del funcionamiento humano, persisten visiones muy simplificadoras de los vínculos emocionales. De la misma manera, a pesar de la potencia teórica y metodológica de la teoría del apego, existe una laguna en su proyección al espacio clínico, tanto en el aspecto de la evaluación como en el del tratamiento. Esto ha permitido que

muchas prácticas inspiradas en la teoría del apego aúnen aportaciones de diferentes procedencias, lo que a veces ha dado lugar a propuestas bien integradas pero también a mezcolanzas criticables. Y ya en un extremo más grave, encontramos prácticas muy cuestionables cuyo estatus científico y ético ha sido puesto en duda por colectivos profesionales como la American Professional Society on the Abuse of Children (Chaffin et al., 2006).

En el ámbito psicopatológico, la teoría del apego nos ofrece la posibilidad de obtener una lectura diferente de las categorías diagnósticas tradicionales, tal como hizo el propio Bowlby, por ejemplo con las fobias (Bowlby, 1998). Pero además, el apego como dimensión básica de la vida psíquica y relacional del ser humano, puede verse directamente afectada, y aquí hablaríamos de trastornos del apego. Resulta evidente que con estos nos referimos a un dominio coherente de problemas conductuales y relacionales severos (Chaffin et al., 2006), y los estudios de seguimiento sugieren que es un cuadro muy estable, de modo que no basta con colocar al niño en un contexto sano de cuidado para lograr un cambio significativo. Pero desde la perspectiva crítica que aquí sostenemos, debemos señalar el abuso que se hace de este concepto, en la medida en que algunos contextos se ha convertido en un diagnóstico sobreexplicativo y en el eje central de una intervención que quizá debería ir primariamente en otra dirección (Nilsen, 2003). Si nos limitamos a las propuestas rigurosas, encontramos un debate en torno a cómo delimitar las distintas formas que puede presentar un trastorno del apego. Probablemente las más extendidas son las que defienden las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (DSM y CIE, Clasificación Diagnóstica 0-3), pero existe descontento con ellas. Por ejemplo, y dirigiéndose específicamente a la propuesta del DSM, aparecen objeciones como las de Boris y Zeanah (1999) o las de Chaffin et al. (2006), subrayando las debilidades conceptuales y metodológicas de estos criterios. Pero sobre todo, nosotros destacaríamos la falta de precisión, de modo que las dificultades en el manejo de los vínculos deriva en la catalogación como "trastorno del apego", desconsiderando la enorme complejidad clínica que se recoge bajo este concepto.

Con este análisis crítico de tres modelos muy frecuentes en este ámbito hemos tratado de reflejar que nos situamos en un contexto de gran complejidad, en cuyo conocimiento se ha avanzado enormemente, pero donde los marcos de comprensión no pueden ser simples ni acep-



tados acriticamente. Además, el modelo que cada profesional decida utilizar para atender a población maltratada/abusada, debe contemplar:

- ✓ el elevado sufrimiento que conlleva la realidad personal de estos niños y adolescentes.
- ✓ el gran esfuerzo técnico y emocional que demanda de los profesionales.
- ✓ el hándicap que ciertas vivencias imponen al desarrollo sano y fructífero.

EL CÓMO: LA ESPECIFICIDAD DE LA INTERVENCIÓN TÉCNICA

Para entender la gran distancia que existe entre el momento en que se diseña un modelo de trabajo y su implantación generalizada, el Chadwick Center for Children and Families (2004) señalaba cómo en el campo del maltrato infantil pueden identificarse cuatro etapas (comunes a otros espacios clínicos): el uso en la población específica de las intervenciones utilizadas en la población general, la posterior aparición de figuras prominentes que aportan claves para ese campo particular y que son adaptadas por algunos profesionales, el desarrollo de formatos de tratamiento validados, y finalmente la diseminación y generalización de estos. El grueso de los profesionales de nuestro país se sitúa en las dos primeras etapas, en cuanto que apenas hay trabajos de validación de formatos específicos de tratamiento, salvo excepciones como el grupo de investigación de la Universidad de Murcia (<http://www.cop.es/infocop/pdf/1602.pdf>); y por supuesto estos no son prácticas generalizadas.

A la espera del desarrollo de esos modelos de tratamiento, los profesionales tienen la responsabilidad de incluir en sus formatos genéricos de atención algunos conocimientos y técnicas específicas. La fuente de inspiración puede encontrarse en distintos lugares. Fuera de nuestro país existe una gran variedad de modelos específicamente desarrollados para el trabajo con menores maltratados/abusados, que tampoco se han sustraído a la actual orientación hacia las prácticas basadas en la evidencia. Podemos señalar revisiones recientes, como las de Leenarts et al. (2013), Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca y López-Soler (2010), el monográfico de Child Maltreatment en 2012 (Volumen 17), o la revisión del National Child Traumatic Stress Network sobre tratamientos con apoyo empírico (<http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>).

Más allá de estos formatos estandarizados, hay propuestas concretas especialmente inspiradoras para mu-

chos profesionales en nuestro país, a modo de las "figuras prominentes" que antes señalábamos, y entre las que podríamos incluir al Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (CBM) de Milán, Jorge Barudy o Juan Luis Linares (Barudy, 2001; Cirillo, 2012; Cirillo y Di Blasio, 1991; Linares, 2002).

Una aproximación sensible y técnicamente correcta nos llevará a considerar cuestiones específicas de esta población. Por ejemplo, y en lo relativo a las características de los menores, suele llamar la atención el carácter resistencial de estos, si bien a veces su conducta pareciera contradictoria. La psicoterapia supone una oferta de relación interpersonal significativa, lo que despierta resistencias en una persona que ha sufrido al menos un doble fracaso en las relaciones interpersonales significativas más importantes de su vida. No obstante, la carencia afectiva puede implicar al mismo tiempo una búsqueda de lazos interpersonales, dando lugar con ello a una actitud ambivalente ante el profesional, lo que demanda de éste paciencia, sensibilidad y en ocasiones mucha creatividad para poder establecer un contacto emocional mínimo que permita iniciar y/o continuar la intervención. Otro ejemplo es la frecuente presencia de lo que podríamos denominar "patología del déficit", en el sentido de funciones psíquicas que no han podido desarrollarse, dejando con ello una serie de limitaciones. Por ejemplo, en el manejo de las emociones (sentirlas, reconocerlas, expresarlas, controlarlas...), que obliga al profesional a un trabajo de "educación emocional" en el contexto psicoterapéutico, pero también a un esfuerzo que permita el desbloqueo del funcionamiento psíquico. En la misma línea pueden aparecer limitaciones en el manejo simbólico, lo que implica que algunos instrumentos frecuentemente utilizados para acceder a otros niños (dibujos, relatos, juegos de representación) no sean fácilmente accesibles, al menos en los primeros momentos; y esto puede frustrar al profesional que espera una comunicación de cierta riqueza, ante la que él respondería con intervenciones verbales muy elaboradas.

Por otra parte, una intervención profunda acabará encontrando ciertas temáticas muy específicas (o que siendo comunes, adoptan características particulares), como el abandono, el cuidado, la lealtad familiar, los sucesos traumáticos, la identidad, la propia historia o el estigma. Harán acto de presencia de alguna manera, a veces como síntomas y otras como un telón de fondo que sólo llega a un primer plano si se despliega una intervención comprometida y/o el profesional dirige su atención ha-



cia ellos. Esta consideración llevará al terapeuta a trabajar de forma sistemática con la trayectoria vital de estos menores, donde aparecerán vivencias traumáticas, conflictos y lagunas que deben ser abordadas.

Finalmente hay elementos específicos del contexto de la intervención. En muchos menores encontraremos dificultades en el contacto afectivo y las relaciones tú-a-tú, lo que obligará a buscar actividades mediadoras, ofrecer marcos bien regulados que contengan la relación, etc. De la misma manera, hay que tener en cuenta que estos menores están siendo cuidados por personas que asumen un doble papel en sus vidas (el de cuidadores y el de profesionales), que también adoptarán ante el psicólogo, y puede resultar difícil encontrar la distancia óptima que permita recoger su implicación afectiva al mismo tiempo que no sean considerados "pacientes".

También es importante situar la intervención psicológica en un contexto mucho más amplio. Estos casos trascienden el espacio de la consulta, poniendo en juego infinidad de variables, con aspectos legales, institucionales, psicológicos, sociales, familiares... Esta complejidad, más la diversidad de miradas ajenas a lo propiamente psicoterapéutico, constituyen un reto para algunos profesionales de la intervención psicológica, quienes ven difícil manejarse en esta diversidad de perspectivas, en las relaciones interinstitucionales, e incluso en la propia logística de la participación en una red tan amplia.

Un último punto a considerar es la determinación de unas medidas de resultado. El criterio de reducción sintomatológica resulta ineludible, si bien se muestra limitado en el momento en que los motivos que sustentan la derivación se ajusten poco a una visión psicopatológica; cuando se pide una intervención por la confusión que un chico muestra a la hora de entender su situación vital, la dificultad para relacionarse con su familia de una forma madura, o la tendencia a entrar en conflicto en sus distintos ámbitos de relación, es difícil establecer unos criterios de eficacia basándonos en los síntomas clásicos. Esto nos remite al cuestionamiento a la tradición de medir la eficacia de la terapia psicológica sólo en función de los síntomas, cuando lo más relevante pudiera situarse en la promoción de la flexibilidad psicológica, el autoconocimiento, el esclarecimiento de las decisiones personales, la potenciación de recursos, o la capacidad para solucionar problemas. Esta postura nos acerca a la definición de Salud Mental de la OMS, al situarla en un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones

normales de la vida, logra trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (World Health Organization, 2001).

Estos elementos no agotan la especificidad de este campo, pero nos muestran la complejidad e idiosincrasia de este ámbito de intervención, con la consiguiente necesidad de ajustar los conceptos y las técnicas utilizadas

NECESIDADES

Además de las cuestiones organizacionales, teóricas y técnicas que hemos señalado, también encontramos necesidades que se sitúan en el ámbito social y ético. Una atención psicológica adecuada para los menores maltratados/abusados demanda aportar una mayor visibilidad a esta población, que permita un mejor conocimiento de las particularidades de su situación administrativa y de los desafíos vitales a los que se enfrentan.

En segundo lugar, se requiere una actitud mental que permita visiones integradoras a nivel profesional, que puedan dar cuenta de la complejidad de esas situaciones vitales, administrativas e institucionales; y de forma complementaria, podría plantearse el cambio de perspectiva en la forma de diseñar las intervenciones, de modo que pasemos de una formulación basada en el problema a una atención adaptada a las necesidades.

Finalmente, nada de lo anterior es válido si de fondo no existe un compromiso ético con estos niños y adolescentes confrontados con experiencias sumamente difíciles, precisamente en momentos en que requerirían concentrar sus esfuerzos en el propio proceso de crecimiento. Estos menores afrontan desafíos de gran magnitud, y si bien algunos nos dan una lección sobre cómo se puede hacer uso de un potencial de crecimiento en las peores circunstancias, otros nos muestran cómo ciertas experiencias vitales puede lastrar el desarrollo de un ser humano.

