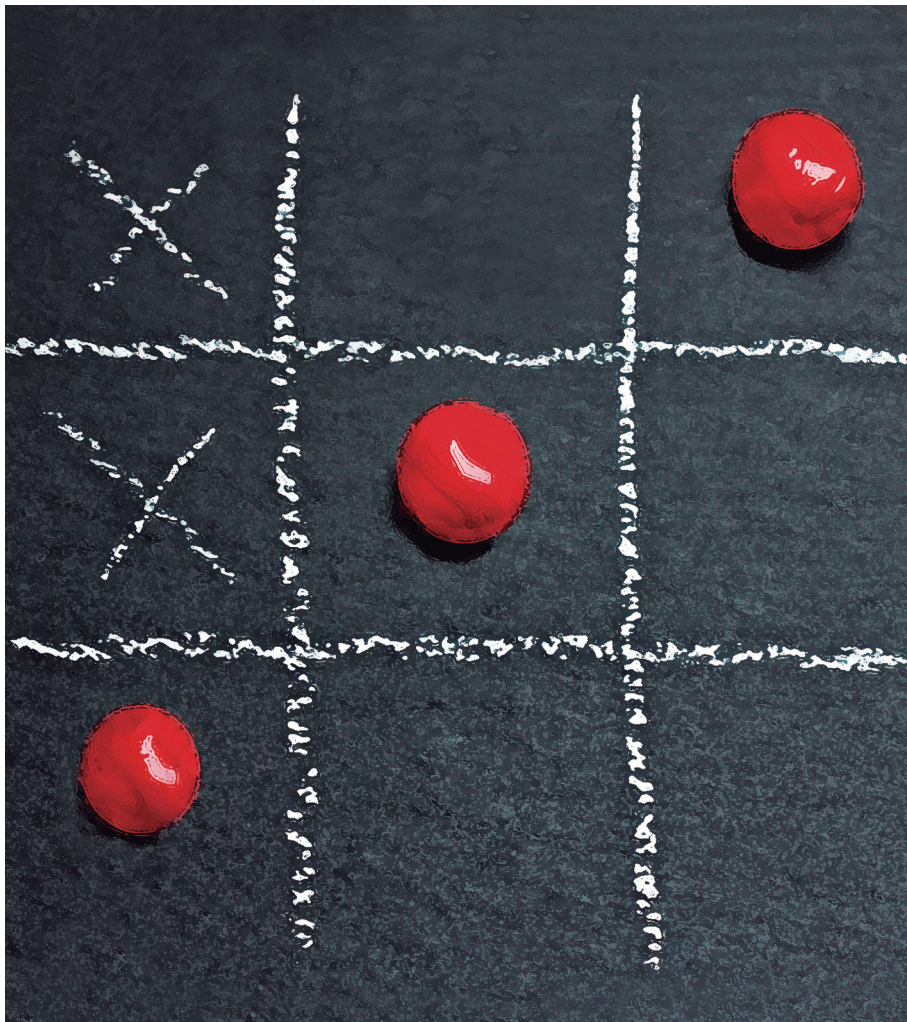


PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

ITINERARIO FORMATIVO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA



EFICACIA DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS - PREHISTORIA DEL TDAH -
MENORES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO - ESTUDIOS DE
ACULTURACIÓN - VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO - PSICOTERAPIA PARA EL TLP

Ámbito: Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista científico-profesional, cuyo objetivo es publicar revisiones, meta-análisis, soluciones, descubrimientos, guías, experiencias y métodos de utilidad para abordar problemas y cuestiones que surgen en la práctica profesional de cualquier área de la psicología. Se ofrece también como foro para contrastar opiniones y fomentar el debate sobre enfoques o cuestiones que suscitan controversia. Los autores pueden ser académicos o profesionales, y se incluyen tanto trabajos por invitación o recibidos de manera tradicional. Todas las decisiones se toman mediante un proceso de revisión anónimo y riguroso, con el fin de asegurar que los trabajos reflejan los planteamientos y las aplicaciones prácticas más novedosas.

Scope: Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers is a scientist-practitioner journal, whose goal is to offer reviews, meta-analyses, solutions, insights, guidelines, lessons learned, and methods for addressing the problems and issues that arise for practitioners of every area of psychology. It also offers a forum to provide contrasting opinions and to foster thoughtful debate about controversial approaches and issues. Authors are academics or practitioners, and we include invited as well as traditional submissions. All decisions are made via anonymous and rigorous peer review process, to ensure that all material reflects state-of-the-art thinking and practices.

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

- 81.** Cambiar para avanzar. Un análisis del debate sobre el itinerario formativo de la Psicología Clínica en España
José Ramón Fernández Hermida
- 94.** ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces
César González-Blanch y Laura Carral-Fernández
- 107.** Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible
Fernando García de Vinuesa Fernández
- 116.** Menores expuestos a violencia de género. Cambios legislativos, investigación y buenas prácticas en España
Ana Rosser Limiñana
- 125.** Estudios de aculturación en España en la última década
Roberto Martín Julián
- 135.** Prevalencia de la violencia en el noviazgo: Una revisión sistemática
Fernando Rubio-Garay, M. Angeles López-González, Miguel Ángel Carrasco y Pedro Javier Amor
- 148.** Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Revisión.
Ferran Bursal Juanmartí y Nathalie Pérez Lizeretti

Revisión de libros

- 157.** Drogodependencias y sexualidad
Fernando Pérez del Río y Manuel Mestre Guardiola
Madrid: Ediciones Biblioteca Nueva, 2016
Fernando Pérez del Río
- 157.** Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva
Iñaki Markez (Coord.)
Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015
Fernando Pérez del Río
- 158.** Medicamentos que matan y crimen organizado
Peter C. Götzsche
Barcelona: Los libros del lince, 2014
Fernando Pérez del Río
- 158.** Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad
Lon Kabat-Zinn
Barcelona: Kairós, 2016 (edición revisada y actualizada; Orig. 2013)
Agustín Moñivas

Articles

- 81.** Changing in order to progress. An analysis of the debate on the training route of Clinical Psychology in Spain
José Ramón Fernández Hermida
- 94.** Cage up Dodo, please! The tale of all psychotherapies being equally effective
César González-Blanch and Laura Carral-Fernández
- 107.** Prehistory of ADHD: Additives for an untenable diagnosis
Fernando García de Vinuesa Fernández
- 116.** Children exposed to intimate partner violence. Legislative changes, research and good practice in Spain
Ana Rosser Limiñana
- 125.** Acculturation studies in Spain in the last decade
Roberto Martín Julián
- 135.** Prevalence of dating violence: A systematic review
Fernando Rubio-Garay, M. Angeles López-González, Miguel Ángel Carrasco and Pedro Javier Amor
- 148.** Efficacy of psychotherapy for the borderline personality disorder: A review.
Ferran Bursal Juanmartí and Nathalie Pérez Lizeretti

Book review

- 157.** Drogodependencias y sexualidad [Drug addictions and sexuality]
Fernando Pérez del Río and Manuel Mestre Guardiola
Madrid: Ediciones Biblioteca Nueva, 2016
Fernando Pérez del Río
- 157.** Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva [Addictions: Knowledge, integrated care and preventive action]
Iñaki Markez (Coord.)
Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015
Fernando Pérez del Río
- 158.** Medicamentos que matan y crimen organizado [Medications that kill and organized crime]
Peter C. Götzsche
Barcelona: Los libros del lince, 2014
Fernando Pérez del Río
- 158.** Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad [Full catastrophe living]
Lon Kabat-Zinn
Barcelona: Kairós, 2016 (Orig. 2013)
Agustín Moñivas

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafín Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

Directores asociados / Associated Editors

José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo), José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo), José María Peiró Silla (Univ. de Valencia) y Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja)

Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Álvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Univ. Autónoma de Madrid); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martín Debbané (Université de Genève, Suiza); Paula Elosua (Univ. del País Vasco); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (Sunway University, Malaysia); Emiliano Martín (Dept^o de Familia. Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñiz (Univ. de Oviedo); Marino Pérez (Univ. de Oviedo); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); Ismael

Quintanilla (Univ. de Valencia); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Sornoza (Univ. de Valencia); M^a Carmen Taberner (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Ángel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Ángel Verdugo (Univ. de Salamanca)

Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad / Management and advertising

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas

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

Depósito Legal
M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Impresión / Printed by

Huna comunicación
Avda. Montes de Oca, 7, Nave 6
28703 S.S. de los Reyes - Madrid

La revista se imprime en papel permanente, libre de ácido y conforme a la ISO 9706:1994

De este número 2 del Vol. 38 de Papeles del Psicólogo se han editado 69.050 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 / Psychologist Papers 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>





CAMBIAR PARA AVANZAR. UN ANÁLISIS DEL DEBATE SOBRE EL ITINERARIO FORMATIVO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA

CHANGING IN ORDER TO PROGRESS. AN ANALYSIS OF THE DEBATE ON THE TRAINING ROUTE OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN SPAIN

José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo

El itinerario de formación en Psicología Clínica está siendo objeto de un gran debate en el mundo académico y profesional de la Psicología española. En este artículo se analizan críticamente los argumentos expuestos tanto por los partidarios como los detractores de que el Máster de Psicología General Sanitaria sea una condición necesaria para el acceso a la formación especializada. Se defiende claramente una secuenciación de la formación en Psicología Clínica, Grado – Máster – Especialidad, por razones lógicas, legales, profesionales, de convergencia con el modelo Europsy, y de oportunidad para establecer fuertes vínculos universidad – profesión. Se concluye que la adopción del itinerario fortalecerá no sólo a la especialidad y a la Psicología General Sanitaria, sino que puede ser una de las bases sobre las que se apoye el desarrollo científico y profesional de la Psicología Clínica en España.

Palabras clave: Psicólogo general sanitario, Psicología clínica, Itinerario formativo, Regulaciones Legal.

The training route in clinical psychology is the subject of much debate in the academic and professional world of Spanish psychology. This article critically analyzes the arguments of both the supporters and the opponents of the Master's in General Health Psychology as a necessary condition for access to specialized training. A bachelor's degree - master's - specialty route for training in clinical psychology is clearly defended, for logical, legal, and professional reasons, and for convergence with the Europsy model, and the opportunity to establish strong ties between the universities and the profession. It is concluded that the adoption of the route will not only strengthen the specialty and general health psychology, but it may also be one of the foundations on which the scientific and professional development of clinical psychology in Spain rests.

Key words: Healthcare psychologist, Clinical psychology, Training route, Legal regulations.

Desde la creación de la profesión de Psicólogo General Sanitario (PGS) en 2011 ha existido un animado debate sobre el itinerario formativo dentro del campo de la Psicología Clínica, avivado por académicos, profesionales y alumnos, pero encendido principalmente por una deficiente y caótica regulación. El punto central de la discusión es si el nuevo Máster de Psicología General Sanitaria (MPGS) es una condición imprescindible para el acceso a la formación de Psicólogo Interno Residente (PIR), y por ende al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) o si se mantiene la situación actual, en la que dicho acceso se hace desde el Grado de Psicología. Se trata por tanto de una discusión sobre si merece la pena cambiar o debemos quedarnos como estamos.

Conviene dejar sentado, desde estas primeras líneas, que entiendo que lo que está discutiendo es la formación en Psicología Clínica, un ámbito de conocimiento y pro-

fesional que no es propiedad exclusiva, ni puede reducirse a ninguna titulación. Las dos titulaciones (MPGS y PEPC) se refieren a una misma disciplina y ámbito profesional: la Psicología Clínica, que no excluye a la Psicología de la Salud. También se aceptará, para facilitar la exposición, que el acceso a la formación de especialista se hace desde el Grado de Psicología, y no, como es más cierto, desde un Grado en el "ámbito de la Psicología", algo que debería cambiar tan pronto como la Administración decida cumplir la Ley General de Salud Pública, y regule el Grado de Psicología para dar acceso al MPGS. Cabe pensar que, en ese caso, aunque no se acabara implantando el itinerario Grado – MPGS – PIR, también cambiaría la norma de acceso a la especialidad, porque sería incomprensible que el acceso al MPGS fuera más restrictivo que al título de PEPC.

Recientemente, la Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas (CDPUE) parece haber tomado la decisión de pronunciarse sobre si está a favor del itinerario Grado – Máster – PIR o si por el contrario se decanta por refrendar la situación actual. Quizás la regulación del Grado, que se siente cercana, avive el debate, ya que, como he dicho previamente, se-

Recibido: 16 enero 2017 - Aceptado: 23 febrero 2017

Correspondencia: José Ramón Fernández Hermida. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España. Email: jrhermid@uniovi.es



ría el momento para cambiar las condiciones de acceso a la especialidad. Son estas condiciones y la trascendencia que tienen opiniones colegiadas como las de la CD-PUE, las que me han impulsado a dar mi punto de vista particular sobre las razones que apoyan la secuencia Grado – MPGS – PIR y los graves inconvenientes que tiene mantenerse en la situación actual.

LA POLÉMICA DEL ITINERARIO. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS RAZONES EN CONTRA Y A FAVOR

En los distintos artículos en los que se ha tratado la conveniencia o no del itinerario, se han utilizado diversos argumentos que pretendo sintetizar y analizar. Agruparé los argumentos que considero principales en subapartados que faciliten su discusión.

a) La distinción en PGS y PEPC tiene su correlato en la distinción entre Psicología de la Salud y Psicología Clínica, dado que la normativa que crea el PGS se dice que sus competencias tienen que ver con la promoción y mejora del estado de salud (Cortes Generales, 2011), y en la del PEPC se indica que estos titulados realizan diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico (Ministerio de la Presidencia, 1998)

Este argumento se ha venido empleando tanto en contra (Carrobles, 2012; López-Méndez & Costa-Cabaniillas, 2013) como a favor (Echeburua, Salaberría, De Corral, & Cruz-Saéz, 2012) del itinerario. Los primeros parecen señalar que estamos ante dos profesionales con formación diferente, de forma que el PGS como “especialista en Psicología de la Salud” tendría una existencia diferenciada plenamente justificada, y los segundos subrayan que el PGS tiene una especial relación con el concepto general de salud, de acuerdo con lo que dice la normativa de creación de la profesión, por lo que no debería tener competencias sobre los “trastornos mentales”, que serían un campo propio, o exclusivo, del especialista. Sin embargo ambas argumentaciones son extremadamente débiles, ya que ignoran cuál ha sido el fundamento de la creación de la profesión de PGS, siendo además que los que defienden una u otra postura se contraargumentan a sí mismos. Así los que indican las dos vías separadas pero están en contra del itinerario, también defienden que ambos pueden y deben trabajar sobre los mismos problemas o que tienen idéntica formación (Carrobles, 2012, 2013, 2015), mientras que los segundos, a favor del itinerario, insisten en la idea de

que estamos ante un psicólogo generalista, que por definición, no puede tener “especialidad”.

No me cabe duda de que ambas profesiones, con un nivel de cualificación diferente, tienen competencias en el campo de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud. Las dudas sobre las competencias del PGS parecen ignorar las razones para su creación. La nueva profesión es una respuesta a la crisis que se produjo como consecuencia de la expulsión de los licenciados en Psicología no especialistas del sistema sanitario por la LOPS (Generales, 2003). Esos titulados dejaron, en ese momento, de ser considerados profesión sanitaria pasando a estar amenazada su continuidad profesional, tanto para los que ya estaban ejerciendo como para los que vendrían después. Las fuertes protestas profesionales que desencadenó la LOPS impulsaron una solución, que vino en gran medida condicionada por la misma realidad profesional y asistencial en Salud Mental. Esa realidad está representada por miles de psicólogos, que ejercían y ejercen la Psicología Clínica en el sector privado, con algunas decenas en el público, que no pudieron obtener la especialidad, encontrándose de repente inhabilitados legalmente de forma injusta. Gran parte de la asistencia en Salud Mental de nuestro país la cubrían y la cubren esos profesionales, algo que no ha cambiado ni parece tener visos de cambiar en el futuro, a tenor de la escasa inversión en políticas públicas de Salud Mental (Knapp et al., 2007) que no ha variado al alza en estos últimos años, y la pobre dotación de plazas de especialistas (OMS, 2014). A esta repercusión profesional de la LOPS se sumó la coetánea desaparición del título de licenciado. El PGS ha sido la respuesta de la Administración para devolver al psicólogo no especialista, el antiguo licenciado, la posibilidad de ejercer su profesión y no crear un caos administrativo, legal y sanitario en el ámbito de la salud mental privada y pública. Una solución que debe entenderse dentro del nuevo marco de las titulaciones universitarias, en las que el título de Licenciado ha dejado paso al de Grado más Máster (Ministerio de Educación, 2015), y que repone la situación previa a la LOPS. Si esto es así, ¿qué lógica podría tener la creación de una nueva profesión para resolver el problema legal de los psicólogos no especialistas y luego decir que no capacita para cubrir esa necesidad?

Las amplias y generales competencias del título de MPGS permiten afirmar que la profesión de PGS tiene los conocimientos y las habilidades necesarias para el



ejercicio de la profesión de psicólogo dentro del ámbito de la Psicología Clínica. Por su lado, el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica puede y está ejerciendo su profesión también en el campo de la Psicología de la Salud. Ninguno de los dos profesionales tiene competencias exclusivas en ninguno de ambos campos, tal y como señala en sus considerandos una reciente sentencia cuando dice textualmente que “La diferencia entre ambas profesiones no afecta ni a la adquisición de conocimientos ni a su formación sino al lugar donde unos y otros van a poder desarrollar sus competencias y conocimientos adquiridos. Únicamente hay diferencias en los ámbitos de actuación profesional” (el subrayado es mío).

Se ha abogado por una potenciación de una perspectiva de salud frente a una visión “clínica” (López-Méndez & Costa-Cabanillas, 2013). Se ve a la primera más cercana a los presupuestos epistemológicos y metodológicos de la Psicología, mientras que la segunda estaría más vinculada como un modelo de “enfermedad” de procedencia más “naturalista” o “anatomoclínico”. Este es un debate de plena vigencia como demuestra un reciente simposio celebrado en la Universidad Autónoma de Madrid, organizado por la Academia Española de Psicología, y que se centró en la creciente crisis del diagnóstico psicopatológico y en las aportaciones de la Psicología tanto en la formulación de los problemas como en la búsqueda de las soluciones (Fernández Ballesteros, 2017). Pero este debate, es transversal a los dos campos, el de la Psicología Clínica y el de la Psicología de la Salud, y a las dos profesiones, el PEPC y el PGS. No se alcanza a entender cómo la adopción de una posición u otra puede ser relevante para determinar los vínculos entre ambas profesiones.

Una derivada de esta discusión viene dada por la idea de que el PGS, dado que es un profesional con una formación supuestamente más centrada en la Psicología de la Salud, sería más adecuado para cubrir la demanda de psicólogos en Atención Primaria, cuando ésta sea una realidad, frente a los PEPC (Echeburua et al., 2012). Esta suposición se basa en pretendidas diferencias reales en los currículos formativos y en un completo desdén por la regulación legal actual o por la preferencia del sistema público de salud de formar a sus propios profesionales.

Sobre las diferencias formativas obtenidas mediante el análisis de los contenidos de los respectivos programas hablaré más adelante, pero puedo adelantar que tal diferencia no justifica que estemos ante dos profesionales

con especialidades diferentes. Por otra parte, la idea de que el sistema sanitario va a contratar a profesionales formados fuera del sistema teniendo, como tiene en este caso, al PEPC, es poco realista. Pero es que además de poco realista, supondría una total y completa ilegalidad, a tenor de la legislación vigente. La Ley General de Salud Pública (Cortes Generales, 2011) veta la presencia de los PGS dentro del sistema sanitario financiado con dinero público para atender las demandas que se derivan de la cartera de servicios comunes. Y no hay duda de que un psicólogo que trabaje en el Atención Primaria tiene que atender casi exclusivamente demandas de ese tipo (Duro Martínez, 2017).

Sin embargo, creo necesario añadir, en este punto, que el hecho de que la Ley condicione actualmente de forma tan restrictiva la contratación de PGS para el sistema público de salud, en la propia norma que los crea, me parece completamente desafortunado. En primer lugar porque el ejercicio de la profesión no puede ligarse a la financiación del servicio sino a que se tengan o no ciertos conocimientos, competencias o habilidades. En segundo lugar porque el PGS podría ser la opción más lógica allí donde sólo fueran necesarias sus competencias y habilidades, y no hubiera un especialista que pudiera cubrir ese puesto. Y, en tercer lugar, porque esa limitación puede suponer un freno a la propia diversificación de la asistencia psicológica dentro del sistema. No es raro que las especialidades se hayan creado a partir de las necesidades surgidas en un campo determinado a partir del trabajo de generalistas. Al menos así nació la nuestra.

Entiendo el miedo de los que dicen que sin esa limitación legal, la Administración podría optar por cubrir las plazas asistenciales con profesionales menos costosos, dado que la retribución está ligada con el nivel formativo, o bien que aprovechándose de esa menor cualificación otras profesiones puedan pretender que el papel de psicólogo se reduzca al de un mero auxiliar. Estas ideas sin embargo dejan de lado que es la propia Administración la que se autolimita y que si se ha puesto ese límite es que está en sintonía con él, ya que es coincidente con la política global de contratación del sistema sanitario público, del que somos un ínfima parte. Si en algún momento la Administración considerase lo contrario nada podría impedir que se modificaran las normas. Pero este miedo no puede ser la razón para que una titulación como la de PGS haya salido con una limitación adicional a la propia de su cualificación de generalista, una li-



mitación de la que, por otra parte, no existe precedente en ninguna otra titulación sanitaria.

En la situación actual, el PGS no tiene una preparación diferente a la del PEPC que le capacite mejor para prestar sus servicios en Atención Primaria, dado que los contenidos de sus currículos formativos son bastante similares, lo que nos óbice para que se abriera un debate serio sobre la necesidad de potenciar la formación de los psicólogos, sean PGS o especialistas, hacia perspectivas más cercanas a los presupuestos de la Salud Pública y la promoción de la salud. Un debate de este calado, exige otro clima intraprofesional alejado del enfrentamiento corporativo y con la vista puesta en el bien de la profesión y de la asistencia psicológica de la población. Pero es que, además, esa propuesta de incorporación de los PGS, en la actualidad, tampoco tiene posibilidades reales. Pretender lo contrario es un mero embeleco. Muchas cosas tendrían que cambiar. En orden de mayor a menor dificultad de cambio, primero, hay que conseguir que se preste tratamiento psicológico profesional en ese ámbito, en segundo lugar, no es previsible que se pueda romper la preferencia del sistema por contratar a los profesionales formados dentro del mismo, y en tercer lugar hay una Ley que lo impide. Dadas las dificultades para cambiar el modelo de atención en salud mental dentro de Atención Primaria, creo que abrir este debate corporativo es más que inútil, contraproducente.

b) El PGS y el PEPC son dos especialistas en base a que los contenidos de su programa formativo es similar, sin supeditación de una profesión a la otra

Este es un argumento expuesto contra el itinerario, y debe tratarse de acuerdo con, al menos, dos perspectivas, una legal y la otra de análisis del contenido de sus programas formativos. La perspectiva legal no deja lugar a dudas. En España la titulación de especialista en el ámbito sanitario no es una expresión genérica que alude simplemente a la persona que cultiva o practica una rama determinada de un arte o una ciencia, como dice el diccionario de la Real Academia Española, sino que es un título oficial. El párrafo 1 del Artículo 15 de la LOPS dice claramente que la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial, mientras que en su artículo 16 indica que corresponde al Gobierno (a propuesta de los Ministerios de Educación y Sanidad, y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Especialidades

en Ciencias de la Salud y de las organizaciones colegiales que correspondan) su creación o supresión. Así que cuando se afirma que el PGS es una titulación de especialista, en función de las razones que sean, no se está diciendo nada que tenga algún sentido jurídico o con efectos en la regulación legal de la profesión.

En lo que se refiere a la perspectiva del análisis de los contenidos del programa de formación, se ha llegado a decir que los que distinguen entre especialista y generalista pecan de nominalismo (Carrobles, 2015), es decir, pecan de reificación de las etiquetas, ya que no tienen en cuenta las similitudes que existen entre ambos itinerarios formativos. Resulta curioso que este argumento funcione sólo en un sentido. Si los programas de formación son iguales, entonces ambos son especialistas, pero nunca se concluye lo contrario, que ambos pueden ser generalistas. Aunque también ha habido quien ha percibido, desde mi punto de vista acertadamente, la formación de especialista como muy generalista (López-Méndez & Costa-Cabanillas, 2013).

Desde el análisis de los contenidos las similitudes son evidentes (Carrobles, 2015; González-Blanch, 2015) y eso parece reconocerse desde ambas perspectivas, en contra y a favor del itinerario. Parece lógico que ambos programas de formación incidan sobre la misma esfera de contenidos, ya que ambas profesiones pretenden abarcar el conjunto de campos de la Psicología Clínica, por lo que la confluencia es lógica. Pero la formación tiene duraciones distintas, la del PEPC cuatro años, frente a uno y medio del PGS. Es verdad que esas formaciones tienen otras diferencias, por ejemplo se dan en contextos diferentes, aunque está por ver que esos diferentes contextos produzcan, per se, resultados competenciales diferentes (p.ej.: ¿gestán los PEPC mejor formados en el uso de las terapias con base empírica para el abordaje de los fenómenos depresivos?). La discusión de este tipo de cuestiones se encuentra trufada de veladas insinuaciones - la formación PIR está pobremente controlada (Carrobles, 2013) o la universitaria adolece de mucha teoría poco relacionada con la práctica (Sánchez-Reales, Prado-Abril, & Aldaz-Armendariz, 2013) - o de afirmaciones sesgadas que son ciegas a una parte de la realidad - por ejemplo cuando se pone como ejemplo de formación profesional al PIR frente al MPGS, olvidando que el MPGS dispone de 30 créditos ECTS de práctica clínica desarrollada en centros asistenciales tanto públicos como privados (Sánchez-Reales et al., 2013). La discusión así formulada no tiene fácil salida porque



no se explicitan argumentos contrastables mediante pruebas empíricas. Se debe aceptar que, hasta cierto punto, a más tiempo empleado en un período de formación que se desarrolla en un contexto de más exigencia profesional, tanto por las obligaciones contractuales como por la necesaria inserción dentro de un complejo ámbito multiprofesional, debería corresponderse una mayor capacidad y competencia profesional. A este respecto, hay que señalar que las competencias profesionales se adquieren fundamentalmente en la práctica clínica (Roe, 2002). De todas formas, es conocido que puede haber muchos factores que interfieran en esa correspondencia. Si se conocen deben abordarse y buscarse la mejor solución. Sin embargo, desde la perspectiva de la política profesional, considero especialmente dañino para la Psicología dar por bueno, sin prueba alguna, el hecho de que un mayor tiempo de formación resulta irrelevante para mejorar las competencias profesionales necesarias. Máxime cuando en el plano científico no se puede establecer el tiempo mínimo para una formación suficiente, aunque dicha formación sin embargo parece necesaria para dominar las habilidades terapéuticas (Wampold & Imel, 2015, pag. 38).

Volviendo a la idea anterior de que más que dos especialidades, estamos ante dos profesiones generalistas cuando se analizan desde el plano de los contenidos formativos, resulta evidente que hay una tendencia clara de la Comisión Nacional de la Especialidad, en dotar a los especialistas de competencias en todas las áreas imaginables de la acción psicológica en el ámbito sanitario, bien proponiendo ACEs (áreas de capacitación específica) o subespecializaciones (González-Blanch, 2015), bien incrementando los contenidos o diversificando cada vez más los planes de rotación de los residentes. Puede haber varias razones. Es posible que el propósito sea diversificar la actuación del psicólogo clínico dentro del sistema con el fin de crear la base para nuevas especialidades, y también puede que este movimiento esté incentivado por la tendencia "expansionista" de otras especialidades externas a la Psicología. Pero intentar abarcarlo todo, per se, hace a la formación del especialista "más generalista", y así cobra cierta razón quien señala que la especialidad debe "especializarse". En el momento en el que se constituyeran otras especialidades de la Psicología, la relación PGS - especialistas estaría menos sujeta a la crítica que surge del escrutinio de los programas, y el itinerario sería visto con más claridad.

c) El itinerario es contrario a la norma europea relativa a la formación de psicólogos que trabajen en el ámbito sanitario. Aquí se discuten tres tópicos: la situación española es única dado que no hay más que un tipo de psicólogo en Europa que esté habilitado como profesional clínico o asistencial, en Europa no existen psicólogos generalistas, o la duración que se propone del itinerario es excesiva para los estándares europeos

Tal y como puede verse en el siguiente cuadro (Tabla 1), no hay un estándar europeo. La información se obtiene de un informe de la Comisión Europea (Comisión Europea, 2016), realizado en base a los datos suministrados por los Estados miembros. Puede verse que no son ciertas las afirmaciones de que en Europa exista un solo tipo de psicólogo que trabaje en el campo de la salud y no exista la denominación de Psicólogo sanitario. Tampoco es rara o extraña la duración que se propone en el itinerario para la formación de un especialista (9 años y medio).

Debe tenerse muy en cuenta, que los últimos cuatro años de formación en España son de formación remunerada, lo que supone una indudable ventaja desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades o la no discriminación de acceso al título por razones económicas. Resulta difícil de entender que se obvие este importante dato cuando se argumenta contra la "excesiva" duración del itinerario.

A este respecto conviene resaltar que la posición de la Organización colegial no ha variado desde que se creó la especialidad (COP, 1990). Entonces se apoyó que la formación que condujera al título de especialista debería durar entre 8 o 9 años. Ahora se sigue diciendo lo mismo. Excepto que se añada medio año más, que se corresponde con los 30 créditos de práctica clínica supervisada que nos acerca a viejas reivindicaciones de la profesión y al EuroPsy.

En este sentido, cabe afirmar que lo que sí existe con rango europeo es la posición común de la EFPA en base al EuroPsy. La EFPA (<http://www.efpa.eu/>) es una federación europea de asociaciones nacionales de psicólogos que agrupa a 36 países. De acuerdo con el documento que puede consultarse fácilmente en Internet (<http://www.europsy.cop.es/>), los miembros de la EFPA han acordado los estándares que debe reunir la formación de psicólogo con carácter generalista para poder desarrollar la profesión de manera autónoma y no supervisada. Este documento establece que el requisito de



formación mínimo es de cinco años de formación universitaria más uno de práctica supervisada. Esa es la formación generalista que en España se adquiere mediante la combinación de Grado + Máster, tal y como sucede en el caso del Máster de Psicología General Sanitaria, que cumpliría los requisitos EuroPsy.

Es conveniente resaltar que EuroPsy no es una directiva de la Unión Europea de obligado cumplimiento, ni tiene

relación con la formación postgraduada o especializada en Psicología Clínica. Es simplemente una posición común de la mayoría de las asociaciones de psicólogos europeos reunidas en la EFPA, a la que se han adherido organizaciones españolas como el Consejo General de la Psicología y que ha inspirado la redacción del Libro Blanco del Grado confeccionado por la CDPUE (ANECA, 2005).

TABLA 1
DURACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE PSICÓLOGO QUE TRABAJAN EN EL CONTEXTO SANITARIO EUROPEO

País	Psicólogo sanitario (Healthcare Psychologist)	Duración de la formación	Psicólogo clínico (Clinical Psychologist)	Duración de la formación	Psicoterapeuta (Psychotherapist)	Duración de la formación
Alemania					SI	5 años (multiprofesional) + 3 años de prácticas a tiempo completo
Austria	SI	5 años + 1.940 horas de prácticas	SI	5 años + 2.500 horas de prácticas	SI	4 años (multiprofesional) + 1.900 horas de prácticas
Chipre			SI	6 años – 1.000 horas prácticas		
Eslovaquia	SI	5 años y 1/2	SI	7 años		
Eslovenia	SI	4/5 años	SI	8-9 años		
España	SI	5 años y 1/2	SI	8 años		
Finlandia					SI	3/4 años (multiprofesional) + 1 año de prácticas
Francia					SI	5 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 400 horas prácticas
Holanda	SI	7 años	SI	11 años		
Hungría			SI	8-12 años	SI	5 años + 3 ó 4 años de especialización
Irlanda	SI	6 años + un periodo adicional de prácticas	SI	7 años		
Islandia			SI	7 años + 3 de prácticas		
Italia					SI	5 ó 6 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 4 años de especialización
Lituania	SI	6 años				
Malta	SI	5 años + 2 años de prácticas	SI	5 años + 2 de prácticas		
Rep. Checa	SI	5 años + 100 horas de prácticas	SI	10 años – 400 horas prácticas		
Suecia					SI	5 años (multiprofesional) + 3 de especialización
Suiza					SI	5 años (multiprofesional – medicina y psicología) + 2 años de especialización
U.K.	SI	6 años	SI	6 años		



d) El itinerario es improcedente porque no hay otro especialista en Ciencias de la Salud en la que sea necesario el nivel de máster para acceder a la especialidad

Esta afirmación era cierta, hasta que se ha concedido al nivel de máster a los 6 años que dura la formación básica en Medicina. De todas formas, independientemente de lo que sucede en Medicina y en otras carreras que acceden a las especialidades en Ciencias de la Salud, la coherencia del acceso desde el Máster a la formación PIR debe analizarse también desde las necesidades propias de la Psicología. Parece lógico y razonable que el acceso a la formación especializada se haga desde el título generalista, que es el Máster, como lo era la Licenciatura, antes de la reforma de los estudios superiores. Equiparar Grado y Licenciatura es erróneo. De hecho, recientemente se ha concedido a la Licenciatura de Psicología el nivel 3 MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior), que es el nivel de Máster (Ministerio de Educación, 2015).

Este argumento incluye además una equivalencia que no me parece del todo correcta. La Psicología Clínica no es equivalente al FIR, BIR o QIR más que en el nombre, especialistas en Ciencias de la Salud. Tanto el BIR, FIR como QIR tienen como destino usualmente servicios multidisciplinares de extrema importancia en una medicina tan tecnificada como la actual, pero no incluyen entre sus competencias el diagnóstico, evaluación y tratamiento de los pacientes. Son profesionales que integran servicios técnicos altamente especializados pero que no son "clínicos". Esta diferencia justificaría, per se, que el acceso a la plaza de especialista tuviera garantizado los conocimientos suficientes para la práctica clínica básica, y esos conocimientos y competencias se adquieren en el Máster de Psicología General Sanitaria.

e) El itinerario dificulta la formación a los psicólogos, disminuyendo considerablemente la oferta de titulados frente a la gran demanda social de la Psicología

La idea que se deduce de esta afirmación es que es necesario un sistema rápido de formación de psicólogos para cubrir una pretendida amplia demanda social. La alta tasa de paro entre los profesionales de la Psicología, con un 26,6% en paro o inactivo según la última encuesta de inserción laboral del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2016), invalida la principal razón de este argumento.

Aunque parece claro que el número de profesionales

de la Psicología en el ámbito sanitario aún no alcanzan la media europea de ocupación en el sector público (OMS, 2014), no es menos cierto que las administraciones sanitarias se enfrentan a fuertes restricciones presupuestarias que hacen difícil que se alcancen las cifras medias europeas a medio plazo. No hay ningún indicio de que se vaya a abrir en un plazo conocido una oferta de plazas de psicólogo clínico que no pueda ser cubierta con los profesionales titulados y los procedimientos de formación actuales.

Por otra parte, la duración de la formación no debe relacionarse con la supuesta necesidad de producir profesionales más rápido, sino con el tiempo necesario para adquirir las competencias requeridas. Nadie ha detectado una demanda de profesionales que no pueda ser satisfecha. Si el tiempo necesario para formar un especialista en Psicología Clínica son 9 años y medio, ese es el tiempo que hay que dedicar a su formación.

f) La existencia de dos titulaciones PGS y PEPC exige una estricta delimitación de funciones y de los ámbitos de ejercicio

Parece razonable que la creación de una nueva profesión sanitaria debe venir aparejada con un marco legal que describa claramente qué hace esa profesión, y cuáles son sus respectivas regulaciones de formación y ejercicio (Sánchez-Reales et al., 2013). Pero debe recordarse que esos requisitos legales están contenidos en las disposiciones que crean y desarrollan tanto el PGS como el PEPC. Salvo la injustificada restricción del PGS al sistema de salud público, esa regulación no es diferente a la que existe en otras profesiones sanitarias.

No existe una delimitación estricta de funciones en la otra profesión que cuenta con una titulación generalista y otras especializadas dentro del campo sanitario, la medicina. Por lo tanto no se entiende por qué razón la existencia del PGS y PEPC exige una estricta delimitación de funciones que vaya más allá de lo ya regulado, si hasta ahora la medicina con la misma situación ha podido desarrollarse sin mayor tropiezo. Tampoco se alcanza a ver cómo podría llevarse a cabo esta tarea y quién saldría beneficiado en el caso de que se llevase a cabo. La LOPS se posiciona en contra, como recuerda el Tribunal Supremo en sentencia del 25 de octubre de 2011, cuando establece en el artículo 9 que "La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos, y la continuidad asisten-



cial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados y especialistas". Esa es la opinión que siempre ha mantenido la Organización colegial, y la razón principal que la impulsó personarse contra el recurso de AN-PIR contra el decreto/orden que crea el título de Máster en PGS, algo que inexplicablemente parece olvidarse en algún caso (Carrolles, 2015).

Parece posición común entre los que abogan por la idea de la delimitación de funciones, que el PGS no podría tratar los trastornos mentales, que en algún caso se han venido a denominar genéricamente "alteraciones graves de la salud mental". Ese sería el punto divisorio esencial. La razón sería la mayor formación de los especialistas en ese tipo de problemas, o bien en la necesaria especialización del PGS en el campo de la salud. Podría concederse que los especialistas tienen mayores competencias para tratar lo que se consideran alteraciones graves, dado su mayor tiempo de formación en ámbitos de salud mental donde son más frecuentes y la competencia se adquiere fundamentalmente en la práctica (Roe, 2002), pero también resulta claro que no son competencias exclusivas. Sobre la supuesta baja formación de los PGS en los llamados Trastornos mentales basta con mirar sus programas de estudio para ver que tal idea es equivocada.

Pero es más, relacionar trastorno con "alteración grave" es claramente un simplismo. En un documento remitido por la CDPUE y el Consejo General de la Psicología al Ministerio de Sanidad, en respuesta a un escrito conocido de la Subdirección General de Ordenación Académica, en el que establecía una analogía entre "alteración grave" y tener la etiqueta de "trastorno mental", y de ahí se concluía que los PGS no podían abordar dichos problemas, se dice lo siguiente:

"Una primera interpretación podría entender que en el escrito se está afirmando que todos los Trastornos son alteraciones graves de la salud mental, y que, por lo tanto, las personas que los presenten deben ser atendidos necesariamente por el Psiquiatra o el Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Esta interpretación no es aceptable por dos razones. La primera es que la gravedad debe predicarse del episodio más que del trastorno, que puede tener un curso muy variable en lo que se refiere a la "gravedad" de la sintomatología. La división, utilizada en ocasiones, entre Trastornos comunes y graves no debe hacernos perder de vista el carácter dinámico y evolutivo de la idea de Trastorno. En esa perspectiva, el curso de la

mayoría de los trastornos permite determinar episodios de sintomatología, impacto y pronóstico variable, lo que hace completamente inadecuado ligar un concepto único de severidad a la constelación de manifestaciones de un Trastorno. En segundo lugar, de esta interpretación parece deducirse que los especialistas antes mencionados tienen atribuidas de manera exclusiva estas competencias profesionales, que, en consecuencia, no pueden ser ejercidas por el Psicólogo General Sanitario. Sin embargo, esta interpretación no se ajusta a la legislación existente, pues como hemos descrito anteriormente y señala el mismo Abogado del Estado, en representación del Gobierno, en la normativa vigente no existe tal atribución exclusiva de competencias, y el Psicólogo General Sanitario sí puede atender a personas que presenten Trastornos.