REFERENCIAS

- Aladro, M., Hernando, E., López, D., Ruano, F.J., Sanchó, A., y Santos, I. (2010). *Intervención psicológica en el ámbito de la infancia maltratada. Focos de intervención y análisis de técnicas*. Comunicación presentada en el X Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Sevilla.
- Barudy, J. (2001). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós
- Boris, N.W., y Zeanah, C.H. (1999). Disturbances and



- disorders of attachment in infancy: an overview. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1-9.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, A., y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Burns, B.J., Phillips, S., Wagner, H.R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados*. Barcelona: Paidós.
- Chadwick Center for Children and Families (2004). *Closing the quality chasm in child abuse treatment. Identifying and disseminating best practices*. San Diego: Chadwick Center for Children and Families.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B.E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., Berliner, L., Egeland, B., Newman, W., Lyon, T., LeTourneau, E., y Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89.
- Del Valle, J.F., Sainero, A.M., y Bravo, A. (2011). *Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial*. Junta de Extremadura-Servicio Extremeño de Salud.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 581-595.
- Galán, A. (2011). *La protección a la infancia. El desafío del Rey Salomón*. Madrid: EOS.
- Galán, A. (2012). *Un programa de intervención psicológica para menores en acogimiento residencial*. Comunicación presentada en el XI Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Oviedo.
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2011). La intervención familiar en contextos psicosociales: acercamientos desde lo vincular. *Intersubjetivo*, 11, 30-42.
- González, H., y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.
- Guerra, O. (2008). *Creación y puesta en marcha de un servicio de intervención familiar de víctimas de malos tratos y abusos sexuales: principales logros, dificultades y retos de futuro*. Comunicación presentada en el IX Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Valladolid.
- Kernberg, P., Weiner, A.S., y Bardenstein, K.K. (2001). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Leenarts, L.E.W., Diehle, J., Doreleijers, T.A.H., Jansma, E.P., y Lindauer, R.J.L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 269-283.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós.
- López, E., y Costa, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la Psicología Clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.
- Nilsen, W.J. (2003). Perceptions of attachment in academia and the child welfare system: the gap between research and reality. *Attachment & Human Development*, 5, 303-306.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: AEN.
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22, 627-633.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 65-77). Sevilla: Universidad.
- Toth, S.L., y Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment*, 18, 135-139.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.



APORTACIONES DEL ESTUDIO DE LA COGNICIÓN IMPLÍCITA AL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA DEL CONSUMIDOR: RESULTADOS Y PERSPECTIVAS

THE APPLICATION OF COGNITIVE PSYCHOLOGY TO THE AREA OF THE (IMPLICIT) PSYCHOLOGY OF THE CONSUMER: RESULTS AND PERSPECTIVES

Antonio Olivera La Rosa y Jaume Rosselló Mir

Universitat de les Illes Balears

Las herramientas provenientes de la psicología cognitiva han encontrado una vía de aplicación prometedora en el ámbito del branding y el comportamiento del consumidor. El presente artículo tiene como objetivo establecer sus posibles alcances. Con este fin, se realiza una revisión de los hallazgos más relevantes en cognición implícita relacionados a los procesos de evaluación y toma de decisiones. Asimismo, se discuten las posibles implicaciones de estos estudios para la investigación en publicidad subliminal y medidas implícitas de percepción de marca.

Palabras clave: *Cognición implícita, Publicidad subliminal, Psicología cognitiva, Psicología del consumidor.*

The research from cognitive psychology has found a promising path of application in the field of branding and consumer behavior. In this paper, we review the most striking findings in implicit cognition that are relevant to the research on evaluations and decision making. In doing this, we expect to clarify the possible scope of cognitive psychology as a potential tool for research in consumer psychology. In particular, we discuss the possible implications of this line of research for the developing of two specific areas: subliminal advertising and implicit measures of brand perception.

Key words: *Implicit cognition, Subliminal advertising, Cognitive psychology, Consumer psychology.*

Desde las modernas ciencias cognitivas, la posibilidad de que la mayoría de nuestras evaluaciones estén sustentadas en procesos psicológicos automáticos parece imponerse en el panorama académico. En efecto, la mente humana se comporta como un juez incansable que no cesa de “escanear” (mediante evaluaciones básicas como me gusta-no me gusta, bueno-malo, etc.) todo lo que percibe: personas, objetos, información, sonidos, olores. No obstante, muchas veces los factores que influyen sobre estas evaluaciones se filtran en nuestras mentes en silencio y son inaccesibles a nuestra conciencia.

En este marco, las teorías de la cognición corporizada sostienen que los procesos cognitivos complejos se nutren de la información proveniente de nuestro cuerpo, estableciendo una correspondencia entre las experiencias físicas concretas y las cogniciones sociales más sofisticadas (Meier, Schnall, Schwarz, & Bargh, 2012; Olivera La Rosa & Rosselló, 2013). Por ejemplo, existe evidencia científica de que el hecho de sostener un lápiz con la boca –acción netamente mecánica que implica los músculos asociados a la sonrisa– incrementa el nivel

de gracia que nos causa un chiste (Strack, Martin, & Stepper, 1988). En la misma línea, se ha demostrado que el sostener brevemente un brebaje caliente incrementa la percepción de “calidez” de una determinada personalidad (al contrario de sostener un brebaje frío) (William & Bargh, 2008).

Interesantemente, una serie de estudios sugieren que estos procesos automáticos también resultan operativos en nuestra cognición moral. Así, tenemos que el simple consumo de un brebaje de sabor repugnante incrementó la severidad de los juicios morales de los participantes (Eskine, Kacirik, & Prinz, 2011). Más aún, cuando las personas piensan en acciones inmorales evidencian mayor predisposición por utilizar productos de higiene; más claramente, que la sensación de limpieza física reduce la respuesta emocional negativa que suele acompañar la perpetuación de la conducta inmoral personal (Zhong & Liljenquist, 2006); y que los olores de productos de limpieza favorecen la caridad (Linjenquist, Zhong, & Galinsky, 2010).

Recientemente, se ha encontrado evidencia de que el hecho de ver imágenes negativamente impactantes (de mutilaciones humanas, de repugnancia, de horror) por un breve lapso de tiempo, hace que, seguidamente, seamos moralmente más permisivos (Olivera La Rosa & Rosselló, 2012). Los resultados sugieren que cuánto menor

Correspondencia: Antonio Olivera La Rosa. *Universitat de les Illes Balears. Crta. Valldemossa km 7,5 s/n. 07122 Palma de Mallorca. España. E-mail:* acensulay@yahoo.es



es el grado de conciencia en la visualización de la imagen, mayor es su impacto afectivo, lo cual a su vez incrementa la permisividad moral (menor severidad). Las implicaciones de estos resultados en la vida cotidiana podrían ser de suma importancia. A título de ejemplo, cuando presentan en un informativo flashes de imágenes en las que se pueden distinguir a víctimas de una masacre o de un atentado terrorista, se podría afianzar una tendencia a juzgar más benévolamente la “moralidad” de la noticia subsiguiente.

INFLUENCIA SUBLIMINAL EN LA PUBLICIDAD: MÁS ALLÁ DEL MITO

Existe además una posible aplicación de estos resultados al ámbito de la persuasión: ¿pueden las imágenes subliminales de contenido negativamente impactante favorecer nuestra receptividad ante mensajes que involucren contenido emocional? La pregunta es ciertamente válida. En efecto, a lo largo de la última década, el mito de la publicidad subliminal ha sido objeto de diversos estudios que han demostrado —con diferentes matices— que la información percibida subliminalmente es capaz de influenciar la conducta al corto plazo.

Por ejemplo, un estudio reciente encontró que aquellas caras anónimas que fueron combinadas digitalmente con caras de celebridades (en una proporción de 65% cara anónima y 35% Tiger Woods o George Bush) fueron percibidas como más confiables que aquellas caras que permanecieron sin ninguna manipulación (Tanner & Maeng, 2012). Lo realmente destacable de estos resultados es que los participantes fueron incapaces de reconocer explícitamente la manipulación, lo que sugiere que el reconocimiento implícito de la celebridad en cuestión fue suficiente para incidir en sus evaluaciones de confianza.

Ciertamente, el mito de la publicidad de contenido subliminal —es decir, aquella cuyo contenido es percibido de forma no consciente— ha sido abordado por diversos estudios, los cuales han demostrado que la información subliminal es capaz de generar efectos conductuales en un contexto experimental. Por ejemplo, Winkielman, Berridge y Wilbarger (2005) encontraron que la presentación subliminal de imágenes de sonrisas influyó la conducta de los participantes, incrementando su predisposición a servir, consumir, e incluso pagar más dinero

por un brebaje. Interesantemente, los autores también encontraron que la presentación subliminal de ceños fruncidos produjo el efecto contrario en los participantes. En esta línea, se ha documentado que la exposición subliminal a verbos relacionados con una acción (“confiar”) mejoró la evaluación de un mensaje persuasivo, incrementando a su vez la predisposición a llevar a cabo la acción sugerida en el mensaje (Légal, Chappé, Coiffard, & Villard-Forest, 2012).

Más aun, existe evidencia de que percibir subliminalmente palabras relacionadas con la categoría “sed” aumentó el consumo de una bebida aleatoria y el impacto persuasivo de un anuncio relacionado a la categoría (Strahan, Spencer, & Zanna, 2002). Asimismo, la percepción subliminal del nombre de una marca (ficticia) de bebida incrementó la preferencia por la marca en cuestión y la intención de consumirla (Karremans, Stroebe, & Claus, 2006). Es importante anotar que estos estudios concluyeron que, si bien la elección de los consumidores puede ser influenciada por estímulos subliminales, esta influencia está sujeta a la existencia de una necesidad pendiente de ser satisfecha. No obstante, una investigación reciente encontró que cuando palabras relacionadas con la categoría “sed” eran emparejadas con palabras emocionalmente positivas (en un proceso de condicionamiento subliminal), esta asociación incrementaba la motivación de los consumidores por consumir una determinada bebida incluso en la ausencia de sed (Velkamp, Custer, & Aarts, 2011).

BRANDING IMPLÍCITO

La búsqueda de procesos subconscientes y medidas implícitas de *branding*¹ es actualmente un campo prolífico, y los hallazgos reseñables exceden a la finalidad introductoria de este artículo. En esta línea, el estado actual de la investigación sugiere que los efectos conductuales resultantes de la percepción subliminal de ciertas marcas pueden ser bastante específicos. En particular, parece ser que aquellas marcas que presentan fuertes asociaciones con rasgos “humanos” de personalidad son capaces de generar respuestas conductuales automáticas... congruentes con el *brand equity* de la marca. Así, la exposición subliminal a los logos de Apple y Disney generó que los participantes en el estudio se comportaran de

¹ El concepto de *branding* se refiere al proceso de construcción y gestión de la marca. En particular, describe todo lo relacionado con el desarrollo, la consolidación de la identidad y la generación de valor de la marca (Wood, 2000)



forma más creativa y honesta (respectivamente) que aquellos participantes que fueron expuestos a los logos de IBM y E! (Fitzsimons, Chartrand, & Fitzsimons, 2008). De forma similar, un estudio encontró que aquellas personas que conducían (virtualmente) un coche con el logo de Red Bull evidenciaron mayor agresividad y conducta temeraria en su estilo de conducir, logrando excelentes o terribles resultados en las carreras (Brasel & Gips, 2011).

Curiosamente, existe evidencia de que si bien la exposición al nombre de una marca (Walmart) generó una respuesta conductual congruente con su identidad (ahorrar dinero), la exposición al slogan de la marca ("Save money. Live better") generó la respuesta contraria. Según los autores, este efecto de contraste se explica porque los slogans fueron percibidos implícitamente como tácticas de persuasión, lo cual facilitó que subconscientemente los participantes "corrigieran" sus respuestas (Laran, Dalton, & Andrade, 2010).