Una segunda interpretación sería que las alteraciones graves de la salud mental, que no alcancen a ser catalogadas como Trastornos, según las clasificaciones internacionales existentes, como por ejemplo un síndrome confusional o un cuadro psicótico severo que no alcance el umbral temporal establecido en su curso, sí podrían ser tratadas por el Psicólogo General Sanitario. Esta interpretación tampoco parece ser de buen criterio, pues puede ocurrir que esa alteración grave exceda de las competencias del Psicólogo General Sanitario y no sea capaz de afrontarla eficazmente, por lo que sí sería conveniente que lo derivara a otro profesional.

Una tercera interpretación podría dar a entender que los Trastornos que presenten alteraciones graves de conducta son los que deben atender el Psiquiatra y el Psicólogo especialista en Psicología Clínica, mientras que los Trastornos que impliquen alteraciones leves o moderadas sí pueden ser atendidos por el Psicólogo General Sanitario. Dejando a un lado la difícil estimación del concepto de gravedad en la que entran múltiples componentes, esta interpretación tiene un importante problema, y es la unión de la valoración de gravedad con la idea de Trastorno. ¿Quién puede atender las alteraciones leves y moderadas de Trastornos que pueden producir alteraciones graves? Como ya se ha dicho previamente, el carácter grave, moderado o leve debe predicarse más del episodio que del trastorno, por lo que puede haber episodios graves en Trastornos comunes, como episodios leves y moderados en los considerados Trastornos más graves" (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos & Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas, 2015).



Suscribo plenamente el contenido de ese escrito. Pero es que además, no deja de ser irónico que sea en la Psicología, uno de los críticos más agudos de la entidad del concepto de trastorno, donde se proponga que ése sea el criterio divisorio para la delimitación de competencias profesionales. ¿Cómo es posible que siendo una de las disciplinas que más ha abogado por una visión dimensional y transaccional de los problemas psicológicos, estemos enfangados en una discusión sobre si esas entidades pueden ser vistas sólo por unos u otros profesionales?

BALANCE DE DICHA REGULACIÓN. ¿ES ÉSTA LA REGULACIÓN QUE LE VIENE BIEN A LA PSICOLOGÍA?

Como ya se ha dicho, la regulación de la Psicología está poco planificada y carece de la necesaria coherencia. Es una regulación que se ha hecho en sentido inverso a cómo debe hacerse. Primero se reguló la especialidad, en un marco donde el título de licenciado de Psicología estaba regulado, es decir, formaba parte del catálogo de titulaciones y la profesión tenía también cierto grado de regulación, la denominación estaba protegida, y la adscripción al colegio profesional era obligatoria para el ejercicio de la profesión. Desde la creación del único título de especialista no se ha creado ninguna otra especialidad, un grave inconveniente para una disciplina como la Psicología con múltiples campos de intervención. Después se reguló la formación generalista, a través del Máster de Psicología General Sanitaria. Esta regulación coincidió en el tiempo con la desregulación del título, desapareciendo la Licenciatura y el catálogo de títulos. Por esa razón, la propia norma que creó el Máster hizo previsión de la regulación del Grado. La falta de regulación del Grado, aún en estos momentos, es lo que ha dado pie a la Administración a indicar que el acceso a la especialidad se hace desde un Grado en el "ámbito de la Psicología" o a que no se cumpla la previsión de que estén definidos los contenidos que dan acceso al Máster. A este respecto, resulta verdaderamente absurdo que desde la Administración se insista en utilizar esa expresión "del ámbito de la Psicología" en función de la inexistencia de regulación del Grado, cuando es más que evidente que la existencia de un Grado de Psicología, denominación que figura en las enseñanzas que imparten las Universidades y en los títulos que da el propio Estado, aporta más certeza jurídica que la fantasmagórica referencia a un Grado del

"ámbito de la Psicología", una entelequia que nadie conoce, ni sabe su significado.

Tanto el acceso al PIR como el máster se hacen desde el Grado, sin que exista ninguna conexión entre ambas vías de formación. Eso está favoreciendo un modelo dual, de competencia intraprofesional por los espacios de actuación, tal y como se está viendo. Hasta ahora esa fuente de conflictividad se ha intentado atajar a través de la normativa legal que impide al PGS acceder al sistema público. Pero esa es una forma de control con una justificación endeble, como se ha dicho. Otra fuente de conflicto es el creciente cuestionamiento de la especialidad mediante el argumento de que todos son especialistas (PGS y PEPC). Este escenario de creciente hostilidad ha sido visto en ocasiones como bueno para la sociedad, ya que potencia la competencia entre profesionales. No puedo estar más en desacuerdo. Estas peleas corporativas no inciden en la calidad de los servicios sino que son conflictos de poder profesional que detraen recursos del sitio donde hay que situarlos, el desarrollo y mejora de la profesión y la ciencia de la Psicología. La mano invisible del mercado a la que parece aludirse por los que quieren fomentar la competencia intraprofesional, no es un buen recurso cuando está de por medio la seguridad o la salud de las personas. La causa de este conflicto se encuentra, en nuestro caso, en la rigidez normativa de la Administración que no es sensible a las necesidades de nuestra profesión y que la regula al socaire del momento, con poca o nula visión de conjunto. En este sentido, la creciente desconexión entre ambas titulaciones, PGS y PEPC, solo puede resolverse mediante la secuenciación lógica de la formación, de forma que el Máster tenga el acceso exclusivo a la formación especializada, y una mayor diversificación de la especialización. De esa forma, cabría pensar que, cada una en su nivel, ambas titulaciones se verán dentro de un solo ámbito profesional y no como entes ajenos que combaten por el mismo espacio.

Uno de los efectos que tiene esta formación dual es la diferente implicación de la Universidad en la formación de los profesionales. En el MPGS la formación es universitaria desde el principio al fin, tal y como lo era con la Licenciatura, pero con la diferencia de la presencia de prácticas clínicas regladas que facilitan que los alumnos empiecen a mantener contacto con el mundo profesional, tanto público como privado. En el caso del PIR, la formación se lleva a cabo en las unidades asistenciales con acreditación docente, y son completamente externas



a la Universidad, dado que prácticamente no hay plazas vinculadas en el ámbito de la Psicología.

Creo firmemente que una buena formación en el ámbito de la Psicología Clínica debe adecuarse al modelo Boulder, adoptado por la Asociación Americana de Psicología desde 1949, y cuyo principal fundamento es que los psicólogos clínicos tienen que adquirir no sólo las habilidades profesionales necesarias para evaluar y tratar de acuerdo con los más altos estándares profesionales de calidad, sino también competencias científicas que les permitan no sólo ser críticos con las prácticas psicológicas sino también desarrollar investigación basada en la práctica clínica. Este objetivo no resulta fácil de conseguir por parte de psicólogos que se encuentran situados dentro de equipos multiprofesionales, casi siempre en solitario, presionados por una aplastante demanda asistencial, y cuya carrera profesional no depende de su capacidad para investigar e innovar. Todo ello enmarcado dentro de un contexto donde la investigación no es un objetivo prioritario, pero la psicológica aún menos, dado la predominancia de un modelo biológico-centrista, prioritariamente financiado por dinero tanto privado como público. En una situación parecida a la que aquí se describe que tenía lugar en el Reino Unido, se propuso que una estrategia para superar estas dificultades es a través de la colaboración entre los servicios de psicología del NHS (National Health Service) y los psicólogos clínicos académicos que trabajan en la Universidad (Shapiro, 2002). Las formas de colaboración pueden variar, pero considero que en nuestro país el mejor método es la vinculación de las plazas docentes en Psicología Clínica con plazas asistenciales. Esa es la forma en la que se pueden establecer lazos estables y duraderos que favorezcan el desarrollo de la Psicología Clínica en nuestro país, mediante el fomento de la investigación, el desarrollo de nuevas formas de organización y trabajo de la Psicología Clínica en nuestro sistema asistencial, la potenciación de las actividades de prevención y promoción de la salud en los centros clínicos, la promoción y mejora de las intervenciones en niños y jóvenes, la búsqueda de nuevas formas de intervención que reduzcan el estigma y mejoren el empoderamiento de los familiares y cuidadores, y en otros muchos campos en los que actualmente aprecio preocupantes carencias. Muchos de estos objetivos son también las metas a las que debe dirigirse la investigación europea en Salud Mental de forma prioritaria (Wykes et al., 2015). Tengo la impresión,

a falta de estudios empíricos que puedan tener más validez y fiabilidad, que la investigación procede fundamentalmente de las Facultades, mientras que apenas hay, con notables excepciones, actividad investigadora desde el ámbito profesional. La organización científico profesional que tiene la Psicología Clínica española, segmentada en diversas y fragmentarias sociedades profesionales y científicas, adolece de una incapacidad crónica para desarrollar iniciativas que estén al nivel del número y calidad de los profesionales que ejercen la profesión. Creo que para revertir este estado de cosas la Universidad española no puede ver como algo ajeno la especialidad de Psicología Clínica, y los especialistas dentro del sistema público tienen que ver a la psicología clínica académica como a una parte de su propia profesión, sin la que pierden una parte importante de su identidad como profesionales. Los especialistas en la etapa del máster podrían adquirir destrezas investigadoras, al amparo de los grupos de investigación universitaria, que podrían luego fructificar de forma importante en el momento en el que llegaran a los dispositivos asistenciales.

Por último, esta dualidad además de favorecer la conflictividad intraprofesional de forma no beneficiosa para nadie, reduce las posibilidades de mejora de ambas titulaciones de forma notable. Por un lado, como se ha repetido en diversas ocasiones, la posición de los psicólogos clínicos en el sistema público depende de un plan de formación de especialistas que no puede ignorar lo que sucede en otras profesiones con las que colabora de forma competitiva. Puede sonar rara la asociación entre las ideas de colaborar y competir, pero es eso lo que sucede en el sistema sanitario actual donde el psicólogo forma parte de equipos que tienen como objetivo la asistencia y colaboran con ese propósito, pero en el que se dirimen competitivamente también otros asuntos importantes como el control de los recursos asistenciales, el acceso a los puestos de decisión clínica y de gestión, la capacidad para liderar proyectos de innovación o dirigir la docencia, etc. En esas condiciones conviene fortalecer su posición actual, y no debilitarla. Conectar el MPGS con el acceso al PIR supone mejorar la cualificación de los que acceden a la especialidad. Esa conexión mantendría la duración de la formación de especialista dentro del rango que siempre se consideró aceptable por parte de los propios psicólogos, y además la situaría en condiciones de igualdad con otras especialidades con las que colabora y compete.



Además, y dado que el PGS dispone de condiciones diferentes a las del Grado, podría plantearse un mecanismo de selección para el PIR que mejore las condiciones actuales, que son manifiestamente mejorables, y que tuviera en cuenta fundamentalmente sus competencias y habilidades para desarrollar la profesión de Psicólogo Clínico.

Para el MPGS, el acceso exclusivo a la formación de especialista sería una ventaja indudable. Se podría optar a ser especialistas con ratios de demanda y oferta de plazas PIR más ajustados que los actuales y los PGS no se encontrarían en la situación de los Graduados de Psicología de aprobar la oposición al PIR o quedarse sin nada. Además, una integración profesional podría suponer una oportunidad para reducir la hostilidad intraprofesional y llegar a acuerdos mutuamente beneficiosos, entre los que podría estar una posición común sobre el papel del PGS en el sistema público. A modo de ejemplo, hay áreas de la Salud Pública en la que los psicólogos pueden tener un papel importante y que podrían ser cubiertas por profesionales como los PGS.

De todo lo dicho hasta aquí puede afirmarse, de forma muy resumida, que el momento actual de la regulación de la Psicología Clínica presenta claroscuros, que una simple reforma del acceso a la especialidad podría mejorar. Las ventajas exceden con mucho a cualquier inconveniente, y la reforma legal para cambiar la situación es abordable de forma simple y rápida.

Una propuesta: el itinerario. Lo que resuelve y lo que no resuelve

La adopción del itinerario presenta ventajas indudables frente a mantener las cosas como están. Algunas de las ventajas de establecer la secuencia Grado-Máster-PIR serían las siguientes:

- 1) Se mantiene la unidad de la Psicología Clínica, estableciendo una carrera profesional en la que el progreso va acompasado de una acumulación secuenciada de conocimientos y habilidades. Esta unidad puede facilitar la superación de la fragmentación actual y ayudará a reducir las divisiones actuales que dificultan el desarrollo de una ciencia y profesión fuertes. La energía que ahora se gasta en la lucha interna podría canalizarse hacia la constitución de una sociedad científico-profesional fuerte que garantice un continuado y exigente desarrollo de la Psicología Clínica.
- 2) Reduce la conflictividad intraprofesional dado que todos los psicólogos que trabajan en Psicología Clínica compartirán un proyecto común. Es posible que reduciendo el tiempo y el esfuerzo en las peleas internas, los PEPC y los PGS puedan centrarse en desarrollar propuestas encaminadas a dotar de más y mejores servicios psicológicos a nuestro sistema sanitario, sea público o privado.
- 3) El itinerario dará a la realización del MPGS un valor añadido, dado que sólo los poseedores de ese título podrán presentarse a los exámenes que den acceso al PIR, pero también reducirá la ratio de aspirantes por plaza de formación especializada, y racionalizará las decisiones de los graduados en Psicología. Por cada plaza de formación especializada se presentan hoy 30 aspirantes, lo que supone que 29 no obtendrán lo que buscan después de haber estado 2 o 3 años formándose en academias privadas para conseguirlo. Esos 29 no podrán ejercer en el sistema sanitario, ya que no tendrán una titulación que se lo permita. Eso es tiempo y dinero gastado inútilmente en un período crítico para la empleabilidad del graduado. Ese desperdicio de recursos no tiene sentido. Lo lógico es que si no se ha podido acceder a ninguna de las 2200 plazas que se ofertaron de máster en el año 2016, el graduado opte por otras áreas profesionales de la Psicología, y no que siga gastando recursos en una opción con una probabilidad en contra de 30 a 1. Sólo aquéllos que mantengan las mismas distorsiones de pensamiento características de los jugadores patológicos pueden mantener lo contrario.
- 4) Reforzará al Psicólogo Clínico dentro del sistema sanitario, con un programa formativo homologable al de los otros profesionales de salud mental con los que colabora y compite
- 5) El hecho de que el MPGS sea la puerta de entrada a la formación PIR supondrá una mayor conexión entre los psicólogos clínicos que trabajan dentro del sistema público y los departamentos universitarios de Psicología. Esto se conseguirá de diversas formas. En primer lugar, involucrando de forma más intensa a los psicólogos clínicos especialistas que trabajan dentro de los dispositivos asistenciales públicos en la docencia del máster. No cabe duda de que si ven el máster como algo propio estarán más motivados para participar y mejorar su docencia. En segundo lugar, esta mayor involucración de los clínicos puede suponer mayores



incentivos y posibilidades de realización de investigación conjunta, bien a través de los trabajos fin de máster, bien mediante el impulso de proyectos de investigación más amplios y tesis doctorales. Por último, cabría pensar que esta dinámica de interrelación debería desembocar en una creciente tendencia a poner en marcha plazas vinculadas, de forma que la participación de los psicólogos clínicos fuera cada vez más estable, sino también hubiera presencia de catedráticos y titulares de las materias de psicología clínica en centros asistenciales. Las fórmulas pueden ser muy variadas y ajustadas a las necesidades propias de la psicología académica y profesional.

- 6) Sólo desde una profesión cohesionada pueden abordarse grandes retos. Sin prisas pero con determinación debe eliminarse la limitación legal del PGS al sistema sanitario público. Esta tarea debe hacerse sin menoscabo de los derechos de los especialistas y del público para recibir la mejor asistencia con el nivel de competencia más elevado. Pero también con la idea de que un especialista por propia definición no es experto en todo, y que hay ámbitos de la asistencia pública que, a falta de especialista, podrían ser cubiertos por generalistas hasta que se desarrollaran y constituyeran sus propias especialidades. Otros retos como la introducción de la Psicología Clínica en la Atención Primaria o la creación de Servicios de Psicología en los Hospitales que dieran coherencia a los servicios psicológicos hoy desperdigados en diversos departamentos hospitalarios también pueden ser objetivos importantes que sólo se alcanzarán si nuestra energía se proyecta hacia fuera y no hacia dentro de la profesión.

Resulta evidente que hay otros asuntos importantes para la Psicología Clínica española que no se resuelven con el itinerario, pero tampoco negándose al mismo. De forma reiterada se menciona en diversos trabajos la falta de concordancia entre la oferta de graduados que quieren formarse en Clínica o la de psicólogos ya acreditados para ejercer en el ámbito sanitario que buscan empleo, y las plazas respectivas de formación y trabajo. Esa desproporción no tiene más solución que una disminución muy importante del número de titulados y un incremento también muy importante de oportunidades de formación o trabajo. Sin embargo, no voy a entrar en el análisis de los factores que entran en juego. Sólo desearía apuntar que el itinerario es neutral en este asunto, ya que la desproporción se establece entre el rendimiento que se obtiene de los recursos dedicados a for-

mación y los que se dedican a la asistencia sanitaria en salud mental. En nuestro caso, es bien conocido que la carrera de Psicología es vista por las Universidades como una carrera rentable, dado que hay una alta demanda de matrícula a buen precio, junto con una inversión muy baja de implantación, en comparación con otros títulos en Ciencias de la Salud. Eso supone que ahora haya en la universidad española entre 50 y 60 mil estudiantes de Psicología. Mientras la inversión en salud mental, y dentro de salud mental, en servicios psicológicos es extremadamente reducida, y no parece estar creciendo. Es más, estamos muy por debajo de la media europea (OMS, 2014). Pero aunque se igualara, resulta imposible equilibrar la entrada y salida, sin una reducción drástica de la primera. En este asunto no veo cómo el itinerario pueda influir.

Tampoco el itinerario, per se, puede ser un antídoto contra la fragmentación asociativa de la Psicología Clínica, la baja implantación en los servicios públicos asistenciales, la escasez de financiación en investigación en salud mental, la crisis de los sistemas diagnósticos y la consiguiente deriva a un modelo de mayor integración en las neurociencias (Tortella-Feliu et al., 2016) y otros muchos problemas, algunos ya mencionados y otros no.

Pero sin lugar a dudas, una Psicología Clínica más cohesionada, sin guerras intestinas que no tienen ningún beneficiario, y con toda la energía dirigida a hacer más y mejor ciencia y profesión puede ser una herramienta de cambio con influencia científica, profesional y social. Los resultados serán mejores para los psicólogos, pero también para los destinatarios de nuestro trabajo y la propia sociedad, en su conjunto.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- ANECA. (2005). *Libro Blanco. Título de Grado de Psicología* ANECA (Ed.) Recuperado desde http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf
- Carrobes, J. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 449-470.
- Carrobes, J. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 201-214.
- Carrobes, J. (2015). Presente y futuro de la Psicología



- Clínica y Sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 19-32.
- Comisión Europea. (2016). Mutual evaluation of regulated professions - Overview of the regulatory framework in the health services sector - psychologists and related professions. Recuperado desde <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/16683?locale=es>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, & Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas. (2015). *Nota sobre las competencias de los Psicólogos Sanitarios*.
- COP. (1990). La formación como especialista en Psicología Clínica y el sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43(Febrero). Recuperado desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=442>
- Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública, 33/2011. Boletín Oficial del Estado nº 240, pag. 104593
- Duro Martínez, J. C. (2017). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo? *Infocop Online*. Recuperado desde Infocop Online website: <http://www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINIC AENAP2.pdf>
- Echeburua, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Cruz-Saéz, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.
- Fernández Ballesteros, R. (2017). La Academia de Psicología debate sobre Progresos y Crisis en Psicología Clínica. *Infocop Online*. Recuperado desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6571&cat=9
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, 44/2003. Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Última modificación del 28/03/2014.
- González-Blanch, C. (2015). La Psicología Clínica después de la Psicología General Sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 9-18.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Encuesta de inserción laboral de titulados universitarios. Recuperado el 31/01/2017, desde Instituto Nacional de Estadística http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176991&menu=resultados&idp=1254735976597
- Knapp, M., McDaid, D., Medeiros, H., Becker, T., Johnson, S., Kilian, R., . . . Tatar, M. (2007). Economics, mental health and policy: An overview. London: Personal Social Services Research Unit on behalf on the MHEEN network.
- López-Méndez, E., & Costa-Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la Psicología Clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 169-181.
- Ministerio de Educación, C. y D. (2015). Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Licenciado en Psicología. 236. Recuperado desde <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/02/pdfs/BOE-A-2015-10576.pdf>
- REAL DECRETO 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, 2490/1998 C.F.R. (1998).
- OMS. (2014). Mental Health Atlas. Country Profiles. Recuperado el 31/01/2017 desde http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/
- Roe, R.A. (2002) What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7, 192-202.
- Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Aldaz-Armendariz, J. A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: Una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 189-200.
- Shapiro, D. (2002). Renewing the scientist-practitioner model. *The Psychologist*, 15(5), 232-234.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., . . . Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarrago, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., . . . consortium, R. (2015). Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1036-1042. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00332-6





tontería" (Eysenck, 1978). La controversia ha continuado desde entonces con análisis, meta-análisis y análisis de los meta-análisis. A cada estudio le sigue una réplica (no rigurosamente en el sentido experimental) que cuestiona las conclusiones anteriores a partir de un análisis, en muchos casos, con nuevos criterios.

Atendiendo a las críticas que recibió el estudio de Smith y Glass (1977), principalmente por la inclusión de estudios de baja calidad metodológica, Shapiro y Shapiro (1982) diseñaron un nuevo meta-análisis con aquellos estudios que incluían comparaciones entre tratamientos además de un grupo control. De los 143 estudios examinados, encuentran diferencias en el tamaño del efecto que van desde 1.06 (lo que equivale a un tamaño del efecto grande) para las terapias conductuales y las cognitivas hasta 0.40 (entre pequeño y medio) para las psicodinámicas/humanistas, si bien éstas están pobremente representadas y pueden haber sido intervenciones de "hombres de paja", pensadas para no ofrecer resultados terapéuticos. La conclusión de los autores es que existen diferencias modestas entre tratamientos. Dentro de una crítica general al procedimiento meta-analítico, Wilson y Rachman (1983) criticaron del estudio Shapiro y Shapiro (1982) que el análisis era poco representativo de la investigación y la práctica clínica. Shadish, Matt, Navarro y Phillips (2000) analizaron estudios que fueran representativos de los pacientes y tratamientos de la "vida real". Encontraron diferencias moderadas entre tratamientos (la media del tamaño del efecto entre tratamientos era de 0.41) a favor de los tratamientos conductuales frente a los no-conductuales, y el efecto era mayor cuando se utilizaban medidas de resultados específicamente relacionadas con los objetivos de la terapia.

El meta-análisis de Wampold et al. (1997) supone la prueba más directa al *veredicto de Dodo*. A diferencia de los anteriores intentos, aquí sólo incluyeron estudios que compararan psicoterapias "bona fide" entre sí, esto es, aquellos tratamientos en las que hay una clara intención de terapéutica, ofrecidas por terapeutas entrenados, con fundamentos psicológicos y disponibles para la comunidad terapeutas (podría traducirse la expresión como psicoterapias en toda regla). Por otra parte, evitaron clasificar los tratamientos en categorías generales (por ejemplo, conductuales, psicodinámicas...) para evitar el cuestionamiento de la validez de estas categorizaciones. Si bien el tamaño del efecto medio de las distintas terapias era de 0.19 (entiéndase, pequeño), un segundo análisis, en torno a la homogeneidad medida con el estadístico Q,

reducía, de acuerdo con la hipótesis de los autores, la media de los tamaños del efecto a prácticamente cero, lo que confirmaba la equivalencia de las psicoterapias.

El estudio de Wampold et al. (1997) ha sido criticado por varios motivos. Primero, se ha observado que alrededor del 69 - 80 % de los estudios incluidos en ese meta-análisis implicaban comparaciones entre distintas formas de terapia cognitivo-conductual (terapia cognitiva, desensibilización, exposición, relajación, entrenamiento en habilidades...), lo que puede encubrir los efectos diferenciales con las otras terapias (Crits-Christoph, 1997; Hunsley y Di Giulio, 2002). Además, según Crits-Christoph (1997), sólo alrededor de un 45% de los 114 artículos tenían por objeto de tratamiento un trastorno DSM, y alrededor de un tercio de los estudios tenían muestras pre-clínicas de estudiantes. Así, de los 114 estudios, Crits-Christoph (1997) rescata 29 estudios independientes, que no comparaban distintas formas de terapia cognitivo-conductual y que no incluían a estudiantes. De esta submuestra, al menos 14 estudios ofrecían algunas diferencias significativas entre estudios con un tamaño del efecto grande (Crits-Christoph, 1997). Wampold et al. (1997) señalan apropiadamente que, dentro de un conjunto de casi 3.000 variables dependientes, siempre pueden encontrarse contraejemplos si hacemos una selección post-hoc de algunas variables. De modo general, la contrarreplicación a las críticas recibidas se apoya en la idea de que los efectos diferenciales de las terapias son, como mucho, débiles. Tampoco la Tierra es perfectamente esférica, dicen, y no por esto pasa a ser plana (Wampold et al., 1997). Un símil que, bien visto, puede valer tanto para defender como para contrarrestar los argumentos a favor del *veredicto de Dodo*.

Puede entreverse en lo reseñado que la confrontación en torno a Dodo se polariza entre quienes defienden la existencia de diferencias entre las psicoterapias, generalmente a favor de terapias cognitivo-conductuales, y quienes sostienen que los datos confirman que todas las terapias funcionan por igual y que, en consecuencia, habría que buscar en los elementos inespecíficos o comunes la clave del éxito. Un debate que continúa generando una sucesión de análisis y re-análisis de los estudios sobre la eficacia de las psicoterapias (ver Baardseth et al., 2013; Marcus, O'Connell, Norris y Sawaqdeh, 2014; Tolin, 2010). Significativamente, algunos de los meta-análisis, como el de Shapiro y Shapiro (1982) o de Smith y Glass (1977), son referenciados tanto en apoyo (por ejemplo, Wampold et al., 1997) como en contra (por ejemplo, Tolin, 2010) del *veredicto de Dodo*.



ALGUNAS CAUTELAS EN LA GENERALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con la cuestión principal pendiente de resolverse, conviene ser cautelosos sobre las conclusiones que pueden derivarse de los datos disponibles. Sean o no sean significativas estadística o clínicamente las diferencias entre tratamientos halladas por la investigación, el veredicto de la equivalencia no debería generalizarse más allá de los tratamientos estudiados. De los varios centenares de psicoterapias disponibles, apenas puede decirse que unas pocas de ellas hayan sido evaluadas con algún rigor experimental. Incluso en los campos más estudiados, hay serias limitaciones. A pesar de que más de un centenar de estudios han comparado los resultados de distintas psicoterapias para adultos con depresión, ninguno de esos estudios tiene potencia suficiente para detectar diferencias clínicamente significativas (Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon y Andersson, 2010).

La mayor parte de los trastornos, unos 300 en el DSM-IV, no tienen estudios comparativos entre terapias con un adecuado control por lo que tampoco sería razonable a partir de los datos disponibles sostener que dos terapias son igual de eficaces en cualquiera de los trastornos que podemos encontrar descritos en los manuales de psicopatología. Bien puede suceder que no existan diferencias o éstas sean mínimas entre terapias ofrecidas competentemente para un trastorno (por ejemplo, la depresión) pero sí se encuentren diferencias importantes para otro (por ejemplo, la agorafobia) (Chambless, 2002). De hecho, se ha observado que los meta-análisis que comparan datos de todo tipo de tratamientos, clientes y condiciones pueden no ser demasiado apropiados para los clínicos, puesto que los efectos diferenciales significativos entre tratamientos para un trastorno pueden ser "compensados" por los efectos contrarios en otras condiciones o "barridos" por una tendencia general a no hallar diferencias significativas (Chambless, 2002). Podemos encontrar varios estudios comparativos entre terapias para trastornos depresivos o ansiosos, pero en el campo, por ejemplo, de las psicosis o las adicciones son todavía muy escasas las comparaciones directas entre terapias. Las mismas cautelas deben tenerse respecto a la generalización de los resultados de estudios en adultos con un trastorno mental a otras poblaciones como la de niños y adolescentes, la de personas mayores, o para personas con patologías crónicas o con comorbilidades psíquicas o físicas (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012).

Otro aspecto a tener en cuenta es que, si bien hay mucha literatura, más o menos rigurosa, sobre los beneficios de las psicoterapias, es casi inexistente la literatura sobre los efectos perjudiciales de las mismas (Lilienfeld, 2007; Mohr, 1995). La elección de la psicoterapia apropiada para un caso debería basarse no solo en los beneficios esperados, sino también en la seguridad de las mismas. La más aventurada de las interpretaciones de los meta-análisis reseñados sería la que llevase a suponer que terapias, pongamos por caso, tan alocadas como la del "Abrazo Forzado" que a lo sumo tienen algún apoyo anecdótico, pero ninguno experimental, y con un alto potencial de causar daño (Mercer, 2005), quedan amparadas por la supuesta equivalencia de los efectos de todas las terapias para todas las condiciones. Una encuesta reciente, con datos de casi 15.000 personas que recibieron tratamiento psicológico para la ansiedad y la depresión en Inglaterra y Gales, sugiere que alrededor de 1 de cada 20 piensa que el tratamiento psicológico recibido tuvo un efecto adverso duradero (Crawford et al., 2016). De hecho, los pacientes pueden estar subestimando el daño, porque se ha encontrado que entre el 5% y 10% de los pacientes adultos que participan en ensayos clínicos de psicoterapias terminan peor que al inicio del tratamiento (Lambert y Ogles, 2004), más aun, es esperable que en la práctica clínica ordinaria la situación sea más desventajosa: los resultados sugieren tasas de deterioro de hasta el 14% en algunos lugares (Hansen, Lambert y Forman, 2002). Además, en un contexto en el que se asume que hay tratamientos eficaces para gran variedad de problemas y trastornos, debe tenerse presente que el problema más común de una terapia ineficaz no es el daño que causa, sino que priva de los beneficios esperados con otra terapia, y alarga innecesariamente el malestar. Si bien hay iniciativas destinadas a consignar las terapias eficaces para distintos trastornos (por ejemplo, Australian Psychological Society, 2010; Chambless y Ollendick, 2001; Nathan, Gorman y Salkind, 2005), menos esfuerzo se ha dedicado a informar de las terapias sin apoyo empírico o con efectos potencialmente adversos.

EL META-ANÁLISIS: PROS Y CONTRAS

Desde que el psicólogo Gene Glass acuñara el término meta-análisis (Glass, 1976), este tipo de análisis ha ganado un notable prestigio, sobre todo en las últimas dos décadas, considerándose la forma de revisión sistemática de mayor rigor científico. La acumulación de investigaciones y de publicaciones hace inabarcable la



pretensión de estar al día leyéndolo todo. En comparación con los estudios originales, los meta-análisis tienen ventajas propias: permite una mayor generalización de sus resultados respecto de los ensayos clínicos individuales, puesto que las muestras se extraen de distintas poblaciones. El meta-análisis mejora tanto el poder de los estudios pequeños o no concluyentes para responder preguntas como la capacidad para valorar y explicar las discrepancias entre los resultados de distintos estudios. Además, el meta-análisis facilita la identificación de tendencias que en estudios individuales pueden pasar inadvertidas y permite detectar áreas en las que es preciso mayor investigación.

Sin embargo, como cualquier otro análisis, distintos supuestos y métodos pueden proporcionar distintas respuestas. En función de los estudios incluidos (y los excluidos), los tipos de análisis y la interpretación de los resultados, podemos aceptar o rechazar la hipótesis, en este caso, de la equivalencia o no de las psicoterapias. Entre los sesgos que pueden afectar a resultados de los meta-análisis, uno especialmente problemático es el llamado sesgo de publicación, esto surge cuando la probabilidad de que un estudio sea publicado no es independiente de sus resultados, en otras palabras, se refiere a la tendencia a publicar resultados positivos y guardar en el cajón los negativos. Por otra parte, los meta-análisis no pueden mejorar la calidad de los estudios originales y están expuestos a problemas derivados del mal manejo de los sesgos. Por ejemplo, está claro que en psicoterapia es más difícil aplicar procedimientos de enmascaramiento que en el estudio con fármacos, particularmente el doble ciego. Pero sólo aproximadamente el 45% de los ensayos de psicoterapia (en contraste con el 98% en los ensayos de medicamentos) se aplica una evaluación ciega de los resultados (Huhn et al., 2014). Los pocos meta-análisis que examinan la aplicación de doble o simple ciego han constatado la existencia de sesgos en el sentido de que, por ejemplo, los ensayos que aplican procedimientos de enmascaramiento tienen tamaños del efecto más bajos que aquellos estudios que no han procurado encubrir de algún modo durante el estudio qué tratamiento era el eficaz. Por ejemplo, los ensayos de psicoterapia para la depresión de menor rigor metodológico (y el enmascaramiento es un indicador claro de eso) en general tuvieron un tamaño del efecto mayor que los ensayos de mayor calidad (Cuijpers et al., 2010). Entre los factores que pueden agrandar artificialmente los tamaños del efecto de los meta-análisis sobre

psicoterapias es especialmente relevante la incorporación de estudios con muestras pequeñas y potencia insuficiente (Kuhberger, Fritz y Scherndl, 2014).

En suma, la validez de los meta-análisis es susceptible de ser afectada por la calidad metodológica de los estudios incluidos, por los diferentes tipos de sesgos de publicación y por la elección de los criterios de inclusión de los estudios (Finckh y Tramer, 2008).

TODO POSITIVO, NUNCA NEGATIVO

La ciencia tiende a confirmar hipótesis, y aparentemente lo logra casi siempre. Según Fanelli (2010) más del 80 % de los estudios publicados rechazan total o parcialmente la hipótesis nula, esto es, encuentran las diferencias o las asociaciones buscadas. La Psicología (junto con la Psiquiatría) es la más propensa a publicar resultados positivos, hasta 5 veces más en la comparación con las ciencias del espacio, que están en el otro extremo de la lista (Fanelli, 2010). No es una observación nueva, en 1959 Theodore Sterling analizó algunas revistas de Psicología y encontró que casi el 97 % rechazaban la hipótesis nula (Sterling, 1959); 30 años después los resultados no habían cambiado demasiado: el 94 % de los estudios mostraban resultados positivos, lo que sugiere que muchos estudios con resultados negativos se quedan sin publicar. Las revistas médicas con las que compararon los resultados tenían "sólo" un 85 % de resultados positivos (Sterling, Rosenbaum y Weinkam, 1995).

Siendo este sesgo general importante, no necesariamente invalida los resultados de un estudio en particular y las conclusiones que de él se derivan. El problema es que los sesgos también se dan dentro de los estudios individuales. La estimación de la frecuencia de artículos sesgados en la prestigiosa revista *Psychological Science*, que se presenta como la referencia para la mejor investigación en el campo, dio como resultado que el 82% de los artículos analizados estaban sesgados (Francis, 2014). Esto sí que cuestiona la validez de muchos de los artículos publicados.

El afán por alcanzar el famoso umbral de la significación estadística ha sido descrito como el "sucio secretito" de la Psicología (Lambdin, 2012). En contra de lo que es razonable esperar, es tres veces más probable encontrar estudios de Psicología que alcanzan la significación estadística por poco que estudios que se quedan a poco de lograrla (Kuhberger et al., 2014). Es sabido que la flexibilidad en la recolección de datos y en su análisis permite presentar cualquier resultado como significativo



(Simmons, Nelson y Simonsohn, 2011). Estudios sobre psicoterapia que se presentan con resultados positivos pueden ser básicamente estudios en los que no se debería haber rechazado la hipótesis nula, pero que una vez analizados se ha ignorado el resultado primario y se ha puesto el énfasis en un análisis post-hoc de variables secundarias o de subgrupos. Por poner un ejemplo, la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (por sus siglas en inglés, ACT) para la psicosis estuvo inicialmente avalada por un ensayo clínico que informaba que cuatro sesiones habían reducido a la mitad las rehospitalizaciones en pacientes con psicosis en un seguimiento de cuatro meses (Bach y Hayes, 2002). Una elocuente gráfica con el análisis de supervivencia subrayaba la bondad del tratamiento respecto al tratamiento usual. El estudio ha sido citado en múltiples ocasiones en la literatura. Sin embargo, las rehospitalizaciones ni siquiera son una medida recomendada para los estudios centrados en recaídas. Más bien puede ser que su elección fuera una decisión a la vista de los datos del ensayo, una forma, por tanto, de embellecer inadecuadamente el artículo. El hecho de que los síntomas llegasen a duplicarse en el seguimiento en el grupo que recibió la ACT respecto al grupo control era interpretado por los autores como una medida indirecta de la aceptación, en definitiva, como un respaldo a la terapia. Sin embargo, el malestar emocional que los síntomas generaban, en contra de lo que podíamos suponer por la teoría de la ACT, no era menor para la ACT que para el grupo control. Si cambiaba en cambio la credibilidad en los síntomas, que se supone no es objeto de abordaje directo por parte de este tipo terapia, sino algo más propio de la terapia cognitiva.

Esto no va en contra del uso de la estadística y del método científico, sino de su mal uso y en particular contra la malinterpretación del nivel de significación alfa y su sobreestimación frente a los demás parámetros que nos ofrece el análisis estadístico. Un porcentaje inaceptablemente alto de psicólogos investigadores reconocen haber realizado alguna forma de mala práctica, de las que pueden distorsionar los resultados, con objeto de obtener datos positivos. Aunque sólo una mínima parte llegue a falsificar deliberadamente los datos, otros hábitos, como sólo informar de algunas variables dependientes o decidir recoger más datos si no se alcanza la significación, son mucho más comunes (John, Loewenstein y Prelec, 2012).

Esta tendencia a lo positivo se combina con el afán de los autores, editores y revisores por lo novedoso frente a

la réplica de trabajos. Un análisis de una muestra de 500 artículos de Psicología publicados desde 1900 reflejó que alrededor del 1 % eran réplicas de estudios previos y, a diferencia de lo que sucede en otras disciplinas, la mayoría confirmaban los resultados (Makel, Plucker y Hegarty, 2012). La baja potencia estadística de los estudios, las prácticas de investigación cuestionables y la tendencia a la publicación de los resultados estadísticamente significativos se han propuesto como los principales factores que contribuyen a la crisis replicabilidad en la Psicología (Ioannidis, 2014; Nosek, Spies y Motyl, 2012; Open Science Collaboration, 2015).

De este modo tenemos la tendencia a presentar estudios con resultados positivos reforzada por la falta de réplicas independientes que corroboren o refuten sus conclusiones. Esto crea una ciencia de relumbrón, con muchos resultados rutilantes pero a la larga poco fiables. En el campo de la investigación psicoterapéutica puede esperarse que estos efectos (o defectos) favorezcan, en suma, la impresión de que todo funciona y todo vale.

Estas prácticas, que desvirtúan los resultados de la investigación, no afectan sólo a los estudios sobre la eficacia de las psicoterapias, ni siquiera de modo general a la investigación en Psicología (Chan y Altman, 2005), aunque sí parece que nuestra disciplina es especialmente vulnerable a ellas (Fanelli, 2010). Por lo que algunas soluciones propuestas para minimizar estos sesgos, tales como el registro público previo del plan del ensayo clínico y su fiel reflejo en los datos presentados en el artículo (De Angelis et al., 2004), no nos deberían ser ajenas. Sin embargo, un estudio reciente sobre estas prácticas informaba que el registro público del protocolo y la presentación de artículos con los resultados primarios se da en menos del 20% (32 de 170) de los ensayos sobre el tratamiento de la depresión. Además, los ensayos con psicoterapia eran menos propensos a ser debidamente registrados y publicados que los ensayos con antidepresivos (Shinohara et al., 2015).

LA LEALTAD AL MODELO PSICOTERAPÉUTICO

Está fuera de la pretensión de este escrito hacer un pormenorizado repaso de los potenciales sesgos de los estudios, pero conviene señalar al menos otro que afecta directamente a los estudios comparativos de psicoterapias: la lealtad al modelo psicoterapéutico. Este sesgo tiene que ver con una mayor probabilidad de encontrar resultados positivos a favor del modelo al que uno está adscrito. Éste es un sesgo con efecto sustancial y robusto



en los estudios comparativos de psicoterapias (Luborsky et al., 1999; Munder, Brusch, Leonhart, Gerger y Barth, 2013), en especial puede esperarse en los estudios en los que un mismo terapeuta aplica más de un tratamiento. Sin embargo, sólo alrededor de un 3% de los estudios miden este efecto y la mayoría ni siquiera lo mencionan (Falkenstrom, Markowitz, Jonker, Philips y Holmqvist, 2013). Aunque algunos de los meta-análisis comentados se han esforzado por controlarlo (por ejemplo, Tolin, 2010), su control *a posteriori* no deja de ser problemático y puede ser una fuente de nuevos sesgos. En el estudio de Luborsky y colaboradores obtienen que una combinación de tres métodos distintos de valorar la lealtad al tratamiento puede explicar cerca del 70% de los resultados, si bien, los tres métodos sólo correlacionaban débilmente entre ellos, lo que sugiere que cualquier método puede estar midiendo algo más (y algo distinto) que lo cada uno de ellos asume que es la lealtad del terapeuta al modelo (Luborsky et al., 1999). Una implicación de esto es que intentar una corrección del efecto *a posteriori* puede ser en realidad una sobrecorrección que barra las diferencias reales entre tratamientos. Por este motivo, parece más adecuada la propuesta de controlar el efecto haciendo que, tanto en los estudios individuales como en las revisiones, los investigadores participantes representen a distintas corrientes terapéuticas.

¿QUÉ ES EFICAZ EN LA PSICOTERAPIA EFICAZ?

Rosen y Davison (2003), en su crítica a la postura de la División 12 de la APA sobre el listado de tratamientos con apoyo empírico, utilizan un ejemplo para ilustrar la importancia de centrarse más en los mecanismos de acción con apoyo empírico que en la terapias de modo general. Supongamos, dicen, que un clínico pide a sus pacientes con fobia conducir que lleven un sombrero morado con unos imanes mientras aplica relajación y otras técnicas cognitivas durante la práctica *in vivo*. El clínico llama a este método la "Terapia del Sombrero Morado" (TSM), y sostiene que los imanes reorientan los campos de energía, aceleran procesamiento de la información, mejoran la coherencia interhemisférica y, para el caso, eliminan la evitación fóbica. La terapia es más eficaz que el tratamiento control. El inventor de la terapia atribuye su eficacia a que el paciente usa el sombrero morado durante las sesiones de exposición. A partir de ahí, se pueden publicar artículos sobre la TSM, organizar talleres de formación para terapeutas sobre el uso y colocación de los imanes del sombrero y, por supues-

to, aplicar sesiones de terapia con todo el aparataje del TSM. Si todo esto suena demasiado estúpido, vienen a decir los autores, piensen en el desarrollo de algunas terapias, como la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (por sus siglas en inglés, EMDR). De esta terapia se ha dicho que lo que es eficaz no es nuevo (esto es, desensibilización y reprocesamiento), y lo que es nuevo no es eficaz (esto es, movimientos oculares) (McNally, 1999).

La orientación a los mecanismos de cambio de las terapias no resuelve el problema, pero permite avistar la complejidad de la comparación entre terapias. Por ejemplo, Paunovic y Ost (2001) diseñaron un ensayo para investigar la efectividad comparada de la terapia de exposición y la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático y no encontraron diferencias entre los tratamientos en ninguna medida. Como observan Neudeck y Wittchen (2012), ningún paciente estaría de acuerdo en exponerse a un estímulo temido sin una instrucción previa o la justificación de la finalidad de dicho procedimiento (en lo que pueden incorporarse elementos importantes de la terapia cognitiva), por otro lado, la TCC suponía en su última fase probar la validez de las hipótesis del paciente con "experimentos conductuales". Por lo que determinar los ingredientes activos de ambas terapias puede ser difícil y, si son compartidos, estudiar la eficacia comparada es imposible.

Asumiendo que no todas las terapias, con ingredientes activos eficaces, funcionan igual con todas las personas (pacientes y, por qué no, terapeutas), hay otra cuestión por resolver. En un momento en que crece el interés de los investigadores en el campo sanitario en general por los tratamientos personalizados, sabemos que desde hace tiempo se viene reconociendo que la investigación en psicoterapia no sólo debe centrarse en los efectos de los tratamientos, sino también en qué tratamiento y por quién es el más eficaz para este individuo con este problema en particular y bajo qué circunstancias (Paul, 1967). Estas características pueden incluir variables socio-demográficas y clínicas, preferencias del paciente o marcadores biológicos. Para este propósito de identificar predictores y factores moderadores de la respuesta diferencial al tratamiento es esencial la comparación directa entre distintos tratamientos (Simon y Perlis, 2010).

Cuijpers y colaboradores (Cuijpers, Ebert, Acarturk, Andersson y Cristea, en prensa) llevaron a cabo un meta-análisis de estudios que comparaban dos psicoterapias directamente con pacientes deprimidos con una



característica específica (por ejemplo, pacientes con VIH o con cáncer o personas mayores). Se centraron en la comparación de los 6 tipos más estudiadas de psicoterapia para depresión en adultos (esto es, TCC, psicoterapia interpersonal, terapia de solución de problemas, activación conductual, terapia psicodinámica y *counseling* no directivo). Un total de 27 características específicas fueron analizadas en los estudios que reunían los criterios de inclusión. El resultado es que la TCC era más eficaz que otros tipos de psicoterapia en pacientes mayores, en pacientes con adicciones comórbidas y en estudiantes universitarios. Para los demás tipos de terapias no había suficiente potencia estadística para hallar diferencias entre ellas. Pero si se utilizaba un criterio más conservador de la relevancia clínica (un tamaño del efecto de $g = 0.24$, lo que suponía un mínimo de 16 estudios por característica), no había potencia suficiente para ninguna de las características. Esto lleva a concluir a los autores que el examen de los efectos comparativos de diferentes psicoterapias en grupos específicos no es probablemente la forma más eficiente para desarrollar tratamientos personalizados. Los autores estimaban que, si la producción de estudios comparativos continuaba al mismo ritmo que hasta la fecha, se tardaría más de 300 años para examinar las 27 características en las psicoterapias más populares cuando se adopta un umbral de relevancia clínica más laxo, y más de 1.300 años, cuando se utiliza un umbral más estricto (Cuijpers et al., en prensa). En cualquier caso, no tenemos porque suponer que el desarrollo de la investigación en psicoterapia va ir al mismo que ritmo que hasta la fecha, nuevas tecnologías como la minería de datos (*data mining*) y el aprendizaje automático (*machine learning*) tienen un gran potencial para transformar la investigación en salud mental mediante análisis secundarios, como ya lo hacen en otras áreas (Dipnall et al., 2016).

Aparte de los factores específicos de las terapias y todo lo que sucede en ellas (incluido lo que podría entenderse de modo no peyorativo como el efecto placebo y otros efectos relacionados con las expectativas), hay varios fenómenos ajenos al tratamiento que pueden influir igualmente en la respuesta al mismo. Comentamos brevemente dos de ellos: la remisión espontánea y la regresión a la media. La evolución natural de los trastornos psicológicos no siempre tiende a la cronicidad sino que en ocasiones los síntomas remiten espontáneamente sin necesidad de intervención alguna. Un meta-análisis reciente de los casos no tratados de depresión mayor sugiere que la mitad

remiten espontáneamente al año (Whiteford et al., 2013), un dato que sugiere, por un lado, que la prevalencia de los trastornos en la comunidad no es en sí un indicador adecuado de la necesidad de tratamiento y, por otro, que podemos estar sobreestimando el efecto de los tratamientos en la recuperación de la depresión u otros trastornos. Por otra parte, la regresión a la media, que tiene que ver con la tendencia a que valores extremos tiendan a acercarse a la media si los medimos en varias ocasiones a lo largo del tiempo, puede estar igualmente reforzando la impresión del clínico de que todo funciona. Dado que los pacientes suelen iniciar el tratamiento, o ser seleccionados para un estudio, cuando se encuentran peor de lo habitual (esto es, puntúan alto en escalas que miden el malestar emocional), se puede esperar que tras el inicio del mismo se observe una "mejoría", que equivocadamente puede atribuirse a la intervención. Estos fenómenos no solo afectan al clínico, sino también a los estudios con análisis prepost sin un grupo control.

EL HECHIZO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Asumiendo que las diferencias halladas en los estudios comparados de psicoterapias son pequeñas o sólo en algunos subgrupos de pacientes, algunos han postulado que la clave de la mejoría podría estar en los factores comunes de los tratamientos (Wampold, 2015). Ésta sería una solución más parsimoniosa que suponer muchos mecanismos diferentes que producen resultados similares. La corriente de los factores comunes busca determinar los principales ingredientes que las distintas terapias comparten entre sí. La creencia subyacente es que estos elementos comunes son más importantes para dar cuenta del éxito terapéutico que los aspectos específicos que distinguen a las terapias. Desde esta perspectiva, los modelos y las técnicas específicas no son importantes como mecanismo de cambio, sino porque proporcionan una justificación plausible de la terapia al paciente y al terapeuta.

Rosenzweig (1936) fue uno de los primeros en escribir sobre posibles factores comunes que pueden operar en distintas terapias. Sin embargo, una de las más influyentes contribuciones se debe a Jerome Frank (1961). Frank identificaba cuatro factores comunes compartidos por distintas formas de psicoterapia y por la mayoría de las prácticas curativas (como los rituales sanadores de las culturas no occidentales) que han sido pensadas para hacer frente a la característica compartida por todas las personas que acuden a terapia: la desmoralización (Frank y Frank, 1991). En concreto, Frank señala que



esos factores compartidos por las prácticas sanadoras son: (a) una relación con carga emocional basada en la confianza del paciente en la competencia del terapeuta y en su deseo de ayudar; (b) un contexto institucional socialmente aceptado y legitimado, que en sí mismo aumenta las expectativas de ayuda del paciente; (c) una justificación (o mitología) que ofrece una explicación de los problemas y de los procedimientos para conseguir el cambio del paciente; y (d) las tareas y procedimientos (o rituales) que demuestran la competencia del terapeuta y dan al paciente un pretexto para el cambio (Frank, 1961). Desde entonces, varios investigadores han contribuido a identificar distintas categorías de factores comunes que han orientado desarrollos conceptuales e impulsado estudios empíricos. El defensor más conocido hoy en día de esta visión de la investigación en psicoterapia es Bruce Wampold (Laska, Gurman y Wampold, 2014; Wampold, 2015).

Con el tiempo, el número de factores comunes que se han descrito ha ido aumentando hasta acercarse al centenar (Grencavage y Norcross, 1990). Estos autores los organizan dentro de cinco categorías de orden superior: características de los pacientes, cualidades terapeuta, los procesos de cambio, la estructura de tratamiento y los elementos de la relación terapéutica (Grencavage y Norcross, 1990). Se ha afirmado repetidamente que los factores comunes explican alrededor de un 45% de la varianza del resultado de una terapia, comparado con el 15% que es atribuible a las técnicas terapéuticas específicas (Lambert, 1992). El factor común más estudiado es la alianza terapéutica, que ha sido señalado como el principal predictor del cambio en las distintas modalidades terapéuticas (Horvath, Del Re, Fluckiger y Symonds, 2011).

Las premisas que subyacen a la hipótesis de factores comunes son que (a) los diferentes enfoques terapéuticos son relativamente equivalentes en eficacia; (b) estas orientaciones o enfoques para el tratamiento proponen diferentes teorías de la psicopatología, tratamiento y el cambio; (c) los factores comunes puede ser la explicación más parsimoniosa de la equivalencia observada en eficacia; y (d) un terapeuta con una "personalidad competente" usando cualquier teoría del cambio que implemente un tratamiento con algo de coherencia puede ayudar a lograr resultados positivos (Lambert y Ogles, 2014).

Esta visión no ha estado exenta de cuestionamientos y posturas enfrentadas. Se cuestiona su cientificidad basada en una "ingeniería inversa" que intenta extraer las estrategias terapéuticas básicas induciéndolas de un conjunto

heterogéneo de resultados de meta-análisis y revisiones (Baker y McFall, 2014) y que, además, algunos factores no han sido operativizados de modo que puedan ser estudiados empíricamente (Weinberger, 2014). Por otra parte, se ha criticado que muchos de los identificados como factores comunes (por ejemplo, la esperanza y la expectativa) son en realidad el resultado de un proceso relacional más que propiamente mecanismos de cambio terapéutico, sin que podamos determinar cómo activarlos o cómo participan en el complejo proceso de cambio (Sexton, Ridley y Kleiner, 2004). En esta línea, también se cuestiona la capacidad de este enfoque para guiar la práctica clínica y la formación práctica (Chambless, 2002) y que, en suma, la idea de que lo esencial no son los elementos específicos de la terapia conlleva un mensaje que puede aumentar la distancia entre la investigación y la práctica clínica (Sexton et al., 2004).

En contra de la primacía de los factores comunes, hay que tener presente que efectivamente algunas terapias sí parecen funcionar mejor que otras en algunos trastornos (Chambless, 2002). Esto ha sido asumido, de alguno modo, hasta por los principales valedores del enfoque de los factores comunes en alguno de sus artículos, al reconocer la superioridad a corto plazo de las terapias conductuales para trastornos como las fobias (Frank, 1979; Luborsky et al., 1975).

Un meta-análisis de la literatura general de la alianza terapéutica halló un tamaño del efecto pequeño-medio de la correlación entre la alianza y resultado de la terapia (Martin, Garske y Davis, 2000). Incluso si la alianza terapéutica fuera el factor más importante, todavía se necesitaría entrenar a los terapeutas en los procedimientos que permiten que pueda lograrse una buena alianza terapéutica para cada caso (Fonagy y Clark, 2015). También es importante tener en cuenta que el uso de diseños de investigación débiles puede llevar a exagerar la importancia de este factor. La alianza se mide a menudo tarde en la terapia cuando algunos pacientes ya han mejorado. La correlación entre la alianza y el resultado puede por lo tanto ser una consecuencia, en lugar de una causa, de mejoría clínica. La alianza tardía se relaciona con el resultado de la terapia, pero no la alianza temprana (Feeley, DeRubeis y Gelfand, 1999). Los estudios de la alianza terapeuta-paciente raramente miden la competencia con que se ofrece el tratamiento, por lo que no se puede descartar la posibilidad de que la valoración positiva de la alianza refleje la competencia y sensibilidad con la que se ha ofrecido el tratamiento (Fonagy y Clark, 2015). Se ha observado que los



terapeutas que ofrecen el tratamiento con alto grado de fidelidad al modelo de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que los que no (Durlak y DuPre, 2008).

Estudios recientes sugieren que la calidad de la alianza entre el terapeuta y el paciente depende más de las acciones o características del terapeuta que de los pacientes, por lo tanto, el terapeuta, y lo que él hace, sería lo más importante para lograr resultados beneficiosos (Del Re, Fluckiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012). Sin embargo, la referencia a la alianza como un factor común puede ser engañosa en el sentido de que, aunque la importancia de la alianza puede ser común para las distintas terapias, el proceso que conduce a la alianza y cómo la alianza crea el cambio puede diferir dependiendo del tipo de terapia que se está administrando (Ulvenes et al., 2012; Webb et al., 2011), es decir, no es tan común. Los factores comunes, como la alianza, y los factores específicos, suelen presentarse de manera dicotómica, y los defensores de cada uno de ellos presentan pruebas que apoyan la primacía de uno u otro, sin embargo, la forma en que estos factores interactúan entre sí para producir beneficios es compleja y parece necesario que se estudien conjuntamente (Hoffart, Borge, Sexton, Clark y Wampold, 2012).

Independientemente de si las psicoterapias obtienen resultados equivalentes, estudiar qué parte del cambio en la terapia es debido a elementos compartidos por distintos enfoques es algo conceptual y clínicamente relevante. La clave no está en determinar cuál de los dos, técnicas o factores comunes, es más importante sino de cómo se relacionan entre sí para adaptarlos con éxito a un paciente en concreto (Norcross y Wampold, 2011). Esto supone, en definitiva, adentrarse en la nebulosa de los procesos de cambio para detallar una miríada de nuevos ingredientes activos, y no renunciar a separar el grano de la paja para apostararlo todo a un hechizo con resabios pre-científicos.

CONCLUSIONES

Quizá la principal conclusión de todo lo precedente es que aún no hay nada concluyente en el campo de la investigación en psicoterapias. Esta observación no invalida los resultados de la investigación en este campo. Hay un razonable apoyo a la afirmación de que los tratamientos psicológicos funcionan en una gran variedad de problemas y trastornos mentales. El consenso que prevalece, a partir de los mejores datos disponibles, es que los tratamientos psicológicos son más eficaces que la no in-

tervención, que el placebo y que el tratamiento "habitual" (DeRubeis y Crits-Christoph, 1998; Lambert y Ogles, 2004; Wampold et al., 1997). Pero debemos reconocer que sólo unos pocos modelos terapéuticos, de los cientos existentes, han sido sometidos a examen. Además los estudios que sostienen la eficacia de las psicoterapias están sujetos a notables limitaciones, tienen sesgos y debilidades metodológicas y están expuestos a cuestionables prácticas de investigación que inflan las posibilidades de hallar resultados positivos y, con esto, la impresión de que todo es eficaz.

En el caso de la forma de psicoterapia más estudiada, la terapia cognitivo-conductual, un mega-análisis que incluye 269 meta-análisis llevados a cabo sobre una amplia variedad de trastornos (por ejemplo, del estado del ánimo, de ansiedad, psicóticos, de la alimentación, de consumo de sustancias, somatomorfos), tipos de problemas (ira, insomnio, estrés, dolor, cáncer...) y poblaciones (niños, mayores) revela que, si bien algunos meta-análisis no encuentran diferencias entre tratamientos, la mayoría de los estudios sí encuentran ventaja de unos sobre otros (Hofmann et al., 2012). Aún así la conclusión de los autores es que son necesarios estudios de alta calidad para examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, que su eficacia es cuestionable con algunos problemas, y que, salvo con niños y mayores, no hay estudios meta-analíticos con subgrupos particulares (Hofmann et al., 2012). La mayoría de los análisis carecen de potencia estadística, en particular, sólo se pueden sacar conclusiones provisionales sobre la comparación de psicoterapias para otros problemas que no sean los trastornos de ansiedad y depresivos (Tolin, 2010).

En este estado de cosas, el veredicto de que todo funciona por igual supone claudicar en el empeño por desentrañar los elementos eficaces que sirven para validar, refutar o modificar los modelos teóricos que sustentan las distintas formas de terapia. En definitiva, puede ser una precipitada suposición que abra aún más la brecha existente entre los clínicos y una ciencia guiada por teorías y validada por datos.

Si bien puede observarse que en listado de tratamientos empíricamente validados quedan representados en mayor o menor medida, sino cientos si al menos varios modelos terapéuticos (Chambless y Ollendick, 2001), ningún modelo teórico demuestra una superioridad absoluta sobre el resto. El escaso desarrollo de la investigación sobre los mecanismos por los que opera el cambio en psicoterapia no permite determinar por qué tratamientos con supuestos teó-



ricos distintos logran resultados similares al menos con algunos trastornos. Incluso asumiendo que estas terapias eficaces tienen elementos en común, habría que determinar cuáles son los esenciales. Una visión amplia de los factores comunes incluye, además de la expectativa de mejora, la confianza en el terapeuta o la relación terapéutica, también mecanismos a menudo considerados específicos del tratamiento, como animar al paciente a exponerse a estímulos temidos o alentar al paciente a practicar determinadas conductas (Lambert, 2005). De hecho, el modelo contextual, que defiende el papel esencial de los factores comunes, postula que los ingredientes específicos de la terapia no sólo crean expectativas, sino que generan acciones saludables, tales como confiar menos en creencias disfuncionales (tratamientos cognitivo-conductuales), mejorar las relaciones interpersonales (psicoterapia interpersonal), ser más aceptable para uno mismo (terapia de aceptación y compromiso), expresar emociones difíciles (terapias centradas en la emoción y dinámicas), tomar conciencia de la perspectiva de los demás (terapias de la mentalización), y así sucesivamente (Wampold, 2015). Estas acciones saludables pueden a su vez relacionarse entre sí, de modo que al potenciar una, se beneficie otra.

Mientras que podemos acordar, a partir de los datos disponibles, que la psicoterapias funcionan para aliviar problemas de salud mental, poco podemos decir sobre cómo lo consiguen. El proceso de cambio en psicoterapia es extraordinariamente complejo. Por lo que es importante que, en el afán de identificar los mecanismos del cambio, tengamos en cuenta la diversidad de factores (y sus interacciones) que participan en la terapia, sin caer en el error de simplificar y limitar indebidamente nuestra capacidad para explicar lo que es útil en la psicoterapia. El enfoque de los factores comunes amplía la visión de la psicoterapia al poner el énfasis de la explicación del cambio en aspectos que van más allá de protocolo de tratamiento y del modelo teórico que lo guía. Se supera así un símil sobresimplificado de los ingredientes activos del modelo médico.

Si, como parece ser el caso, algunos problemas y trastornos requieren técnicas específicas de tratamiento (por ejemplo, las terapias basadas en la exposición para los trastornos de ansiedad), mientras que otros pueden responder igual de bien a una variedad de intervenciones, los psicoterapeutas deberían tener la capacidad de evaluar cuándo las técnicas especializadas pueden ser más beneficiosas y cuando pueden prevalecer los elementos comunes de la psicoterapia, como la alianza terapéutica (Marcus et

al., 2014). Una alianza que, en todo caso, debe construirse con la referencia a una teoría que dé sentido al malestar emocional y a los procedimientos plausibles para atajarlo. Esto acentúa la complejidad del trabajo del psicólogo clínico, que requiere habilidades clínicas de evaluación, de aproximación al paciente y de manejo de recursos asistenciales que sobrepasan notablemente la aplicación de un estricto protocolo de tratamiento.

Desde la perspectiva científica, y de preocupación por la salud pública, los clínicos no deberíamos dejar de dar preferencia a las intervenciones que tienen mayor apoyo empírico. Mientras la infradotada investigación en psicoterapias avanza con un enfoque pluralista, dada la notable diferencia en el grado de conocimiento y de confianza que tenemos hoy en las distintas formas de psicoterapias para distintos trastornos, las instituciones académicas y profesionales, por su parte, harían bien en facilitar la diseminación de este tipo de información entre los profesionales y los usuarios. Junto a esto, es imprescindible que en el currículum formativo del psicólogo, y, para el caso del psicólogo clínico, se refuercen los aspectos relacionados con lectura crítica de la literatura científica que permita evaluar la validez y relevancia de los resultados de la investigación en tratamientos psicológicos para poder trasladarlos responsablemente a la atención de los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Australian Psychological Society. (2010). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review (3rd ed.). Recuperado de: <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., . . . Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clinical Psychology Review, 33*, 395-405.
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.
- Baker, T. B. y McFall, R. M. (2014). The promise of science-based training and application in psychological clinical science. *Psychotherapy (Chic), 51*, 482-486.



- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., . . . Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the Dodo Bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 216-220.
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G. y Cristea, I. A. (en prensa). Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy*.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. y Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40, 211-223.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chan, A. W. y Altman, D. G. (2005). Identifying outcome reporting bias in randomised trials on PubMed: review of publications and survey of authors. *BMJ*, 330, 753.
- De Angelis, C., Drazen, J. M., Frizelle, F. A., Haug, C., Hoey, J., Horton, R., . . . International Committee of Medical Journal, Editors. (2004). Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *New England Journal of Medicine*, 351, 1250-1251.
- Del Re, A. C., Fluckiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.
- DeRubeis, R. J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dipnall, J. F., Pasco, J. A., Berk, M., Williams, L. J., Dodd, S., Jacka, F. N. y Meyer, D. (2016). Fusing Data Mining, Machine Learning and Traditional Statistics to Detect Biomarkers Associated with Depression. *PLoS One*, 11, e0148195.
- Durlak, J. A. y DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Eysenck, H. J. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517.
- Falkenstrom, F., Markowitz, J. C., Jonker, H., Philips, B. y Holmqvist, R. (2013). Can psychotherapists function as their own controls? Meta-analysis of the crossed therapist design in comparative psychotherapy trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 482-491.
- Fanelli, D. (2010). "Positive" results increase down the Hierarchy of the Sciences. *PLoS One*, 5, e10068.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. y Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Finckh, A. y Tramer, M. R. (2008). Primer: strengths and weaknesses of meta-analysis. *Nature Clinical Practice: Rheumatology*, 4, 146-152.
- Fonagy, P. y Clark, D. M. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on ... Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych Bull*, 39, 248-251.
- Francis, G. (2014). The frequency of excess success for articles in Psychological Science. *Psychonomic Bulletin and Review*, 21, 1180-1187.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Glass, G. V. . (1976). Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Grencavage, L. y Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. y Forman, E. V. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329 -343.
- Hoffart, A., Borge, F. M., Sexton, H., Clark, D. M. y Wampold, B. E. (2012). Psychotherapy for social pho-



- bia: how do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychother Res*, 22, 82-94.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 9-16.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Forstl, H., Pitschel-Walz, G., . . . Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706-715.
- Hunsley, J. y Di Giulio, G. (2002). Dodo Bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 11-22.
- Ioannidis, J. P. (2014). How to make more published research true. *PLoS Medicine*, 11, e1001747.
- John, L. K., Loewenstein, G. y Prelec, D. (2012). Measuring the prevalence of questionable research practices with incentives for truth telling. *Psychological Science*, 23, 524-532.
- Kuhberger, A., Fritz, A. y Scherndl, T. (2014). Publication bias in psychology: a diagnosis based on the correlation between effect size and sample size. *PLoS One*, 9, e105825.
- Lambdin, C. (2012). Significance tests as sorcery: Science is empirical - significance tests are not. *Theory & Psychology*, 22, 67-90.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855-869.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139 -193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2014). Common factors: post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy (Chic)*, 51, 500-504.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic)*, 51, 467-481.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "every-won has one and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Makel, M. C., Plucker, J. A. y Hegarty, B. (2012). Replications in Psychology Research: How Often Do They Really Occur? *Perspectives on Psychological Science*, 7, 537-542.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. y Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 519-530.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McNally, R. J. (1999). On eye movements and animal magnetism: A reply to Greenwald's defense of EMDR. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 617-620.
- Mercer, J. (2005). Coercive restraint therapies: a dangerous alternative mental health intervention. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, 7, 6.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2.
- Munder, T., Brutsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. y Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, 33, 501-511.
- Nathan, P.E., Gorman, J.M. y Salkind, N.J. (2005). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial.
- Neudeck, Peter y Wittchen, Hans-Ulrich. (2012). Introduction: Rethinking the model-refining the method. En Peter Neudeck & Hans-Ulrich Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the model - refining the method* (pp. 1-8). New York: Springer Science+Business Media.



- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 127-132.
- Nosek, B. A., Spies, J. R. y Motyl, M. (2012). Scientific Utopia: II. Restructuring Incentives and Practices to Promote Truth Over Publishability. *Perspectives on Psychological Science, 7*, 615-631.
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science, 349*, aac4716.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-118.
- Paunovic, N. y Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1183-1197.
- Rosen, G. M. y Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification, 27*, 300-312.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Sexton, T. L., Ridley, C. R. y Kleiner, A. J. (2004). Beyond common factors: multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 131-149.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512-529.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581-604.
- Shinohara, K., Tajika, A., Imai, H., Takeshima, N., Hayasaka, Y. y Furukawa, T. A. (2015). Protocol registration and selective outcome reporting in recent psychiatry trials: new antidepressants and cognitive behavioural therapies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 132*, 489-498.
- Simmons, J. P., Nelson, L. D. y Simonsohn, U. (2011). False-positive psychology: undisclosed flexibility in data collection and analysis allows presenting anything as significant. *Psychological Science, 22*, 1359-1366.
- Simon, G. E. y Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments? *American Journal of Psychiatry, 167*, 1445-1455.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Sterling, T. D. (1959). Publication decisions and the possible effects on inferences drawn from test of significance-or vice versa. *Journal of the American Statistical Association, 54*, 30-34.
- Sterling, T. D., Rosenbaum, W. L. y Weinkam, J. J. (1995). Publication decisions revisited: The effect of the outcome of statistical tests on the decision to publish and vice versa. *American Statistician, 49*, 108-112.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710-720.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L. y Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy (Chic), 49*, 291-302.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*, 855-873.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270-277.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically 'all must have prizes'. *Psychological Bulletin, 122*, 203-215.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D. y Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 279-283.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy (Chic), 51*, 514-518.
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J. y Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 43*, 1569-1585.
- Wilson, G. T. y Rachman, S. J. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 54-64.



PREHISTORIA DEL TDAH: ADITIVOS PARA UN DIAGNÓSTICO INSOSTENIBLE THE PREHISTORY OF ADHD: ADDITIVES FOR AN UNTENABLE DIAGNOSIS

Fernando García de Vinuesa Fernández

Investigación privada

Para defender la validez diagnóstica del TDAH la literatura especializada emplea generalmente un argumento histórico, según el cual dicha validez resultaría indiscutible debido al hecho de que diversas fuentes médicas hablaban ya del TDAH hace varios siglos; esto demostraría que el TDAH no es una creación de nuestro tiempo. Sin embargo, al investigar esas mismas fuentes históricas, se puede comprobar lo injustificado de ese argumento, que contribuye aún más al descrédito de este constructo psiquiátrico tan controvertido. Se analizan en el presente artículo tres "hitos" de la llamada historia o prehistoria del TDAH: Alexander Crichton, Heinrich Hoffmann y George F. Still. El TDAH, al contrario de lo que defiende la literatura dominante, es un invento moderno, y el uso de los argumentos históricos revela su mítica base teórica y una escasez de argumentos que debería ser muy alarmante, debido al número de niños diagnosticados y medicados de TDAH.

Palabras clave: TDAH, Prehistoria, Inquietud mental, Der Struwwelpeter, Defecto mórbido de control moral.

In order to defend the diagnostic validity of ADHD, the specialized literature usually uses a historical argument, according to which its validity is unquestionable due to the fact that a number of medical sources have referred to ADHD for several hundred years. This proves that ADHD is not a contemporary creation. However, when investigating those same historical sources it is possible to prove that these arguments are unfounded, which contributes even more to undermine this highly controversial psychiatric construct. This paper analyzes the three classic "milestones" of the so-called history or prehistory of ADHD: Alexander Crichton, Heinrich Hoffmann and George F. Still. Contrary to the claims of the dominant literature, ADHD is a modern invention, and the use of these historical arguments reveals its mythical theoretical basis and lack of supporting arguments, which should be a cause for serious concern, due to the number of children being diagnosed and medicated for ADHD.

Key words: ADHD, Prehistory, Mental restlessness, Der struwwelpeter, Morbid defect of moral control.

En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) estimó que el niño que *a menudo se distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en sus deberes, hay que llamarle la atención en casa con frecuencia o se sube a los muebles*, estaba mostrando síntomas de trastorno mental. Esta opinión pudo haber tenido poco recorrido, dado que justamente esos comportamientos servirían muy bien para definir la propia infancia. Pero el dictamen de la APA entró a formar parte de la tercera edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM III, razón suficiente para que naciera el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (DSM, 1983).

El nuevo diagnóstico trajo consigo una controversia difícil de sofocar. ¿Cómo es que, entre otras cosas no menos chocantes, los síntomas del niño afectado de TDAH —según la APA— "pueden no ser observables directamente por el clínico" (APA, 1983)? Y es que dada la

propia definición del TDAH —un listado de comportamientos que aunque molestan no dejan de ser típicos de muchos niños sanos (la *síntomatología asociada* incluía juicios tan subjetivos como: "obstinación, testarudez, negativismo, chabacanería, fanfarronería... y falta de respeto a la disciplina")— la idea del TDAH como diagnóstico válido ha sido "potente y destructivamente criticada" (e.g. Shaffer, 1980; Sandberg, 1981; Rutter, 1983; Prior y Sanson, 1986; citado por Sagvolden y Archer, 1989) desde su creación. Dichas críticas, sin embargo, no han impedido que el TDAH se convierta en "la enfermedad psiquiátrica más frecuente en edad escolar" (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010, p. 76).

Treinta y seis años después de la creación del TDAH, la APA sigue manteniendo el diagnóstico en su actual DSM 5: *comete errores por descuido en tareas escolares, no termina tareas escolares, tiene dificultad para organizar tareas escolares, se muestra poco entusiasta en hacer los deberes escolares, se distrae con facilidad con estímulos externos, olvida hacer los deberes, se levanta en clase* (APA, 2013). La APA apuesta por una definición de TDAH que recuerda mucho a algo así como ir mal en el colegio, independientemente del motivo.

Recibido: 21 noviembre 2016 - Aceptado: 25 enero 2017
Correspondencia: Fernando García de Vinuesa Fernández. Calle África 22 1º H. 28863 Madrid. España.
E-mail: fgarciadevinuesa@outlook.com



¿Cómo un diagnóstico, cuya validez se desmonta en unos cinco segundos (Whitaker, 2016), ha llegado a convertirse en el más popular entre los diagnósticos infantiles? Y lo que es aún más urgente de resolver, ¿cómo el tratamiento diario con anfetaminas y otras potentes drogas estimulantes, en niños cuyos cerebros aún se están formando, puede encontrar su justificación en este diagnóstico?

SU CARTA DE PRESENTACIÓN: UN TRASTORNO DE RANCIO ABOLENGO

Cuando uno se enfrenta a la literatura especializada, encuentra que el TDAH se presenta normalmente como un trastorno con una larga historia (Barkley, 2002; Priece, 2006; Ramos Quiroga, Bosch y Casas, 2009). Con esta introducción centenaria, el padre, el profesional o el estudiante, puede empezar por pensar razonablemente que la humanidad lleva siglos lidiando con este trastorno, y que la medicina está al corriente de su existencia desde tiempo remoto. Merece destacarse, primeramente, que los padres de niños diagnosticados —para cuyas preocupaciones va dirigida buena parte de la divulgación del TDAH— hallan en estas explicaciones un primer motivo de alivio: sus hijos están recibiendo un diagnóstico que no es ni muchísimo menos inventado —a pesar del ruido en torno suyo— porque para empezar no es nuevo, sino un viejo conocido de las ciencias de la salud mental.

Cuestionar el TDAH y sus psicofármacos asociados a menudo se describe como un producto de creencias míticas (Guerrero, 2016), alejadas de la ciencia en la que se supone descansa el TDAH, y es precisamente una prueba de que tales críticas a la validez del diagnóstico se basan en mitos, el hecho de que las primeras descripciones del diagnóstico son muy antiguas.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), en el apartado de “preguntas frecuentes” de su página web decide contestar en primer lugar ésta: “¿El TDAH es un trastorno inventado?” Y su respuesta no deja lugar a dudas: “No. El TDAH fue descrito por primera vez en una publicación científica de 1902, no mucho después que trastornos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar” (FEAADAH, 2016). La especialista en psiquiatría infantil y experta en TDAH, María Jesús Mardomingo Sanz, por su parte piensa que “una de las características de nuestro tiempo es la dificultad para reconocer que los niños sufren enfermedades psiquiátricas. [...] El TDAH no se encuentra libre de esta polémica, a pesar de que las primeras descripciones del cuadro clínico comienzan a aparecer en la literatura médica hace más de doscientos años” (Guerrero, 2016, p. 364).

LA HISTORIA SEGÚN EL MEJOR TRATADO DE TDAH

TDAH. Entre la patología y la normalidad (Guerrero, 2016), del psicólogo Rafael Guerrero, uno de los últimos libros de divulgación sobre TDAH publicados en España, es —en palabras del neurocientífico Joaquín Fúster— “el mejor tratado sobre el TDAH que se ha escrito hasta ahora en lengua española” (Guerrero, 2016, p.19). Superada la introducción del libro a cargo del psiquiatra Luis Rojas Marcos, comienza el capítulo primero con este título: *Breve historia del TDAH*. En las primeras líneas, el autor explica que a pesar de que el TDAH hoy está en boca de todos, el diagnóstico “tiene más historia de la que podemos imaginar” (Guerrero, 2016, p. 39).

“Históricamente hablando” —comienza el autor del libro— “encontramos los primeros escritos sobre el TDAH en una obra del escocés **Alexander Crichton**, que data del año **1798**. En dicha obra, que tenía por título *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental*, Crichton describía los síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH con presentación inatenta. A esta manifestación le dio el nombre de **mental restlessness** (inquietud mental), y ponía el acento en la dificultad de los chicos que la padecían para poder prestar atención de manera correcta”.

Haciendo punto y aparte, el autor continúa: “En **1845**, el alemán **Heinrich Hoffmann**, médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, publica la obra **Der Struwwelpeter** (Pedro melenas), una recopilación de diez cuentos sobre diferentes problemas y patologías en la infancia. Uno de estos relatos se titula Felipe el nervioso y en él se describen los problemas de atención e hiperactividad de este niño.”

Y un poco más abajo leemos: “en **1902**, **George Still**, médico inglés, publica un artículo en la prestigiosa revista *Lancet* donde describe a un grupo de niños con una serie de síntomas muy parecidos a lo que hoy denominamos TDAH con presentación combinada [...] Es **la primera descripción científica** sobre el TDAH” (Guerrero, 2016, pp. 39-41).

Son estas tres referencias clásicas las más esgrimidas por la literatura especializada en su intento de fundamentar el TDAH sobre una base histórica. Pero, ¿son sólidos estos cimientos sobre los que se pretende sostener el diagnóstico?

1798: ALEXANDER CRICHTON

Alexander Crichton (1763-1856) escribió *An inquiry into the nature and origin of mental derangement* (Crichton, 1798) “en un intento de reducir, bajo ciertos principios fijos, una serie de hechos sueltos, abundantes en



escritos de hombres de medicina, metafísicos, y filósofos de diferentes edades y diversos países” (Crichton, 1798, prefacio, p. I). Su método de investigación es el “análisis”. Si se trabaja mediante análisis uno puede discernir cada elemento constituyente y examinarlo separadamente; sólo así se puede llegar a “resultados bien fundamentados” (Crichton, 1798, prefacio, IX).