La susceptibilidad de la mente humana a variables contextuales —un fenómeno ampliamente documentado en psicología cognitiva— ha sido también puesta en evidencia en los estudios aplicados a la psicología del consumidor. Así, existe evidencia de que la exposición a elementos contextuales relacionados (perceptual y/o conceptualmente) con una determinada marca puede afectar la accesibilidad, evaluación y preferencia por la marca en cuestión. En particular, Berger y Fitzsimons (2008) encontraron que aquellos participantes que fueron previamente expuestos a fotos de perros evaluaron de forma más favorable un producto de la marca Puma, efecto presumiblemente atribuido a la asociación semántica existente entre el concepto de perro y el de gato, el cual es asociado, a su vez, con el concepto de puma.

Estos hallazgos demuestran que algunas asociaciones de marca existen incluso a un nivel cognitivo básico y que son lo suficientemente fuertes para generar efectos conductuales. Más aún, si asumimos que vivimos inmersos en un ambiente saturado por estímulos comerciales y que nuestra mente es especialmente susceptible a las influencias subconscientes, la necesidad de incorporar medidas implícitas de marca (que vayan más allá del reporte subjetivo y sus limitaciones cognitivas) parece ser el paso natural en el ámbito del *branding*. Si bien los primeros pasos ya se han dado, son aún incipientes si pensamos que desde hace décadas se vienen utilizando test implícitos para profundizar en el estudio de actitudes

hacia temas controvertidos (estereotipos, prejuicios, etc.) o que demandan respuestas difícilmente accesibles a nivel introspectivo (el consumidor "cree" que su respuesta es verdadera pero su conducta evidencia lo contrario).

En este escenario, el *Implicit Association Test* (IAT, Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998) ha tomado ventaja como la medida de actitudes implícitas más utilizada. Este test evalúa las asociaciones automáticas entre un target bipolar (Nike vs Reebok) y un atributo bipolar (rápido vs lento) a través de una serie de ensayos de categorización que requieren respuestas rápidas (Dimofte, 2010). El principio fundamental es que cuando dos conceptos que están fuertemente asociados (por ejemplo, Nike y rápido) comparten una misma tecla de respuesta, el tiempo de reacción es menor que cuando no es el caso (por ejemplo, Nike-lento vs Reebok-rápido). En esta línea, se ha descubierto que existe una tendencia automática a "ajustar" nuestras evaluaciones a las expectativas que tenemos de los estándares de la marca. Así, se da el caso de que un atributo de marca calificado como objetivamente inferior (en una escala numérica) al de otra marca, que implica altas expectativas, puede ser percibido implícitamente como equivalente, o incluso, como superior. Por ejemplo, un motor Hyundai con una capacidad de 150 caballos de fuerza puede ser objetivamente promedio, pero es automáticamente percibido como muy positivo para un Hyundai (Dimofte & Johansson, 2009).

El uso de medidas implícitas y, en concreto, del IAT ha demostrado ser especialmente útil en el estudio de actitudes ambivalentes. Por ejemplo, documentales como *Super Size Me* ó *Fast Food Nation* han puesto en evidencia la percepción generalizada de McDonald's como marca "unhealthy". No obstante, si bien esta actitud negativa hacia la marca es fácilmente documentable a nivel explícito, las actitudes positivas implícitas hacia la misma pueden mantenerse intactas (un buen bocado de la *Big-Mac*, el olor de las patatas...). El mismo principio es aplicable a procesos electorales, con la existencia de candidatos/partidos asociados a conceptos que explícitamente rechazamos.

Las medidas implícitas también han permitido iluminar áreas sombrías de la psicología del consumidor, como es el caso de la influencia de rumores negativos asociados a una marca. Por ejemplo, pese a que el rumor que aseguraba que las hamburguesas de McDonald's contenían gusanos rojos resultaba explícitamente no creíble,



reportes subsiguientes demostraron que dicho rumor influyó negativamente en la intención de compra de la marca. La solución más efectiva fue exponer a los consumidores a nueva información (positiva) asociada al rumor, en concreto, comunicar que los gusanos rojos eran un producto altamente valorado en la cocina francesa. En este caso en particular, el uso del IAT permitió demostrar que las asociaciones de marca “contaminantes” emergen con gran rapidez y no pueden ser suprimidas, pero que exponer a los consumidores a nueva información “positiva” asociada a la información “contaminante” se traduce en una mejora sustancial de las actitudes implícitas hacia dicha información (Dimofte, 2010).

Dada la relevancia de los hallazgos mencionados, no es de sorprender que, en los últimos años, las empresas de investigación de mercado y los clientes hayan tomado mayor consciencia del potencial de las ciencias cognitivas en el ámbito comercial. En este contexto, la irrupción del llamado neuromarketing (aplicación de las técnicas de las neurociencias al ámbito del marketing) ha evidenciado la existencia de un mercado especialmente receptivo a la posibilidad de conocer las percepciones de los consumidores a nivel implícito. Las herramientas existen.

CONCLUSIONES

Las contribuciones de la investigación en cognición implícita han abierto una nueva vía para el ámbito de la publicidad y el *branding*. En efecto, el creciente interés que ha suscitado esta línea de investigación ha posibilitado establecer los cimientos de una nueva corriente dentro de la psicología del consumidor.

En este contexto, tanto los estudios en cognición social como los estudios específicamente diseñados para el ámbito de la publicidad ofrecen resultados coherentes: la información subliminal tiene la capacidad de influenciar la conducta. Por lo tanto, se puede decir que la publicidad subliminal no es *per se* ningún mito (Pese a que el famoso caso de Vicary y su “*Drink Coca Cola*” “*Eat popcorn*” sí que demostró serlo). No obstante, es importante ser cautelosos al momento de hablar de las posibilidades prácticas de este recurso. De la misma forma que los estudios con estímulos inducidos subliminalmente han puesto en evidencia la complejidad del proceso —en el sentido de que cada variable involucrada en el proceso de inducción juega un rol determinante en el resultado final—, es de esperar que este patrón también tenga lugar en el escenario publicitario.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado por el proyecto FFI2010-20759 del Ministerio de Economía y Competitividad (<http://www.mineco.gob.es>).

REFERENCIAS

- Berger, J., & Fitzsimons, G. (2008). Dogs on the street, pumas on your feet: How cues in the environment influence product evaluation and choice. *Journal of Marketing Research*, 45(1), 1-14.
- Brasel, S. A., & Gips, J. (2011). Red Bull “Gives You Wings” for better and worse: a double-edged impact of brand exposure on consumer performance. *Journal of Consumer Psychology*, 21, 57-64.
- Dimofte, C.V., & Johansson, J. K. (2009). Scale-dependent automatic shifts in brand evaluation standards. *Journal of Consumer Psychology*, 19, 158-170.
- Dimofte, C. V. (2010). Implicit measures of consumer cognition: A review. *Psychology & Marketing*, 27(10), 921-937.
- Esquine, K. J., Kacinik, N. A., & Prinz, J. J. (2011). A Bad Taste in the Mouth: Gustatory Disgust Influences Moral Judgments. *Psychological Science*, 22, 295-99.
- Fitzsimons, G. M., Chartrand, T. L., & Fitzsimons, G. J. (2008). Automatic effects of brand exposure on motivated behavior: How Apple makes you “think different.” *Journal of Consumer Research*, 35, 21-35.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Karremans, J. C., Stroebe, W., & Claus, J. (2006). Beyond Vicary’s fantasies: The impact of subliminal priming and brand choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 792-798.
- Laran, J., Dalton, A. N., & Andrade, E. B. (2011). The Curious Case of Behavioral Backlash: Why Brands Produce Priming Effects and Slogans Produce Reverse Priming Effects. *Journal of Consumer Research*, 37(6), 999-1014.
- Légal, J.-B., Chappé, J., Coiffard, V., & Villard-Forest, A. (2012). Don’t you know that you want to trust me? Subliminal goal priming and persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 358-360.
- Liljenquist, K., Zhong, C. B., & Galinsky, A. D. (2010). The smell of virtue: Clean scents promote reciprocity and charity. *Psychological Science*, 21, 381-383.



- Meier, B. P., Schnall, S., Schwarz, N., & Bargh, J. A. (2012). Embodiment in social psychology. *Topics in cognitive science, 4*(4), 705-716.
- Olivera La Rosa, A. & Rosselló, J. (2013). On the relationships between disgust and morality: a critical review. *Psicothema, 25* (2), 222-226.
- Olivera La Rosa, A., & Rosselló-Mir, J. (2012). Shocking moral judgments. LAP LAMBERT Academic Publishing.
- Schnall, S., Benton, J., & Harvey, S. (2008). With a clean conscience: Cleanliness reduces the severity of moral judgments. *Psychological Science, 19*, 129-1222.
- Strack, F., Martin, L., & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 768-777.
- Strahan, E., Spencer, S. J., & Zanna, M. P. (2002). Subliminal priming and persuasion: Striking while the iron is hot. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 556-568.
- Tanner, R. J., & Maeng, A. (2012). A Tiger and a President: Imperceptible Celebrity Facial Cues Influence Trust and Preference. *Journal of Consumer Research, 39*(4), 769-783.
- Veltkamp, M., Custers, R., & Aarts, H. (2011). Motivating consumer behavior by subliminal conditioning in the absence of basic needs: Striking even while the iron is cold. *Journal of Consumer Psychology, 21*, 49-56.
- Williams, L. E., & Bargh, J. A. (2008). Experiencing physical warmth promotes interpersonal warmth. *Science, 322*, 606-607.
- Winkielman, P., Berridge, K. C., & Wilbarger, J. L. (2005). Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence consumption behavior and judgments of value. *Personality and Social Psychology Bulletin, 1*, 121-135.
- Wood, L. (2000). Brands and brand equity: definition and management. *Management decision, 38*(9), 662-669.
- Zhong, C. B., & Liljenquist, K. A. (2006). Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing. *Science, 313*, 1451-1452.



FUNCIONES EJECUTIVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: IMPLICACIONES DEL TIPO DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN EMPLEADAS PARA SU VALIDEZ EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y EDUCATIVOS

EXECUTIVE FUNCTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE TYPES OF ASSESSMENT MEASURES USED AND IMPLICATIONS FOR THEIR VALIDITY IN CLINICAL AND EDUCATIONAL CONTEXTS

**Trinidad García Fernández, Paloma González-Castro, Debora Areces,
Marisol Cueli y Celestino Rodríguez Pérez**
Universidad de Oviedo

Las funciones ejecutivas implican un amplio rango de habilidades relacionadas con la regulación del pensamiento, el comportamiento y el propio estado emocional. Teniendo en cuenta la variedad de componentes que forman este constructo, no es sorprendente que su evaluación plantee ciertas dificultades. En este sentido, pese a que numerosos estudios han mostrado la importancia de dichos componentes como determinantes del desempeño académico y social, así como su utilidad en el diagnóstico y la intervención en diversas problemáticas durante la infancia y la adolescencia, aspectos como la validez ecológica de las medidas tradicionalmente empleadas para su evaluación, imponen hoy ciertas limitaciones a la validez y generalización de los resultados obtenidos en este ámbito. El objetivo de este trabajo es analizar las características de las medidas de evaluación más ampliamente empleadas y su grado de aplicabilidad en contextos clínicos y educativos, de lo cual se desprenden una serie de implicaciones prácticas.