La obra se divide en tres libros: el 1º sobre las causas físicas del delirio; el 2º, la historia natural de las facultades mentales y descripción de las enfermedades que las afectan; el libro 3º sobre las pasiones y sus efectos. Es en el segundo libro donde encontramos el capítulo que ha interesado presuntamente a un gran número de quienes han escrito sobre la historia del TDAH: *On attention and its diseases*.

El capítulo arranca así: “Cuando cualquier objeto externo, o del pensamiento, ocupa la mente en tal grado que la persona no recibe una percepción clara de ninguna otra cosa, decimos que la persona está atendiendo a ello”. Crichton comienza por establecer primero qué cosa es la facultad de atención, “padre de todo nuestro conocimiento” (Crichton, 1798, pp. 254-255), facultad que se ve condicionada por motivos cotidianos tan diversos y comprensibles como el cansancio, el empacho tras una comida pesada, o la debilidad fruto de la enfermedad.

Con respecto a la atención de los jóvenes —aspecto central para nuestro propósito investigador—, supone para el médico escocés una “melancólica reflexión”, esos muchos que, “previo al comienzo de su llamada educación, parecen dotados con las mentes más finas, y que exhiben una agilidad de comprensión y una docilidad bajo instrucción, que les aseguraría una fácil conquista de la fama, si fuesen conducidos con suficiente habilidad”, pero caen pronto “víctimas de la fatiga mental, o adquieren un gran desprecio por la instrucción, básicamente porque el estímulo adecuado para captar su atención no ha sido hallado a tiempo” (Crichton, 1798, pp. 267-268).

El papel de los educadores en el cultivo de la atención de los niños le parece decisivo:

Desafortunadamente ocurre que el trato mental de los jóvenes, no sólo en colegios y academias, sino también en casa, es generalmente el mismo para todos los niños. Con las niñas sucede un error similar. Las peculiares idiosincrasias, o disposiciones de cada individuo, raramente son suficientemente atendidas [...] La inclinación natural de la mente no debería ser forzosamente frustrada, o abandonada.

Crichton, 1798, p. 278

Abogó por permitir que los niños pudieran dedicarse a sus inclinaciones particulares, pues esto ya forjaría el hábito de la atención, el cual, una vez desarrollado y robustecido, podría después dirigirse “fácilmente hacia otras cosas de mayor importancia” (Crichton, 1798, p. 279).

Mental Restlessness

Las alteraciones propiamente mórbidas de la atención, son para Crichton básicamente de dos tipos: 1. La incapacidad de atender con el grado necesario de constancia hacia cualquier objeto; 2. Una suspensión total de sus efectos en el cerebro.

La incapacidad de atender con el grado necesario de constancia a cualquier objeto supone que la atención sea “retirada incesantemente de una impresión a otra.” Puede o bien nacer con la persona o resultar el efecto de una enfermedad accidental.

- a. Cuando nace con la persona: se hace evidente a una edad muy temprana y tiene un efecto muy negativo pues impide que la persona sea capaz de atender con constancia a ningún objeto de su educación. “Pero raramente es tan severa que impida por completo toda instrucción; y lo que es una suerte, generalmente disminuye con la edad” (Crichton, 1798, p. 271).
- b. Cuando surge por efecto de enfermedades accidentales: la incapacidad de atender con el grado suficiente de constancia “acompaña todo trastorno nervioso”, especialmente a la histeria. Afecciones estomacales, clorosis e hidrofobia también lo inducen.

En esta enfermedad de la atención, si puede llamarse así apropiadamente, toda impresión parece agitar a la persona, y le concede a él o ella un grado innatural de **inquietud mental (mental restlessness)**. Gente caminando arriba y abajo de la habitación, el sonido de la escalera, el movimiento de una mesa, una puerta que se cierra de repente, un leve exceso de frío o de calor [...] El ladrido de un perro es suficiente para distraer a los pacientes de esta descripción en tal grado, que casi alcanza la naturaleza de delirio. Les provoca vértigo, y dolor de cabeza, y a menudo excita tal grado de indignación que raya la locura. Cuando estas personas están afectadas de esta forma, que a menudo lo están, tienen un nombre particular para el estado de sus nervios [...] Dicen que tienen *the fidgets* (que traduciríamos como inquietud permanente).

Crichton, 1798, p. 272, negrita y paréntesis nuestro



UNA SINONIMIA IMPRUDENTE

La gran confusión reinante acerca de la figura de Alexander Crichton y su obra de 1798 en relación al TDAH, hunde sus raíces en un artículo de Erica D. Palmer y Stanley Finger, del año 2001, en el que equipararon el TDAH con el término *mental restlessness* usado por Crichton. Fue el médico británico, según estos investigadores de la Universidad de Washington, “dos siglos por delante de su tiempo en su conceptualización de lo que conocemos como subtipo inatento del TDAH” (Palmer y Finger, 2001, p. 66). Los autores defendieron que no era justo comenzar la historia del TDAH con George Still en 1902, porque el pionero en la identificación del TDAH fue Alexander Crichton en 1798. La tesis de los investigadores fue acogida con entusiasmo, y hoy, quince años después, sigue empleándose habitualmente como sostén del TDAH (Martínez-Badía y Martínez-Raga, 2015).

El concepto de *mental restlessness* (inquietud mental) usado por Crichton ha sido tomado por buena parte de la literatura que ha querido equipararlo al concepto de TDAH (ver, por ejemplo, Martínez-Raga y Martínez-Badía, 2015, p. 383), cosa difícilmente justificable dado que como señala el psiquiatra Daniel Matusevich estas conclusiones “fueron formuladas a partir de una serie de observaciones mínimas” (Matusevich, 2015). Crichton, además, con este concepto se refería a personas aquejadas de enfermedades varias, y que tales enfermedades les provocaban como consecuencia una “enfermedad de la atención” (Crichton, 1798, p. 273). El TDAH, por el contrario y según sus expertos, no se puede provocar (Gamo, 2010). Los TDAH “nacén, no se hacen” (Guerro, p. 340).

Lejos de ser un desacierto puntual, es abundantísima la literatura que expone la historia del TDAH utilizando indebidamente a Crichton. En el *Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria* publicado en *Pediatría integral* se enseña que “en 1798 un médico escocés, Sir Alexander Crichton (1763-1856) describió someramente lo que parece ser un caso de TDAH del subtipo inatento [...] describió un tipo de pacientes sin idiocia, con “agitación” e inquietud mental y motora derivadas de una falta severa de atención sostenida, y cómo esto entorpecía su instrucción escolar” (Quintero y Castaño de la Mota, 2014, pp. 600-601).

En su capítulo dedicado a la atención, Crichton no describe, sin embargo, el caso de niño alguno (aunque leamos antes que la obra *TDAH. Entre la patología y la normalidad* relacionaba también *mental restlessness* con dificultades de atención en “los chicos”).

No sólo no describió ningún paciente infantil, tampoco relacionó el médico escocés la *inquietud mental* con la dificultad para la instrucción escolar, sino que sobre las dificultades para la instrucción escolar hizo responsable más que a nada a la pedagogía y a la educación, diciendo:

Otra circunstancia de gran importancia es esta: que el poder de atención es tan diferente entre los distintos niños, como su fuerza física, por lo que su dieta mental, si se permite la expresión, debería diversificarse en consecuencia.

Crichton, 1798, p. 279

Y denunciando después:

La ignorancia e inatención de un número de hombres que, si hubieran sido juiciosamente tratados en su infancia, podrían haberse convertido en distinguidos para sus familias y provechosos para la sociedad, pero quienes, habiendo adquirido una temprana aversión hacia el estudio, han sido perjudicados por artificiales apetitos y deseos, para gran perjuicio de su salud y fortuna

Crichton, 1798, p. 280

La definición injustificada de trastorno que parece imponer la APA bajo la etiqueta TDAH puede ser irónicamente contestada por los escritos que Alexander Crichton nos dejó hace doscientos años. Porque lo que merece la pena constatar no es tanto si el niño se muestra poco entusiasta con sus deberes, o si se distrae, sino considerar por qué está sucediendo esto; es decir, *analizar* —como hacía Crichton— sus circunstancias. Aceptar que la respuesta a esta pregunta es *porque el niño es TDAH* es sin duda rápido (basta con que los comportamientos manifiestos del niño sean compatibles con los criterios del DSM y otras pruebas afines e igualmente subjetivas), lo que a su vez implica aceptar que las inclinaciones propias, la pedagogía, la sociedad, no ejercen apenas influencia sobre su facultad atencional, y no merecen entonces ser debidamente consideradas.

1844: HEINRICH HOFFMANN

Algunos días previos a la Navidad de 1844, el médico alemán Heinrich Hoffmann (1809-1894) salió de su casa decidido a encontrar en las tiendas de su ciudad, Frankfurt, un libro para su hijo mayor, de tres años. No encontrando nada de su interés, resolvió que él mismo escribiría e ilustraría el libro que quería para su hijo. Nació así *Der Struwwelpeter*, un récord de ventas con numerosas ediciones sucesivas en las cuales Hoff-



mann incluyó algunas historias más (Struwwelpeter-museum, 2016).

La intención del médico con ese regalo no fue la de simplemente divertir a su hijo, había también un propósito educativo. Él mismo explicó que los niños no aprenden demasiado de los mensajes verbales de los adultos. Por mucho que se le diga a un niño “no juegues con cerillas pues te puedes quemar”, si el niño no ve el peligro real que esconde hacer eso, poco efecto van a tener sobre su conducta meras palabras de advertencia. Por ello, las historias pedagógicas en *Der Struwwelpeter* no se andan con circunloquios y enseñan de manera gráfica las consecuencias de no obedecer: la niña que desobedece y juega con cerillas acaba prendida en llamas; el niño que pone pegas a la hora de comer adelgaza hasta morir por inanición; el niño que desoye los consejos maternos de no chuparse el dedo, so pena de amputación por parte del sastre, acaba con los pulgares seccionados; y así algunas historias más, muy breves y aleccionadoras (Hoffmann, 1876).

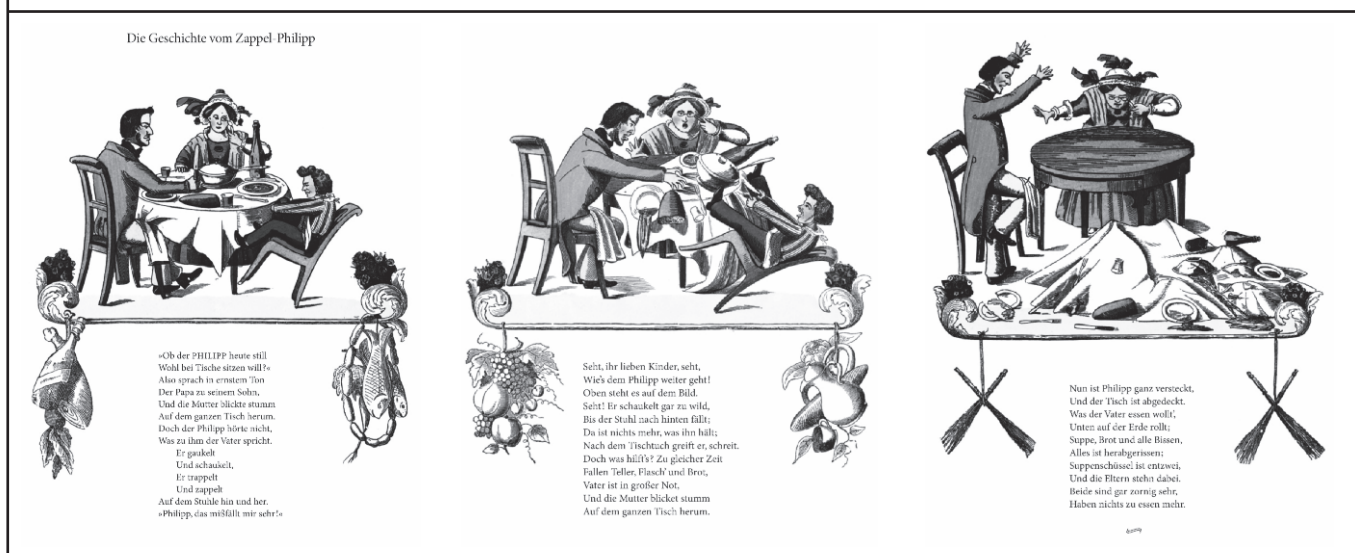
Una de las historias es la de *Die Geschichte vom Zappel-Philipp*, que podría traducirse como *La historia de Felipe rabieta*. Tan sólo son tres viñetas (Figura 1). En la primera vemos a un niño, Felipe, sentado a la mesa con sus padres y la comida ya servida en los platos, una fuente en el centro, pan y una botella de vino. El niño se

está balanceando sobre las patas traseras de su silla, sin obedecer a los padres que piden que se esté quieto en la mesa. La segunda viñeta muestra al niño en igual actitud, pero perdiendo el equilibrio, y como trata de evitar la caída se agarra con fuerza del mantel. En la tercera y última viñeta vemos todo lo que había sobre la mesa por los suelos, y los padres dando un respingo visiblemente alterados. Este cuento es —según el más reconocido experto mundial— un caso claro que demuestra la existencia del trastorno a mediados del siglo XIX (Barkley, 2002, p. 43). “Es impresionante —se asombraban los autores del artículo *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century childrens book*, refiriéndose a la historia de Felipe— lo claro que describe Hoffmann en su libro los síntomas del TDAH [...] Esto muestra con claridad que el diagnóstico del TDAH no es una “invención” de los tiempos modernos” (Thome y Jacobs, 2004, pp.303-305).

Otra historia de *Der Struwwelpeter* ha sido también señalada como descriptiva de un caso más de TDAH. Se titula *Die Geschichte von Hans Guck-in-die-Luft*, que traducimos como *La historia de Juan el despistado*. Esta historia trata de enseñar a los niños los riesgos de caminar sin mirar por dónde se va. El niño Hans, entre otras calamidades, acaba cayendo al agua porque va más pendiente de otras cosas que del suelo por donde pisa.

FIGURA 1

PORTARSE MAL EN LA MESA ES PROPIO DE MUCHOS NIÑOS SANOS, POR ELLO INCLUYÓ H. HOFFMANN LA HISTORIA DE FELIPE RABIETAS EN SU OBRA INFANTIL STRUWWELPETER, PARA QUE ESTOS VEAN CLARAMENTE LAS CONSECUENCIAS DE SU CONDUCTA Y APRENDAN A COMPORTARSE. SU RECIENTE ETIQUETADO DE TDAH PUEDE QUE RESPONDA, MÁS QUE A EVIDENCIAS EMPÍRICAS (SAIZ FERNÁNDEZ, 2013), A UNA PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA MÁS PROPIA DE NUESTROS DÍAS



De ahí que se haya escrito también que Hoffmann “publicó un libro de poemas infantiles en el que se describían dos casos de TDAH” (Benito Moraga, 2008, p. 7).

Manuales de psiquiatría, artículos de historia de la psicología o páginas web del Ministerio de Educación (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010; Navarro González y García-Villamizar, 2010; INTEF, 2016), reproducen e interpretan por igual el cuento, que incomprensiblemente conforma los cimientos oficiales sobre los que se levanta el TDAH, que aun así es presentado como “uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas otras enfermedades” (Goldman *et al.*, 1998, citado por GPC, 2010, p. 37), una enfermedad, se ha llegado a decir, “a la altura de la diabetes” (Hawthorne, 2010, p. 507).

El trabajo que Hoffmann desarrolló en el psiquiátrico de Frankfurt puede haber animado a algunos a considerar *Der Struwwelpeter* como “la primera descripción de los síntomas del TDAH por un psiquiatra, lo que representa un importante documento de la historia de la medicina” (Thome y Jacobs, 2004, p. 306). Pero Hoffmann —que era médico generalista— trabajó por vez primera como psiquiatra siete años después de escribir la primera edición de *Der Struwwelpeter*, gracias a que encontró su vocación al comenzar a dirigir en 1851 la *Institución para enfermos mentales y epilépticos* de Frankfurt (Struwwelpeter-museum, 2016).

Hoffmann, además de renombrado poeta satírico de su tiempo, fue un reformador de la psiquiatría, en esa época donde los pacientes, a menudo miserablemente hacinados, recibían purgantes, sangrías, eméticos y demás dudosos remedios (Shorter, 1999). Si Hoffmann, tal como imaginó el psicoanalista Carlos Rey, “hubiera levantado la cabeza para apagar las velas de su bicentenario, se sorprendería al saber que, entre sus muchos méritos reconocidos, también se le adjudica ser el diseñador inteligente de la génesis del TDAH. ¡nada más y nada menos!” (Rey, 2012).

En lugar de diagnosticar TDAH a personajes ficticios del siglo diecinueve, sería mejor —como propone Matthew Smith— dedicar ese esfuerzo a examinar los motivos por los cuales comportamientos infantiles tan normales han sido patologizados en las últimas décadas (Smith, 2012).

1902: GEORGE F. STILL

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes*, “la primera definición del TDAH la

realizó G. Still, en 1902” (GPC, 2010, p. 33). Si no todos los que tratan el origen del TDAH mencionan a Hoffmann o a Crichton, todos citan al padre de la pediatría británica.

George Frederick Still nació el 27 de febrero de 1868 en Highbury, Londres. Alumno brillante, despuntó en lenguas clásicas. Estudió medicina y se tituló en 1893. Trabajó en el Hospital para Niños Enfermos de Londres, donde escribió sobre diferentes formas de artritis. Ocupó la primera cátedra británica de enfermedades infantiles. Fue cofundador de la *Asociación Británica de Pediatría*, escribiendo más de cien artículos científicos y varios libros de gran reconocimiento, como *A history of Paediatrics* (Farrow, 2006; Dunn, 2006).

Debido a que a la edad de 33 años entró a formar parte del Real Colegio de Médicos de Londres, y que a pesar de lo joven era ya un médico respetado, un año después se le concedió el honor de ser él el elegido para dar las tres conferencias anuales de las Goulstonian Lectures, el 4, el 6 y el 11 de Marzo de 1902. El título de sus ponencias fue: **Some abnormal psychical conditions in children**, y se publicaron el mes siguiente en *The Lancet* (Still, 1902).

Según Russell Barkley “parece que mucho de lo que la ciencia moderna ha hecho en TDAH es básicamente confirmar de un modo más riguroso muchas de las astutas observaciones hechas por Still” (Barkley, 2006, p. 138). Barkley piensa que aunque Still no empleara la terminología de este trastorno en aquellas tres conferencias, los niños de los que habló entrarían hoy en la clasificación de “TDAH subtipo combinado, entre otros trastornos” (Barkley, 2006, p. 137).

El tema elegido por Still para sus conferencias fue monográfico: El **defecto mórbido de control moral** (DMCM) en niños. Still explicó que la palabra moral aquí tiene que ver con “**el bien de todos**”, de modo que los que carecen de control moral se conducen por la vida sin mostrar ninguna consideración por los demás. Estos niños son especialmente coléricos, maliciosos con sus semejantes, crueles con los animales, roban sin necesidad alguna y de forma compulsiva, mienten en igual medida, son destructivos, carecen de vergüenza y son, en algunos casos, “viciosos y sexualmente inmorales”. La tónica en estos niños es su tendencia a la autosatisfacción, sin considerar el mal que sus actos puedan ocasionar en los demás (Still, 1902, p. 1009).

En su primera conferencia, Still se centró en los casos de 23 niños con defecto de control moral asociado a una deficiencia intelectual, introduciendo así el tema que más le interesaba: el DMCM en niños de inteligencia



normal. No sólo es compatible el DMCM con una inteligencia normal, insistió en los días siguientes, sino que con frecuencia es independiente del ambiente (Still, 1902, pp. 1165-1116).

Para investigar las causas del defecto de control moral en niños de inteligencia normal, propuso Still dos líneas bien diferenciadas. La primera, encontraba la explicación en una causa física conocida. Era el caso, por ejemplo, de un niño de 6 años que cayó por las escaleras golpeándose fuertemente la cabeza. Días después de la caída se había vuelto “colérico, desobediente y destructivo.” Pero no sólo las enfermedades o heridas directamente relacionadas con el cerebro, explicó, pueden provocar pérdida de control moral, también otras enfermedades de naturaleza más general pueden producir esos efectos (Still, 1902, p. 1078).

La otra línea de su exposición trató del grupo de niños que padecían un defecto de control moral en ausencia de daños o enfermedades severas ni deficiencia intelectual, grupo que dijimos despertaba su mayor interés. Habló sobre 20 casos propios —15 niños y 5 niñas— además de algunos casos más de colegas suyos (Still, 1902, p. 1079).

El primer caso que describió Still de este grupo fue el de un niño de 5 años y 4 meses que le había sido derivado de un orfanato en el que vivía desde hacía tres años. Era un niño “muy malicioso y parecía hallar deleite en atormentar a los otros niños; a veces les cogía juguetes y los arrojaba al fuego riéndose después ante su aflicción, como dijo su profesor, ‘abominablemente.’” A pesar de que no entraban animales en el orfanato, el niño era “cruel hacia la vida de todo insecto que pudiera encontrar en el jardín”. El padre era muy agresivo y celoso; había matado a la madre del niño y después había sido recluido en un manicomio. Still consideró que las conductas del niño, ciertas características de su fisonomía, y la historia de locura de su padre eran indicativos de que el defecto de control moral era de tipo mórbido, “una limitación congénita para el desarrollo del control moral” (Still, 1902, p. 1080). El segundo caso era un niño huraño que desde muy pequeño mostraba “una propensión al robo”, mentiroso y que hacía grandes esfuerzos por ocultar sus robos. A los nueve años se defecaba en la cama sólo porque fuera de ella hacía frío. Era insensible al castigo. El tercer caso era el de una niña de 13 años que no mostraba afecto por su madre. Mentirosa, robaba dinero y carente de toda disciplina. Destacó el pediatra su tendencia a ir tras el otro sexo y a mostrarse “indecentemente” (Still, 1902, p. 1080).

Además de este grupo *innatamente inmoral* se refirió a

otros niños que, habiendo desarrollado un control moral adecuado durante una parte de su vida, de pronto lo pierden, a veces durante días, y otras, indefinidamente. Compartió el caso de un niño de 9 años y medio. Hasta los 7 años había sido obediente y de comportamiento correcto, aunque de siempre se le había tachado de malhumorado. De repente, comenzó a ser desobediente en extremo. Empezó a mostrar una crueldad anormal, hasta el punto de que le cogieron *in fraganti* cortando un conejo vivo con unas tijeras. Iba retrasado en el colegio y mostraba “esa baja atención tan visible en muchos de estos casos...” (Still, 1902, p. 1081). Se refirió el último día al DMCM cíclico, donde periodos inmorales alternan con periodos de autocontrol moral (Still, 1902, p. 1163).

El cuerpo de evidencias era a su juicio demasiado menudo como para situar en esta o en aquella región del cerebro la causa del defecto moral. La pista sobre una posible causa orgánica la encuentra en las fiebres específicas, que durante un tiempo pueden provocar esas alteraciones morales. Deduce de esto que algún proceso relacionado con la modificación y nutrición celular “puede estar en la base física del defecto moral” (Still, 1902, p. 1166).

¿CIENCIA O CIENTISMO?

Recordaremos que según el psicólogo Rafael Guerrero la de Still es “la primera descripción **científica** sobre el TDAH” (Guerrero, 2016, p. 41), tal como defienden diferentes especialistas (Ramos Quiroga, Bosch y Casas, 2009, p. 10).

Teniendo en cuenta las más que evidentes diferencias entre ese listado comportamental (despistarse, no hacer deberes, subirse a los muebles) que la APA llamó TDAH en 1980, y las descripciones que Still caracterizaba fundamentalmente por hostilidad, malicia, crueldad, robo, mentira, violencia, vicio (Still, 1902, p. 1009), ¿qué fantástico fenómeno ha llevado a que tantos y tantos autores hayan concluido que las descripciones de Still constituyen “el punto de partida científico de la historia del TDAH” (Barkley, 2006a; Conners, 2000; Palmer and Finger, 2001; Rafalovich, 2001; Rothenberger y Neumarker, 2005, citado por Lange *et al.*, 2010, p. 244)?

La respuesta a esta incógnita que planteamos puede que esté en la particular lectura que hace Russell Barkley de las Goulstonian Lectures: “Still (1902) describió 43 niños de su práctica clínica que tenían serios problemas con la atención sostenida y la autorregulación. [...] Coincidió con William James (1890), autor del primer libro de texto de psicología en los Estados Unidos, en que esa atención puede ser un elemento importante en el control moral de la conducta. Muchos de los casos de



Still eran también muy activos. Ciertamente, que muchos también eran a menudo agresivos, desafiantes, indisciplinados, y excesivamente emocionales o "passionate", y probablemente en la terminología diagnóstica actual hubieran calificado también para trastorno oposicionista desafiante (TOD). [...] La asociación entre estos diagnósticos (TOD y Trastorno de conducta) resulta verdadera hoy día, donde entre el 40% y el 85% de los casos de TDAH atendidos en las clínicas muestran TOD comórbido y entre un 25% y un 55% tienen trastorno de conducta (Barkley, 2006; Goldstein & Goldstein, 1998, citado por Barkley, 2006, p. 137). Históricamente, pues, la fuerte asociación con estos trastornos externos ha sido evidente desde hace un siglo o más".

Still habló de 43 niños en total, tal como dice Barkley, pero los 23 referidos el primer día eran niños con seria deficiencia intelectual, lo cual obliga, siguiendo las indicaciones de la APA, a descartarlos de entrada como casos TDAH (APA, 1983). Nos quedarían 20 niños, número que aun siendo pequeño no le fue fácil reunir por ser el DMCM en ausencia de deficiencia intelectual una condición "en absoluto común" (Still, 1902, p. 1079). Si estos 20 casos eran TDAH, ¿qué dificultad puede haber entonces para un pediatra en reunir un número mucho mayor de estos, si según los expertos hasta "uno o dos niños por aula" lo sufren (FEAADAH, 2016)?

Llama la atención que Barkley sintetice las conferencias de Still anteponiendo los problemas de atención sostenida a cualquier otra consideración, pues como sabemos esto suponía para el pediatra un matiz añadido a un conjunto principal de conductas coléricas, maliciosas, agresivas y deshonestas. Luego admite Barkley que eran además estos niños "muy activos" y agresivos. Sin duda, se invierte en este análisis el orden de importancia de los caracteres descritos por Still, resaltándose interesadamente aspectos periféricos y minimizando aspectos nucleares. Hay que llamar la atención además sobre el uso arbitrario del concepto médico de comorbilidad, empleado aquí como injustificado comodín (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014), además del uso honorífico de "ciencia", signo de "cientismo", según el cual se pretende dotar a la relación artificial Still-TDAH de una coherencia de la que carece, fomentando con ello una credulidad acrítica (Haack, 2010).

CONSIDERACIONES FINALES

En opinión del psiquiatra Javier Quintero, "hoy pocos discuten la existencia del TDAH [...] y alejados quedan los debates conceptuales, arrollados por el imparable

paso de la ciencia". Opina que semejantes críticas acerca de la existencia del trastorno son "mitos", e ironiza diciendo que "el concepto "nuevo" (de TDAH) data realmente de más de un siglo desde que fue definido por Still" (Quintero, 2012, pp. 9-13).

Es justo afirmar, sin embargo, que no sólo los criterios diagnósticos del TDAH carecen completamente de validez (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014), sino que su carta de presentación histórica, al ser cuidadosamente analizada, se desmorona. Teniendo en cuenta que su tratamiento farmacológico es todo menos inocuo, ¿no estaremos acostumbrándonos a que la falta de rigor imperante en este campo no sea un inconveniente del todo grave a la hora de abordar las necesidades de la infancia?

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- APA, Asociación Americana de Psiquiatría (1983). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-III*. Barcelona: Masson
- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales (3ª Edición)*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barkley, R.A. (2006). The relevance of the Still lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 10, 137-140.
- Benito Moraga, R. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*. London: Printed for T. Cadell, Junior, and w. Davies, in The Strand.
- Dunn, P. M. (2006). Sir Frederic Still (1868-1941): The father of British paediatrics. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 91, 308-310.
- Farrow, S. J. (2006). Sir Frederick Still (1868-1941). *Rheumatology (Oxford Journals)*, 45(6), 777-778.
- FEAADAH, Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2016). Recuperado el 20 de Septiembre de: <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tDAH/respuestas-a-preguntas-frecuentes.htm#02>
- Gamo, J. R. (2010). Preguntas al público. En C. Baldovi y R. Iglesias (Eds.), *Hiperactivos. Estrategias y técni-*



- cas para ayudarlos en casa y en la escuela (3ª Edición) (p. 172-183). Madrid: LoQueNoExiste.
- García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2014) *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- GPC, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu (Coordinador) (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona: Libros Cúpula.
- Hawthorne, S. (2010). Institutionalized intolerance of ADHD: Sources and Consequences. *Hypatia*, 25(3), 504-526.
- Haack, S. (2010) Seis signos de cientismo. *Discusiones Filosóficas*, (11)16, 13-14.
- Hoffmann, H. (1876). *Der Struwwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren von Dr. Heinrich Hoffmann*. 100 Auflage. Frankfurt am Main: Literarische Anstalt (Rütten & Loening).
- INTEF, Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (2016). *Evolución histórica del concepto TDAH*. Recuperado el 20 de septiembre de: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_historica_del_concepto_tdah.html
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241-255.
- Martinez-Badía, J., Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *World Journal Psychiatry*, 5(4), 379-386.
- Matusevich, D. (2015). La pasión de Alexander Crichton, *Asclepio*, 67(2), 107. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.25>
- Navarro González, M.I., y García-Villamizar, D. A. (2010) El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4) 23-36.
- Palmer, E. y Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
- Prienice, J. B. (2006). ADHD: History, evolution and social impact. En J. Biederman (Ed.), *ADHD across the lifespan: An evidence-based understanding from research to clinical practice* (pp. 1-27). Boston: Veritas Institute for Medical Education.
- Quintero, J. (2012). Introducción. En A. Perote Alejandro y R. Serrano Agudo (Eds.), *TDAH: Origen y desarrollo* (pp. 9-14). Madrid: International Marketing & Communication.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) *Pediatría Integral*, XVIII(9),600-608.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R. y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en Adultos*. Barcelona: Amat Editorial.
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 877-887.
- Sagvolden, T. y Archer, T. (1989). *Attention Deficit Disorder. Clinical and basic research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Saiz Fernández, L. C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 1-19.
- San Sebastián, J., Soutullo, C. y Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) En C. Soutullo y M. J. Mardomingo (Eds.) *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 55-78). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Shorter, E. (1999). *Historia de la psiquiatría. De la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive. The controversial history of ADHD*. London: Reaktion Books.
- Soutullo, C. (2013). TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En M.A. Martínez Martín (Ed.), *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo* (pp. 81-116). Tarragona: Altaria.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Struwwelpeter-museum (20 de septiembre de 2016). Recuperado de <http://www.struwwelpeter-museum.de/en/heinrich-hoffmann/>
- Thome, J. y Jacobs, K. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19, 303-30.
- Whitaker, R. (2016). TDAH o una sociedad que se va de rositas. *Infocop*. Recuperado el 19 de Septiembre de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6012





como señalan autores como Cunningham y Baker (2007), también se ven expuestos a la manipulación por parte de los progenitores en situaciones relacionadas con la separación o el divorcio como la interacción abusiva durante el régimen de visitas, etc.

Son numerosas las investigaciones que han puesto de manifiesto que la violencia de género no afecta exclusivamente a la mujer sino que repercute ineludiblemente en los niños que conviven con el maltratador y su víctima, y que sufren las repercusiones de esta violencia, presentando problemas de diferente tipo en su desarrollo psicosocial (Alcántara, 2010; Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Bayarri, Ezpeleta, Granero, de la Osa y Domenech, 2010; Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davison y von Eye, 2006; Castro, 2011; Edleson, Mbilinyi, Beeman y Hagemester, 2003; Exposito, 2012; Graham-Bermann, Gruber, Girz y Howell, 2009; Holt, Buckley y Whelan, 2008; Kernic *et al.*, 2003; Mestre, Tur y Samper, 2008; Moylan, *et al.*, 2010; verlien, 2010; Patró y Limiñana, 2005; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith y Jaffe, 2003).

Esta situación ha sido igualmente denunciada por organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, (2006) o Save the Children (Ayllon, Orjuela y Roman, 2011). Otras instituciones relevantes como The National Council of Juvenile and Family Court Judge's (2006) en Estados Unidos, o el National Institute for Health and Care Excellence (2014) en Reino Unido, también han realizado una llamada a investigar e intervenir con estos menores para evitar/paliar las consecuencias de la exposición a la violencia de género en los menores.

La intervención con menores expuestos a violencia de género en sus hogares ha sido apoyada desde hace unos años por diferentes instancias internacionales. Así, el Consejo de Europa, en la Resolución 1714 (2010) reconoce que ser testigo de la violencia perpetrada contra su madre es una forma de abuso psicológico contra el niño con consecuencias potencialmente muy graves en su ajuste psicosocial, desarrollando la Recomendación 1905 (2010) (Children who witness domestic violence) para reforzar acciones específicas en este ámbito.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul, 2011), por su parte, establece en su artículo 26 la necesidad de proteger y apoyar a los niños testigos, al señalar que:

“las partes tomarán las medidas legislativas u otras necesarias para que, en la oferta de servicios de protección y apoyo a las víctimas, se tengan en cuenta adecuadamente los derechos y

necesidades de los niños testigos de todas las formas de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio”.

En España, la L.O. 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, en su exposición de motivos, señala que: “Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia”. Entre sus principios rectores se encuentra el de “Fortalecer las medidas de sensibilización ciudadana de prevención, dotando a los poderes públicos de instrumentos eficaces en el ámbito educativo, servicios sociales, sanitario, publicitario y mediático”.

Contamos pues con una ley pionera en muchos aspectos, que cuenta con el reconocimiento de numerosas instituciones, como la Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres) que, junto al World Future Council y la Unión interparlamentaria, concedieron una de las menciones de honor del Future Policy Award en 2014 a la ley española (Heisecke. y Werner, 2014).

Aunque los menores están incluidos en esta normativa, como señala Lorente (2014), hay que desarrollar los recursos que en ella se contemplan, dar presupuesto y adoptar medidas para que, por parte de las diferentes instituciones implicadas se adopten las actuaciones necesarias para su protección.

Una revisión de las actuaciones realizadas en este sentido muestra, sin embargo, que hasta muy recientemente, estos menores no han estado en el punto de mira de la actuación de los organismos que deberían encargarse de su protección, convirtiéndose, como señalaba Osofsky (1999) en “las víctimas invisibles” de esta lacra social.

Algunos casos que han saltado a la luz pública han puesto de manifiesto, además, la falta de diligencia en las actuaciones llevadas a cabo para la protección de una mujer víctima de violencia de género y especialmente de su hijos/as.

Estos hechos llevaron al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) a condenar a España por negligencia y falta de protección en el caso de una menor asesinada por su padre. En su dictamen insta la adopción de medidas adecuadas y efectivas para que los antecedentes de violencia de género sean tenidos en cuenta en el momento de estipular los derechos de custodia. Y todo en aras a evitar que se ponga en peligro la seguridad de las víctimas de violencia de género, incluidos los hijos, y que se refuerce la implementación del marco legal para responder adecuadamente a este problema. Por último, se obli-



**TABLA 1
LEGISLACIÓN AUTONÓMICA SOBRE
VIOLENCIA DE GÉNERO**

CC.AA.	Normativa
Andalucía	Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.
Aragón	Ley 4/2007, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.
Canarias	Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.
Baleares	Ley 12/2006, de 20 de septiembre para la Mujer, que dedica el capítulo VI a la violencia contra las mujeres.
Canarias	Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género.
Cantabria	Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.
Castilla-La Mancha	Ley 5/ 2001 de 17 de mayo, de Prevención de los Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas.
Castilla/León	Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León
Cataluña	Ley 5/2008, de 24 de abril, de los Derechos de las Mujeres para la Erradicación de la Violencia Machista.
Comunidad Valenciana	Ley 7/2012, de 23 de diciembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana
Extremadura	Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura
Galicia	Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la Prevención y Tratamiento Integral de la Violencia de Género.
La Rioja	Ley 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja
Comunidad de Madrid	Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.
Región de Murcia	Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.
Navarra	Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la Adopción de Medidas Integrales contra la Violencia Sexista, modificada por la Ley Foral 12/2003, de 7 de marzo.
País Vasco	Ley 4/2005 de Igualdad de Mujeres y Hombres (Título III, Cap. VI, dedicado a Violencia de Género),
Principado de Asturias	Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género

Fuente: Elaboración propia a partir del informe sobre actuaciones de las comunidades autónomas en cumplimiento de la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (junio, 2013)

ga a que los jueces y personal administrativo competente reciban formación obligatoria sobre estereotipos de género (Women’s link Worldwide, 2012).

Afortunadamente, en los últimos años la situación está cambiando y se están produciendo avances en la protección a los hijos de las víctimas de la violencia de género en España, con cambios legislativos y el desarrollo de diferentes programas en las comunidades autónomas para intervenir con estos menores.

Cambios legislativos

En España, la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género ya reconocía, que las situaciones de violencia de género en el hogar “afectan también a los menores que se encuentran dentro del entorno familiar, pero sin darle categoría de víctima.

En los últimos años se han ido levantando voces para lograr un mayor reconocimiento y apoyo a la situación de estos menores y, actualmente, la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género (2013-2016) puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hace una especial mención a los hijos de las víctimas. Entre otras acciones, destaca la de promover la atención integral especializada y multidisciplinar, jurídica, psicológica y educativa de menores a cargo de mujeres que sufren violencia de género. Por su parte, el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016) también dedica un apartado importante a esta problemática. Y también se han incluido estos aspectos en la actualización del Protocolo Básico de intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

En línea con estas iniciativas, las comunidades autónomas han hecho un esfuerzo por adaptar su marco legal a esta problemática, desarrollando normativas contra la violencia sobre la mujer en las que se incorporan aspectos relacionados con la atención a los hijos de las víctimas y reconociendo sus derechos como víctimas también de esta violencia (Tabla 1).

En general estas normas instan a garantizar a los hijos de las víctimas el acogimiento junto con sus madres en centros residenciales, la escolarización inmediata en caso de cambio de domicilio de la madre por causa de esta violencia, el acceso a las ayudas económicas que se dispongan y al tratamiento psicológico rehabilitador si en su caso procediere, así como a mejorar la protección a nivel legal.

Como corolario a todo lo anterior, la modificación de la Ley Orgánica 1/2004 que contempla la Ley Orgánica 8/2015, de 23 de julio, de modificación del sistema de



protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, dan un mayor protagonismo y protección a los hijos de las víctimas de la violencia de género. En concreto, en la disposición final tercera de la Ley Orgánica 8/2015 se modifica la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Mediante esta modificación, la Ley Orgánica de Protección a la infancia ya reconoce a los menores hijos/as de las víctimas también como víctimas de la violencia de género, incorporando la correspondiente modificación en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004.

Además modifica los artículos 61, 65 y 66 de la L.O. 1/2004 para lograr una mayor claridad y hacer hincapié en la obligación de los Jueces de pronunciarse sobre las medidas cautelares y de aseguramiento, en particular, sobre las medidas civiles que afectan a los menores que dependen de la mujer sobre la que se ejerce violencia, y ampliar las situaciones objeto de protección en las que los menores a cargo de la mujer víctima de la violencia de género pueden encontrarse.

Lo dicho hasta ahora permite vislumbrar un cambio de tendencia en la atención a los menores expuestos a situaciones de violencia de género. Pero de nada serviría todo este esfuerzo normativo si finalmente no se ponen los medios para poder llevar a la práctica las recomendaciones que en estos documentos se señalan.

Intervención con menores víctimas de violencia de género

Numerosos trabajos señalan que aspectos tales como el funcionamiento positivo de la madre, la cohesión familiar y los servicios de apoyo actúan como factores protectores en el desarrollo psicosocial de los menores que han vivido expuestos a violencia de género (Anderson & Bang, 2012; Brodowsky and Fixshmann, 2012; Graham-Bermann, Howell, Lilly, & DeVoe, 2011; Jouriles et al., 2009; Tajima et al., 2011). De ahí que, en el plano de la intervención, hace unas décadas empezaran a desarrollarse fuera de nuestras fronteras programas dirigidos a estos menores, orientados al tratamiento individual ante reacciones traumáticas (Groves, 1999; Silvern, Karyl y Landis, 1995), o mediante programas educativos y grupos de apoyo (Graham-Bermann, 2000; Suderman, Marshall y Loosely, 2000) o dirigidos al trabajo con menores testigos de violencia y sus madres (Domestic Violence Group de The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014; Groves, 1995; Graham-Bermann, 2000; McDonald, Jouriles, y Skopp, 2006; Lewis y Ghosh Ippen, 2004; Lieberman, y Van Horn, 2004; 2008; Van Horn y Lieberman, 2006).

La evaluación de programas de este tipo ha mostrado resultados prometedores (Eldeson, Mbilinyi y Shetty, 2003; Graham-Bermann, 2001; Jouriles, McDonald, Rosenfield, Stephens, Corbitt-Shindler, y Miller, 2009). Por ejemplo, la revisión de estos programas realizada por Graham-Bermann (2001) muestra que los niños y niñas que participaron en programas grupales para menores expuestos a violencia doméstica o en programas de trabajo con la diada madre-hijo redujeron sus conductas agresivas y sus niveles de ansiedad y depresión, y mejoraron sus relaciones tanto con la figura materna como con los iguales.

A pesar de estas evidencias, aún son incipientes las experiencias de intervención con estos menores en España. Destacan, en este sentido, diferentes experiencias entre las que fue pionera la Universidad de Valencia (Mestre, Tur y Samper, 2008), con un estudio del impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos.

Siguieron esta andadura la Universidad de Murcia (Alcántara, 2010; Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Castro, 2011; Patró y Limiñana, 2005), la Universidad de Alicante (Rosser, Suriá y Villegas, 2015; Rosser, Villegas, Suriá, Rebollo, Bueno, Asensi, Figueredo y Mújica, 2013; López-Monsalve, 2014; Rosser (coord), Alcántara, Castro y López-Soler, 2016; Rosser, Suriá, Alcántara y Castro, 2016), la Universidad de Granada, (Francisca Expósito, 2012), la Universidad Autónoma de Barcelona (Bayarri, Ezpeleta, Granero, de la Osa y Doménech, 2010; Bayarri, Ezpeleta y Granero, 2011; Miranda, de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2013; Olaya, Ezpeleta, de la Osa, Granero y Doménech, 2010) y las Universidades de Santiago de Compostela y de Vigo (Arce, Suarez y Villar, 2004; Carracedo, Fariña, y Seijo, 2010; Carracedo, Vázquez, Seijo y Mohamed-Mohand, 2013; Fariña, Arce, y Seijo, 2009).

Aunque lentamente, en los últimos años se observa una cada vez mayor concienciación en torno a la situación de los hijos de las mujeres víctimas de violencia de género por parte de las instituciones. Prueba de ello es que se están desarrollando diferentes estudios y proyectos de intervención dirigidos a ofrecer a los profesionales que trabajan directamente en los servicios especializados de atención a víctimas de violencia de género guías de consulta y de apoyo en su trabajo diario, con el objetivo de facilitar herramientas para la detección, orientación y derivación de menores y mujeres en situación de violencia de género.

Destaca en primer lugar un estudio coordinado por Save the Children, titulado *“En la violencia no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género”*, en el marco de un proyecto internacional de la iniciativa Daphne III de la Comisión Europea (Ayllon, Orjuela y Román, 2011).



El Instituto Aragonés de la Mujer y la Fundación Adca- ra publican ese mismo año 2011, su estudio *“Una mirada hacia los hijos e hijas expuestos a situaciones de Violencia de Género. Orientaciones para la intervención desde los Servicios Sociales en Aragón”*.

En Andalucía, el Instituto Andaluz de la Mujer de la Junta de Andalucía y la Universidad Nacional a Distancia (UNED), de la mano de Luzón, Saboya, Matos y de la Peña (2011), publica el proyecto de investigación Andalucía detecta-Andalucía interviene sobre *“Sexismo y Violencia de Género en la Juventud Andaluza e Impacto de su exposición en menores”* que incluye recomendaciones para la intervención con menores expuestos a violencia de género. Y también en Andalucía, en 2012, el Defensor del pueblo publica su estudio *“Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia”*.

Otros organismos han trabajado también en esta línea. Por ejemplo en 2012, el Instituto Canario de Igualdad del Gobierno de Canarias (2012) publicó la *Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género*. Y también ese año la Fundación La Caixa (2012) difunde en las diferentes comunidades autónomas su programa *Tolerancia cero: Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género*. Un año después, en 2013, el Área de Igualdad de la Diputación de Alicante ha editado una guía divulgativa para dar a conocer la situación de los menores expuestos a la violencia de género.

Todas estas guías han ido orientadas a la capacitación de los profesionales para poder detectar y abordar las

problemáticas de los menores, incorporando las pautas de intervención recomendadas desde los diferentes programas y organismos, para finalizar aportando elementos para la intervención tanto con las madres como con los menores.

Además de estas publicaciones, el Protocolo Marco de Atención Especializada a Menores Expuestos a Violencia de Género, que puso en marcha el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha permitido establecer convenios con las diferentes comunidades autónomas para el desarrollo de programas y la prestación de servicios que garanticen el derecho a la asistencia social integral a las víctimas de violencia de género, en el que se incluye la intervención con los menores. Sin embargo, hay que señalar que, si el presupuesto para las actuaciones para la prevención integral de la violencia de género es reducido para la envergadura del problema, un 0,01% de los Presupuestos Generales del Estado, más lo son las ayudas, para la atención especializada a menores expuestos a violencia de género, que se sitúan alrededor de los 1,5 millones de euros al año con un ligero descenso en 2013 (Figura 1).

A pesar de las dificultades presupuestarias, un recorrido por las web oficiales muestra cómo han ido desarrollándose desde 2010, en Andalucía, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia, programas de intervención psicológica específicos para los menores expuestos a violencia de género (Tabla 2) además de otros en los que, en el marco de intervención con las mujeres, se atiende también a sus hijos (Baleares, Cantabria, Castilla León, o País Vasco).

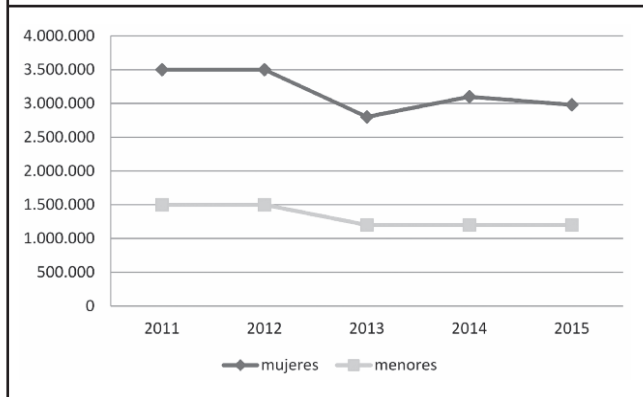
La evolución es notable pero estos esfuerzos resultan todavía insuficientes. Especialmente si comprobamos que, mientras en la macroencuesta de violencia de género de 2011 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011) se recoge que un 53,3% de las mujeres que se han sentido víctimas de violencia de género y tenían hijos/as menores de 18 años señalaban que estos padecieron directamente situaciones de violencia en algún momento, en la edición de 2015, la cifra asciende al 64,2% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

La cifra de menores víctimas mortales de casos de violencia de género, con tres menores asesinados y 5 casos en investigación en 2015, también podría llegar a superar la situación de 2013 y 2014 con 6 y 4 casos respectivamente (Datos estadísticos de violencia de género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)¹

CONCLUSIONES

En los últimos años, se ha producido un cambio significativo en la preocupación de investigadores, administraciones y profesionales por la atención a los menores expuestos a situaciones de violencia de género.

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN A LAS CC.AA. DEL FONDO DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y PARA EL DESARROLLO DE ACTUACIONES EN EL MARCO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO. ELABORACIÓN PROPIA





Los resultados de las investigaciones son unánimes en resaltar las importantes repercusiones que tiene la exposición a la violencia de género en los menores. Esta evidencia ha provocado cambios sustanciales en el marco legal y los protocolos existentes en situaciones de violencia de género, dando prioridad a la intervención con los menores y considerándolos igualmente víctimas de esta situación. Concretamente, el apartado 5 del artículo 19 de la Ley Orgánica 1/2004 establece que:

“También tendrán derecho a la asistencia social integral (...) los menores que se encuentren bajo la patria potestad o guardia y custodia de la persona agredida. A estos efectos, los servicios sociales deberán contar con personal específicamente formado para atender a los menores, con el fin de prevenir y evitar de forma eficaz las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género”.

TABLA 2
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICOS PARA MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS CC.AA.

CC.AA.	Enlace	Características
Andalucía	http://www.amuvi.org/pages/programas-asistenciales/servicio-de-atencion-a-menores-victimas-de-la-violencia-de-genero	Servicio de Atención Psicológica para Hijas e Hijos de Mujeres Víctimas de Violencia de Género: Apoyo y orientación psicosocial y educativa a los hijos y las hijas de mujeres víctimas de violencia, de edades comprendidas entre los 6 y 17 años.
Aragón	http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/InstitutoAragonesMujer/AreasTematicas/ServiciosAsesorias/ci.servicio_violencia_ni%C3%B1os.detalleDepartamento?channelSelected=0	Servicio de Atención Psicológica a Menores Víctimas de Violencia de Género: menores (niños o niñas de 3 a 18 años) hij@s de mujeres que son o han sido víctimas de agresión/violencia por parte de sus parejas y o exparejas que han vivido estas situaciones familiares y que están afectados psicológicamente por ellas.
Cantabria	http://mujerdecantabria.com/quince/	Programa específico de atención psicoterapéutica a menores.
Castilla-La Mancha	http://www.institutomujer.jccm.es/programas/violencia-de-genero/derecho-a-la-asistencia/	Programa de intervención psicológica especializada para menores víctimas de la violencia de género. Preferencia para menores hijos de mujeres residentes o ex residentes en algún recurso de acogida.
Extremadura	https://ciudadano.gobex.es/web/violencia-de-genero/recursos-del-instituto-de-la-mujer-de-extremadura	Atención Especializada a Menores Víctimas de la Violencia de Género: asesoramiento, diagnóstico e intervención individualizada o grupal a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género, a los/as menores que han sufrido agresiones directas y a las mujeres, que siendo menores de edad, sean víctimas de las agresiones provocadas por figuras masculinas que ejercen un control y dominio sobre ellas por el mero hecho de ser mujer
La Rioja	http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=742297&IDoc=548900	“Apóyame”: menores, de edades entre 6 y 17 años de forma individual, grupal y con la madre.
Comunidad de Madrid	http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_ConvocaPrestac_FA&cid=1354289767969&noMostrarML=true&pageid=1331802501674&pagename=PortalCiudadano%2FCM_ConvocaPrestac_FA%2FPICIU_fichaConvocaPrestac&vest=1331802501621	Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional Programa “Atiende” menores. atención psiquiátrica, psicológica y social a menores de 0 a 18 años.
Región de Murcia	http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17777&RASTRO=c1755\$m25419&IDTIPO=11	Terapias individuales, grupales y conjuntas con las madres
C. Valenciana	http://www.sinmaltrato.gva.es/documents/454751/0/Proyecto+Menores+2014/611a93e9-73cc-4233-abe5-9c2134c7503c	Talleres psicoeducativos dirigidos a menores, hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género, en diferentes grupos de edad.

Fuente. Elaboración propia a través de la consulta de las webs oficiales y el Informe sobre actuaciones de las comunidades autónomas en cumplimiento de la Ley orgánica 1/2004

¹ Datos estadísticos de violencia de género Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
http://www.msssi.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/Vmenores_04_09_2015.pdf



Las diferentes guías de intervención también han insistido en señalar la necesidad de capacitar a los profesionales de los diferentes ámbitos de intervención para abordar el reto de trabajar con los menores para mejorar sus condiciones de vida y propiciar la resolución de sus dificultades.

Sin embargo, queda un largo camino por recorrer que va a necesitar de un importante despliegue de medios para llevarlo a cabo.

Se precisan medios para seguir investigando pues las dificultades para realizar estudios sobre la influencia de la violencia de género son numerosas (Alcántara, 2010). La privacidad en la que tiene lugar este tipo de violencia, los obstáculos con los que se encuentran las mujeres para su denuncia, y la dificultad para acceder a las víctimas, la distorsión que sufre en ocasiones la información recibida y/o la necesaria confidencialidad de la información, dificultan la obtención de indicadores precisos.

Es necesario igualmente aunar criterios en el ámbito legal para garantizar la protección a los menores en situaciones de ruptura de la pareja, divorcio, órdenes de alejamiento, etc. de forma que las medidas adoptadas se supediten al interés del menor y cuenten con la adecuada supervisión de regímenes de visitas y comunicación de los hijos con los progenitores.

Todo ello debe ir de la mano de los suficientes recursos humanos y materiales para reorientar la intervención desde los diferentes ámbitos que intervienen en violencia de género y de esta forma, sin perder de vista la intervención con las mujeres víctimas, hacer protagonistas a los menores, adecuar los servicios a sus necesidades y brindarles los servicios especializados que requieren.

Para conseguir este último objetivo se hace necesaria una mayor especialización de los profesionales de la psicología en la intervención con los menores expuestos a situaciones de violencia de género y sus madres.

Esta especialización será la clave para el desarrollo de programas orientados a reducir los problemas de comportamiento de los niños y sus actitudes y creencias perjudiciales acerca de la aceptabilidad de la violencia, a mejorar su capacidad para hacer frente a la violencia, aprendiendo habilidades de seguridad, habilidades de resolución de conflictos y una mayor capacidad de identificar y regular las emociones relacionadas con la violencia y a reducir el nivel de estrés postraumático, a la par que a mejorar la seguridad y las habilidades de crianza de las madres (Alcántara et al, 2016, Graham-Bermann, 2000; Lieberman, y Van Horn, 2004; 2008; McDonald, Jouriles, y Skopp, 2006).

Así mismo, las entidades responsables de los servicios de atención a las víctimas de violencia de género debe-

rán velar porque se contemplen plazas de psicólogos para la realización de estos programas.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Alcántara, M.V., López-Soler, C., Castro, M. y López, J. J. (2013). *Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad en el CBCL*. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747.
- Alcántara, M.V. (2010). *Víctimas invisibles: los hijos de las mujeres víctimas de la violencia de género*. Tesis doctoral Universidad de Murcia.
- Ayllon, E., Orjuela, L. y Román, Y. (coords.) (2011). *En la violencia no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Procrea. Save the children.
- Anderson, K.M y Bang, E.J. (2012). Assessing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child & Family Social Work*, 17, 55-65.
- Bayarri, E.; Ezpeleta, L. , Granero, R.; De La Osa, N. y Domènech, J.M. (2011). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1215-1231.
- Bayarri, E.; Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011). Exposure to Intimate Partner Violence, Psychopathology, and Functional Impairment in Children and Adolescents: Moderator Effect of Sex and Age. *Journal of Family Violence*, 26(7), 535-543.
- Brodowsky, M.I. and Fischmann, L. (2012). *ACYF Protective Factors Framework Literature Review and Development of a Theoretical Framework for the Administration on Children, Youth and Families*. Washington: Office on Child Abuse and Neglect Children's Bureau Administration on Children, Youth, and Families.
- Carracedo, S.; Vázquez, M.J.; Seijo D. y Mohamed-Mohand, L. (2013). Nivel de inadaptación en los hijos testigos de violencia familiar. En: F. Expósito, I: Valor-Segura, M. Vilariño y A. Palmer (eds.)(2013). *Psicología jurídica aplicada a los problemas sociales*, pp. 61-67. Santiago de Compostela: Sociedad española de psicología jurídica y forense.
- Castro, M. (2011). *Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido violencia intrafamiliar: directo versus expuestos a violencia de género*. Tesis doctoral. Tesis Doctorales en Red. Universidad de Murcia.
- Cunningham, A. y Baker, L. (2007). How Violence



- Against a Mother Shapes Children as they Grow. London ON: Centre for Children & Families in the Justice System. Disponible en: http://www.lfcc.on.ca/little_eyes_little_ears.html
- De La Vega, A.; De La Osa, N.; Ezpeleta, L.; Granero, R. y Domènech, J.M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect*, 35(7), 524-531.
- Defensor del pueblo andaluz (2012). *Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia*. Sevilla. Disponible en <http://www.defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/menores-expuestos-violencia-genero/index.html>
- Expósito, F. (dir) (2012). *Efectos psicosociales de la violencia de género sobre las víctimas directas e indirectas: Prevención e intervención*. Instituto de la Mujer del Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/Efectos_psicosociales_violencia_Web_853.pdf
- Fundación La Caixa (2012). *Tolerancia cero: Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género*. Documento sin publicar
- Graham-Bermann, S. A. (2000). Evaluating interventions for children exposed to family violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(1), 191-216.
- Graham-Bermann, S. , Howell, K.H., Lilly, M. y Devoe, E. (2011). Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1815-1833.
- Heisecke, K. y Werner, S. (2014). *Ending violence against women and girls. The world's best laws and policies*. Hamburg: World Future Council. Disponible en: https://www.worldfuturecouncil.org/file/2016/01/WFC_2014_Future_Policy_Award_En.pdf
- Holden, G.W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, 6(3):151-60.
- Jouriles, E, McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D. y Miller, P. (2009). Reducing Conduct Problems Among Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Clinical Trial Examining Effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 705-17.
- L.O. 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE núm. 313, de 29/12/2004. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- L.O. 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 175 de 23 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 de 29 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). *Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Zero to Three Press: Washington, D.C.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.
- López-Monsalve, B. (2014). *Violencia de género e infancia. Hacia una visibilización de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Tesis doctoral Universidad de Alicante. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/41712/1/tesis_bego%20B1a_lopez_monsalve.pdf
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.
- Lorente, M. (2014). *El gobierno, la violencia de género y los menores*. El PAIS. www.elpais.com de 29 de abril de 2014.
- McDonald, R., Jouriles, E. & Skopp, N. (2006). Reducing Conduct Problems Among Children Brought to Women's Shelters: Intervention Effects 24 Months Following Termination of Services. *Journal of Family Psychology*, 20(1):127-36.
- Mestre, M.V.; Tur, A.M. y Samper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas. Un estudio empírico en la comunidad valenciana*. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana frente a la discriminación y malos tratos Tolerancia Cero.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). *Macroencuesta de Violencia de Género 2015*. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/Estudios_Investigaciones/Macroencuesta_2011.htm
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013 - 2016)*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



- (2013). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 - 2016 (II PENIA). Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de Violencia de Género 2015*. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *VII Informe anual del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer*. Madrid. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/Informe_Ejecutivo_VII_Informe.pdf
- Miranda, J.K.; de la Osa, N.; Granero, R. y Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 35(9):700-711.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>
- Ohlson, C. (2010) Children who witness domestic violence. *Informe del Comité de Asuntos sociales, salud y familia del Consejo de Europa*.
- Osofsky, J.D. (1999). The Impact of Violence on Children. *The Future of Children: domestic Violence and Children*, 9(3), 33-49.
- Patró R. y Limiñana R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17.
- Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>. Consultado por última vez el 30 de julio de 2016.
- Recommendation 1905 (2010) (Children who witness domestic violence). Council of Europe. Parliamentary Assembly. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/ConsejoEuropa/Normativa/docs/Rec_1905_2010.pdf
- Resolución 1714 (2010) Children who witness domestic violence. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Disponible en: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1714.htm>
- Rosser, A. (coord), Alcántara, M, Castro, M. y López-Soller, C., (2016). *Menores expuestos a violencia de género: actividades y recursos para la intervención psicológica*. Alicante: Limencop. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/53950>
- Rosser, A., Suriá, R., Alcántara, M. y Castro, M. (2016). *"Hacer visible lo invisible". Buenas prácticas en la intervención con menores expuestos a violencia de género*. Alicante: Limencop. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/53951>
- Rosser, A., Villegas, E., Suriá, R. (2015). La exposición a violencia de género y su repercusión en la adaptación escolar de los menores. *Bordón. Revista de pedagogía*, 67(2), 117-129.
- Rosser, A., Villegas, E., Suriá, R., Rebollo, J., Bueno, A., Asensi, M.J., Figueredo, C. y Mújica, M.T. (2013). La atención a los menores hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género en los centros de acogida. En: F. Expósito, I: Valor-Segura, M. Vilariño y A. Palmer (eds.)(2013). *Psicología jurídica aplicada a los problemas sociales*, pp. 41-51. Santiago de Compostela: Sociedad española de psicología jurídica y forense.
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género Instituto Canario de Igualdad del Gobierno de Canarias (2012). *Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género*. Instituto Canario de Igualdad del Gobierno de Canarias. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/opencms8/export/sites/icigualdad/resources/documentacion/GuiaViolenciaMenores.pdf>
- Tajima, E. A., Herrenkohl T. I., Moylan C. A., & Derr A. S. (2011). Moderating the Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: The Roles of Parenting Characteristics and Adolescent Peer Support. *Journal of research on adolescence*, 21(2), 376-394.
- UNICEF (2006). *Behind Closed Doors. The Impact of Domestic Violence on Children*. Littlehampton: The Body Shop International.
- Web de la Women's link Worldwide. Caso Ángela González Carreño c. España, discriminación y violencia de género contra mujeres y menores. Disponible en http://www2.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_proyectos&dc=62
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women*. Geneva : WHO Press. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1



ESTUDIOS DE ACULTURACIÓN EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA ACCULTURATION STUDIES IN SPAIN IN THE LAST DECADE

Roberto Martín Julián
Universitat de València

En un mundo globalizado, numerosos grupos de personas entran en contacto permanentemente y experimentan cambios de carácter psicosocial. A estos cambios producidos durante el contacto entre grupos culturalmente diferentes hace referencia la llamada aculturación. En este trabajo se presenta una revisión sistemática de 18 artículos sobre las investigaciones que han tratado este fenómeno durante la última década (2005-2015) en España. Los resultados de esta revisión indican que las líneas temáticas más estudiadas en la literatura han sido los ámbitos aculturativos periféricos y nucleares, el papel del prejuicio en la adopción de un estilo aculturativo u otro, la influencia de las estrategias de aculturación adoptadas en la salud mental de las personas y otras variables que condicionan el proceso de aculturación. Como conclusión, existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de trabajar variables como la empatía, el manejo de emociones o las habilidades sociales para fomentar la solidaridad y la sensibilidad intercultural desde edades tempranas.

Palabras clave: Aculturación, Contexto español, Inmigración, Relaciones interculturales.

In a globalized world, numerous groups of people come into permanent contact with each other and experience psychosocial changes. These changes, produced during contact between culturally different groups, are called acculturation. In the present study, a systematic review was carried out of 18 journal articles that have researched this phenomenon over the last decade (2005-2015) in Spain. The results show that the main topics studied are the areas of nuclear and peripheral acculturation, the role of prejudice in the adoption of one acculturation style or another, the influence of the acculturation strategies adopted on people's mental health and other variables that influence the process of acculturation. To sum up, there is general agreement on the importance of developing variables such as empathy, managing emotions or social skills in order to promote solidarity and intercultural sensitivity from an early age.

Key words: Acculturation, Spanish context, Immigration, Intercultural relationships.

Las constantes migraciones que se producen a nivel mundial, seguidas del consecuente proceso de adaptación de los grupos migrantes en las sociedades receptoras, generan desafíos importantes en la investigación social. Además, estos desplazamientos poblacionales conllevan importantes reajustes en diferentes ámbitos de la vida de una persona, como puede ser el ámbito familiar, social, educativo o laboral (Bronfenbrenner, 1987).

A este proceso de cambio cultural y psicológico que surge del contacto entre grupos culturalmente diferentes se le llama *aculturación* (Berry, 2003). La entrada en contacto de una persona con una cultura diferente a la suya puede tener un gran impacto en su calidad de vida, ya que las estrategias de afrontamiento de esa persona se han de ver modificadas para adaptarse a la nueva realidad sociocultural que le rodea.

Aunque el primer modelo sobre los procesos de acultu-

ración surge de la mano de Gordon (1964), quien propuso un *Modelo Unidireccional de Aculturación*. Posteriormente, Berry (1974, 1980, 1984) concluyó que la aculturación era un proceso *bidimensional* donde intervenía tanto la cultura del grupo migrante como la cultura autóctona. De este modo, fue Berry quien estableció que ambas dimensiones (mantenimiento de valores culturales propios y participación en sociedad receptora) eran independientes y podían conjugarse. También Berry (1990) reconoce que, normalmente, la sociedad receptora (grupo dominante) es quien suele imponer sus características sobre el grupo inmigrante (grupo dominado) en mayor o menor medida. Así, nace el llamado *Modelo de Aculturación*, que consta de tres elementos: las preferencias o *actitudes de aculturación*, los cambios concretos de comportamiento o *estrategias de aculturación*, y el nivel de dificultad experimentado por los individuos para hacer frente a la situación en la nueva sociedad o *estrés de aculturación*. Aunque, en un principio, Berry utiliza los términos de actitudes y estrategias de aculturación de manera indiferente, posteriormente los diferencia. En primer lugar, las actitudes de aculturación, como señalan

Recibido: 1 septiembre 2015 - Aceptado: 31 marzo 2016
Correspondencia: Roberto Martín Julián. Facultad de Psicología.
Universitat de València. Avd. Blasco Ibañez, 21. 46010 Valencia.
España. E-mail: roberto.martin.julian@gmail.com



Sabatier y Berry (1996), se refieren a la importancia que los grupos o individuos conceden al mantenimiento de su propia identidad cultural y al deseo de relacionarse o mantener contacto con personas de la sociedad de acogida; mientras que las estrategias de aculturación incluirían las actitudes de aculturación y los comportamientos que finalmente se llevan a cabo.

Ahora bien, hecha esta aclaración, la combinación de las opciones de aculturación (mantener la propia identidad o no; y convertirse en parte integrante de la sociedad de acogida) da lugar a las siguientes estrategias:

La opción de la integración es el resultado de mantener la propia identidad cultural y a la vez convertirse en parte integrante de la sociedad de acogida. La asimilación resulta de la preferencia de abandonar la identidad cultural de origen y de convertirse en parte de la sociedad de acogida. La separación (segregación desde el punto de vista de los autóctonos) se refiere a la ausencia de relación con la sociedad de acogida y al mantenimiento de la identidad y las tradiciones de la sociedad de origen. Finalmente, en la marginación (exclusión desde el punto de vista de los autóctonos) se deja de lado el contacto cultural y psicológico, tanto con la sociedad de origen (pérdida de identidad cultural) como con la de acogida (acceso restringido a formar parte de la sociedad receptora).

Por tanto, aquellos inmigrantes que elijan la opción de aculturación que domina en la sociedad de acogida (por ejemplo, quienes elijan la opción de asimilación en una sociedad asimilacionista) experimentarán menores niveles de conflicto que aquellos que opten por opciones diferentes a las de la sociedad de acogida. Esta aclaración conduce a otro elemento a la hora de analizar los procesos de aculturación: el *estrés de aculturación* o *estrés aculturativo* (Berry, 1990). Este elemento tiene que ver con la aparición de procesos de estrés que supone el proceso de aculturación, y está ligado a una adaptación disfuncional a la sociedad de acogida. Posteriormente, Bourhis, Möise, Perreault y Senécal (1997) desarrollaron el *Modelo Interactivo de Aculturación*, el cual tiene como novedad la adición de una nueva estrategia de aculturación, el *individualismo*. Esta opción se basa en que tanto los inmigrantes como la sociedad receptora priman las características individuales sobre la pertenencia grupal.

Desde Alemania, hay que destacar la labor de Piontkowski y su equipo de investigación (Piontkowski y Florack, 1995; Piontkowski, Florack, Hoelker y Obdrzálek, 2000; Piontkowski, Rohmann y Florack, 2002). La gran

novedad de este marco teórico radica en la introducción de una serie de factores psicosociales que funcionarían como predictores en la puesta en marcha de estrategias de aculturación por parte de ambos grupos (inmigrantes y sociedad receptora): *sesgo endogrupal*, *permeabilidad de los límites grupales*, y *enriquecimiento cultural*.

En el contexto español, se desarrolló el *Modelo Ampliado de Aculturación Relativa* (Navas et al., 2004), el cual aporta una serie de importantes novedades al estudio de la aculturación. Probablemente, la novedad más importante está relacionada con la propuesta de diversos ámbitos de la realidad sociocultural en que se pone en práctica una opción de aculturación o la otra. Estos ámbitos son: *tecnológico o laboral*, *económico*, *político*, *familiar*, *social*, *religioso* y *formas de pensar (principios y valores)*. Por tanto, este modelo plantea que la opción de aculturación escogida por inmigrantes y autóctonos generará mayor consenso entre los ámbitos *periféricos* (político, laboral, económico), y menor consenso en ámbitos *nucleares* (social, familiar, religioso, formas de pensar). Posteriormente, Navas y Rojas (2010) introducen dos novedades al Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR): en primer lugar, añaden un ámbito denominado *sistema de bienestar social*, en el cual se incluye la sanidad, la educación y los servicios sociales. Y, en segundo lugar, definieron de forma más concreta el contenido de cada ámbito de aculturación.

La elaboración del presente artículo responde a dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, tras haber realizado una amplia búsqueda sobre los estudios de aculturación en España en los últimos diez años, no se han encontrado revisiones sistemáticas sobre este fenómeno. Y, en segundo lugar, el conocimiento del fenómeno de la aculturación contribuye a desarrollar la comprensión acerca del fenómeno migratorio en España, lo que puede llevar a que otros profesionales diseñen intervenciones que estén sustentadas en investigaciones científicas y claramente contrastadas.

En el presente trabajo, por tanto, el objetivo principal es realizar una revisión sistemática sobre los estudios de aculturación en los últimos diez años en España. Para conseguir este objetivo, se plantean una serie de objetivos específicos: identificar las variables estudiadas en relación al proceso de aculturación, comparar y resumir los principales resultados obtenidos en relación a las actitudes de aculturación, poner de manifiesto las limitaciones más comunes en el estudio de actitudes de aculturación, sugerir líneas de investigación para futuros trabajos sobre la materia, y conocer las implicacio-



nes prácticas que los investigadores sobre aculturación postulan para la intervención psicosocial.

MÉTODO

Siguiendo a Petticrew y Roberts (2006), se ha realizado una revisión sistemática a partir de los siguientes pasos: a) identificar los estudios relevantes sobre la materia propuesta; b) seleccionar, evaluar y excluir/incluir los estudios pertinentes; c) ubicar y guardar los artículos seleccionados; d) agrupar la información recogida; y e) usar un método narrativo para sintetizar la información. En consonancia con la explicación de estos autores, la elección de este método, y no de un meta-análisis, se debe a la amplia heterogeneidad de los artículos estudiados.

Para la elaboración del trabajo de revisión, se recurrió a las siguientes fuentes de datos: *Web of Science*, *Psycinfo*, y *Dialnet*. Seguidamente, se utilizó el descriptor *aculturación* para comenzar la búsqueda de los artículos. La búsqueda arrojó un total de 538 artículos entre las tres bases de datos consultadas. Tras acotar los resultados al periodo comprendido entre 2005 y 2015, el número de artículos descendió a 308. El paso siguiente fue la lectura de los títulos (y si había dudas, de los resúmenes también) de estos artículos aplicando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- ✓ Criterios de inclusión: trabajos elaborados en el contexto español; estudios empíricos; publicaciones entre los años 2005 y 2015 (ambos inclusive); estudios en que la variable de aculturación fuera evaluada en relación a otras variables; artículos de revistas
- ✓ Criterios de exclusión: trabajos teóricos; publicaciones anteriores al año 2005; artículos realizados en otro país; tesis doctorales; capítulos de libro

La cifra final de artículos para su posterior revisión y síntesis asciende a 18 (Tabla 1).

La agrupación de los artículos responde a su similitud temático-conceptual, llegando a establecerse 4 categorías: opciones de aculturación (ámbitos periféricos versus ámbitos nucleares), aculturación y prejuicio, aculturación y salud mental, aculturación y otras variables psicosociales.

OPCIONES DE ACULTURACIÓN: ÁMBITOS PERIFÉRICOS VERSUS ÁMBITOS NUCLEARES

Navas, García y Rojas (2006) realizaron un estudio en el que replicaban el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (Navas et al., 2004). El primer resultado que llamó la atención fue que, en todos los ámbitos, la actitud de aculturación (plano ideal) coincidió con la estrategia de

aculturación (plano real). En general, la estrategia elegida por los inmigrantes en las áreas periféricas fue la asimilación, mientras que en las áreas nucleares la estrategia más elegida fue la separación. En las áreas de economía y social, de modo exclusivo, las estrategias elegidas fueron asimilación y separación respectivamente.

En esta línea, Navas, Rojas, Pumares, Lozano y Cuadrado (2010) realizaron un estudio con resultados similares que apoyaban las hipótesis de dicho modelo. Este estudio tenía el mismo objetivo que el estudio anterior, aunque las muestras eran diferentes.

Los autores deducen que hay ciertas áreas nucleares que son difíciles de cambiar, incluso habiendo vivido durante años en el seno de otra cultura. Sin embargo, las áreas periféricas son más volubles y están más expuestas a que los propios inmigrantes establezcan opciones dicotómicas, e incluso conjunciones, entre aspectos de la cultura de origen y aspectos de la sociedad de acogida. La falta de recursos y los obstáculos a nivel institucional pueden estar incidiendo en estos resultados también.

En este sentido, los autores explican que el mantenimiento de la cultura de origen, sin adoptar elemento alguno de la cultura de acogida, tiene que ver con la idea de que los grupos humanos necesitan creer que su cosmovisión es la más adecuada, lo que constituye una actitud ciertamente etnocéntrica. En cambio, en el caso de los autóctonos, se prefiere que sean los migrantes quienes adopten elementos de la sociedad de acogida (evitando los autóctonos adoptar elementos culturales de los grupos migrantes) ya que los valores culturales de la sociedad de acogida se consideran mejores, no sólo económicamente, sino también en otros ámbitos. Esta idea se ve reforzada si se le añade el hecho de que los grupos minoritarios tienden a asumir la superioridad de ciertos elementos periféricos de la sociedad de acogida (sistema político, organización económica, sistema de bienestar social) en detrimento de elementos propios.

ACULTURACIÓN Y PREJUICIO

En el contexto español, existen algunos trabajos que se han llevado a cabo sobre la relación entre el prejuicio y las actitudes de aculturación. Navas, García, Rojas, Pumares y Cuadrado (2006) realizaron un estudio en que los resultados apuntaban que niveles altos de prejuicio (tanto manifiesto como sutil) estaban relacionados con la preferencia por la actitud de exclusión, mientras que los niveles bajos de prejuicio estaban ligados a la actitud de integración. Además, de este estudio se desprende que hay mayor relación entre prejuicio y actitudes de acultu-



ración entre los autóctonos que entre los inmigrantes. La explicación viene dada, entre otros motivos, por una cla-

ra limitación en el instrumento de medida del prejuicio entre inmigrantes: los instrumentos han sido diseñados

TABLA 1
ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA REVISIÓN

Autor/es	Variables	Metodología	Muestras
Navas, García y Rojas (2006)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actitudes y estrategias de aculturación ✓ Ámbitos nucleares y periféricos 	✓ Cuantitativa	✓ 813 personas migrantes (la mayoría magrebíes)
Navas, Rojas, Pumares, Lozano y Cuadrado (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actitudes y estrategias de aculturación ✓ Ámbitos nucleares y periféricos 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 992 personas autóctonas ✓ 975 personas migrantes (ecuatorianos y rumanos)
Navas, García, Rojas, Pumares y Cuadrado (2006)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prejuicio sutil y manifiesto ✓ Actitudes de aculturación 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 783 personas autóctonas ✓ 740 personas migrantes (magrebíes y subsaharianos)
Retortillo y Rodríguez (2008a)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prejuicio sutil y manifiesto ✓ Actitudes de aculturación 	✓ Cuantitativa	✓ 180 personas autóctonas
Rojas, Navas, Sayans-Jiménez y Cuadrado (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prejuicio ✓ Actitudes de aculturación 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 499 personas autóctonas ✓ 500 personas migrantes (rumanas)
Sánchez y López (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estilo de aculturación ✓ Niveles de ansiedad 	✓ Cuantitativa	✓ 43 personas migrantes (magrebíes y latinoamericanos)
Mestre, Guil, López y Picardo (2009)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias de aculturación ✓ Inteligencia emocional 	✓ Cuantitativa	✓ 218 personas autóctonas
Retortillo y Rodríguez (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Opciones de aculturación ✓ Adaptación psicológica 	✓ Cuantitativa	✓ 165 personas migrantes (latinoamericanos, magrebíes y europeos del Este)
Ramos, García y García (2011)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Opciones de aculturación ✓ Agotamiento emocional 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 204 personas autóctonas ✓ 182 personas migrantes (latinoamericanos en su mayoría)
Sobral, Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategia de aculturación ✓ Conducta antisocial ✓ Consumo de alcohol 	✓ Cuantitativa	✓ 750 personas migrantes (ecuatorianos y colombianos)
Sobral, Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategia de aculturación ✓ Conducta antisocial ✓ Conflictividad familiar ✓ Impulsividad ✓ Búsqueda de sensaciones ✓ Empatía 	✓ Cuantitativa	✓ 750 personas migrantes (ecuatorianos y colombianos)
Vallejo y Moreno (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias de aculturación ✓ Autoestima ✓ Satisfacción con la vida ✓ Apoyo social percibido ✓ Identidad social ✓ Valoración de la cultura de acogida y la propia ✓ Percepción de valoración 	✓ Cuantitativa	✓ 285 personas migrantes (latinoamericanos en su mayoría)
Martínez, Paterna, López y Martínez (2007)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actitudes de aculturación ✓ Autoestima colectiva 	✓ Cuantitativa	✓ 107 personas migrantes (ecuatorianos)
Retortillo y Rodríguez (2008b)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias de aculturación ✓ Valores laborales 	✓ Cuantitativa	✓ 160 personas migrantes (latinoamericanos, europeos del Este y magrebíes)
Zlobina, Basabe y Páez (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actitudes de aculturación ✓ Orientaciones conductuales ✓ Valores personales 	✓ Cuantitativa	✓ 1252 personas migrantes (brasileños, colombianos, ecuatorianos, europeos del Este, árabes y subsaharianos)
Rojas, Sayans-Jiménez y Navas (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias de aculturación ✓ Similitud intergrupales percibida 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 992 personas autóctonas ✓ 975 personas migrantes (ecuatorianos y rumanos)
Álvarez-Valdivia y Vall (2013)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Opciones de aculturación ✓ Variables sociodemográficas 	✓ Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 456 personas autóctonas ✓ 226 personas migrantes (latinoamericanos en su mayoría)
López-Rodríguez, Navas, Cuadrado, Coutant y Worchel (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias de aculturación ✓ Estereotipos de calidez y competencia ✓ Amenaza percibida ✓ Similitud intergrupales percibida 	✓ Cuantitativa	✓ 307 personas autóctonas



para el grupo mayoritario (sociedad receptora), de modo que no se puede extraer el contenido de las actitudes del grupo minoritario hacia el grupo mayoritario.