Palabras clave: Funciones ejecutivas, Evaluación, Infancia y adolescencia, Validez.

Executive functions involve a wide range of processes related to the regulation of thinking, behaviour and the emotional state. Given the variety of components that fall under the umbrella of this construct, it is not surprising that its evaluation often involves some difficulties. In this sense, although numerous studies have shown the relevance of these components as determining factors in the academic achievement and social adaptation of children and young people, as well as demonstrating their usefulness in the diagnosis and intervention of several clinical problems that are typical of these stages, aspects such as the criticized ecological validity of the traditionally used assessment measures impose certain limitations on the validity and generalizability of the information obtained by means of these tools. The present paper analyses the characteristics of the most widely used assessment measures of executive functions and their applicability in clinical and educational settings. A series of practical implications arises from this analysis.

Key words: Assessment, Childhood and adolescence, Executive functions, Validity.

El término *funciones ejecutivas* hace referencia a procesos tan variados como el establecimiento de metas, la formulación de hipótesis, la planificación, la focalización y mantenimiento de la atención, la generación de estrategias, la monitorización de la conducta, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo, la inhibición de respuestas o el control de las emociones. Estas funciones implican, por lo tanto, componentes tanto de naturaleza cognitiva como emocional y juegan un papel esencial en la regulación de la conducta orientada a un objetivo (Korzeniowski, 2011; Lezak, 2004; Verdejo-García y Bechara, 2010).

Estas características hacen que las funciones ejecutivas sean vistas como componentes de carácter supraordinal, lo cual se apoya en estudios neuroanatómicos teniendo

como objeto de estudio muestras normativas sin ninguna patología (Houdé, Rossi, Lubin., y Joliot, 2010; O'Hare, Lu, Houston, Bookheimer, y Sowell, 2008). Estos trabajos han mostrado la existencia de una organización jerárquica de la corteza cerebral, donde las áreas prefrontales jugarían un papel esencial a la hora de integrar y dar respuesta a la información procedente del exterior. De este modo, se han propuesto las áreas prefrontales del cerebro como la base neurológica de las funciones ejecutivas. Esta relación ha sido igualmente confirmada por estudios con poblaciones infantiles con daño cerebral, los cuales han permitido asociar daños en esta zona con ciertos déficits ejecutivos como desatención, dificultad para la solución de problemas, disminución de la flexibilidad cognitiva, dificultades en el control de los impulsos y las emociones, o dificultades en la planificación (Stuss y Knight, 2013; Wolosin, Richardson, Hennessey, Denckla, y Mostofsky, 2009). No obstante, esta zona se caracteriza por su dinamismo y flexibilidad, con lo que las funciones desempeñadas por estas áreas dependerían en gran medida de otras



regiones del cerebro, como las zonas corticales posteriores y otras estructuras límbicas y basales (Lozano y Ostrosky, 2011; Tirapu-Ustárroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira, y Pelegrín-Valero, 2008). En esta misma línea, numerosos estudios han sugerido que la participación del lóbulo frontal y sus conexiones en el funcionamiento ejecutivo podría no ser homogénea, de lo que se desprende que diversas regiones cerebrales participarían de manera diferencial en diferentes funciones (Jurado y Roselli, 2007; Wagner, Kock, Reichenbach, Sauer, y Schlosser, 2006).

Un aspecto que viene a confirmar estos datos es el hecho de que estas funciones parecen desarrollarse de forma progresiva pero asimétrica, es decir, a diferentes ritmos (Best, Miller, y Jones, 2009; Huizinga y Smidts, 2011; Korzeniowski, 2011; Roselli, Jurado, y Matute, 2008). En este sentido, autores como Cassandra y Reynolds (2005) o Portellano (2005) han señalado la existencia de diferentes fases de desarrollo. De este modo, el intervalo comprendido entre los 6 y 8 años supondría un período en que las capacidades de planificación y organización se desarrollan más rápidamente. Si bien no alcanzan niveles óptimos hasta edades más tardías, en este período van apareciendo conductas estratégicas, más organizadas y eficientes; entre los 12 y 14 años de edad, se desarrollaría el control inhibitorio; mientras que otras funciones como la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo o la resolución de problemas complejos siguen desarrollándose hasta el período comprendido entre los 15-19 años. No obstante, son numerosos los estudios que sugieren que estos componentes no maduran completamente hasta la edad adulta (Hughes y Graham, 2008; Marcovich y Zelazo, 2009; Pureza, Gonçalves, Branco, Grassi-Oliveira, y Rochele, 2013). Estos períodos donde las funciones ejecutivas han demostrado desarrollarse con mayor rapidez coinciden con las etapas de escolarización obligatoria en gran medida, con lo que evaluar estos aspectos en relación con la aparición de ciertas Dificultades de Aprendizaje o de adaptación en estas etapas es de especial interés, especialmente cuando estos niños o adolescentes presentan problemáticas específicas de carácter clínico, tales como los Trastornos del Espectro Autista, el Trastorno de Conducta o el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (García et al., 2013; Brown, 2009; Geurts y Marlies, 2012; Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley, y Howlin, 2009; Rodríguez et al., 2010).

Todos los estudios mencionados con anterioridad han permitido caracterizar las funciones ejecutivas como una entidad no unitaria, sino compuesta por diferentes habi-

lidades o capacidades. De este modo, uno de los mayores esfuerzos que han venido realizando los investigadores en las últimas décadas ha consistido en delimitar tales habilidades o capacidades con claridad, es decir, en tratar de descomponer este constructo en unidades evaluables para facilitar su estudio y el análisis de sus relaciones con el comportamiento y el aprendizaje. En este sentido, ha habido numerosos intentos de clasificar las funciones ejecutivas. Algunos de los sistemas de clasificación propuestos se han basado en criterios funcionales, como la diferenciación entre funciones cálidas (hot) y frías (cool) (Brock, Rimm-Kaufman, y Nathanson, 2009; Chan, Shum, Touloupoulou, y Chen, 2007; Tirapú-Ustárroz et al. 2008), o entre funciones estratégicas o dinámicas (Huettel, Misiurek, Jurkiwsky, y McCarthy, 2004), mientras que otras han hecho más hincapié en aspectos neuroanatómicos, estableciendo diferencias entre las funciones desempeñadas por diferentes áreas cerebrales (Slachevsky et al., 2005).

En base a estas clasificaciones, han sido numerosos los estudios que han permitido identificar la memoria de trabajo, la organización y planificación, la inhibición de respuestas, la flexibilidad cognitiva y la capacidad atencional como los componentes más relevantes dentro de este constructo, para los cuales se han desarrollado asimismo la gran mayoría de instrumentos de evaluación disponibles en la actualidad (Diamond, 2013; Korzeniowski, 2011; Toplak, Bucciarelli, Jain, y Tannock, 2009; Van der Sluis, de Jong, y Van der Leij, 2007; Van De Voorde, Roeyers, Verté, y Wiersema, 2010).

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Si bien la mayoría de estos instrumentos de evaluación de las funciones ejecutivas se habían desarrollado en un principio para su aplicación en adultos (Burin, Dakre, y Harris, 2007; Marino y Julián, 2010), lo cierto es que en los últimos años se ha dado una gran relevancia a la evaluación de estos componentes en la edad infantil y la adolescencia. Dada su importancia en numerosas problemáticas y/o trastornos presentes en estas edades, disponer de medidas de evaluación de las funciones ejecutivas fiables y válidas se ha entendido como una necesidad por parte de los profesionales clínicos y de la educación, lo cual ha dado lugar a la existencia de multitud de instrumentos y técnicas de evaluación.

Para clasificar las medidas de evaluación de las funciones ejecutivas se pueden seguir diferentes criterios, siendo el basado en la distinción entre medidas basadas en la ejecución y medidas basadas en la observación de la



conducta la más ampliamente extendida y la que ha dado lugar a una mayor discusión (Baum et al., 2008; Bishop, 2011; Gioia, Kenworthy, y Isquith, 2010; Lezak, Howieson, Bigler, y Tranel, 2012).

Pruebas basadas en la ejecución

También denominadas Test Neuropsicológicos (Marino y Julián, 2010), este tipo de pruebas se aplican generalmente en contextos clínicos y de investigación y consisten en pruebas individuales o baterías formadas por diversas pruebas que miden una serie de indicadores objetivos relacionados con la ejecución de los sujetos. Entre otros índices, se medirían tiempos de respuesta, número de errores y omisiones. Algunas de las pruebas individuales más conocidas y aplicables a la edad escolar, serían el Test Stroop (Stroop, 1935; Martín et al., 2012) y algunas de sus variantes, como el Test de los Cinco Dígitos (Five Digits Test-FDT: Lang, 2002; Rodríguez et al., 2012), el Stroop Día-Noche (Gerstadt, Hong, y Diamond, 1994), o el Stroop de Animales (Wright, Waterman, Prescott, y Murdoch, 2003) para la medida de la inhibición de respuestas; test de ejecución continua (CPT) como el TOVA (Test of Variables of Attention; Greenberg, 1996), o el CPT-III de Conners (Conners CPT-II; Conners, 2004) para la medida de la inhibición y de la atención; pruebas de recuerdo de dígitos directos (capacidad de memoria) e inversos (se le pide al niño que repita los dígitos que le presenta el evaluador, pero esta vez en orden inverso como medida de memoria de trabajo), como las que incorpora la batería WISC-IV (Wechsler, 2003), o medidas como la Matriz de Puntos (Dot Matrix) dentro de la batería Automated Working Memory Assessment (Alloway, 2007) para el componente visual; la Torre de Hanoi (Tower of Hanoi-ToH: Goel y Grafman, 1995; Díaz et al., 2012) para la medida de la planificación, o el test de Senderos (Trail Making Test-TMT: Reitan, 1958; Barncord, 2002) y Senderos en Color (Childrens Color Trails Test -CCT: Llorente, Williams, Satz, y D'Elia, 2003) para la evaluación de la flexibilidad cognitiva.

En cuanto a las baterías ejecutivas, estas incorporan comúnmente algunas de las medidas individuales anteriormente comentadas. Las más ampliamente estudiadas serían Neuropsi-Atención y Memoria (Ostrosky-Solís et al., 2003), la batería BADS-C (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children; Kobayashi y Kobayashi, 2007), la batería CANTAB (Cambridge Neuropsychological Automated Battery; Strauss, Sherman, y Spreen, 2006), y la batería ENFEN (Evaluación

Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas: Portellano, Martínez-Arias, y Zumárraga, 2009).

Estas pruebas han sido ampliamente utilizadas, fundamentalmente en la práctica clínica, mostrando en líneas generales ser útiles para detectar alteraciones en el funcionamiento ejecutivo. Sin embargo, han sido criticadas por diversas razones, sobretudo por mostrarse poco específicas y constituir modelos poco representativos del mundo real. De ahí que se les atribuya una baja "validez ecológica" (Burin et al., 2007). Aspectos como el origen de los propios test (muchos de ellos diseñados para evaluar constructos diferentes a las funciones ejecutivas, como por ejemplo la inteligencia); la multitud de funciones, capacidades y operaciones asociadas a las funciones ejecutivas; la implicación de otros aspectos cognitivos, verbales, perceptivos o motores en la realización de estas tareas; el posible efecto de la práctica; su carácter cuantitativo; o el alto grado de estructuración de las situaciones de evaluación, serían algunos de los argumentos más comúnmente empleados para discutir su grado de validez (Chevignard, Catroppa, Galvin, y Anderson, 2010; Gioia et al., 2010; Lee, 2011; Lezak et al., 2012).