Retortillo y Rodríguez (2008a), al igual que se demostró en el estudio de Navas et al. (2006), encontraron que los niveles bajos de prejuicio estuvieron ligados con la elección de la opción de integración.

En el año 2011, Navas, Rojas y García encontraron que una mayor concordancia entre lo que los autóctonos prefieren como actitud de aculturación (plano ideal) y las estrategias que los inmigrantes ponen finalmente en marcha (plano real) está relacionada con menores niveles de prejuicio. Los autores concluyen que ello puede deberse a que se espera que los inmigrantes actúen como la sociedad dictamina, de modo que se reduzca la percepción de diferencia entre ambos grupos y, por tanto, el prejuicio sea menor.

Rojas, Navas, Sayans-Jiménez y Cuadrado (2014) confirmaron los planteamientos del Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (Navas et al., 2004), ya que los resultados mostraron que, tanto los autóctonos como los inmigrantes, elegían las opciones de aculturación en función de si se trataba de un área pública o privada. De este modo, los inmigrantes rumanos que tenían menos prejuicios hacia los autóctonos preferían la asimilación en el área pública, y la integración en el área privada. Quienes tenían más prejuicios hacia los autóctonos preferían la separación en el área privada, y la integración en el área pública. Mientras tanto, los autóctonos que tenían menos prejuicios hacia los inmigrantes rumanos preferían que estos últimos conservaran elementos de su cultura de origen. Los que tenían más prejuicios hacia los inmigrantes rumanos preferían una estrategia de asimilación en ambas áreas.

ACULTURACIÓN Y SALUD MENTAL

En este punto, es notable comenzar con dos estudios que, si bien no arrojaron resultados estadísticamente significativos, han abierto nuevas vías de investigación en el campo de la aculturación. El primero de estos estudios (Sánchez y López, 2008) analizó los niveles de ansiedad y la estrategia de aculturación por lo que se optaba. Los autores reconocen que la falta de resultados estadísticamente significativos puede deberse a una muestra reducida. El segundo estudio a tener en cuenta por su novedad es el de Mestre, Guil, López y Picardo (2009), el cual tuvo como objetivo evaluar la relación entre las estrategias de aculturación adoptadas y la inteligencia emocional. En este caso, se pudo observar una relación

positiva entre una adecuada regulación de las emociones y optar por la estrategia de integración.

Retortillo y Rodríguez (2010) intentaron comprobar la relación entre las opciones de aculturación y la *adaptación psicológica* en un grupo de inmigrantes. Primeramente, y en orden descendente, las estrategias más utilizadas fueron: integración, asimilación, separación y marginación. Consecuentemente, demostraron que los inmigrantes integrados son los que menos dificultades psicológicas experimentan, seguido de los asimilados, separados y marginados. Los autores apuntan algunas interpretaciones a la hora de explicar los resultados, como el hecho de que los inmigrantes que optan por la integración desarrollan una mayor flexibilidad en sus relaciones sociales y en el mantenimiento de las costumbres, mostrando la existencia de un equilibrio entre los valores originarios y los nuevos valores. Del otro lado, los inmigrantes que optan por la separación mantienen la cultura originaria y sus valores interfieren en el comportamiento en la nueva cultura y en las relaciones sociales con los autóctonos, por lo que logran un peor ajuste psicosocial. Los inmigrantes marginados experimentan grandes dificultades psicológicas, ya que la falta de apoyo social y de vínculos con otra comunidad, y la falta de un sentimiento de pertenencia a un grupo, hacen surgir problemas de ansiedad, depresión, etcétera.

Otro de los trabajos encontrados sobre la relación entre aculturación y ajuste psicosocial corresponde a Ramos, García y García (2011), quienes elaboraron un análisis comparado de la relación entre las opciones de aculturación y el agotamiento emocional en trabajadores autóctonos y trabajadores inmigrantes. Entre los autóctonos, los niveles más altos de agotamiento emocional se dieron entre aquellos que eligieron la estrategia de asimilación (que se suponía la más adaptativa), y los niveles más bajos de agotamiento emocional se dieron entre quienes eligieron la segregación. La explicación viene de la mano de Zlobina, Basabe y Páez (2008) cuando indican que la estrategia de segregación es una estrategia de evitación, ya que los autóctonos están menos expuestos al agotamiento emocional al evitar interactuar con personas inmigrantes. Asimismo, la estrategia de asimilación estaría más relacionada con intereses particulares de cada individuo a la hora de abrirse hacia nuevas experiencias.

Atención aparte merecen dos estudios sobre aculturación y *desviación social* en adolescentes (Sobral, Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar, 2010, 2012).

En el estudio del año 2010, los resultados confirmaron que, en cuanto a las conductas antisociales, se vio una



relación positiva y estadísticamente significativa de adolescentes que optaron por la separación y las agresiones interpersonales, conductas contra-normativas, problemas con las drogas y consumiciones alcohólicas ocasionales. La primera razón que esgrimen los autores es una probable acumulación de los efectos del estrés aculturativo en este grupo de adolescentes. Pese a ello, intentan ir más allá y afirman que las conductas antisociales podrían deberse a una reacción ante la pérdida de elementos culturales propios, que tiene un mayor calado si se tiene en cuenta el periodo vital complejo que afrontan estos adolescentes. Además, la actitud de rechazo ante la sociedad de acogida aumenta la vulnerabilidad a caer en bandas o pandillas que, ayudándoles a reafirmarse en su rechazo, cumplen la función de protección, son un grupo al que pertenecer y refuerzan los lazos de identidad con adolescentes de su propio país de origen. Por otra parte, fue el grupo de marginación el que menos conductas antisociales mostró, lo cual puede deberse a que haya un mayor distanciamiento con el entorno, una menor implicación con los grupos de iguales (sean inmigrantes o autóctonos), evitando una de las principales fuentes de contacto con las conductas problemáticas/antisociales en la adolescencia.

En el estudio del año 2012, se demostró que la empatía, ya sea en su componente cognitivo como su componente afectivo, tenía una relación positiva y estadísticamente significativa con la preferencia por la opción de integración. Del otro lado, quienes optaron por marginación mostraron bajos niveles de empatía. Con respecto a la conflictividad familiar, existe una asociación significativa entre la estrategia de separación en varones y una baja supervisión parental, siendo muy diferentes estos niveles de supervisión con el grupo que optó por la integración. Las conclusiones apuntan a que un aumento de las capacidades empáticas incrementaría las probabilidades de integración (dada la naturaleza bidireccional de la aculturación), mejoraría el autocontrol y, por tanto, se reduciría el riesgo de cometer conductas antisociales. En cuanto al grado de conflictividad familiar, necesidades del adolescente tales como una mayor cohesión familiar, la apertura de canales de comunicación fluidos o la cercanía con otros miembros de la familia, desembocan en problemas conductuales en la propia familia y en ámbitos externos a ella.

Para finalizar este apartado, Vallejo y Moreno (2014) realizaron un análisis en el que ponían de relieve la relación entre la *satisfacción vital* y la estrategia de aculturación escogida. Principalmente, y teniendo en cuenta los

resultados obtenidos, hay ciertas variables relevantes en la influencia en la satisfacción vital tras la experiencia de migrar: la autoestima y el apoyo social por un lado, y la aproximación y la valoración de la cultura de acogida por otro. El apoyo social engloba elementos como la posibilidad de compartir conflictos, acceder a información que oferten distintos servicios, obtener afecto, poder participar a nivel social o sentirse perteneciente a un grupo concreto. Es por ello que esta variable es una de las más importantes en la satisfacción vital en el proceso migratorio, ya que ayuda a establecer nuevos vínculos con los autóctonos y al aprendizaje de habilidades necesarias para moverse en el marco sociocultural que se presenta novedoso.

ACULTURACIÓN Y OTRAS VARIABLES PSICOSOCIALES

El primero de estos estudios (Martínez, Paterna, López y Martínez, 2007) estuvo dirigido a relacionar la *autoestima colectiva* con los procesos de aculturación en inmigrantes ecuatorianos. Los resultados informaron de la inclinación de las mujeres ecuatorianas participantes en este estudio a mantener su modelo cultural en mayor medida que los hombres, los cuales manifiestan más deseo de comportarse como los españoles. Además, la influencia de la edad y el nivel de estudios sobre el deseo de mantener la cultura indicaron que los jóvenes de menos estudios estaban más apegados a su modelo cultural, al tiempo que son los que más distancia cultural perciben. Lo relevante es también que el deseo de contacto es general a todos los ecuatorianos, al margen de la edad, el sexo o los estudios. En cambio la identidad colectiva pública (cómo pensamos que los demás evalúan a nuestro grupo) sí mantiene relación con el deseo de contacto con la población autóctona.

La aculturación también ha sido relacionada con sistemas de valores. Retortillo y Rodríguez (2008b) elaboraron un estudio exploratorio de la relación entre las estrategias de aculturación y los *valores laborales*. En él, descubrieron que los valores extrínsecos del trabajo resultan básicos para cualquier persona, sea cual sea la estrategia de aculturación que adopte. Además, quienes optan por la estrategia de integración son los que más valor otorgan a los aspectos intrínsecos del trabajo. Esto último puede deberse, según los autores, a que las personas integradas poseen un mejor ajuste sociocultural y psicológico y, con mucha probabilidad, también muchas de sus necesidades básicas cubiertas. De este modo, se encuentran en condiciones de valorar más aquellos aspectos intrínsecos del trabajo. En cuanto a la importancia concedida a los valores extrínsecos por todos los



grupos de personas, la explicación viene dada por la mayor urgencia que supone conseguir cubrir las necesidades básicas (como protección o seguridad), las cuales requieren de satisfactores incluidos dentro de valores extrínsecos del trabajo como los ingresos o una cierta estabilidad laboral.

Zlobina et al. (2008) analizaron los *valores personales* en diferentes grupos inmigrantes en función de las estrategias de aculturación que elegían. Estos valores proceden de la teoría transcultural de los valores personales de Schwartz (1992) y, según este autor, estarían clasificados en individualistas (Logro, Poder, Auto-dirección, Estimulación y Hedonismo), colectivistas (Conformidad, Tradición y Benevolencia), y mixtos (Seguridad y Universalismo). La estrategia de separación fue distinguida como claramente colectiva, mientras que la estrategia de asimilación fue individualista. Dentro de las estrategias colectivas, la separación apareció como más conservadora y fiel a las tradiciones de la cultura de los antepasados. Y la integración, de corte más individualista, estuvo más orientada hacia la auto-dirección. Los resultados son explicados de la siguiente manera: las personas que eligen la estrategia de separación serían más propensas a seguir los patrones culturales propios y a evitar asumir patrones culturales de la sociedad de acogida. También estarían menos orientadas al logro y a experiencias que tengan que ver con la apertura al cambio. Por otro lado, las personas que eligieron la estrategia de integración presentarían el patrón de comportamiento opuesto a quienes optaron por la separación.

Otras de las variables psicosociales que se han estudiado en relación a los procesos de aculturación es la *similitud intergrupala percibida* (Rojas, Sayans-Jiménez y Navas, 2012). Los resultados confirmaron que, puesto que tanto la integración como la asimilación implican un mayor contacto con el exogrupo y la adopción de elementos culturales de la sociedad de acogida, habrá una mayor percepción de similitud intergrupala. Esto quiere decir que si los inmigrantes consideran que son similares a los autóctonos en ciertos ámbitos, consecuentemente preferirán integrarse o asimilarse a la sociedad de acogida. Por otra parte, si se perciben como diferentes a la sociedad de acogida, habrá una predisposición más grande a no adoptar elementos culturales de ésta, optando por la separación o incluso a la marginación.

Álvarez-Valdivia y Vall (2013) intentaron, como objetivo, describir una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y las estrategias de aculturación. Los resultados no siguieron en esta li-

nea, pese a que constituye una aproximación novedosa a los estudios de aculturación.

Finalmente, se evaluó la relación de dos variables psicosociales más en relación con las opciones de aculturación: la *calidez percibida* y la *amenaza percibida* (López-Rodríguez, Navas, Cuadrado, Coutant y Worchel, 2014). La dimensión de calidez percibida incluye características tales como la amistad, las buenas intenciones, la confianza y la sinceridad; mientras que la amenaza es esencialmente simbólica y está relacionada con la erosión de los valores culturales propios debido al contacto con grupos culturales diferentes. Los resultados revelaron que existen determinadas variables como los estereotipos hacia grupos de inmigrantes y la similitud intergrupala percibida que están ligadas al hecho de si los inmigrantes son vistos como adaptados a la sociedad de acogida o no. Por lo tanto, si un colectivo se percibe como cálido y/o competente, y similares al endogrupo, se percibirán como adaptados a la sociedad de acogida. Ahora bien, si son vistos como una amenaza en áreas como el trabajo, la salud o la seguridad personal, la percepción de que tienen que adaptarse a la sociedad de acogida será mayor.

CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido realizar una revisión sistemática sobre los estudios de aculturación en los últimos diez años en España. Para ello, se ha hecho acopio de objetivos específicos, a saber: identificar las variables estudiadas en relación al proceso de aculturación, comparar y resumir los principales resultados obtenidos en relación a las actitudes de aculturación, poner de manifiesto las limitaciones más comunes en el estudio de actitudes de aculturación, proponer líneas de investigación para futuros trabajos sobre la materia, y conocer las implicaciones prácticas que los investigadores sobre aculturación proponen para la intervención psicosocial.

En primer lugar, y atendiendo tanto a las variables estudiadas como a los resultados obtenidos, es importante remarcar que hay cuatro líneas sobresalientes en el estudio de la aculturación en el contexto español durante los últimos diez años.

La primera de ellas tiene que ver con la replicación del Modelo Ampliado de Aculturación Relativa en diferentes grupos inmigrantes, así como la inclusión de muestras de autóctonos en los estudios realizados. Como se ha podido comprobar en el apartado correspondiente, los ámbitos nucleares son menos susceptibles de ser modificados



cuando se producen procesos aculturativos, tanto por parte de autóctonos como por parte de inmigrantes. No ocurre lo mismo con los ámbitos periféricos, en donde la flexibilidad se ve plasmada, sobre todo, en aquellos grupos inmigrantes que optan por la estrategia de integración o asimilación.

La segunda línea de investigación engloba a aquellos estudios que tomaron el prejuicio como variable psicosocial relevante en relación a los procesos de aculturación. De las publicaciones realizadas se desprende que el prejuicio es una variable psicosocial importante a la hora de plantearse la adaptación de los inmigrantes a la sociedad de acogida. Concretamente, los altos niveles de prejuicio de la población nativa están ligados a la preferencia por la actitud de asimilación; mientras que los niveles bajos de prejuicio de la población nativa están relacionados con actitudes de integración. Además, como informan Navas et al. (2004), aún no hay suficientes estudios que hayan analizado esta relación dado que el estudio psicosocial de la aculturación es reciente todavía y, más aún, el tener en cuenta la perspectiva de los autóctonos en el proceso de aculturación.

La tercera línea de investigación tiene que ver con la relación de variables agrupadas bajo el rótulo de salud mental y la aculturación. Aquí se encuentran variables como la ansiedad, las conductas disruptivas, la adaptación psicológica a un nuevo entorno sociocultural, la satisfacción con la vida e, incluso, el agotamiento emocional en un entorno laboral. Todas estas variables hablan del alcance de las consecuencias del proceso de aculturación, tanto a nivel individual como a nivel grupal. Asimismo, y puesto que los estudios realizados son meramente correlacionales, también se puede afirmar que estas variables influyen, a su vez, en la elección de la estrategia de aculturación por parte de autóctonos e inmigrantes.

La cuarta línea de investigación se presenta como un campo heterogéneo en el que tienen cabida desde variables como la autoestima colectiva, el sistema de valores, finalizando con la calidez y la amenaza percibida por parte del endogrupo hacia el exogrupo. Aquí se abre un abanico amplio de posibilidades en búsqueda de variables psicosociales moderadoras en relación al proceso de aculturación, y muchas de ellas son la respuesta a viejas propuestas de investigación en este campo.

En cuanto a las limitaciones, la primera conclusión tiene que ver con el dominio de la metodología cuantitativa en todas las publicaciones revisadas. En el estudio de la aculturación, la percepción del exogrupo juega un papel importante en la opción por una elección de aculturación u

otra, lo que hace que la deseabilidad social se dispare. Los grupos de discusión u otras técnicas cualitativas constituirían instrumentos enriquecedores para agrandar el conocimiento sobre los procesos psicológicos asociados a la aculturación (Zlobina et al., 2008). Teniendo en cuenta los problemas en la comprensión y producción escrita del idioma español que poseen algunas personas inmigrantes, los recursos de la metodología cualitativa podrían salvaguardar algunas de estas limitaciones. Otra limitación importante tiene que ver con la falta de estudios con muestras más numerosas. El motivo que esgrimen algunos autores como Sánchez y López (2008) es que muchas de estas personas se hallan en una situación documental irregular, lo que provoca la resistencia y la evitación a participar en este tipo de investigaciones.

Respecto a las propuestas de futuro, el tiempo de residencia de las personas inmigrantes es otra de las variables que podrían entrar en juego en relación a la aculturación en estudios futuros. Complementariamente, hay que trascender el análisis correlacional y buscar relaciones más clarificadoras sobre qué es lo que realmente ocurre cuando una persona entra en contacto con otra persona culturalmente diferente.

En cuanto a las implicaciones prácticas que arrojan las publicaciones revisadas, Navas et al. (2011) indican que una estrategia de intervención sobre la población autóctona puede centrarse en el conocimiento de características culturales de grupos inmigrantes. El objetivo de ello sería, pues, la búsqueda de similitudes entre ambas culturas (autóctonos e inmigrantes), favoreciendo el respeto a las diferencias intergrupales y ayudando a que se reduzca la percepción de amenaza por parte del exogrupo.

Por otra parte, en el ámbito escolar, Sobral et al. (2012) hablan de la necesidad de emplear intervenciones focalizadas en aquellos jóvenes que optan por la separación. Si bien reconocen que gran parte del fracaso en la elección de este estilo de aculturación reside en la sociedad receptora, promueven una integración flexible: es decir, que el joven se abra a nuevas experiencias, se fomente su capacidad empática, se potencie su autoestima, y se trabaje sus habilidades cognitivas y sociales. Todo ello, por supuesto, combinado con el mantenimiento del aprecio hacia sus propios rasgos culturales originarios. Ahora bien, puesto que el proceso de aculturación no es unidireccional, sino que es bidireccional, también se ha de trabajar con el profesorado, las familias y la comunidad para facilitar la calidad de vida de estos adolescentes (Berry, 2001). Otra propuesta de intervención puede orientarse hacia una revisión del tratamiento de la información en



los medios de comunicación de masas. El modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987) ya habla de la necesidad de intervenir en los ámbitos que rodean a la persona, trascendiendo el enfoque individual y acercándose a una intervención amplia que incida sobre aquellas estructuras e instituciones que también condicionan el accionar de los colectivos humanos.

Los hallazgos de esta revisión sistemática tienen que ver con varios hechos: primeramente, las revisiones sistemáticas aportan una síntesis de conocimiento sobre una materia a aquellos investigadores que estén interesados en adentrarse en este terreno. De manera rápida y accesible, se puede obtener una idea de cuál es el estado de una cuestión en el campo de la investigación empírica. Seguidamente, una vez obtenido este conocimiento, el profesional puede servirse de él y poner en práctica programas de intervención dirigidos a subsanar una necesidad concreta en la comunidad (en el caso que ocupa a los psicólogos de la intervención social respecto a la presente temática). La tercera novedad que aporta el presente trabajo de investigación se deriva de la primera, y es que, a partir del conocimiento obtenido en un campo concreto, pueden aparecer nuevas líneas de investigación que sigan ampliando la producción científica y no caigan en la mera acumulación de publicaciones sobre la misma materia. La cuarta novedad tiene un cariz más aplicado y se relaciona con la posibilidad de que este trabajo pueda ser utilizado para poner en boga un tema que está siendo investigado desde hace, relativamente, pocos años. A pesar de que la aculturación nace en el seno de la Antropología, como demuestra su primera definición conceptual, ha ido incorporándose progresivamente a los tópicos de interés de estudio de los investigadores de la Psicología Social. Por último, la quinta novedad se refiere al momento histórico en que inscribe esta revisión. La producción científica (y sobre todo la investigación en ámbitos sociales) no es ajena a los avatares socioculturales que sobrevienen en un momento determinado, por lo que saber integrar qué se está trabajando en aculturación en este territorio sirve para orientar las respuestas al fenómeno migratorio y las consecuencias psicosociales que lo subyacen.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

Álvarez-Valdivia, I. y Vall, B. (2013). Orientación de la aculturación de los adolescentes inmigrados en Cata-

luña: ¿las variables socio-demográficas pueden marcar la diferencia? *Cultura y Educación*, 25(3), 309-321.

Berry, J. (1974). Psychological aspects of cultural pluralism: unity and identity reconsidered. *Topics in Cultural Learning*, 2, 17-22.

Berry, J. (1980). Acculturation as varieties of varieties of adaptations. En A. Padilla (Ed.), *Acculturation theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Colorado: Westview press.

Berry, J. (1984). Cultural relations in plural societies: alternatives to segregation and their psycho-sociological implications. En N. Miller y M. Brewer (Eds.), *Groups in contact*. Nueva York. Academic Press.

Berry, J. (1990). Psychology of Acculturation. En J. Berman (Ed.), *Cross-cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation* (pp. 457-488). Lincoln: University of Nebraska Press.

Berry, J. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615-631.

Berry, J. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. Chun, P. Balls-Organista y G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-37). Washington: APA Press.

Bourhis, R., Moïse, L., Perreault, S., y Senécal, S. (1997). Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369-386.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Gordon, M. (1964). *Assimilation in American Life: The Role of Race, Religion, and National Origins*. New York, NY: Oxford University Press.

López-Rodríguez, L., Navas, M., Cuadrado, I., Coutant, D. y Worchel, S. (2014). The majority's perceptions about adaptation to the host society of different immigrant groups: the distinct role of warmth and threat. *International Journal of Intercultural Relations*, 40, 34-48.

Martínez, M., Paterna, C., López, J. y Martínez, J. (2007). Autoestima colectiva y aculturación en inmigrantes ecuatorianos. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 67-78.

Mestre, J., Guil, R., López, C. y Picardo, J. (2009). Inteligencia emocional y percepción endogrupal/exogrupal en función de las estrategias de aculturación de una muestra de estudiantes de la provincia de Cádiz. En P. Fernández, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J. Salguero y R. Cabello (Coord.), *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional* (pp. 315-320).



- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M., Rojas, A., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Conserjería de Gobernación. Junta de Andalucía.
- Navas, M., García M. y Rojas, A. (2006). Acculturation Strategies and Attitudes of African Immigrants in the South of Spain: Between Reality and Hope. *Cross-Cultural Research*, 40(4), 331-351.
- Navas, M., García M., Rojas, A., Pumares, P. y Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2), 187-193.
- Navas, M. y Rojas, A. (2010). *Aplicación del Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR) a nuevos colectivos de inmigrantes en Andalucía: rumanos y ecuatorianos*. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Empleo. Junta de Andalucía.
- Navas, M., Rojas, A., Pumares, P., Lozano, O. y Cuadrado, I. (2010). Perfiles de aculturación según el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa: autóctonos, inmigrantes rumanos y ecuatorianos. *Revista de Psicología Social*, 25(3), 295-312.
- Navas, M., Rojas, A. y García, M. (2011). Concordancia entre actitudes y percepciones de aculturación de la población autóctona hacia los inmigrantes magrebíes: relación con las actitudes prejuiciosas. *Anales de Psicología*, 27(1), 186-194.
- Petticrew, M., y Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Piontkowski, U. y Florack, A. (1995). Attitudes toward acculturation from the dominant group's point of view. Comunicación presentada al VI European Congress of Psychology. Atenas (Grecia).
- Piontkowski, U., Florack, A., Hoelker, P. y Obdrzálek, P. (2000). Predicting acculturation attitudes of dominant and non-dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, 24, 1-26.
- Piontkowski, U., Rohmann, A. y Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group Processes and Intergroup Relations*, 5(3), 221-232.
- Ramos, P., García, A. y García, M. (2011). Acculturative strategies and emotional exhaustion differences between immigrant and national workers in Spain. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 63-74.
- Retortillo, A. y Rodríguez, H. (2008a). Actitudes de aculturación y prejuicio étnico en los distintos niveles educativos: un enfoque comparado. *REIFOP*, 11(2), 1-11.
- Retortillo, A. y Rodríguez, H. (2008b). Inmigración, estrategias de aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 187-202.
- Retortillo, A., y Rodríguez, H. (2010). Estrategias de aculturación y adaptación psicológica en un grupo de inmigrantes. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 19-30.
- Rojas, A., Lozano, O., Navas, M. y Pérez, P. (2011). Prejudiced attitude measurement using the Rasch Rating Scale Model. *Psychological Report*, 109, 2, 553-572.
- Rojas, A., Sayans-Jiménez, P. y Navas, M. (2012). Similitud percibida y actitudes de aculturación en autóctonos e inmigrantes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 70-78.
- Rojas, A., Navas, M., Sayans-Jiménez, P. y Cuadrado, I. (2014). Acculturation preference profiles of spaniards and romanian immigrants: the role of prejudice and public and private acculturation areas. *The Journal of Social Psychology*, 154(4), 339-351.
- Sabatier, C. y Berry, J. (1996). Inmigración y aculturación. En R. Bourhis y J. Leyens (Eds.), *Estereotipos, Discriminación y Relaciones entre grupos* (pp. 217-239). Madrid: McGraw-Hill.
- Sánchez, G. y López, M. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 399-410.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and structure of values. Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-65). Orlando, FL: Academic Press.
- Sobral, J., Gómez-Fraguela, J, Luengo, A., Romero, E. y Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22(3), 410-415.
- Sobral, J., Gómez-Fraguela, J, Luengo, A., Romero, E. y Villar, P. (2012). Riesgo y protección de desviación social en adolescentes inmigrantes: Personalidad, familia y aculturación. *Anales de Psicología*, 28(3), 664-674.
- Vallejo, M. y Moreno, M. (2014). Del culturalismo al bienestar psicológico: Propuesta de un modelo de satisfacción vital en el proceso de aculturación de inmigrantes. *Boletín de Psicología*, 110, 53-67.
- Zlobina, A., Basabe, N. y Páez, D. (2008). Las estrategias de aculturación de los inmigrantes: su significado psicológico. *Revista de Psicología Social*, 23(2), 143-150.



PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

THE PREVALENCE OF DATING VIOLENCE: A SYSTEMATIC REVIEW

Fernando Rubio-Garay, M. Ángeles López-González, Miguel Ángel Carrasco y Pedro Javier Amor
UNED

Se presenta una revisión sistemática de estudios sobre prevalencia de la violencia en el noviazgo (física, psicológica y sexual) cometida y sufrida en adolescentes y jóvenes. De 1221 referencias iniciales, 113 cumplían con los criterios de calidad preestablecidos (evaluación de la violencia con instrumentos fiables y válidos, muestras superiores a 500 participantes u obtenidas mediante muestreo probabilístico). Se encontró una gran variabilidad en los datos de prevalencia, con rangos de variación entre el 3.8% y el 41.9% en violencia física cometida; entre el 0.4% y el 57.3% en violencia física sufrida; entre el 4.2% y el 97% en violencia psicológica cometida; entre el 8.5% y el 95.5% en violencia psicológica sufrida; entre el 1.2% y el 58.8% en violencia sexual cometida; y entre el 0.1% y el 64.6% en violencia sexual sufrida. Los resultados sugieren una mayor prevalencia en la perpetración de agresiones psicológicas por mujeres y sexuales por los hombres; una mayor victimización psicológica y sexual en mujeres; así como tasas ligeramente superiores de agresiones en los adolescentes que en los adultos jóvenes. Asimismo, en muchos de los trabajos revisados las agresiones tenían una naturaleza bidireccional.

Palabras clave: Violencia en el noviazgo, Adolescentes, Prevalencia, Revisión sistemática.

This article conducts a systematic review on the prevalence of dating violence in adolescents and young people. Primary studies about physical, psychological and sexual dating violence (perpetration and victimization) were analyzed. A total of 1,221 references were found and, out of those, 113 met the pre-established quality criteria (studies had to have used assessment tools with evidence of reliability and validity in samples of over 500 participants or obtained through probabilistic sampling). The results showed great variability in the figures on the prevalence of dating violence. Specifically, the percentages range from 3.8% to 41.9% for perpetrated physical violence; from 0.4% to 57.3% for victimized physical violence; from 4.2% to 97% for perpetrated psychological violence; from 8.5% to 95.5% for victimized psychological violence; from 1.2% to 58.8% for perpetrated sexual violence; and finally, from 0.1% to 64.6% for victimized sexual violence. The results suggest a higher prevalence in the perpetration of psychological aggression by women and sexual violence by men; greater psychological and sexual victimization in women; and slightly higher rates of aggression in adolescents than in young adults. Also, in many of the papers the aggression had a bidirectional nature.

Key words: Dating violence, Adolescents, Prevalence, Systematic review.

Se considera violencia en las relaciones de noviazgo de los adolescentes y jóvenes (VRN) a cualquier tipo de agresión intencionada de un miembro de la pareja contra el otro durante el noviazgo. Las agresiones en el noviazgo suelen encuadrarse en tres grandes categorías (i.e., violencia física, psicológica y sexual) y, tal y como se puede ver en la Figura 1, se manifiestan de diferentes formas (Cornelius y Resseguie, 2007; Foshee, 1996; Foshee, Bauman, Linder, Rice y Wilcher, 2007; Leen et al., 2013; Shorey, Cornelius y Bell, 2008). Así y todo, la diferenciación entre las diversas formas de violencia es útil para facilitar su estudio, pero hay que tener presente que los diferentes tipos de agresión están interrelacionados y muy frecuentemente, tienen lugar de

manera conjunta (Pozueco, Moreno, Blázquez y García-Baamonde, 2013; Stets y Henderson, 1991).

Desde que James Makepeace (1981) ya alertara sobre la necesidad de prestar atención a la violencia que se producía durante el noviazgo, se ha ido generando un importante corpus de investigación empírica sobre diversos aspectos en esta materia (e.g., modelos teóricos, prevalencia, factores de riesgo asociados o programas de intervención). La gravedad de este fenómeno violento y su impacto en la sociedad actual, hacen necesaria la identificación de su prevalencia real y de los factores de riesgo asociados más relevantes. De esta forma, se podría incrementar la eficacia de los programas preventivos de la violencia contra la pareja implementados específicamente en los entornos educativos, ya que con frecuencia las primeras relaciones de noviazgo entre los adolescentes se inician en los centros de educación secundaria.

En los últimos años se han realizado algunas revisiones sistemáticas sobre prevalencia de la violencia contra

Recibido: 29 marzo 2016 - Aceptado: 17 julio 2016

Correspondencia: Fernando Rubio-Garay. UNED. C/ Francisco Suay, 100, 1ªA. 16004 Cuenca. España.

E-mail: frubiogaray@cop.es



la pareja (e.g., Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford y Fiebert, 2012a, 2012b) y también algunas revisiones críticas de tipo narrativo sobre agresiones en el noviazgo (González-Ortega, Echeburúa y Corral, 2008; Jackson, 1999; Lewis y Fremouw, 2001; Rey, 2008; Rojas-Solis, 2013; Shorey, Cornelius y Bell, 2008; Shorey, Stuart y Cornelius, 2011). En el ámbito concreto de la VRN, aunque se tiene conocimiento de una reciente revisión sistemática que ha analizado, entre otros aspectos, la prevalencia de este tipo de violencia (Leen et al., 2013), los criterios de inclusión son muy restrictivos en cuanto a la edad de los participantes (12-18 años) y al período de análisis (años 2000-2011); además, solo revisa la prevalencia de la violencia sufrida (victimización) dejando al margen la violencia cometida (perpetración).

Con estos antecedentes, el objetivo fundamental de este trabajo es la revisión sistemática de los estudios primarios sobre prevalencia de la VRN (física, psicológica y sexual) cometida y sufrida. Los resultados se analizan y discuten prestando especial atención a variables socio-demográficas de los participantes como el sexo (varones vs. mujeres), la edad (adolescentes vs. adultos jóvenes) y la relación de pareja (en curso vs. finalizada), así como a otras variables como el año de publicación del estudio, país de procedencia de la muestra de estudio e instrumentos de evaluación empleados, todo ello con el fin de

obtener una visión más certera de la prevalencia real de estas dinámicas violentas.

MÉTODO

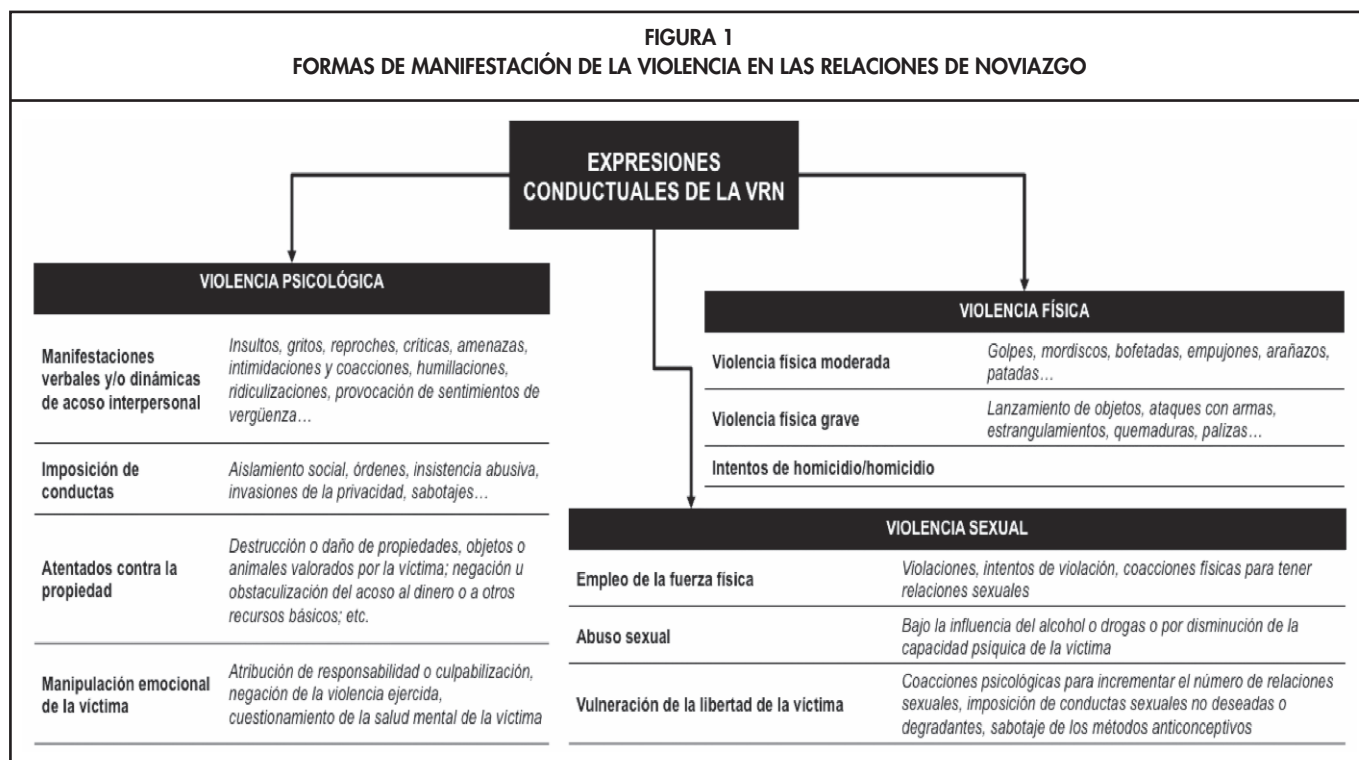
Procedimiento de búsqueda

Los términos de búsqueda, el periodo de análisis y las fuentes consultadas siguen la metodología empleada en estudios previos (Montesano, López-González, Saúl y Feixas, 2015; Saúl et al., 2012). Para seleccionar los documentos originales primarios se empleó la siguiente ecuación de búsqueda en los campos título (TI), resumen (AB) o palabras clave (KW): [{"date violence" OR "date abuse" OR "date aggression" OR "dating violence" OR "dating abuse" OR "dating aggression" OR "courtship violence" OR "courtship abuse" OR "premarital abuse" OR "premarital violence" OR "premarital aggression"}] AND [{"prevalence" OR "incidence" OR "frequency"}]. Las bases de datos utilizadas fueron PsycINFO y Medline (temáticas); y E-Journals, Academic Search Premier, Scopus y Web of Science (multidisciplinares).

La búsqueda documental se llevó a cabo sin restricciones idiomáticas y se fijó diciembre de 2013 como límite superior del período de análisis.

En cuanto a las fuentes consultadas, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Sánchez-Meca, Marín-Martínez y López-López (2011), combinándose estrategias de búsqueda formales e informales (ver Figura 2).

FIGURA 1
FORMAS DE MANIFESTACIÓN DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE NOVIAZGO



Crterios de inclusión y exclusión de los estudios

Los criterios de inclusión de los estudios se establecieron siguiendo el formato *PICOS*¹ (véase Perestelo-Pérez, 2013):

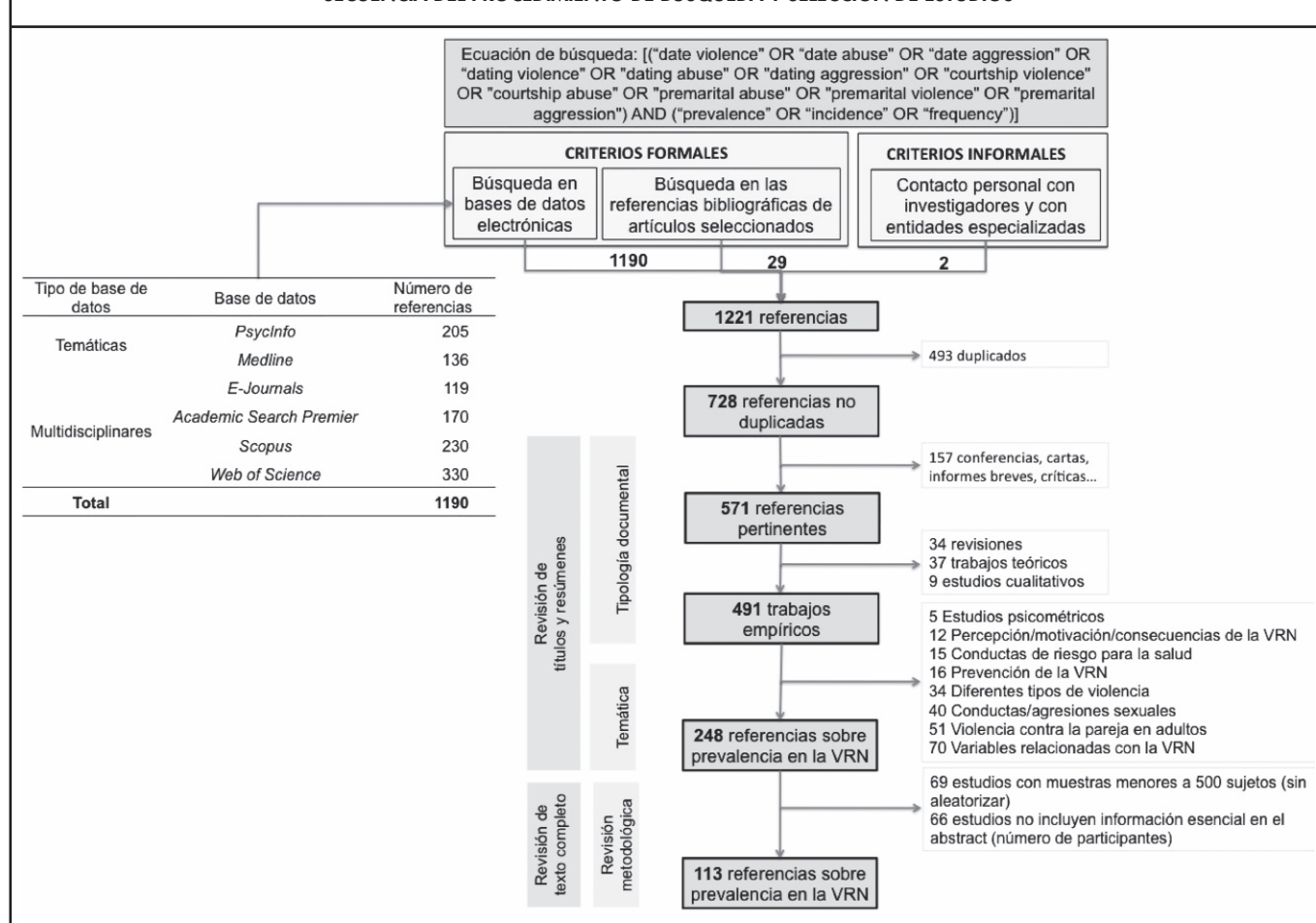
- Tipo de participantes*: adolescentes y jóvenes adultos de ambos sexos, rango de edad (12-35 años), sin patología psiquiátrica conocida, procedentes de la población general y con una relación de noviazgo en la fecha de la realización del estudio o en un momento anterior.
- Tipo de estudios*: trabajos primarios sobre prevalencia de la violencia física, psicológica o sexual cometida (perpetración) y/o sufrida (victimización) en las relaciones de noviazgo.
- Tipo de medidas de resultado*: instrumentos de evaluación validados y con evidencias de fiabilidad.
- Tipo de diseños*: estudios empíricos con grandes

muestras (mayores de 500 sujetos). También se incluyeron trabajos con menos de 500 participantes si la muestra se había obtenido mediante técnicas de muestreo probabilístico.

En cuanto a los criterios de exclusión, quedaron fuera aquellos trabajos que omitían información metodológica fundamental en el *abstract*, como el número de participantes o la edad, y los que no aportaban datos diferenciados por tipo de violencia (física, psicológica y/o sexual). También se excluyeron los estudios de revisión, ensayos, estudios de caso y cualquier otro trabajo de tipo cualitativo.

Con respecto al tipo de publicaciones, se incluyeron artículos de revista, tesis doctorales, libros y capítulos de libros, y se descartaron periódicos divulgativos, informes breves, conferencias, actas de congresos, cartas y ensayos.

FIGURA 2
SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO DE BÚSQUDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS



¹ *PICOS* = P: participants; I: interventions; C: comparisons; O: outcomes; S: study design.

Codificación de los estudios

Se generó una base de datos con las siguientes categorías: (a) datos bibliográficos: autoría y año de publicación; (b) variables relativas a los participantes: número, sexo, tipo de muestra (adolescentes vs. adultos jóvenes) y estado de la relación de pareja (en curso vs. finalizada); (c) variables contextuales: país donde se realizó el estudio; (d) variables metodológicas: instrumentos empleados para evaluar la violencia; y (e) variables extrínsecas: presencia de conflicto de intereses.

RESULTADOS

En total, se recuperaron 1.221 referencias; se desestimaron el 90.8% tras el análisis del título y del resumen de cada una de ellas, obteniéndose un total de 113 estudios con control de calidad. En la Figura 2 puede verse la secuencia del procedimiento de búsqueda y selección de estudios, con la especificación de las bases de datos consultadas y los registros encontrados en cada una de ellas, así como el número de trabajos descartados y las causas de eliminación.

Los datos de los 113 estudios seleccionados pusieron de manifiesto el amplio rango de variación en la prevalencia de las tres modalidades de violencia cometida y sufrida. En violencia física cometida, el rango de variación osciló entre el 7.7% y el 40.3% en el caso de los hombres, y entre el 3.8% y el 41.9% en mujeres. La variabilidad en violencia física sufrida osciló del 0.4% al 53.7% en hombres, y del 1.2% al 41.2% en mujeres que, sin embargo, se elevó hasta el 77.8% en datos combinados de hombres y

mujeres (Smith, White y Holland, 2003). El rango de variación en violencia psicológica cometida se situó entre el 4.3% y el 95.3% en hombres, y entre el 4.2% y el 97% en mujeres. En violencia psicológica sufrida los datos de prevalencia variaron entre el 8.5% y el 94.5% en hombres, y entre el 9.3% y el 95.5% en mujeres. Por último, la prevalencia de la violencia sexual cometida por los hombres osciló entre el 2.6% y el 58.8%, y por las mujeres entre el 1.2% y el 40.1%; y la prevalencia de la violencia sexual sufrida por los hombres estuvo entre el 0.1% y el 54.2%, y por las mujeres entre el 1.2% y el 64.6%. El porcentaje de violencia sexual se elevó al 79.2% cuando no se hizo distinción entre sexos.

En las Tablas 1, 2 y 3 figuran algunos de los 113 estudios seleccionados sobre prevalencia de la violencia física, psicológica y sexual en el noviazgo. Por razones de espacio, solo se muestran en las tablas los trabajos que se estimaron más representativos en base en los siguientes criterios: (a) *relevancia*, estudios con más de 50 citas en las bases de datos *Scopus* o *Web of Science*; (b) *representatividad*, trabajos con muestras muy grandes ($n > 5000$ sujetos); y (c) *transnacionalidad y diversidad cultural*, investigaciones con muestras provenientes de diferentes países y trabajos realizados en entornos no anglosajones. Las tablas se han organizado en función de la edad de los participantes (adolescentes y jóvenes adultos) y de los instrumentos de evaluación empleados para poder apreciar, en su caso, la presencia de patrones en los datos.

TABLA 1
PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

Estudio	Año	N	Tipo de muestra	País	Instrumento de evaluación	Violencia física (%)			
						Cometida		Sufrida	
						♂	♀	♂	♀
<i>Malik, Sorenson y Aneshensel</i>	1997	719	Adolescentes	USA	CTS	39.3 ⁽¹⁾		38.2 ⁽¹⁾	
<i>Molidor y Tolman</i>	1998	635	Adolescentes	USA	CTS			36.5	31.3
<i>Sears, Byers y Price</i>	2007	633	Adolescentes	Canadá	CTS	15.0	28.0		
<i>González y Santana</i>	2001	1146	Adolescentes	España	CTS	7.5	7.1		
<i>Halpern, Oslak, Young, Martin y Kupper</i>	2001	7493	Adolescentes	USA	CTS			3.0	10.0
<i>Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González</i>	2007a	2416	Adolescentes	España	MCTS	37.1	41.9	31.3	37.4
<i>O'Leary, Smith-Slep, Avery-Leaf y Cascardi</i>	2008	2363	Adolescentes	USA	MCTS	24.0	40.0	31.0	30.0
<i>Howard y Wang</i>	2005	13601	Adolescentes	USA	YRBS			24.1	33.9
<i>Howard, Wang y Yan</i>	2007a	7179	Adolescentes	USA	YRBS				10.3
<i>Howard, Wang y Yan</i>	2008	6528	Adolescentes	USA	YRBS			10.0	
<i>Howard y Wang</i>	2003	7434	Adolescentes	USA	YRBS			9.1	
<i>Howard y Wang</i>	2003	7824	Adolescentes	USA	YRBS				9.2
<i>Silverman, Raj, Mucci y Hathaway</i>	2001	2186	Adolescentes	USA	MA-YRBS			8.9 ⁽¹⁾	
<i>Coker, McKeown, Sanderson, Davis, Valois y Huebner</i>	2000	5414	Adolescentes	USA	SC-YRBS	7.7 ⁽¹⁾	7.6 ⁽¹⁾		
<i>Wingood, DiClemente, McCree, Harrington y Davies</i>	2001	522	Adolescentes	USA	IAH			18.4	
<i>Marquart, Nannini, Edwards, Stanley y Wayman</i>	2007	20274	Adolescentes	USA	IAH				15.8 ⁽¹⁾



TABLA 1
PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES (Continuación)

Estudio	Año	N	Tipo de muestra	País	Instrumento de evaluación	Violencia física (%)			
						Cometida		Sufrida	
						♂	♀	♂	♀
<i>Ackard, Neumark-Sztainer y Hannan</i>	2003	3533	Adolescentes	USA	IAH		3.8		9.4
<i>Simon, Miller, Gorman-Smith, Orpinas y Sullivan</i>	2010	5404	Adolescentes	USA	DVS	26.4	31.5	53.7	27.4
<i>Zweig, Dank, Yahner y Lachman</i>	2013	5647	Adolescentes	USA	PhyDVS			35.9	23.9
<i>Pradubmook-Sherer</i>	2009	1296	Adolescentes	Tailandia	CADRI			41.9	41.2
<i>Fernández-Fuertes y Fuertes</i>	2010	567	Adolescentes	España	CADRI	16.1	30.2	26.3	17.5
<i>Wolitzky-Taylor et al.</i>	2008	3614	Adolescentes	USA	NSA			0.4	1.2
<i>Smith, White y Holland</i>	2003	1569	Jóvenes	USA	CTS				77.8 ⁽¹⁾
<i>White y Koss</i>	1991	4707	Jóvenes	USA	CTS	37.0	35.0	39.0	32.0
<i>Slashinski, Coker y Davis</i>	2003	13912	Jóvenes	USA	CTS			1.2	4.3
<i>Chan, Straus, Brownridge, Tiwari y Leung</i>	2008	15927	Jóvenes	21p**	CTS2		30.0 ⁽¹⁾		26.0 ⁽¹⁾
<i>Straus</i>	2004	8666	Jóvenes	16p.*	CTS2		29.0 ⁽¹⁾		
<i>Straus</i>	2008	13601	Jóvenes	32p***	CTS2	24.4	31.6		
<i>Corral y Calvete</i>	2006	1130	Jóvenes	España	CTS2	14.4	27.7	16.8	18.7
<i>Corral</i>	2009	1081	Jóvenes	España	CTS2	11.9	21.4	13.1	13.9
<i>McLaughlin, Leonard y Senchak</i>	1992	625	Jóvenes	USA	MCTS	36.0			
<i>Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González</i>	2007b	1886	Jóvenes	España	MCTS	32.2	30.4	32.3	29.5
<i>Rey-Anacona</i>	2013	902	Jóvenes	Colombia	LCEMP	40.3	40.0		
<i>Bjorklund, Hakkanen-Nyholm, Huttunen y Kunttu</i>	2010	905	Jóvenes	Finlandia	SHS			42.0 ⁽¹⁾	
<i>Amar y Gennaro</i>	2005	863	Jóvenes	USA	AAS				32.0
<i>Lehrer, Lehrer y Zhao</i>	2009	950	Jóvenes	Chile	IAH			26.6	15.1
<i>Danielsson, Blom, Nilses, Heimer y Högberg</i>	2009	3170	Mixta ⁽²⁾	Suecia	IAH			27.0	18.0
<i>Rivera-Rivera, Allen-Leigh, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce</i>	2007	7960	Mixta ⁽²⁾	México	CTS	19.5	20.9	9.8	22.7
<i>Machado, Caridade y Martins</i>	2010	4667	Mixta ⁽²⁾	Portugal	NE		18.1 ⁽¹⁾		13.4 ⁽¹⁾

Nota. ♂ (hombres), ♀ (mujeres); PA = Parejas; ⁽¹⁾Tasa de prevalencia combinada (varones y mujeres); ⁽²⁾Adolescentes y jóvenes. AAS = Abuse Assessment Screen; CADRI = Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory; CADRI-S = Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory Short Form ; CTS = Conflict Tactics Scale; CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales; CUVINO = Cuestionario de Violencia entre Novios; IAH = *Instrumento ad hoc*; LCEMP = Lista de Chequeo de Experiencias de Maltrato en la Pareja; MA-YRBS = Massachusetts Youth Risk Behavior Survey; MCTS = Modified Conflict Tactics Scale; NE = No especificado; NSA = National Survey of Adolescents; PhyDVS = Dating Violence Scale; SC-YRBS = South Carolina Youth Risk Behavior Survey; SHS = Student Health Survey; YRBS = Youth Risk Behavior Survey. *India, Israel, Corea del Sur, Singapur, Hong Kong (China), Australia, Nueva Zelanda, Bélgica, Suiza, Alemania, Holanda, Portugal, Brasil, México, Canadá, Estados Unidos de América. **China, India, Israel, Corea, Singapur, Australia, Nueva Zelanda, Bélgica, Alemania, Grecia, Lituania, Holanda, Portugal, Rusia, Suecia, Suiza, Reino Unido, Brasil, México, Canadá, Estados Unidos de América. *** Irán, Sudáfrica, Grecia, India, Tanzania, Holanda, Malta, Rumanía, Bélgica, México, Suiza, Estados Unidos de América, Hungría, Venezuela, Japón, Reino Unido, Corea del Sur, Alemania, Rusia, Hong Kong, China, Lituania, Brasil, Israel, Canadá, Suecia, Australia, Taiwán, Guatemala, Nueva Zelanda, Portugal, Singapur.

TABLA 2
PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

Estudio	Año	N	Tipo de muestra	País	Instrumento de evaluación	Violencia física (%)			
						Cometida		Sufrida	
						♂	♀	♂	♀
<i>Sears, Byers y Price</i>	2007	633	Adolescentes	Canadá	CTS	35.0	47.0		
<i>Halpern, Oslak, Young, Martin y Kupper</i>	2001	7493	Adolescentes	USA	CTS			28.0	29.0
<i>Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González</i>	2007a	2416	Adolescentes	España	MCTS	92.8	95.3	92.3	93.7
<i>O'Leary, Smith-Slep, Avery-Leaf y Cascardi</i>	2008	2363	Adolescentes	USA	MCTS	85.0	92.0	85.0	88.0
<i>Fernández-Fuertes y Fuertes</i>	2010	567	Adolescentes	España	CADRI	95.3	97.0	94.5	95.5
<i>Sherer</i>	2009	1357	Adolescentes	Israel	CADRI			88.9	86.7
<i>Pradubmook-Sherer</i>	2009	1296	Adolescentes	Tailandia	CADRI			49.2	46.7
<i>Zweig, Dank, Yahner y Lachman</i>	2013	5647	Adolescentes	USA	IAH			44.2	49.7
<i>Jaffe, Sudermann, Reitzel y Killip</i>	1992	737	Adolescentes	Canadá	LFCC			16.4	23.6
<i>White y Koss</i>	1991	4707	Jóvenes	USA	CTS	81.0	87.0	81.0	88.0
<i>Follingstad, Bradley, Laughlin y Burke</i>	1999	617	Jóvenes	USA	CTS		53.4 ⁽¹⁾		
<i>Corral y Calvete</i>	2006	1130	Jóvenes	España	CTS2	65.6	81.7	61.5	74.6
<i>Corral</i>	2009	1081	Jóvenes	España	CTS2	48.3	58.6	45.2	54.9
<i>Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González</i>	2007b	1886	Jóvenes	España	MCTS	77.3	83.4	81.2	77.2
<i>Rey-Anacona</i>	2013	902	Jóvenes	Colombia	LCEMP	89.3	82.7		



TABLA 2
PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES (Continuación)

Estudio	Año	N	Tipo de muestra	País	Instrumento de evaluación	Violencia física (%)			
						Cometida		Sufrida	
						♂	♀	♂	♀
<i>Lehrer, Lehrer y Zhao</i>	2009	950	Jóvenes	Chile	IAH			79.9	67.3
<i>Danielsson, Blom, Nilses, Heimer y Högberg</i>	2009	3170	Mixta ⁽²⁾	Suecia	IAH			18.0	33.0
<i>Rivera-Rivera, Allen-Leigh, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce</i>	2007	7960	Mixta ⁽²⁾	México	CTS	4.3	4.2	8.5	9.3
<i>Machado, Caridade y Martins</i>	2010	4667	Mixta ⁽²⁾	Portugal	NE	22.4 ⁽¹⁾		19.5 ⁽¹⁾	

Nota. ♂ (hombres), ♀ (mujeres) ⁽¹⁾ Tasa de prevalencia combinada (varones y mujeres). ⁽²⁾ Adolescentes y jóvenes. CADRI = Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory; CTS = Conflict Tactics Scale; CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales; IAH = *Instrumento ad hoc*; LCEMP = Lista de Chequeo de Experiencias de Maltrato en la Pareja; LFCC = London Family Court Clinic Questionnaire on Violence in Intimate Relationships; MCTS = Modified Conflict Tactics Scale; NE = No especificado.

TABLA 3
PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

Estudio	Año	N	Tipo de muestra	País	Instrumento de evaluación	Violencia física (%)			
						Cometida		Sufrida	
						♂	♀	♂	♀
<i>Molidor y Tolman</i>	1998	635	Adolescentes	USA	CTS			0.3	17.8
<i>Fernández-Fuertes y Fuertes</i>	2005	572	Adolescentes	España	CADRI	58.8	40.1	54.2	50.1
<i>Sherer</i>	2009	1357	Adolescentes	Israel	CADRI			46.4	21.7
<i>Pradubmook-Sherer</i>	2009	1296	Adolescentes	Tailandia	CADRI			43.2	46.7
<i>Howard y Wang</i>	2005	13601	Adolescentes	USA	YRBS			5.1	10.2
<i>Howard, Wang y Yan</i>	2007b	13767	Adolescentes	USA	YRBS			4.8	10.3
<i>Ackard y Neumark-Sztainer</i>	2002	81247	Adolescentes	USA	N-YRBS			1.2	1.4
<i>Silverman, Raj, Mucci y Hathaway</i>	2001	2186	Adolescentes	USA	MA-YRBS			3.8 ⁽¹⁾	
<i>Ortega, Ortega-Rivera y Sánchez</i>	2008	490	Adolescentes	España	SHS	54.5	39.1	50.6	54.5
<i>Poitras y Lavoie</i>	1995	644	Adolescentes	Canadá	SES	14.3	6.3	13.1	54.1
<i>Foshee</i>	1996	1965	Adolescentes	USA	DVS	4.5	1.2	1.1	1.2
<i>Wolitzky-Taylor et al.</i>	2008	3614	Adolescentes	USA	NSA			0.3	1.5
<i>Serquina-Ramiro</i>	2005	600	Adolescentes	Filipinas	IAH			42.3	64.6
<i>Zweig, Dank, Yahner y Lachman</i>	2013	5647	Adolescentes	USA	IAH			8.8	16.4
<i>Ackard, Neumark-Sztainer y Hannan</i>	2003	3533	Adolescentes	USA	IAH		2.9		3.6
<i>Smith, White y Holland</i>	2003	1569	Jóvenes	USA	CTS			79.2 ⁽¹⁾	
<i>Gámez-Guadix, Straus y Hershberger</i>	2011	13877	Jóvenes	32p*	CTS2	27.0	20.0		
<i>Corral y Calvete</i>	2006	1130	Jóvenes	España	CTS2	16.3	8.3	9.5	19.6
<i>Chan, Straus, Brownridge, Tiwari y Leung</i>	2008	15927	Jóvenes	21p**	CTS2	20.1 ⁽¹⁾			24.1 ⁽¹⁾
<i>Corral</i>	2009	1081	Jóvenes	España	CTS2	2.6	8.5	2.8	18.8
<i>Rey-Anacona</i>	2013	902	Jóvenes	Colombia	LCEMP	29.0	17.5		
<i>Sears, Byers y Price</i>	2007	633	Jóvenes	Canadá	SES-R	17.1	5.1		
<i>Bjorklund, Hakkanen-Nyholm, Huttunen y Kunttu</i>	2010	905	Jóvenes	Finlandia	SHS				5.3
<i>Slashinski, Coker y Davis</i>	2003	13912	Jóvenes	USA	NVAWS			0.1	3.2
<i>Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González</i>	2009	4052	Mixta ⁽²⁾	España	IAH	35.7	14.9		
<i>Danielsson, Blom, Nilses, Heimer y Högberg</i>	2009	3170	Mixta ⁽²⁾	Suecia	IAH			4.7	14.0

Nota. ♂ (hombres), ♀ (mujeres); ⁽¹⁾ Tasa de prevalencia combinada; ⁽²⁾ Adolescentes y jóvenes. CADRI = Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory; CTS = Conflict Tactics Scale; CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales; DVS = Dating Violence Scale; IAH = *Instrumento ad hoc*; MA-YRBS = Massachusetts Youth Risk Behavior Survey; LCEMP = Lista de Chequeo de Experiencias de Maltrato en la Pareja; NVAWS = National Violence Against Women Survey; N-YRBS = National Youth Risk Behavior Survey; SES = Sexual Experiences Survey; SES-R = Sexual Experiences Survey-Revised; SHS = Sexual Harassment Survey; YRBS = Youth Risk Behavior Survey. *Irán, Sudáfrica, Grecia, India, Tanzania, Holanda, Malta, Rumania, Bélgica, México, Suiza, Estados Unidos de América, Hungría, Venezuela, Japón, Reino Unido, Corea del Sur, Alemania, Rusia, Hong Kong, China, Lituania, Brasil, Israel, Canadá, Suecia, Australia, Taiwán, Guatemala, Nueva Zelanda, Portugal, Singapur.



Prevalencia de la violencia en el noviazgo en función de variables sociodemográficas

Los datos de prevalencia que aportan los diversos trabajos seleccionados son dispares en función del sexo. Sin embargo, en un numeroso grupo de estudios se aprecian mayores tasas de prevalencia en la comisión de agresiones psicológicas y de victimización en las mujeres. Asimismo, gran parte de los trabajos recuperados indican una mayor perpetración de agresiones sexuales por parte de los varones y una mayor victimización en las mujeres. Además, los resultados sugieren que en muchos de los trabajos revisados las agresiones revisten un carácter recíproco o bidireccional, esto es, que ambos miembros de la pareja son tanto víctimas como victimarios. El análisis de los diferentes trabajos parece evidenciar que la bidireccionalidad es más frecuente en las agresiones de tipo psicológico.

En lo que respecta a la edad, la gran mayoría de los estudios muestran tasas ligeramente superiores de comportamientos agresivos en los adolescentes que en los adultos jóvenes, tanto en perpetración como en victimización, con porcentajes muy elevados (> 90%) en agresiones de tipo psicológico (véanse Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010; Muñoz-Rivas et al., 2007a).

Finalmente, en lo que se refiere al estado de la relación de pareja, la mayor parte de los trabajos revisados no informan y no permiten establecer comparaciones en este aspecto. **Prevalencia de la violencia en el noviazgo en función de variables bibliográficas, contextuales y metodológicas**

No se aprecian diferencias importantes en los datos de prevalencia en función del año de publicación o país de procedencia de los trabajos. Sin embargo, las tasas de prevalencia de la violencia tienden a ser más elevadas cuando los comportamientos agresivos fueron evaluados con la *Escala de Tácticas de Conflicto* (CTS) y versiones posteriores (MCTS y CTS2), o con el *Inventario de Conflicto en las Relaciones de Noviazgo de los Adolescentes* (CADRI).

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la literatura que en las últimas décadas ha investigado la prevalencia de la violencia física, psicológica y sexual cometida y sufrida en las relaciones de noviazgo de adolescentes y jóvenes, combinando estrategias de búsqueda en fuentes formales e informales. La utilización de una ecuación de búsqueda exhaustiva y fácilmente replicable en otras investigaciones, ha permitido maximizar el hallazgo de trabajos primarios sobre prevalencia de la VRN y ha puesto de manifiesto el importante corpus de investigación empírica generado.

El resultado más destacable es la extraordinaria variabilidad existente en los datos de prevalencia de los estudios revisados, en consonancia con lo señalado por otros autores (e.g., Hickman, Jaycox y Aronoff, 2004; Lewis y Fremouw, 2001). El análisis de la prevalencia de la violencia cometida y sufrida en función del sexo muestra resultados contrapuestos de unos estudios a otros entre hombres y mujeres, fundamentalmente en el caso de la violencia física (véanse, por ejemplo, Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010; Howard y Wang, 2005; Rey-Anacona, 2013; White y Koss, 1991). Así y todo, y siendo muy cautos en este aspecto, se observan algunos patrones en la presentación de los datos. Por ejemplo, una parte significativa de los estudios recuperados muestran una mayor prevalencia de la violencia psicológica cometida y sufrida por mujeres, en la línea de algunos estudios de revisión precedentes (Archer, 2000; Fiebert, 2004; Straus, 2008). En cuanto a violencia sexual, la mayoría de los trabajos indican tasas superiores en la perpetración de agresiones por parte de los varones y una mayor victimización en las mujeres, también en la línea de lo que viene informando la literatura (e.g., Corral, 2009; Foshee et al., 2009; Jackson, 1999).

Un hallazgo muy relevante es la existencia de violencia bidireccional en una parte significativa de los estudios revisados (e.g., Harned, 2001; Malik, Sorenson y Aneshensel, 1997; Palmetto, Davidson, Breitbart y Rickert, 2013; Rubio-Garay, López-González, Saúl y Sánchez-Elvira-Paniagua, 2012; Straus, 2008; Straus y Ramírez, 2007). En este sentido, en una dinámica de pareja violenta, ambos miembros pueden actuar como perpetradores y como víctimas, de tal forma que frente a un comportamiento agresivo se responda con una medida defensiva también de carácter violento (Lewis y Fremouw, 2001). Sin embargo, también es habitual que un miembro de la pareja agrede al otro en un momento determinado y la otra parte responda agresivamente en un tiempo y en un contexto diferente (Palmetto et al., 2013). En la mayoría de los trabajos revisados que muestran la existencia de violencia bidireccional, los participantes informan del comportamiento de sus parejas o exparejas y, en muy pocos, la unidad de análisis es la diada (e.g., McLaughlin, Leonard y Senchak, 1992). De esta forma, no es posible determinar si las interacciones recíprocas agresivas suceden con la pareja actual o constituyen un patrón habitual de relación con otras parejas. En cualquier caso, parece ser que independientemente de quien inicie una agresión, los hombres usan formas de violencia física más peligrosas, y las mujeres sufren daños físicos y psicológicos más graves (Archer, 2000, 2004; Harned, 2001; Jackson, 1999; Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007b).



Se han planteado diversas explicaciones para la violencia bidireccional. Por ejemplo, la teoría de la *transmisión intergeneracional de la violencia* (Lewis y Fremouw, 2001; Palmetto et al., 2013) plantea que las víctimas podrían observar y aprender que los agresores de pareja (por ejemplo, al ver la violencia entre sus padres) experimentan consecuencias positivas con sus acciones y emplear, de esta forma, estrategias violentas similares en sus relaciones de pareja actuales o futuras. Otros autores proponen que la violencia engendra violencia, de manera que algunos adolescentes y jóvenes estarían inmersos en una cultura de la violencia que propiciaría este tipo de conductas (Jackson, 1999). También se ha postulado el papel de la auto-defensa en las violencia bidireccional (Lewis y Fremouw, 2001), a pesar de que las estrategias de autodefensa sólo explicarían un porcentaje limitado de este tipo de agresiones (Straus, 2008). Finalmente, se han planteado otras posibles explicaciones como la venganza, es decir, “yo te agredo porque tú me agredes”, los celos, el control, la dominación y el propio deterioro de la relación (Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010; Follingstad, Wright, Lloyd y Sebastian, 1991; Straus, 2008). En todo caso, parece necesario seguir investigando en las causas de la violencia bidireccional y en el desarrollo de estrategias preventivas.

En lo que se refiere a la influencia de la edad en la prevalencia de la VRN, se aprecian tasas ligeramente superiores de comportamientos agresivos en los adolescentes que en los adultos jóvenes. Esta tendencia a la disminución de los comportamientos agresivos en el noviazgo con el incremento de la edad, ha sido recogido en algún estudio de revisión (e.g., Capaldi, Knoble, Shortt y Kim, 2012); no obstante, las consecuencias de la violencia suelen ser mucho más graves en edades más tardías a pesar de tener una frecuencia menor (González-Ortega et al., 2008). Por otro lado, hay que resaltar que más del 90% de los trabajos revisados se realizaron con estudiantes de enseñanzas medias (adolescentes) y universitarios (adultos jóvenes), posiblemente por su mayor accesibilidad. En los escasos estudios con muestras comunitarias, los datos de prevalencia de la VRN también fueron dispares, por lo que cabe suponer que la procedencia de la muestra empleada no parece ser determinante en la prevalencia de estas dinámicas violentas. En este sentido, sería recomendable que en futuras investigaciones se analice la prevalencia de la VRN en otras poblaciones (e.g., adolescentes y jóvenes con problemáticas específicas) que, explícitamente, se han excluido de este trabajo.

El año de publicación no parece ejercer un papel relevante sobre las tasas de prevalencia de la VRN que aparecen en los estudios. Los datos indican una prevalencia

muy variable, tanto en los trabajos publicados en los últimos dos decenios del pasado siglo, como en las investigaciones más recientes, no observándose ninguna tendencia definida (creciente vs. decreciente) en los porcentajes de violencia informada. De igual manera, el país de procedencia de los diversos estudios seleccionados tampoco parece ser importante en las tasas de prevalencia informadas. En este sentido, la mayoría de los trabajos se realizaron en los Estados Unidos y la variabilidad es tan amplia como en otros entornos geográficos.

Finalmente, los trabajos recuperados muestran que la evaluación de la violencia se ha realizado fundamentalmente con medidas de auto-informe, siendo la *Escala de Tácticas de Conflicto (CTS; Conflict Tactics Scale; Straus, 1979)* y sus versiones posteriores modificadas (Neidig, 1986) y reformuladas (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) los instrumentos más empleados. También se emplearon con menor frecuencia, encuestas, entrevistas e instrumentos diseñados *ad hoc*. Los datos parecen indicar tasas ligeramente superiores de violencia cuando las muestras se evaluaron con la CTS, MCTS, CTS2 o el CADRI, a pesar de la variabilidad encontrada. Así y todo, la CTS y sus diversas versiones como instrumentos de evaluación de la VRN han sufrido diversas críticas, fundamentalmente porque algunos ítems podrían sobreestimar la violencia psicológica y la violencia femenina, y subestimar la masculina; por no estar originalmente diseñadas para la evaluación de relaciones adolescentes; y por la subestimación de algunas agresiones indirectas y no diferenciar bien entre violencia moderada y grave (véanse González y Santana, 2001; Jackson, 1999; Muñoz-Rivas, Andreu, Graña, O’Leary y González, 2007; Ryan, Frieze y Sinclair, 1999, citado en Fernández-Fuertes, Fuertes y Pulido, 2006; White, Smith, Koss y Figuredo, 2000).

En definitiva, esta revisión ha puesto de manifiesto importantes diferencias en las tasas de prevalencia de unos estudios a otros en violencia física, psicológica y sexual cometida y sufrida en las relaciones de noviazgo de los adolescentes y jóvenes. Algunos autores (e.g., Lewis y Fremouw, 2001; Offenhauer y Buchalter, 2011; Teten, Ball, Valle, Noonan y Rosenbluth, 2009) han apuntado que estas diferencias podrían estar originadas por las diversas definiciones operacionales de la VRN; algunas características específicas de la muestra (e.g., pertenencia a determinadas subpoblaciones que no se han tenido en consideración en el diseño de las investigaciones); o incluso a los distintos marcos temporales de prevalencia elegidos (e.g., prevalencia vital, prevalencia en los últimos 12 meses, etc.). Desde nuestro punto de vista, el uso mayoritario de auto-informes en los trabajos



incidiría en la subjetividad de las respuestas y, por tanto, en su sobreestimación o no en función de la percepción del que responde y de sus características de personalidad (e.g., empatía, moralidad...) lo que también pudiera explicar la variabilidad hallada. Ello sugiere la necesidad de explorar la prevalencia de este problema mediante la evaluación de observadores externos y tomando como unidad de análisis la pareja en lugar de las personas a nivel individual. En todo caso, la revisión ha evidenciado que las agresiones en el noviazgo, sobre todo las agresiones de tipo verbal y emocional, tienen una elevada prevalencia, seguidas por las agresiones sexuales y físicas. Se trata, por tanto, de un grave problema social que produce consecuencias negativas en la salud global y en el funcionamiento interpersonal de las víctimas y que, en el contexto escolar, se traduce en mayores dificultades académicas, falta de seguridad, bajo rendimiento académico, menores logros educativos, abandono de los estudios, absentismo, etc. (Banyard y Cross, 2008; *Centers for Disease Control and Prevention*, 2012; Rubio-Garay, Carrasco, Amor y López-González, 2015; Teten et al., 2009). Todo ello justifica la necesidad de desarrollar e implementar programas de prevención primaria y secundaria de la violencia en los entornos educativos (Cornelius y Resseguie, 2007), dado que la media de las primeras relaciones de noviazgo se sitúa en los 14-15 años (Viejo, 2014) y, a estas edades, casi la totalidad de los adolescentes se encuentran cursando estudios en centros de educación secundaria. En este sentido, la experiencia de un programa de prevención primaria de la VRN (Hernando, 2007), llevado a cabo con adolescentes de un centro de educación secundaria de Huelva (España), puso de manifiesto un cambio en las actitudes individuales con respecto a las agresiones en el noviazgo, así como un mayor conocimiento y capacidad para la detección de situaciones de maltrato físico, psicológico y sexual, además de un incremento en las habilidades para enfrentarse a este tipo de situaciones. Los resultados obtenidos por Hernando (2007) se situarían en la línea de otros trabajos que han evaluado la eficacia de programas de prevención de la VRN en el ámbito educativo en entornos culturales distintos al nuestro. Este tipo de programas han mostrado efectos positivos a corto y a largo plazo en el cambio de actitudes y conductas con respecto a la violencia, en la modificación de los roles tradicionales y de los estereotipos de género, en el desarrollo de habilidades de comunicación, de resolución pacífica de conflictos y de solución de problemas, o la mejora de la autoestima (véanse Cornelius y Resseguie, 2007; Leen et al., 2013, para una revisión).

La principal limitación de este trabajo es de tipo metodológico, ya que un número indeterminado de estudios podrían haber quedado excluidos de las búsquedas realizadas en las bases de datos por no incluir en el título, resumen o palabras clave alguno de los términos de la ecuación de búsqueda, por ejemplo, por la elección de otras palabras clave por parte de los autores de los estudios primarios. Una segunda limitación procede de los propios criterios de inclusión y exclusión establecidos, dado que se han podido descartar trabajos pertinentes por omitirse en los resúmenes/*abstracts* información esencial, bien de datos brutos de violencia física, psicológica o sexual, o bien por no recoger el número de participantes o el tipo de muestreo empleado.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- *Ackard, D. M. y Neumark-Sztainer, D. (2002). Date Violence and Date Rape among Adolescents: Associations with Disordered Eating Behaviors and Psychological Health. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 26, 455-473. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00322-8
- *Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D. y Hannan, P. J. (2003). Dating Violence among a Nationally Representative Sample of Adolescent Girls and Boys: Associations with Behavioral and Mental Health. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 6(3), 39-48.
- *Amar, A. F. y Gennaro, S. (2005). Dating violence in college women: Associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *Nursing Research*, 54, 235-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200507000-00005>
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(1), 651-680. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651>
- Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8, 291-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.8.4.291>
- Banyard, V. L. y Cross, C. (2008). Consequences of Teen Dating Violence: Understanding Intervening Variables in Ecological Context. *Violence Against Women*, 14, 998-1013.
- Bjorklund, K., Hakkanen-Nyholm, H., Huttunen, T. y Kunttu, K. (2010). Violence victimization among Finnish university



- students: Prevalence, symptoms and healthcare usage. *Social Science y Medicine* 70, 1416-1422. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.015>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3, 231-280.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Understanding teen dating violence: Fact sheet*. U.S. Department of Health y Human Services. Recuperado de <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>
- *Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D. A., Tiwari, A. y Leung, W. C. (2008). Prevalence of Dating Partner Violence and Suicidal Ideation Among Male and Female University Students Worldwide. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53, 529-537. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.04.016>
- *Coker, A. L., McKeown, R. E., Sanderson, M., Davis, K. E., Valois, R. F. y Huebner, E. S. (2000). Severe Dating Violence and Quality of Life among South Carolina High School Students. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 220-227. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00227-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00227-0)
- Cornelius, T. L. y Resseguie, N. (2007). Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 364-375. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.09.006>
- *Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 29-48.
- *Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las Escalas de Tácticas para Conflictos: estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual*, 2, 215-234.
- *Danielsson, I., Blom, H., Nilsson, C., Heimer, G. y Högberg, U. (2009). Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88, 528-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00016340902846056>
- Desmarrais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P. y Fiebert, M. S. (2012a). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 1: Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*, 3, 140-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.140>
- Desmarrais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P. y Fiebert, M. S. (2012b). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse*, 3, 170-198. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.e2>
- *Fernández-Fuertes, A. A. y Fuertes, A. (2005). Violencia sexual en las relaciones de pareja de los jóvenes. *Sexología Integral*, 2(3), 126-132.
- *Fernández-Fuertes, A. A. y Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse and Neglect* 34(3), 183-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.002>
- Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes, A. y Pulido, F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del *Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)*-versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 339-358.
- Fiebert, M. S. (2004). References examining assaults by women on their spouses or male partners: An annotated bibliography. *Sexuality and Culture*, 8(3-4), 140-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12119-004-1001-6>
- Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Laughlin, J. E. y Burke, L. (1999). Risk factors and correlates of dating violence: The relevance of examining frequency and severity levels in a college sample. *Violence and Victims*, 14, 365-380.
- Follingstad, D. R., Wright, S., Lloyd, S. y Sebastian, J. A. (1991). Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 40, 51-57.
- *Foshee, V. A. (1996). Gender differences in adolescent dating abuse prevalence, types and injuries. *Health Education Research*, 11, 275-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/her/11.3.275-a>
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Linder, F., Rice, J. y Wilcher, R. (2007). Typologies of adolescent dating violence: Identifying typologies of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 498-519. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260506298829>
- Foshee, V. A., Benefield, T., Suchindran, C., Ennett, S. T., Bauman, K. E., Karriker-Jaffe, K. J... Mathias, J. (2009). The Development of Four Types of Adolescent Dating Abuse and Selected Demographic Correlates. *Journal of Research on Adolescence* 19, 380-400. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00593.x>
- *Gámez-Guadix, M., Straus, M. A. y Hersherberger, S. L. (2011). Childhood and adolescent victimization and perpetration of sexual coercion by male and female university students. *Deviant Behavior* 32, 712-742. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01639625.2010.514213>
- *González, R. y Santana, J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13 (1), 121-131.