En respuesta a la criticada validez ecológica de las pruebas anteriormente mencionadas han emergido en las últimas décadas un nuevo tipo de medidas, basadas en actividades instrumentales de la vida diaria. Estas tareas, también basadas en la ejecución, implican la realización de tareas cotidianas, tratando de reproducir unas condiciones similares a las que ocurren en contextos reales. Si bien este tipo de medidas son menos numerosas y no se encuentran baremadas o adaptadas al contexto Español, las pruebas más conocidas, aplicables a niños y adolescentes, serían las siguientes: Assessment of Motor and Processing Skills- AMPS (Fingerhut, Madill, Darrah, Hodge, y Warren, 2002) y Children's Kitchen Task Assessment- CKTA (Rocke, Hays, Edwards, y Berg, 2008). Esta última es la más empleada y evalúa el nivel de ayuda y supervisión que niños de entre 8 y 12 años necesitan durante una tarea de cocina a través del número de claves que necesitan para completar la tarea. Se evalúa, de este modo, los aspectos cognitivos y ejecutivos presentes en la realización efectiva de esa tarea. Esta prueba incluye los componentes de iniciación, planificación/ secuenciación, juicio/seguridad, organización y terminación. En ella se le pide al niño que cocine un plato siguiendo una receta con imágenes y texto. El niño recibe además claves del examinador, solo las necesarias para realizar correctamente la tarea. Las claves son proporcionadas en una secuencia estructurada y varían



en función del nivel de asistencia que se proporciona al niño. Estas claves van aumentando siguiendo un continuo, desde la ausencia de ayuda hasta la guía directa o incluso física para completar la tarea. Para adolescentes y adultos hay disponibles otras dos versiones, the Kitchen Task Assessment (KTA; Baum y Edwards, 1993), y the Executive Functioning Performance Test (EFPT; Baum et al., 2008). Mientras que la primera implica una tarea de cocina, la segunda extiende el número de actividades, añadiendo otras como realizar una llamada telefónica, pagar facturas o controlar la medicación.

A pesar del avance que este nuevo tipo de instrumentos supone para la validez ecológica de las medidas, muchas de las limitaciones anteriormente comentadas, como la excesiva estructuración, el hecho de que abarquen un rango muy reducido de actividades instrumentales de la vida diaria o poco comunes en nuestro contexto para estas edades, hace que no supongan hoy una verdadera alternativa a las medidas anteriormente comentadas y basadas en la ejecución.

Pruebas basadas en la observación de la conducta

Una alternativa a las medidas basadas en la ejecución es el uso de cuestionarios de calificación de la conducta, los cuales permiten valorar una gran variedad de componentes desde el punto de vista de las conductas observadas en niños y adolescentes en el hogar y centro educativo, y que serían indicativas de déficits en las funciones ejecutivas. Este tipo de medidas han sido ampliamente desarrolladas en los últimos años, reflejando para algunos autores la validez ecológica que a las anteriores medidas se les criticaba (Egeland y Fallmyr, 2010; Huijzinga y Smidts, 2011; Mares, McLuckie, Schwartz, y Saini, 2007). Estos autores defienden la utilidad de este tipo de evaluación partiendo del hecho de que las funciones ejecutivas no sólo implican aspectos cognitivos, sino también conductuales y emocionales. En este sentido, aspectos como aceptar otros puntos de vista o proponer alternativas a la resolución de un problema, regular la propia expresión de las emociones y de la conducta, recordar ciertas reglas o directrices, inhibir nuestros impulsos, o adaptar de forma flexiblemente la propia conducta en respuesta a situaciones ambientales cambiantes, suponen así mismo aspectos esenciales en el funcionamiento ejecutivo, muchos de ellos evidenciados únicamente a través de la conducta en situaciones reales.

Este tipo de medidas se basa en muchos casos en la información proporcionada por informantes externos, principalmente familias y profesorado. Entre los instrumentos

de evaluación estandarizados más conocidos se encontrarían el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), el Children Executive Function Inventory (CHEXI; Thorell y Nyberg, 2008), el Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF; Gioia, Isquith, Guy, y Kenworthy, 2000), y más recientemente el Barkley Deficits in Executive Functioning Scale - Children and Adolescents (BDEFS-CA: Barkley, 2012). No obstante, ninguna de las anteriores escalas están disponibles en Español.

En este contexto, la escala BRIEF (Gioia et al., 2000) ha sido una de las más ampliamente empleada, contando con numerosos estudios que aportan datos sobre su fiabilidad y validez (Anderson y Reidy, 2012; Donders, Den Braber, y Vos, 2010; Kenworthy, Yerys, Anthony, y Wallace, 2008). Esta escala es aplicable desde los 5 hasta los 18 años y presenta varias formas, incluyendo auto-informe. No obstante, son las escalas diseñadas para ser cumplimentadas por familias y profesorado las más conocidas respectivamente. Compuesta por 86 ítems, explora ocho áreas básicas de las funciones ejecutivas: Inhibición, Cambio, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Organización y planificación, Orden y Monitorización. Estos componentes se agrupan a su vez en dos índices básicos: el Índice de Regulación del Comportamiento (Behavior Regulation Index o BRI) y el Índice de Metacognición (Metacognition Index o MI). Ambos índices se agruparían en el llamado Global Executive Composite (GEC). Puntuaciones elevadas en estos componentes e índices serían indicativas de dificultades en el funcionamiento ejecutivo. Una versión en Español de este instrumento se encuentra en vías de publicación en TEA Ediciones en este momento.

El problema de la baja correspondencia entre medidas de evaluación

A pesar de las ventajas que el uso de cuestionarios de calificación de la conducta pueda suponer para la evaluación de las funciones ejecutivas en situaciones diarias, la preocupación por la expresión ecológica de las medidas tradicionalmente empleadas sigue siendo un tema recurrente en el contexto clínico y educativo actual. Un ejemplo de ello es la reciente aparición de la herramienta Aula, de Nesplora (Climent y Bánterla, 2011). Se trata de un CPT que tiene lugar en un entorno de realidad virtual, buscando reproducir unas condiciones lo más similares posible a la realidad de un aula. Esta medida presentaría de este modo una mayor validez ecológica que el resto de medidas basadas en la ejecución anteriormente comentadas.



Entre las principales razones que motivan esta preocupación destacarían la baja correspondencia encontrada entre el rendimiento de niños y adolescentes en las pruebas de ejecución y las dificultades observadas en diversos ámbitos de la vida diaria así como el bajo acuerdo encontrado en algunos casos entre las informaciones proporcionadas por diferentes informantes, fundamentalmente entre familias y profesorado, incluso cuando son administradas formas paralelas de un mismo cuestionario (Bishop, 2011; Gioia et al., 2010; Lezak et al., 2012; McAuley, Chen, Goos, Schacar, y Crosbie, 2010; Toplak et al., 2009). Estos estudios han informado a cerca de la presencia de asociaciones bajas o moderadas entre la información obtenida por diferentes métodos o informantes.

En cuanto a la existencia de una baja correspondencia entre ambos tipos de medidas (medidas de ejecución vs. observación de la conducta), estudios como el llevado a cabo por Toplak et al. (2009) apoyan esta afirmación. Estos autores compararon el funcionamiento ejecutivo de un grupo de adolescentes con TDAH y otro de control, empleando para ello medidas basadas en la ejecución y cuestionarios de administrados a familias y profesorado. En este estudio se observó que los adolescentes con TDAH mostraron un rendimiento significativamente inferior en las tareas basadas en la ejecución en comparación con los controles. Siendo así mismo evaluados por sus familias y profesores, presentando ese grupo con TDAH los mayores déficits de funcionamiento ejecutivo. No obstante, cuando se compararon los resultados obtenidos empleando ambos tipos de medidas, las correlaciones fueron débiles o moderadas. En este sentido, autores como Lezak et al. (2012) señalan que esta baja correspondencia entre medidas puede deberse con las propias condiciones en las que se administran las pruebas de ejecución, caracterizadas por la interacción cara a cara, altos niveles de estructuración y mínimos niveles de distracción. Estos contextos difieren considerablemente de la mayoría de los contextos diarios en los que niños y adolescentes están inmersos, como el hogar, el centro escolar u otros ambientes de ocio o relacionales. Adicionalmente, otros aspectos como el nivel de apoyo o estimulación que el evaluador proporciona a niños y adolescentes, dando estructura y facilitando que éstos persistan en la tarea, podrían explicar estas diferencias.

En cuanto al escaso acuerdo encontrado en ocasiones entre las respuestas proporcionadas por diferentes informantes (fundamentalmente familias y profesorado) en las escalas de observación de la conducta, estas podrían de-

berse al hecho de que ambos ámbitos de la vida cotidiana difieren entre sí en cuanto a los espacios informacionales que implican, lo que haría que las exigencias de control ejecutivo también fueran diferentes. En este sentido, la demanda de actividad ejecutiva sería heterogénea en relación a los diferentes espacios, dependiendo de factores como lo novedosos, estructurados, retadores o cognitivamente exigentes que éstos resulten para niños y adolescentes (Ardila, 2008; Chan et al., 2008).

Perspectivas actuales ante las dificultades en el estudio de las funciones ejecutivas

Dentro de este panorama, García-Molina, Tirapu-Ustárriz, y Roig-Rovira (2007) destacan que la validez ecológica en la evaluación de las funciones ejecutivas no depende exclusivamente de las pruebas administradas sino de una adecuada contextualización de la información obtenida. De este modo, estos autores señalan la relevancia de aspectos como el objetivo de la evaluación (p.e., se requieren protocolos muy distintos cuando la evaluación es clínica o es más orientada a la educación), el objetivo de la evaluación en cada caso (p.e., establecer un perfil sobre la competencia de los distintos componentes ejecutivos o predecir el funcionamiento diario), o la población a la que vaya dirigida. Adicionalmente, disponer de un conocimiento profundo de la realidad en la cual están inmersos niños y adolescentes, junto a sus características personales sería otro aspecto fundamental, ya que permitiría delimitar y comprender mejor los hallazgos de la exploración. Todos estos aspectos deben permitir al profesional evitar realizar predicciones o inferencias erróneas respecto a la capacidad funcional del individuo en su vida cotidiana. En este sentido, estos autores hacen hincapié en una serie de aspectos relativos a la administración de las pruebas de evaluación, entre los que destacarían: la necesidad de que la evaluación basada en la ejecución sea realizada por personas especializadas, cuya experiencia y conocimiento sobre las relaciones entre cerebro y conducta les permita interpretar los datos en función de un marco de referencia sólido; la conveniencia de seleccionar los instrumentos de evaluación en base a su capacidad para ofrecer información sobre los mecanismos subyacentes alterados, su nivel de validez ecológica y su sensibilidad para detectar los avances o cambios que se produzcan; y finalmente, la importancia de disponer de información sobre aspectos como el funcionamiento ejecutivo premórbido, las demandas cognitivas ambientales o las estrategias compensatorias que niños y adolescentes utilizan. Todo



ello con el fin de estimar o predecir los efectos que los déficits ejecutivos pueden tener sobre el funcionamiento diario en contextos como el hogar y el centro educativo.

CONCLUSIONES

Los aspectos discutidos en el presente estudio pueden ser sintetizados en tres ideas o conclusiones principales:

La primera de ellas es la relevancia de las funciones ejecutivas como determinantes de la conducta y el desempeño de niños y adolescentes en contextos tan diversos como el académico, las relaciones familiares o sociales. De aquí se deriva la necesidad de disponer de herramientas de evaluación fiables y válidas, que permitan no sólo evaluar estos componentes sino predecir en qué grado los posibles déficits en las funciones ejecutivas pueden condicionar el funcionamiento diario de niños y adolescentes en contextos significativos.

La segunda de las conclusiones es la necesidad de establecer una adecuada correspondencia entre la información obtenida mediante diferentes instrumentos de medida. Si bien es cierto que la información procedente de la ejecución en contextos de laboratorio tiene un importante valor, existe la necesidad de extender el marco de referencia hacia el comportamiento en situaciones reales de la vida diaria. No obstante, los estudios realizados hasta ahora parecen indicar la existencia de una baja asociación entre las mismas, lo cual limita en cierta medida su utilidad. En este sentido, otras fuentes de información adicionales deberían ser consideradas, como la observación directa de la conducta en los contextos del hogar o el centro educativo, o la información procedente de niños y adolescentes acerca de cómo éstos perciben su propio comportamiento (Barkley y Fisher, 2011; Dahlgren, Lask, Inge, y Rø, 2014; Heinson et al., 2013). Un ejemplo de ello sería la versión de auto-informe de la escala BRIEF (Self-report of the Behavior Rating Inventory of Executive Function: BRIEF-SR), creada por Guy et al. (2004), aplicable desde los 11 hasta los 18 años de edad.

Finalmente, las recomendaciones que se derivan de la evidencia científica sugieren la necesidad de explorar todo el rango de componentes que forman parte de las funciones ejecutivas a través de índices representativos de los mismos, atendiendo tanto a los correlatos cognitivos, como a los afectivos y conductuales de este constructo. Igualmente, tener en cuenta tanto las características de niños y adolescentes como del contexto en que están inmersos, los determinantes de su comportamiento y el tipo de estrategias que éstos emplean para hacer frente a sus posibles dificultades, debe entenderse

como un aspecto a tener en cuenta en todo proceso de evaluación.

En definitiva, seguir avanzando en el estudio de los diferentes componentes de las funciones ejecutivas, sus características y expresión, debe ser entendido como el primer paso para obtener un marco de evaluación lo más sólido y comprensivo posible, en base al cual diseñar estrategias de intervención adaptadas y ecológicamente válidas.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Alloway, T. P. (2007). *Automated Working Memory Assessment*. London: Pearson Assessment.
- Anderson, P. J., y Reidy, N. (2012). Assessing executive function in preschoolers. *Neuropsychological Review*, 22, 345-360. doi: 10.1007/s11065-012-9220-3.
- Ardila, A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain and Cognition*, 68, 92-99.
- Barkley, R. A., y Fischer, M. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: self-reported executive function (EF) deficits versus EF tests. *Developmental Neuropsychology*, 36(2), 137-61. doi: 10.1080/87565641.2010.549877.
- Barkley, R. A. (2012). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale - Children and Adolescents (BDEFS-CA)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Barnard, N. (2002). An oral Trail Making Test: a validity investigation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 827-835.
- Baum, C. M., Connor, L. T., Morrison, T., Hahn, M., Dromerick, A. W., y Edwards, D. F. (2008). Reliability, validity, and clinical utility of the Executive Function Performance Test: A measure of executive function in a sample of people with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 446-455.
- Baum, C. M., y Edwards, D. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: The kitchen task assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 431-436.
- Best, J. R., Miller, P. H., y Jones, L. L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*, 29, 180-200.
- Bishop, T. L. (2011). Relationship between performance-based measures of executive function and the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), a



- parent rating measure. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72(1-B), 522.
- Brock, L. L., Rimm-Kaufman, S. E., y Nathanson, L. (2009). The contributions of 'hot' and 'cool' executive function to children's academic achievement and learning-related behaviors, and engagement in kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 24(3), 337-349.
- Brown, T. E. (2009). ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice. *Current Attention Disorder Reports*, 1, 37-41.
- Burin, D. I., Drake, M., y Harris, P. (2007). *Evaluación Neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Cassandra, B., y Reynolds, C. (2005). A Model of the Development of Frontal Lobe Functioning: findings from a Meta-Analysis. *Applied Neuropsychology*, 12(4), 190-201.
- Chan, R., Shum, D., Touloupoulou, T., y Chen, E. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology* 23, 201-216.
- Chevignard, M. P., Catroppa, C., Galvin, J., y Anderson, V. (2010). Development and evaluation of an ecological task to assess executive functioning post childhood TBI: The Children's Cooking Task. *Brain Impairment*, 11(2), 125-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1375/brim.11.2.125>.
- Climent, G., y Bánterla, F. (2011). *Aula Nesplora, evaluación ecológica de los procesos atencionales. Manual teórico*. Donostia, SP: Nesplora.
- Conners, K. C. (2004). *Conners Continuous Performance Test (2nd ed.)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Dahlgren, C. L., Lask, B., Landrø, N., y Rø., Ø. (2014). Patient and Parental Self-reports of Executive Functioning in a Sample of Young Female Adolescents with Anorexia Nervosa Before and After Cognitive Remediation Therapy. *European Eating Disorders Review*, 22, 45-52. doi: 10.1002/erv.2265
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750.
- Díaz, A., Martín, R., Jiménez, J. E., García, E., Hernández, S., y Rodríguez, C. (2012). Torre de Hanoi: datos normativos y desarrollo evolutivo de la planificación. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 79-91.
- Donders, J., Den Braber, D., y Vos., L. (2010). Construct and criterion validity of the Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in children referred for neuropsychological assessment after pediatric traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychology*, 4(2), 197-209. doi: 10.1348/174866409X478970
- Egeland, J., y Fallmyr, Ø. (2010). Confirmatory Factor Analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF): support for a distinction between emotional and behavioral regulation. *Child Neuropsychology*, 16(4), 326-37. doi: 10.1080/09297041003601462
- Fingerhut, P., Madill, H., Darrah, J., Hodge, M., y Warren, S. (2002). Classroom-based assessment: validation for the school AMPS. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(2), 210-213.
- García-Molina, A., Tirapu-Ustárroz, J., y Roig-Rovira, T. (2007). Validez ecológica en la exploración de las funciones ejecutivas. *Anales de Psicología*, 23(2), 289-299.
- García, T., Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, D., Cueli, M., y González-Pienda, J. A. (2013). Executive Functioning in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading Disabilities. *International Journal of Psychology y Psychological Therapy*, 13(2), 179-194.
- Gerstadt, C. L., Hong, Y. J., y Diamond, A. (1994). The relationship between cognition and action: performance of children 3 1/2 - 7 years old on a Stroop-like day-night test, *Cognition*, 53, 129-153.
- Geurts, H. M., y Marlies, E. U. (2012). Ederly with Autism: Executive Functions and Memory. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 665-75. doi: 10.1007/s10803-011-1291-0.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S., y Kenworthy, L. (2000). *BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Kenworthy, L., y Isquith, P. K. (2010). Executive function in the real world: BRIEF lessons from Mark Ylvisaker. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25(6), 433-439. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181fbc272
- Goel, V., & Grafman, J. (1995). Are the frontal lobes implicated in bplanningQ functions? Interpreting data from the Tower of Hanoi. *Neuropsychologia*, 33(5), 623-642.
- Greenberg, M. L. (1996). *Test of Variables of Attention (TOVA)*. Los Alamitos, CA: Universal Attention Disorders.



- Guy, S. C., Isquith, P. K., y Gioia, G. A. (2004). *Behavior Rating Inventory of Executive Function- Self-Report version (BRIEF-SR)*. USA: Psychological Assessment Resources Inc.
- Heinonen, K., Pesonen, A., Lahti, J., Pyhälä, R., Strang-Karlsson, S., Järvenpää, A., ..., y Raikonen, K. (2012). Self- and Parent-Rated Executive Functioning in young adults with very low birth weight. *Pediatrics*, 3, 131-243. doi: 10.1542/peds.2012-0839.
- Houdé, O., Rossi, S., Lubin, A., & Joliot, M. (2010). Mapping numerical processing, reading, and executive functions in the developing brain: An fMRI meta-analysis of 52 studies including 842 children. *Developmental Science*, 13(6), 876-885. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00938.x.
- Hughes, C., & Graham, A. (2008). Executive functions and development. In J. Reed, & J. Warner-Rogers, (Eds.), *Child neuropsychology: Concepts, theory, and practice* (pp. 264-283). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Huizinga, H., y Smidts, D. P. (2011). Age-Related Changes in Executive Function: A Normative Study with the Dutch Version of the Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*, 17, 51-56. doi: 10.1080/09297049.2010.509715.
- Huettel, S. A., Misiureka, J., Jurkowskia, A. J., y McCarthy, G. (2004). Dynamic and strategic aspects of executive processing. *Brain Research* 1000, 78-84. doi: 10.1016/j.brainres.2003.11.041
- Jurado, M. B., y Roselli, M. (2007). The Elusive Nature of Executive Functions: A Review of our Current Understanding. *Neuropsychological Reviews*, 17(3), 213-233. doi: 10.1007/s11065-007-9040-z.
- Kenworthy, L., Yerys, B. E., Anthony, L. G., y Wallace, G. L. (2008). Understanding executive function in the lab and in the real world for individuals with autism spectrum disorders. *Neuropsychology Review*, 18, 320-338.
- Kobayashi, H., y Kobayashi, H. (2007). Study of the behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS) in school-aged children. *Journal of Saitama University*, 56, 49-57.
- Korzeniowski, C. G. (2011). Desarrollo evolutivo del funcionamiento ejecutivo y su relación con el aprendizaje escolar. *Revista de Psicología*, 7(13), 7-26.
- Lang, J. A. (2002). *Validation of the Five Digit Testing in a clinical sample: an alternative to the Stroop color-word task with possible cultural implications* (dissertation thesis). California School of Professional Psychology: San Francisco.
- Lee, E. (2011). An exploratory analysis of the ecological validity of a performance-based assessment of attention. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(9-B), 5777.
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D., Howieson D. B., Bigler, E. D., y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment 5th edition*. Oxford: Oxford University Press Chapters.
- Llorente, A. M., Williams, J., Satz, P., y D'Elia, L. F. (2003). *Children's Colour Trail Test*. Lutz, PL: Psychological Assessment Resources.
- Lozano, A., y Ostrosky. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 159-172.
- Marcovitch, S., & Zelazo, P. D. (2009). A hierarchical competing systems model of the emergence and early development of executive function. *Development Science*, 12(1), 1-18.
- Mares, D., McLuckie, A., Schwartz, M., y Saini, M. (2007). Executive function impairments in children with attention-deficit hyperactivity disorder: do they differ between school and home environments? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(8), 527-534.
- Marino, D., y Julián, C. (2010). Actualización en Tests Neuropsicológicos de Funciones Ejecutivas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 34-45.
- Martín, R., Hernández, S., Rodríguez, C., García, E., Díaz, A., y Jiménez, J. E. (2012). Datos normativos para el Test de Stroop: patrón de desarrollo de la inhibición y formas alternativas para su evaluación. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 39-51.
- McAuley, T., Chen, S., Goos, L., Schachar, R., y Crosbie, J. (2010). Is the Behavior Rating Inventory of Executive Functions more strongly associated with measures of impairment or executive function? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(3), 495-505. 10.1017/S1355617710000093.
- O'Hare, E.D., Lu, L.H., Houston, S.M., Bookheimer, S.Y., & Sowell, E.R. (2008). Neurodevelopmental changes in verbal working memory load-dependency: an fMRI investigation. *NeuroImage*, 42, 1678-1685.
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., y Pineda, D. (2007). NEUROPSI Attention and Memory: a neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14(3), 156-170



- Portellano, J. A. (2005). *Cómo desarrollar la inteligencia. Entrenamiento neuropsicológico de la atención y las funciones*. Madrid, SP: Somos.
- Portellano, J. A., Mateos, R., y Martínez-Arias, R. (2009). *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pureza, J.R., Gonçalves, H.A., Branco, L., Grassi-Oliveira, R., & Rochele, P. (2013). Executive functions in late childhood: age differences among groups. *Psychology & Neuroscience*, 6(1), 79-88. doi: 10.3922/j.psns.2013.1.12
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276.
- Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M., y Howlin, P. (2009). Executive functions in children with Autism Spectrum Disorders. *Brain and Cognition*, 71, 362-368. doi: 10.1016/j.bandc.2009.06.007
- Rocke, K., Hays, P., Edwards, D., y Berg, C. (2008). Development of a Performance Assessment of Executive Function: The Children's Kitchen Task Assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 528-537.
- Rodríguez, C., Jiménez, J. E., Díaz, A., García, E., Martín, R., y Hernández, S. (2012). Datos normativos para el Test de los Cinco Dígitos: desarrollo evolutivo de la flexibilidad en Educación Primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 4(3), 27-38.
- Rodríguez, C., González Castro, P., Álvarez, L., Cerezo, R., García, J. N. González Pienda, J. A., ..., y Bernardo, A. B. (2010). Un análisis de los modelos teóricos actuales de escritura y su relación con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 211-220
- Roselli, M., Jurado, M., y Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Slachevsky, A., Pérez, C., Silva, J., Orellana, J., Prenafeta, M.L., Alegría, P., y Peña, M. (2005). Cortex prefrontal y trastornos del comportamiento. Modelos explicativos y métodos de evaluación. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43, 109-121.
- Strauss, E., Sherman, E., y Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, norms, and Commentary (Hardcover)*. New York: OxfordUniversity Press.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-622.
- Stuss, D. T., y Knight, R. T. (2013). *Principles of Frontal Lobe Function*. New York: Oxford University Press.
- Thorell, L. B., y Nyberg, L. (2008). The Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): A new rating instrument for parents and teachers. *Developmental Neuropsychology*, 33, 536-552. doi: 10.1080/87565640802101516
- Tirapu-Ustárroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira T., y Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (II). *Revista de Neurología*, 46(12), 742-750.
- Toplak, M. E., Bucciarelli, S. M., Jain, U., y Tannock, R. (2009). Executive functions: performance-based measures and the Behavior Rating of Executive Function (BRIEF) in adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 15, 53-72. doi: 10.1080/09297040802070929.
- Van der Sluis, S., de Jong, P.F., y Van der Leij, A. (2007). Executive functioning in children, and its relations with reasoning, reading, and arithmetic. *Intelligence*, 35, 427-449. doi: 10.1016/j.intell.2006.09.001.
- Van De Voorde, S., Roeyers, H., Verté, S., y Wiersema, J. R. (2010). Working memory, response inhibition, and within-subject variability in children with attention-deficit/hyperactivity disorder or reading disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, 366-79. doi: 10.1080/13803390903066865
- Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsychology of Executive Functions. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Wagner, G., Kock, K., Reichenbach, J., Sauer, H., y Schlosser, R. (2006). The special involvement of the rostralateral prefrontal cortex in planning abilities: An event-related fMRI study with the Tower of London paradigm. *Neuropsychologia*, 44, 2337-2347.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wolosin, S. M., Richardson, M. E., Hennessey, J. G., Denckla, M. B., y Mostofsky, S. H. (2009). Abnormal cerebral cortex structure in children with ADHD. *Human Brain Mapping*, 30(1), 175-184. doi: 10.1002/hbm.20496.
- Wright, I., Waterman, M., Prescott, H., y Murdoch, D. (2003). A new Stroop-like measure of inhibitory function development: Typical developmental trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 561-575.



HACIA UNA PSIQUIATRÍA CRÍTICA. EXCESOS Y ALTERNATIVAS EN SALUD MENTAL

Ortiz Lobo, A.

Madrid: Colección Salud Mental Colectiva. Editorial Grupo 5, 2013

Fernando Pérez del Río

Universidad de Burgos

La calle donde vivo es Camino de Santiago, por lo que no es de extrañar que pasen por ella diariamente decenas de peregrinos, en verano hasta centenares. Siempre me ha gustado ver cruzar de buena mañana a estas aves de paso; nos saludamos con simpatía renovada y les deseo buen peregrinaje. ¡Con pan y vino se hace el camino!

Digo esto porque hace unos años se presentó en un congreso de psiquiatría el denominado *Síndrome del Camino de Santiago*, cosa que me sorprendió sobremanera, pues siempre había considerado a los peregrinos personas saludables que anhelaban con su esfuerzo alcanzar una meta personal, cultural, espiritual o religiosa. Pero desde entonces ya no veo a los peregrinos con los mismos ojos, y a menudo me pregunto si esos que pasan frente a mi casa serán o no serán enfermos. Y si lo son, me sigo preguntando, ¿estarán bien atendidos psico-socialmente? Aquellos que realizan el camino montados a caballo, ¿tendrán aún peor pronóstico? Y yo mismo, que completé la ruta jacobea en su día, ¿adoleceré también de dicho síndrome? En fin...

Esta viñeta tan solo pretende expresar la cierta inquietud que comparto con otros colegas por el aumento de los diagnósticos y los pseudodiagnósticos. Actualmente asumimos demasiados interrogantes con relación a cuándo hay que tratar y cuándo no, puesto que el umbral de lo que se considera enfermedad sigue a la baja, y por tanto uno ya no sabe muy bien a qué atenerse cuando "casi todo" es presentado como un problema que debe ser resuelto o una falta que ha de ser tratada.

No hace mucho escuchaba en Radio Nacional de España a un clínico que decía: Morderse las uñas es debido a un "trastorno de personalidad" de tipo neurótico. Esta situación ha derivado, por ejemplo, en que se ha-

gan incluso chistes sobre estos excesos evaluativos de la psicología y la psiquiatría, ya que la sociedad es muy sensible a todo aquello que despunta y en consecuencia se defiende como puede.

En mis manos sostengo un libro de carátula amarilla que ofrece valiosas interpretaciones de este aumento de las enfermedades mentales. Dentro de la innegable expansión que se está produciendo, explica por qué hemos pasado de las cuatro enfermedades clasificadas por Philippe Pinel (1745-1826) en su *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (1801) a los 357 "trastornos" del DSM-IV (1994).

A lo largo de sus entretenidas páginas, el autor de la obra, el psiquiatra madrileño Alberto Ortiz Lobo, reflexiona con admirable capacidad de síntesis y espíritu crítico sobre las industrias farmacéuticas y sus intereses, sobre el cada día más encorsetado modelo de bienestar y sus consecuencias, y demuestra gran valentía al señalar la responsabilidad que deben asumir muchos profesionales que, por mero afán de protagonismo, fuerzan los límites del diagnóstico para inventarse síndromes y pseudotrastornos. Crear un nuevo síndrome, no cabe duda, otorga prestigio al sanitario que lo inaugura, proporcionándole además la posibilidad de impartir buen número de conferencias, aparecer a menudo en los medios de comunicación y, por ende, obtener pingües beneficios económicos.

Lamentablemente no es habitual encontrar autocríticas bien fundamentadas sobre este fenómeno que con tan harta frecuencia se da hoy en día, y por eso este libro se hace tan imprescindible para psicólogos y psiquiatras. Me atrevo a aventurar que en los próximos años cada vez hablaremos más de los daños que puede originar nuestra labor y, por consiguiente, de la importancia de la prevención cuaternaria en salud mental (la prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario).

Correspondencia: Fernando Pérez del Río. C/ Emperador N60 - 1A. 09003 Burgos. España. E-mail: fernandoperezdelrio@gmail.com

Este libro nos enseña, entre otras muchas cosas, algo que, quizá porque no figura en los programas de estudio universitarios, resulta más novedoso de lo que debiera; nos enseña a saber cuándo no hay que tratar a un paciente. Por otro lado, el autor ha tenido el acierto y la inteligencia de agregar textos de especialistas de primera fila que contribuyen notablemente a redondear la excelencia del libro.

Para terminar, hay que decir que no es una obra que se contente con quedarse en la queja fácil. Antes bien, incluye en su última parte una invitación a ir más allá del

modelo biomédico y apuesta decididamente por la conveniencia e importancia de las narrativas y la formulación de casos, destacando a este respecto los últimos capítulos, donde hace hincapié en las alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores, en la indicación al no-tratamiento y en una forma de psiquiatría crítica que, centrada en las personas, busca equilibrar el poder entre el profesional y el paciente.

En definitiva, un soplo de aire fresco en tiempos tan enrarecidos como los que vivimos.

SOMOS NUESTRO CEREBRO

Swaab, D. F.

Barcelona: Plataforma Actual, 2014

Alicia García Falgueras

Psicóloga investigadora en Neurociencias

Cuando en el año 2010 se publicó la versión holandesa de este libro, titulada "Wij zijn ons brein", yo me encontraba en Holanda realizando experimentos en el laboratorio de su autor como discípula suya postdoctoral. El revuelo social fue importante: en todos los sitios la gente estaba comentando este libro de una forma u otra, porque su contenido es ciertamente aclaratorio y lúcido sobre temáticas altamente complejas como son las Neurociencias. También había posters anunciando el libro y su venta en muchas calles de Holanda. Yo pensé que tendría que acceder a su contenido leyéndolo en inglés o aprendiendo holandés, pero para sorpresa y magnífico regalo para todos nosotros hispanoparlantes, ha sido traducido al Castellano en este año 2014 y presentado en Madrid y Barcelona recientemente en el pasado mes de febrero.

Este libro es el resultado de una vida de concienzudo y disciplinado trabajo en la Neurobiología y en la investigación sobre el cerebro humano. Su estructura es tan simple como efectiva: sigue el desarrollo del cerebro desde el inicio al final, desde el feto hasta la vejez. Cómo se desarrolla un cerebro embrionario, cómo la enfermedad

de Alzheimer lo desintegra y todo lo que sucede entre medias desde el síntoma hasta su explicación médica. Su autor, el Profesor Dick F. Swaab, es Profesor Emérito de Neurobiología de la Universidad de Amsterdam y fue durante 30 años director del "Netherlands Institute of Brain Research" (Instituto de Investigaciones sobre el cerebro). En la actualidad es Director de su grupo de investigación en el *Netherlands Institute of Neuroscience*. Para difundir su trabajo ha publicado en revistas de altísimo impacto científico (por ejemplo en *Nature*) pero también ha aproximado el conocimiento a todos los lectores interesados, con su columna diaria en el periódico *NRC Handelsblad* en un estilo explicativamente accesible para lectores no expertos en ciencia.

Las Neurociencias son una disciplina ciertamente escurridiza para nosotros los Psicólogos, ya que en ocasiones parece un terreno restringido a Biólogos o Médicos. Sin embargo, toda la temática de este libro, escrito por uno de los Neurocientíficos más relevantes de nuestros días, es de absoluto interés para los Psicólogos y su práctica clínica diaria. Temas como el desarrollo del individuo (Psicología del Desarrollo o Evolutiva), las Emociones (inteligencia emocional), el metabolismo y su homeostasis (motivaciones y atención), adicciones, agresividad, autismo, esquizofrenia y

Correspondencia: Alicia García Falgueras, PhD. Colegio Oficial de Psicólogos. Cuesta de San Vicente 4, 4º planta. 28008 Madrid. España. E-mail: gfalgueras@cop.es

Alzheimer, memoria, trastornos del sueño, Psicología del Deporte, Psicología en la Tercera Edad, etc, etc, son temas cotidianos, actuales y diarios para los Psicólogos. Estos temas son explicados en este libro desde el rigor y el detalle de las investigaciones científicas existentes en la materia, desde el microscopio al caso clínico y con la calidad docente de este gran investigador Neurocientífico al alcance ahora de todos los lectores españoles incluso para los no especialistas en la materia. Por fortuna para todos, este conocimiento está ahora disponible para todos los que estén interesados en estos temas a través de la lectura del libro "Somos nuestro cerebro" (editorial Plataforma Actual). No solamente asuntos de naturaleza clínica, también de la vida común o de la investigación básica, como el cerebro en la pubertad, durante la adolescencia, el cerebro enamorado, el cerebro homosexual: todos estos temas son explicados sistemática y pormenorizadamente en la obra "Somos nuestro cerebro". El Prof. Swaab también describe desde la perspectiva clínica aquellos casos que podrían ir mal, como daños cerebrales y enfermedades.

También son tratados otros asuntos tradicionales de interés para los Psicólogos y originariamente para los Filósofos, como los complejos asuntos de la mente humana y la conciencia. Desde un punto de vista comprensible y abarcable para cualquier lector que no sea

especialista en la materia, pero empleando argumentos científicos y experimentos contrastados empíricamente, el Prof. Swaab analiza la realidad de los aspectos más relevantes de nuestra actividad cerebral, desde nuestros pensamientos, sobre cómo tomamos decisiones, o también algunas de nuestras conductas, hasta los más avanzados y desafiantes procesos cognitivos, pasando por las investigaciones sobre los misterios del funcionamiento del cerebro autista, por ejemplo. A través de un amplio y minucioso estudio durante años sobre estos temas, recopilando esmeradamente los datos científicos existentes y mediante su propia investigación en la materia, el Prof. Swaab explica en su libro las funciones cognitivas, los tratamientos actuales y más pioneros de algunas enfermedades o algunos de trastornos mentales ahora recogidos en el DSM-5, pudiendo así ser sus lectores sus afortunados alumnos durante la lectura.

Después de leer este ameno y divertido trabajo recopilatorio, podrás tener una visión más clara de por qué eres de la manera que eres. Todo ello en una lectura agradable y entendible mediante un discurso magistralmente dirigido y explicando al detalle del experto los complejos temas de actualidad sobre los que la humanidad se ha preguntado siempre y aún se pregunta en Neurociencias. Por ellos estas investigaciones continuarán sin duda y este libro será una referencia esencial para dichas investigaciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

Consejo General de la Psicología de España

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. UNA GUÍA CLÍNICA

R. Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R.
Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2013

Iñigo Ezquer Tiberio

El libro, activación conductual para la depresión es un libro eminentemente práctico, basado en evidencias científicas acerca de sus resultados, además puede ser aplicado por psicólogos provenientes de distintas orientaciones teóricas. Considero que es una herramienta, que todo psicólogo debiera tener como material de referencia. Me parece que está muy bien escrito y explicado, e incluye fichas de trabajo para poder realizar una evaluación, monitorización y tratamiento de los pacientes. Aunque el tema se centre en la depresión, la activación conductual puede aplicarse a todo tipo de problemas. La AC es beneficiosa para la salud de todas las personas y puede abordar diferentes patologías. El texto nos vuelve la mirada al pasado y a las raíces conductuales de la psicología, destacando la importancia de la conducta y como a través del control y manejo de esta se puede incidir en la psicología de la persona. Empieza de afuera hacia dentro, primero comienza con lo observable para a través de esto incidir en lo inobservable. La AC forma ya parte del programa de tratamiento de las terapias cognitivo-conductuales, pero aquí, se presenta por separado, para observar atentamente y en profundidad cada uno de sus componentes y los resultados observados sobre los pacientes depresivos. La AC, supone una vuelta a las raíces conductuales y se construye sobre los cimientos de trabajo de autores como, Charles B. Ferster, Peter M. Lewinsohn, Lynn P. Rehm y Aaron T. Beck. La AC es un tratamiento breve y estructurado para la depresión, que tiene como objetivo la activación conductual y la posterior incidencia en el estado de ánimo. Los principios fundamentales de la AC que aparecen desarrollados durante todo el libro, son:

- ✓ Principio 1. La clave para cambiar como se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.
- ✓ Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

- ✓ Principio 3. Las pistas para entender lo que será anti-depresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.
- ✓ Principio 4. Estructurar y programar actividades que sigan un plan, no un estado anímico.
- ✓ Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.
- ✓ Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadas por naturaleza.
- ✓ Principio 7. Actuar como un entrenador.
- ✓ Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.
- ✓ Principio 9. ¡No lo diga, hazlo!
- ✓ Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

La terapia, aparece como un trabajo común con el cliente y estructurado. Todas las sesiones de terapia están estructuradas, con un establecimiento de agenda, uso de tareas y la revisión del progreso con el cliente. Los diversos tipos de tareas asignadas son: monitorización de la actividad y del estado de ánimo, programación de la actividad, tareas de estructuración, gradación de la actividad, ejercicios de atención a la experiencia y el mantenimiento del interés por la activación. Se nos muestra también, el estilo y actitud que debe tener un terapeuta eficaz en AC: Mantener la estructura de la sesión, permanecer orientados a la acción, dar validez a las experiencias de los clientes, trabajar en colaboración con los clientes, no hacer juicios de valor, expresar cordialidad y ser sincero con los clientes, y reforzar los informes o ejemplos de conducta adaptativa. La base de la AC es el proceso de validación de los problemas, y su forma de tratamiento. Una de las tareas principales del terapeuta de AC es, comenzar a esclarecer las relaciones existentes entre los antecedentes y las conductas importantes. Prestando atención a las situaciones en las que se produce una determinada conducta y las funcio-

nes para las que sirve. La tabla de actividades, es la herramienta principal que se utiliza en la AC para realizar valoraciones. Dentro de la tabla de actividades, existen varios elementos que se deben monitorizar: la actividad, el estado anímico o los sentimientos en el momento de la actividad, y la intensidad del estado anímico. También se puede monitorizar la sensación de dominio o placer asociado a la actividad. La clave para comprender lo que va a ser un elemento antidepresivo reside en la observación de lo que precede y de lo que sucede a una conducta. En el libro aparecen una serie de principios básicos que habría que identificar en colaboración con el cliente y como objetivos del tratamiento. Las intervenciones en la AC piden al cliente que actúe según un plan u objetivo predeterminado, no según un sentimiento o el estado interno. La tarea del terapeuta es actuar como un entrenador en todo momento, ayudando y trabajando activamente con los clientes en la identificación y resolución de los problemas. El pensamiento es tratado como una conducta problemática, identificando y trabajando sobre los procesos rumiativos. Los diferentes elementos o la unión de todos ellos en AC, hacen el acrónimo en inglés **ACTIVATE**. Los diferentes elementos que componen este término son:

✓ **A (Assess)**. Valorar los factores que contribuyen a la depresión del cliente.

✓ **C (Counter)**. Hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas.

✓ **T (Time)**. Dedicar tiempo a los elementos específicos.

✓ **I (Include)**. Incluir la monitorización.

✓ **V (Validate)**. Validar

✓ **A (Assign)**. Asignar actividades.

✓ **T (Trouble shoot)**. Detectar problemas y desarrollar soluciones.

✓ **E (Encourage)**. Estimular.

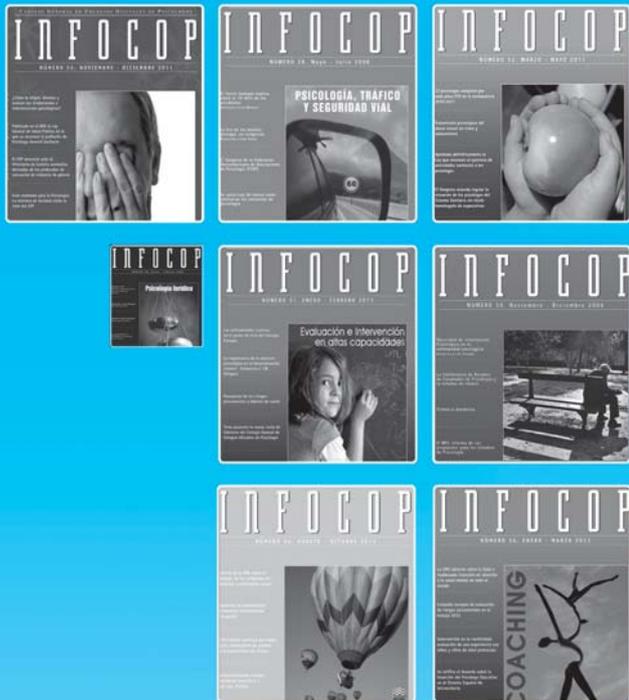
A modo de resumen, podemos decir que las intervenciones cognitivas y conductuales aportan también una prevención más duradera de las recaídas que la mera medicación. La terapia tiene unos beneficios a largo plazo y unos beneficios que la medicación no ofrece. En el libro se enfatiza el cambio, y como este será más fácil, cuando se comienza por algo pequeño y cuando se especifican concretamente todos los elementos. Durante la lectura continua, hasta el final, hay una motivación constante para el cambio y la resolución de los problemas. A través del análisis preciso y riguroso de todo lo que está influyendo, utilizando la validación del cliente y el refuerzo positivo, y trabajando también en la perseverancia para el mantenimiento de los logros.



Solicita
TU CORREO ELECTRÓNICO
cop.es

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

¡Infórmate en tu Colegio!



CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

INFOCOP

REVISTA DE PSICOLOGÍA

¡Todos los números publicados en la web!

www.infocop.es

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

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

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

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** BIC: **POPUESMM** del Banco Popular Español Ag.14, C/José Ortega y Gasset, 29, 28006 Madrid (España). Enviar fotocopia del ingreso al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Tarjeta de crédito: Visa MasterCard American Express

Titular de la tarjeta _____ Nº de tarjeta _____ Fecha de caducidad _____

Firma

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

INFOCOP ONLINE

HAY MUCHAS FORMAS DE COMUNICACIÓN ...

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

www.infocoponline.es



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.

INFÓRMATE



FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA



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

www.cop.es/focad

Consejo General de la Psicología de España

Consejo General de la Psicología de España

www.cop.es

La Web de todos los
profesionales de la Psicología



www.papelesdelpsicologo.es

Todos los Contenidos publicados
On line

Miles de artículos de Psicología
a tu alcance



www.infocop.es

*Tus noticias siempre
al día*

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5Izq. • 28006 Madrid

E-mail: secop@cop.es • Web: www.cop.es

Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



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

Teléf.: 95 554 00 18
Fax : 95 465 07 06

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL



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

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

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN



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

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

COLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE CATALUNYA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA



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

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LAS PALMAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



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

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



Consejo General de la Psicología de España