- González-Ortega, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16, 207-225.
- *Halpern, T. C., Oslak, S. G., Young, M. L., Martin, S. L. y Kupper, L. L. (2001). Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *American Journal of Public Health*, 91, 1679-1686. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1679>
- *Harned, M. S. (2001). Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence and Victims*, 16(3), 269-285.
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología*, 25, 325-340.
- Hickman, L. J., Jaycox, L. H. y Aronoff, J. (2004). Dating Violence among Adolescents: Prevalence, Gender Distribution, and Prevention Program Effectiveness. *Trauma, Violence, and Abuse*, 5, 123-142. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838003262332>
- *Howard, D. E. y Wang, M. Q. (2003a). Psychosocial Factors Associated with Adolescent Boys' Reports of Dating Violence. *Adolescence*, 38, 519-533.
- *Howard, D. E. y Wang, M. Q. (2003b). Risk Profiles of Adolescent Girls Who Were Victims of Dating Violence. *Adolescence*, 38, 1-14.
- *Howard, D. E. y Wang, M. Q. (2005). Psychosocial Correlates of U.S. Adolescents Who Report a History of Forced Sexual Intercourse. *Journal of Adolescent Health*, 36, 372-379. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.07.007>
- *Howard, D. E., Wang, M. Q. y Yan, F. (2007a). Psychosocial Factors Associated with Reports of Physical Dating Violence Victimization Among U.S. Adolescent Males. *Adolescence*, 42, 311-324.
- *Howard, D. E., Wang, M. Q. y Yan, F. (2007b) Prevalence and psychosocial correlates of forced sexual intercourse among US high school adolescents. *Adolescence*, 42, 629-643.
- *Howard, D. E., Wang, M. Q. y Yan, F. (2008). Psychosocial factors associated with reports of physical dating violence victimization among U.S. adolescent males. *Adolescence* 43, 449-460.
- Jackson, S. M. (1999). Issues in the dating violence research: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 233-247. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00049-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00049-9)
- *Jaffe, P., Sudermann, M., Reitzel, D. y Killip, S. M. (1992). An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 7, 129-146.
- Leen, E., Sorbring, E., Mawer, M., Holdsworth, E., Helsing, B. y Bowen, E. (2013). Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 159-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.015>
- *Lehrer, J. A., Lehrer, E. L. y Zhao, Z. (2009). Physical and psychological dating violence in young men and women in Chile: Results from a 2005 survey of university students. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 16, 205-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17457300903307003>
- Lewis, S. F. y Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 105-127. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00042-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00042-2)
- *Machado, C., Caridade, S. y Martins, C. (2010). Violence in Juvenile Dating Relationships Self-Reported Prevalence and Attitudes in a Portuguese Sample. *Journal of Family Violence* 25, 43-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-009-9268-x>
- *Makepeace, J. M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations*, 30, 97-102. doi: [10.2307/584242](http://dx.doi.org/10.2307/584242)
- *Malik, S., Sorenson, S. B. y Aneshensel, C. S. (1997). Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 291-302. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00143-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00143-2)
- *Marquart, B. S., Nannini, D. K., Edwards, R. W., Stanley, L. R. y Wayman, J. C. (2007). Prevalence of Dating Violence and Victimization: Regional and Gender Difference. *Adolescence*, 42, 645-657.
- *McLaughlin, I. G., Leonard, K. E. y Senchak, M. (1992). Prevalence and distribution of premarital aggression among couples applying for a marriage license. *Journal of Family Violence*, 7, 309-319. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00994621>
- *Molidor, C. y Tolman, R. M. (1998). Gender and contextual factors in adolescent dating violence. *Violence Against Women*, 4(2), 180-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801298004002004>
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A. y Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: A meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2997-3006. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Muñoz-Rivas, M. J., Andreu, J. M., Graña, J. L., O'Leary, D. K. y González, M. P. (2007). Validación de la



- versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (MCTS) en población juvenil española. *Psicothema*, 19, 693-698.
- *Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, P. (2007a). Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40, 298-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.137>
- *Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, P. (2007b). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*, 19(1), 102-107.
- *Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, P. (2009). Prevalence and predictors of sexual aggression in dating relationships of adolescents and young adults. *Psicothema*, 21(2), 234-240.
- Neidig, P. M. (1986). *The Modified Conflict Tactics Scale*. Beaufort, SC: Behavioral Sciences Associates.
- Offenhauer, P. y Buchalter, A. (2011). *Teen Dating Violence: A Literature Review and Annotated Bibliography*. Washington, D.C.: Federal Research Division- Library of Congress. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/235368.pdf>
- *O'Leary, K. D., Smith-Slep, A. M., Avery-Leaf, S. y Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42, 473-479. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.012>
- Ortega, R., Ortega-Rivera, F. J. y Sánchez, V. (2008). Violencia sexual entre compañeros y violencia en parejas adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 63-72.
- *Palmetto, N., Davidson, L. L., Breitbart, V. y Rickert, V. I. (2013). Predictors of Physical Intimate Partner Violence in the Lives of Young Women: Victimization, Perpetration, and Bidirectional Violence. *Violence and Victims*, 28, 103-121. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.28.1.103>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- *Poitras, M. y Lavoie, F. (1995). A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. *Violence and Victims*, 10, 299-313.
- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., Blázquez, M. y García-Baamonde, M. E. (2013). Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 32-48.
- *Pradubmook-Sherer, P. (2009). Prevalence and correlates of adolescent dating violence in Bangkok, Thailand. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 36, 9-37.
- Rey, C. A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 227-241.
- *Rey-Anaconda, C. A. (2013). Prevalence and types of dating violence in adolescents and young adults. *Terapia Psicológica*, 31, 143-154.
- Rojas-Solís, J. L. (2013). Violencia en el noviazgo de adolescentes mexicanos: una revisión. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 49-58.
- *Rivera-Rivera, L., Allen-Leigh, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: Baseline study of a cohort of 7960 male and female Mexican public school students. *Preventive Medicine*, 44, 477-484. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.02.020>
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M. A., Amor, P. J. y López-González, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica [Related factors to adolescent's dating violence: a critical review]. *Anuario de Psicología Jurídica*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.001>
- Rubio-Garay, F., López-González, M. A., Saúl, L. A. y Sánchez-Elvira-Paniagua, A. (2012). Direccionalidad y expresión de la violencia en las relaciones de noviazgo de los jóvenes [Directionality and violence expression in dating relationships of young people]. *Acción Psicológica*, 9(1), 61-70. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.437>
- Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F. y López-López, J. A. (2011). Meta-análisis e intervención psicosocial basada en la evidencia [Meta-analysis and evidence-based psychosocial intervention]. *Psychosocial Intervention*, 20, 95-107.
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno-Pulido, A., Feixas, G., Corbella, S. y Compañ, V. (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(2), 112-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2012.651065>
- *Sears, H. A., Byers, E. S. y Price, E. L. (2007). The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships.



- Journal of Adolescence*, 30, 487-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.05.002>
- *Serquina-Ramiro, L. (2005). Physical intimacy and sexual coercion among adolescent intimate partners in the Philippines. *Journal of Adolescent Research* 20, 476-496. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0743558405275170>
- *Sherer, M. (2009). The Nature and Correlates of Dating Violence among Jewish and Arab Youths in Israel. *Journal of Family Violence*, 24, 11-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9201-8>
- Shorey, R. C., Cornelius, T. L. y Bell, K. M. (2008). A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 185-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.003>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. y Cornelius, T. L. (2011). Dating Violence and Substance Use in College Students: A review of the Literature. *Aggressive and Violent Behavior*, 16, 541-550. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.003>
- *Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A. y Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286, 572-579. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.5.572>
- *Simon, T. R., Miller, S., Gorman-Smith, D., Orpinas, P. y Sullivan, T. (2010). Physical dating violence norms and behavior among sixth-grade students from four U.S. sites. *Journal of Early Adolescence*, 30, 395-409. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0272431609333301>
- *Slashinski, M. J., Coker, A. L. y Davis, K. E. (2003). Physical Aggression, Forced Sex, and Stalking Victimization by a Dating Partner: An Analysis of the National Violence Against Women Survey. *Violence and Victims*, 18, 595-617. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/vivi.2003.18.6.595>
- *Smith, P. H., White, J. W. y Holland, L. (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health*, 93(7), 104-110. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.7.1104>
- Stets, J. y Henderson, D. (1991). Contextual factors surrounding conflict resolution while dating: Results from a national study. *Family Relations*, 40, 29-36. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/585655>
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and aggression: The Conflict Tactics Scale (CTS). *Journal of Marriage and The Family*, 41, 75-88.
- *Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women*, 10, 790-811. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801204265552>
- *Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children y Youth Services Review*, 30, 252-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.10.004>
- *Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Straus, M. A. y Ramírez, I. L. (2007). Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by university students in Mexico and USA. *Aggressive Behavior*, 33, 281-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ab.20199>
- Teten, A. L., Ball, B., Valle, L. A., Noonan, R. y Rosenbluth, B. (2009). Considerations for the Definition, Measurement, Consequences, and Prevention of Dating Violence Victimization among Adolescent Girls. *Journal of Women's Health*, 18, 923-927. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1515>
- Viejo, C. (2014). *Dating violence y cortejo adolescente: un estudio sobre la violencia en las parejas sentimentales de los jóvenes andaluces*. Sevilla, España: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces.
- *White, J. W. y Koss, M. P. (1991). Courtship violence: incidence in a national sample of higher education students. *Violence and Victims*, 6(4), 247-256.
- White, J. W., Smith, P. H., Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2000). Intimate partner aggression. What have we learned? Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126(5), 690-696. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.126.5.690>
- *Wingood, G. M., DiClemente, R. J., McCree, D. H., Harrington, K. y Davies, S. L. (2001). Dating Violence and the Sexual Health of Black Adolescent Females. *Pediatrics*, 107, e72. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.107.5.e72>
- *Wolitzky-Taylor, K. B., Ruggiero, K. J., Danielson, C. K., Resnick, H. S., Hanson, Rochelle, F... Kilpatrick, D. G. (2008). Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 755-762. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318172ef5f>
- *Zweig, J. M., Dank, M., Yahner, J. y Lachman, P. (2013). The Rate of Cyber Dating Abuse Among Teens and How It Relates to Other Forms of Teen Dating Violence. *Journal of Youth and Adolescence* 42, 1063-1077. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-013-9922-8>



EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN

THE EFFICACY OF PSYCHOTHERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A REVIEW

Ferran Burgal Juanmartí y Nathalie Pérez Lizeretti

Universitat Ramón Llull. CIDIE

El objetivo principal de este estudio fue comparar la eficacia de diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) con el fin de analizar y comprender qué terapias obtienen mejores resultados y por qué. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de las publicaciones realizadas desde 1990 en las principales bases de datos (PsyInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar). Los resultados mostraron por una parte, que las principales psicoterapias para el TLP eran la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas entre otras y, por otra, que todas ellas eran eficaces. Hay que remarcar que cada una de dichas terapias, tal y como indican los resultados, era significativamente eficaz sobre diferentes problemáticas como el control de conductas autolíticas y autolesivas, no obstante, algunos aspectos como la regulación emocional seguían resistiéndose en muchos casos.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, revisión sistemática, psicoterapia.

The main objective of this investigation is the efficacy comparison of the different psychotherapies for Borderline Personality Disorder (BPD), with the aim of analyzing and understanding which therapies obtain better results and why. To this end, a systematic review was carried out on the current psychotherapies for BPD. First of all, the results showed that the psychotherapies most used for BPD were Dialectical Behavior Therapy (DBT), Mentalization-Based Treatment (MBT) and Schema-Based Therapy (SBT), among others, and all of them were efficacious. It should be noted that each of these therapies, as shown in the results, was efficacious in treating different symptoms, such as parasuicidal behavior control, however, some aspects such as emotional regulation were still resistant to treatment in many cases. Therefore, further investigations should be carried out to include elements of emotional regulation and measuring their efficacy.

Key words: Borderline Personality Disorder, systematic review, psychotherapy.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) supone un considerable sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su entorno, así como un elevado consumo de recursos sanitarios (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk 2004), no solo por su prevalencia del 1-2% en población general (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen, Cramer, 2001), sino también por su naturaleza (Linehan, Heidi, Heard, Hubert & Armstrong, 1993). Las características del comportamiento límite y la resistencia a los tratamientos farmacológicos hacen de la psicoterapia el elemento clave para la mejora de estos pacientes.

Actualmente existen múltiples psicoterapias para el tratamiento del TLP con estudios que avalan su eficacia sobre los diferentes desórdenes que conforman el

trastorno. A partir de aquí, una posible pregunta a plantear es saber qué psicoterapia es la más eficaz y por qué. Las más estudiadas y con mayor apoyo empírico son: la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), la Terapia basada en la Mentalización (TBM) (Bateman & Fonagy, 2004), la Terapia basada en la Transferencia (TBT) (Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 1999), la Terapia basada en Esquemas (TBE) (Ball & Young, 1999), la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) (Ryle, 1991), la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) (Hobson, 1985) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TDC es una psicoterapia manualizada, que combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo, basada en la dualidad de aceptar al otro en su condición presente a la vez que se promueve un cambio (Heard & Linehan, 1994). Por el contrario, la TBM y la TBT son psicoterapias psicoanalíticas que se centran en el afecto, la comprensión y la interpretación, aunque también hay importantes diferencias entre ellas. La TBT presta especial atención a la transferencia y centra su acción terapéutica en las externalizaciones del paciente en terapia. Sin embargo, la TBM

Recibido: 18 octubre 2016 - Aceptado: 24 febrero 2017

Correspondencia: Ferran Burgal Juanmartí. Blanquerna, Universitat Ramón Llull. Centro de Investigación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional, Fundación Ramón Rosal Paseo de Rubí 56. 08197 Valldoreix. España. E-mail: ferranBJ1@blanquerna.url.edu



busca primero la estabilización emocional para, en segundo término, trabajar la mentalización y la comprensión de sí mismo (Bateman & Fonagy, 2004). En cuanto a la TBE, ésta se basa en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y tradiciones centradas en las emociones y busca identificar y modificar la estructura interna de la persona (Kellogg & Young, 2006). La TCA (Ryle, 1991) consiste en una terapia breve (16 sesiones), focal e integradora que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos. Finalmente la Terapia Conversacional de Hobson (Hobson, 1985) se focaliza en las emociones de la persona y en sus problemas interpersonales.

Por otra parte numerosos estudios sugieren que graves dificultades en la gestión emocional constituyen un aspecto nuclear en el TLP (Harned, Banawan & Lynch, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg 2007; Gardner & Qualter, 2009; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Peter et al., 2013). En esta línea, algunas investigaciones han demostrado que en el TLP se da una baja inteligencia emocional (IE), lo que supone una mala comprensión de las emociones propias y ajenas y un mal manejo de ellas (Gardner et al., 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013). Los resultados de estas investigaciones demuestran que las personas con TLP prestan excesiva atención a sus emociones pero tienen dificultades para identificar claramente diferentes estados emocionales y en consecuencia para manejarlos correctamente. Por tanto, la comprensión y el manejo de las emociones son aspectos fundamentales a tratar en las personas con TLP.

El primer objetivo de este estudio es valorar los resultados de eficacia que obtienen las diferentes psicoterapias en la mejoría del trastorno. Porque si bien existen algunos estudios de revisión sobre la eficacia de la psicoterapia en el TLP (e.g., Díaz, 2001; Lana & Fernández, 2013), son escasos los que analizan detalladamente la eficacia de cada una de ellas a nivel sintomático. Nuestro segundo objetivo es, por lo tanto, ir más allá de ver qué terapia es más eficaz y comprender qué problemáticas son susceptibles de mejora y cuáles no en función de cada psicoterapia.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en las bases de datos PsycInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar entre 1990 y 2015, teniendo en cuenta que la TDC,

la TBM y la TBT aparecen a partir de los años 90. Se utilizaron diferentes combinaciones de los siguientes descriptores de búsqueda para la identificación e inclusión de artículos: ([*borderline personality disorder*] AND [*psychotherapy treatment* OR *dialectical behavior therapy* OR *mentalization based therapy* OR *transference focused therapy* OR *schema based therapy* OR *cognitive behavior therapy*]).

Criterios de selección

Se incluyeron estudios que valorasen la eficacia de una psicoterapia en personas con TLP, estudios que comparasen la eficacia de dos o más psicoterapias y estudios de revisión sistemática. Se excluyeron aquellos estudios cuyo objeto de estudio principal no fuera la aplicación de una psicoterapia. Finalmente, la muestra de nuestro estudio estuvo conformada por un total de 30 artículos, en los que se analizaba la eficacia de una psicoterapia en personas con diagnóstico de TLP o sintomatología límite.

RESULTADOS

Los estudios se distribuyen en tres tablas en función de la psicoterapia estudiada. Todas ellas recogen el tipo de estudio, la muestra, la modalidad terapéutica (individual, grupal o una combinación) y los principales resultados obtenidos.

En la Tabla 1 se incluyen los estudios de eficacia de la TDC, en la Tabla 2 se agrupan los de psicoterapias de orientación psicoanalítica y la Tabla 3 se recogen otras psicoterapias y se incluyen ensayos clínicos sobre la efectividad de la TBE, la TCC y TCA. El estudio de Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2016) también se incluye en esta tabla porque presenta una combinación de la TDC y de la TBE.

Tal y como se observa en la Tabla 1, los estudios realizados sobre la TDC en el TLP muestran una clara eficacia en múltiples variables. Los cambios más relevantes se dan en conductas autolíticas y autolesivas, lo que lleva a una disminución tanto de los ingresos hospitalarios como de la utilización de los servicios de urgencias (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard & Armstrong 1993; Turner, 2000; Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Bedics, Atkins, Comtois & Linehan 2012; Linehan, et al., 2015; Stigmayer et al., 2014; Harned, Korslund & Linehan, 2014). También se observan cambios significativos en psicopatolo-



TABLA 1
ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Instrumentos de medida	Resultados de efectividad
Linehan et al., (1991)	44 M	ECA.GC (TH).TDC	G+I	Parasuicide History Interview (PHI), Depression Inventory (BDI), Scale for Suicide Ideators (SSI), Treatment History Interview (THI), Beck Hopeless Scale (BHS), Reasons for Living Scale (RLS), Survival and Coping Scale (SCS).	Reducción significativa de autolesiones y hospitalizaciones. No hubo mejorías significativas en depresión, sentimientos de desesperación, ideación suicida y motivos para vivir.
Linehan, Heard & Armstrong (1993)	39 M	ECAGC (TH).TDC	G+I	PHI, THI, State Trait Anger Scale (STAS), Global Assessment Scale (GAS), Social Adjustment Scale-Interview and Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR).	La TDC fue significativamente más efectiva en sentimientos de rabia, funcionamiento global, conductas parasuicidas y ajuste social. No lo fue en ansiedad ruminativa y eficiencia laboral.
Linehan et al., (1999)	28 M	ECA.GC (TH).TDC	G+I	PHI, GAS,, Global Social Adjustment (GSA), Social History Interview (SHI), State-Trait-Anger Inventory (STAXI).	TDC mostró diferencias significativas en abuso de sustancias, adherencia a la terapia, ajuste social y global. No hubo diferencias entre grupos en sentimientos de rabia y conductas parasuicidas.
Turner (2000)	19 M 5 H	ECA.GC (Terapia Centrada en el Paciente).TDC	G+I	Diagnostic Interview for Borderlines (DIB), Structured Clinical Interview for DSM-III Disorders (SCID-I)	TDC supuso una reducción significativa en el número de hospitalizaciones y conductas parasuicidas.
Koons et al., (2001)	20 M	ECA.GC (TH).TDC	G+I	PHI, THI, BDI, BHS, STAXI, Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI), Hamilton Depression Scale (Ham-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Dissociative Experiences Scale (DES).	TDC mostró mejoras significativas en depresión, suicidio, disociación y rabia. No hubo mejoría significativa en ansiedad.
Verheul et al., (2003)	58 M	ECA.GC (TH).TDC	G+I	Lifetime Parasuicide Count (LPC), Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV).	Mayor adhesión y mejoría en conductas autolesivas y autolíticas de la TDC.
Bohus et al., (2004)	50 M	EC no A.GC (TH).TDC	G+I	LPC, HAM-A, BDI, Ham-D, STAXI, GAFSymptom-Checklist (SCL-90-R), State-Trait-Anxiety Inventory (STAI), Dissociations Experiences Scale (DES), Inventory of Interpersonal Problems (IIP).	Mejoría en psicopatología general, conductas autolesivas, disociaciones, depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal y ajuste social. No hubo mejoría significativa en sentimientos de rabia.
Linehan et al., (2006)	101 M	ECA.GC (TCPE).TDC	G+I	Ham-D, Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII), Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ), Reasons for Living Inventory (RLI) Treatment History Interview.	El grupo TDC mostró menos hospitalizaciones por ideación suicida y mayor adherencia al tratamiento.
McMain et al., (2009)	165 M 15 H	ECA.GC (Atención psiquiátrica general).TDC	G+I	SASII, SCL-90-R, STAXI, BDI, IIP, EQ-5D,THI.Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD), Reasons for Early Termination From Treatment Questionnaire.	No hubo diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables analizadas.Mejorías significativas de la TDC y el GC: conductas parasuicidas, síntomas límites, sintomatología general, depresión, rabia, utilización de los servicios sanitarios y funcionamiento interpersonal.
Axelrod, Perepletchikov, Hotlzman & Sinha (2011)	27 M	EC no A.No GC.TDC	G+I	BDI, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).	Mejoría significativa en regulación emocional, abuso de sustancias y depresión.
Bedics, Atkins, Comtois &Linehan (2012)	101 M	ECA.GC (TCPE).TDC	G+I	Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior (SASB).	Los individuos del grupo TDC aumentaron la autoafirmación, amor propio y autoprotección, y disminuyeron las conductas autolesivas. Los participantes que percibieron a su terapeuta como protector y reafirmante tuvieron menos conductas autolesivas.
Linehan, et al., (2015)	99 M	ECA.TDC, TDC (Entrenamiento en Habilidades), TDC individual	G+I	SASII, Ham-D, HAMA, THI, Suicidal Behaviors Questionnaire, Reasons for Living Inventory (RLI).	Las tres modalidades reducen significativamente la ideación suicida, depresión, gravedad de las autolesiones y la utilización de servicios médicos por tentativas autolíticas. A nivel general, la TDC estándar obtiene mejores resultados que las otras dos modalidades.
Neacsiu et al., (2014)	101 M	ECA.GC (TCPE).TDC	G+I	STAXI, Acceptance and action questionnaire (AAQ), Personal feelings questionnaire 2 (PFQ2), Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS).	La TDC muestra una mejoría en la experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas.No diferencias significativas en la reducción de la intensidad de experiencias emocionales negativas como rabia, ansiedad, culpa y vergüenza.
Harned, Korsnund & Linehan (2014)	26 M	ECA.TDC,TDC+ PE (Prolonged Exposure protocol)	G+I	SCID-I, PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I), International Personality Disorder Examination (IPDE), Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), 3-item Childhood ExperiencesQuestionnaire, Reasons for Termination-Client Scale, 8-item Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), SASII, GSI, BSI, Ham-D, HAM-A,, Dissociative Experiences Scale e Taxon (DES-T), TraumaRelated Guilt Inventory (TRGI), Experience of Shame Scale (ESS).	Ambas modalidades se asociaron a mejoras en la severidad del Síndrome por Estrés Post-Traumático, en disociaciones, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y funcionamiento global. TDC+PE significativamente más eficaz en conductas autolíticas y autolesivas.
Stigmayer et al., (2014)	66 M 12 H	EL (4años) No GC	G+I	BDI, Ham-D, Borderline Symptom List (BSL), Questionnaire of thoughts and feelings borderline-specific cognitions (QTF), Brief Symptom Inventory-Global Severity Index (BSI-GSI), Dissociation-Tension-Scale (DSS).	Disminución de autolesiones y número de ingresos hospitalarios. Mejoría en la severidad de síntomas límites de personalidad, psicopatología general, depresión y disociaciones. Al cabo de un año de tratamiento el 77% de los pacientes, ya no cumplían criterios diagnósticos de TLP.

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Alínico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual; TCPE=Tratamiento Comunitario Por Expertos); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+I=Grupal e Individual)



gía general (Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009; Stigmayer et al., 2014), sintomatología límite (McMMain et al., 2009; Stigmayer et al., 2014), funcionamiento global (Linehan, Heard & Armstrong 1993; Linehan et al., 1999; Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009), disociaciones (Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; Harned et al., 2014; Stigmayer et al., 2014) y depresión (Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009; Axelrod, Pereplechikova, Hotlzman & Sinha, 2011; Linehan, et al., 2015; Harned, Korsnlund & Linehan, 2014; Stigmayer et al., 2014). Sin embargo en el estudio de Linehan et al. (1991) no se observó mejoría en depresión ni en las variables sentimientos de desesperación, ideación suicida y motivos para vivir.

Hay que destacar que la TDC se muestra menos efectiva de lo esperado en la regulación de la intensidad de experiencias emocionales negativas como la rabia, la culpa, la ansiedad o la vergüenza (Linehan, Heard & Armstrong 1993; Linehan et al., 1999; Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; Neacsiu et al., 2014). Aunque en dos estudios sí mejoró de forma significativa la

rabia expresada y no expresada (Koons et al., 2001; McMMain et al., 2009), en el ensayo de McMMain et al. (2009) está mejoría no fue superior a la del grupo control. En otros dos estudios la variable ansiedad obtuvo mejoras significativas (Bohus et al., 2004; Harned, Korsnlund & Linehan, 2014) y en un estudio hubo una mejoría en la experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas pero no mejoró la capacidad para su regulación (Neacsiu et al., 2014). Solo en uno de los ensayos realizados desde la TDC los pacientes obtuvieron una mejoría significativa en regulación emocional al finalizar el tratamiento (Axelrod, Pereplechikova, Hotlzman & Sinha 2011).

En la Tabla 2 vemos que las psicoterapias de orientación psicoanalítica utilizadas en el TLP son la TBT, la TBM y la Terapia Conversacional de Hobson. La TBT (Clarkin, Levy, Lenzenwerger & Kernberg, 2007; López et al., 2004) mostró mejoría clínicamente significativa en ansiedad, depresión, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social, irritabilidad y agresividad. La TBM (Bateman & Fonagy 1999; Bateman & Fonagy, 2001

TABLA 2
ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD DE TERAPIAS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICAS

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Instrumentos de medida	Resultados de efectividad
Bateman & Fonagy (1999)	22 M 16 H	ECA.GC (TH).TBM	G+I	STAI, BDI, SCL-90, Social Adjustment Scale (SAS), IIP.	Mejoría en conductas autolesivas y autolíticas, depresión, ansiedad, psicopatología general, ajuste social y las relaciones interpersonales.
Meares, Stevenson & Comerford (1999)	60	EC no A.GC (lista de espera) TCH	I	DSM-III.	TCH mostró una disminución significativa en los criterios diagnósticos respecto al GC.
Bateman & Fonagy (2001)	44	EL(18 meses).TBM	G+I	SCL-90-R, GSI, BDI, SAS, IIP.	El grupo MBT mantuvo las mejorías a nivel sintomático, social y de utilización de servicios hospitalarios.
López et al., (2004)	10 M	EC no A.No GC.TBT	I	SCID I, SCID II, SCL-90, DSM-IV.	Mejoría en la gravedad sintomática y en la actividad global.
Korner, Gerull, Meares & Stevenson (2006)	33 M 27 H	EC no A.GC (TH).TCH	I	Westmead Severity Scale, GAS, DSM-III-R.	Mejoría significativa respecto a GC en términos de reducción de la severidad de los síntomas limítrofes y mejoría en el funcionamiento global.
Clarkin, Levy, Lenzenwerger & Kernberg (2007)	83 M 7 H	ECA.TDC, TBT y Terapia de Apoyo	G+I (TDC) I (TBT) I (Terapia de Apoyo)	BDI, BSI, Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Overt Aggression Scale-Modified, Social Adjustment Scale (SAS), Barrat Impulsiveness Scale-II, Anger Irritability and Assault Questionnaire.	TDC supuso una mejoría en 5 de la 12 variables analizadas (depresión ansiedad, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social), la TBT en 10 (las mismas que la TDC + rabia, Barrat Factor 2, irritabilidad y agresividad verbal y directa), y la Terapia de Apoyo en 6 (depresión, ansiedad, funcionamiento global, ajuste social, Barrat Factor 3 y rabia).
Bateman & Fonagy (2008)	41	EL (5 años).GC (TH).TBM	G+I	ZAN-BPD, GAF.	Mejoría clínica significativa respecto al GC en suicidio, criterios diagnósticos, utilización de los servicios de salud mental, medicación, funcionamiento global y estatus vocacional.
Bateman & Fonagy (2009)	107 M 27 H	ECA.GC (TH).TBM	G+I	GAF, BDI, SCL-90-R, GSI, BDI, SAS, IIP.	Disminución de intentos de suicidio, autolesiones e ingresos hospitalarios.Mejoría en psicopatología general, ajuste social y funcionamiento interpersonal.

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Clínico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+I=Grupal e Individual)



Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy 2009) en ansiedad, depresión, psicopatología general, síntomas límites y funcionamiento global e interpersonal además de una disminución de las conductas autolíticas y autolesivas. Finalmente, la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) supuso una mejoría significativa de la sintomatología TLP y del funcionamiento global.

En la Tabla 3 se incluyen las investigaciones sobre terapias que no son únicamente la TDC o de orientación psicoanalítica: la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA), (Chanen et al., 2008; Ryle & Golyunkina 2000), la TBE (Farrel, Shaw & Webber, 2009; Giensen-Bloo et al., 2006; Nadort et., al 2009), la TCC (Davidson et al., 2006) y una combinación entre TDC y TBE (Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman, 2016). Respecto a la TCA, Chanen et al. (2008) no encontraron diferencias entre grupos a nivel de conductas parasuicidas y criterios diagnósticos de TLP, la única diferencia significativa entre la TCA y el grupo control fue en

externalización de la psicopatología. En el estudio de Ryle & Golyunkina (2000) sólo la mitad de la muestra dejó de cumplir criterios diagnósticos para TLP. Los tres estudios citados anteriormente que evalúan la eficacia de la TBE mostraron una disminución significativa de los síntomas límites, de la psicopatología general y una mejoría de la funcionalidad global. En lo que concierne a la TCC, únicamente se encontró un ensayo clínico que obtuvo diferencias significativas respecto al grupo control en ansiedad-estado y creencias disfuncionales pero no a nivel de tentativas de suicidio, hospitalizaciones, utilización de los servicios de emergencia, ansiedad-rasgo, depresión, funcionamiento interpersonal y calidad de vida. Finalmente, Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2016) combinando elementos de la TDC y de la TBE obtuvieron mejorías significativas en impulsividad, ideación paranoide y disociativa, calidad de vida, conductas autolesivas y variables relativas al suicidio.

TABLA 3
ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD DE OTRAS PSICOTERAPIAS

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Instrumentos de medida	Resultados de efectividad
Ryle & Golyunkina (2000)	16 M 11 H	EC no A. No GC. TCA	I	BDI, SCL-90-R, IIP, Social Questionnaire (SQ).	Al finalizar la intervención se clasificaron los pacientes en dos grupos, en función de si hubo una mejoría o no. El grupo en el que hubo mejoría (N=14) dejó de cumplir criterios diagnósticos para el TLP. El grupo en el que no hubo mejoría (N=13) se dividió en dos subgrupos, "incierto" (n=7) y "no cambio" (n=6).
Davidson et al., (2006)	106	ECA GC (TH) TCC	I	Acts of Deliberate Self-Harm Inventory (ADSHI), BDI, STAI, BSI, Social Functioning Questionnaire (SFQ), Young Schema Questionnaire (YSQ), Working Alliance Inventory (WAI).	La TCC+TAU mostró mejores resultados que TAU en creencias disfuncionales y ansiedad-estado. No hubo diferencias significativas en tentativas de suicidio, hospitalizaciones, utilización de los servicios de emergencia, ansiedad-rasgo, depresión, funcionamiento interpersonal y calidad de vida.
Giensen-Bloo et al., (2006)	80 M 6 H	ECA GC (TBT) TBE	I	BPDSI-IV, Dissociative Experiences Scale (DES), Dutch Screening List for Attention Deficit Hyperactivity Disorder for Adults.	La TBE fue superior a la TBT en la disminución de la sintomatología borderline y de la psicopatología general. Ambos grupos disminuyeron significativamente los síntomas límites, la psicopatología general y aumentaron la calidad de vida de los individuos.
Chanen et al., (2008)	78	ECA GC (Terapia estándar) TCA	I	Youth Self-Report (YSR), Young Adult Self-Report (YASR), SCID-II, Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), SCID-II.	El grupo TCA mostró diferencias significativas en la variable externalización de psicopatología. No hubo diferencias entre grupos a nivel de conductas parasuicidas y puntuaciones en criterios diagnósticos de TLP.
Nadort et., al (2009)	60 M 2 H	ECA. GC (TBE) TBE+Terapia Telefónica.	I	BPDSI-IV, SCL-90, World Health Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), EuroQOL, EQ-5D, YSQ.	Disminución de la severidad de síntomas límites y psicopatología general en ambos grupos. No hubo diferencias entre-grupos en ninguna variable.
Farrel, Shaw & Webber (2009)	28 M	ECA GC (TAU) TBE	G	BSI, SCL-90, Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder (DIB-R), GAFS.	El grupo TBE mostró mejorías en sintomatología límite, psicopatología general y funcionamiento global. En el grupo TAU no hubo mejoría en ninguna variable.
Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2016)	44 M 7 H	ECA GC (TH). TDC + TBE	G+I	BPDSI-IV, Health Related Quality of Life.	La combinación TDC+TBE muestra mejoría significativa en impulsividad, ideación paranoide y disociativa, calidad de vida y variables relativas al suicidio

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Alinico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+=Grupal e Individual)



DISCUSIÓN

A partir de estos resultados lo primero que podemos afirmar es que en términos generales todas estas psicoterapias parecen obtener mejorías significativas a nivel clínico. Tanto la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en Esquemas, la Terapia Basada en la Mentalización, la Terapia Basada en la Transferencia, la Terapia Conversacional de Hobson y la Terapia Cognitivo Analítica han demostrado, de forma global, mejorías significativas, aunque las más validadas empíricamente son la TDC y la TBM. No obstante, existen muy pocos estudios que comparen la eficacia entre diferentes terapias, con lo que es difícil saber con exactitud qué terapia es más eficaz y en qué lo es. Por ejemplo, Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg (2007), compararon la eficacia de la TDC y de la TBT y los resultados mostraron que la TDC supuso una mejoría en 5 de las 12 variables analizadas (depresión ansiedad, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social), mientras que la TBT lo hizo en 10 de 12 (las mismas que la TDC más rabia, impulsividad, irritabilidad y agresividad verbal y directa). Por otra parte, Giensen-Bloo et al., (2006) compararon la TBT y la TBE mostrando que, si bien ambas disminuyeron significativamente los síntomas límites, la psicopatología general y aumentaron la calidad de vida de los participantes, la TBE fue superior en la disminución de la sintomatología borderline y de la psicopatología general.

A partir de aquí, ¿sería correcto concluir o suponer que la TBT es superior a la TDC y que la TBE es a su vez más eficaz que la TBT? En primer lugar, sería imprudente sacar conclusiones generales de sólo dos estudios y, en segundo lugar, hay que tener muy presente el papel del psicólogo en la terapia. No solo es importante qué tipo de psicoterapia se utiliza sino también quien la lleva a cabo. Hay que remarcar que el estudio de Clarkin, et al., (2007), se llevó a cabo por un equipo experto en TBT y el de Giensen-Bloo et al., (2006) por expertos en TBE. Con esto no queremos poner en duda la validez de los resultados, sino remarcar que las psicoterapias son medios para canalizar las habilidades del profesional y cada psicólogo, por su propia manera de entender al ser humano, se sentirá más cómodo con una u otra terapia. Por lo tanto, no sorprende que expertos en TBT obtengan mejores resultados con la TBT que con la TDC. Así pues, lo interesante quizás no sería tanto analizar qué terapia es más eficaz sino más bien qué aporta cada psicoterapia de nuevo

y claramente efectivo al tratamiento. A través de esta investigación buscamos identificar elementos que se muestren eficaces para diferentes dimensiones del TLP a fin de tenerlos en cuenta al tratar con los pacientes.

La TDC se muestra eficaz en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas, en psicopatología general, funcionamiento global, depresión y ansiedad. Las terapias de tipo psicoanalítico como la TBT, la TBM y la TCH han demostrado ser eficaces en conductas autolíticas y autolesivas, psicopatología general, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad. La TDC parece tener más incidencia sobre conductas automutilantes mientras que las psicoterapias psicoanalíticas lo hacen en variables de regulación emocional. Respecto a la TBE, los pocos estudios que se han hecho muestran una mejoría en psicopatología general, funcionamiento global y en sintomatología límite.

Estos resultados difícilmente pueden llevar a concluir que psicoterapia es más eficaz en el tratamiento del TLP, pero si pueden ayudar a identificar sobre qué variables tienen mayor incidencia cada uno de los modelos terapéuticos estudiados, de manera que podamos saber qué elementos son esenciales en el tratamiento del TLP. Para ello sería necesario interpretarlos desde un prisma no estrictamente cuantitativo, sino más bien valorarlos como una herramienta para la comprensión y la integración de elementos útiles que ayuden a canalizar las habilidades del psicólogo hacia mejores resultados. Por lo tanto, una psicoterapia eficaz para el TLP debería incluir algunos ingredientes, *a priori* esenciales, como la modificación de esquemas mentales, la mentalización, la validación y valoración de la persona antes de intentar cualquier cambio.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce la importancia de la carencia de habilidades de regulación emocional en el TLP, los resultados obtenidos en estas variables no son del todo satisfactorios. Si bien es cierto que hasta hace poco no se ha empezado a hablar de inteligencia emocional y que aun son pocos los estudios que demuestran la relación entre presencia y gravedad del TLP con una baja IE. Parece que sería importante incluir ingredientes que fomentaran el desarrollo de la inteligencia emocional en el tratamiento de este trastorno (Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013).

Otro punto a tener en cuenta es la viabilidad de las terapias mencionadas en el sistema sanitario público. La mayoría de los estudios revisados incluyen entre dos y



tres horas de psicoterapia semanal, de forma individual y grupal, durante más de un año. La TDC manualizada (Tabla 1) consiste en una hora de terapia individual y dos horas de psicoterapia grupal semanales, lo que supone tres horas de psicoterapia por semana durante un año. En la TBM (Tabla 2), se llevan a cabo entre dos horas y media (Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2009) y seis horas de intervención semanales (Bateman & Fonagy, 1999) incluyendo las sesiones individuales y grupales durante 18 meses. Así pues, aun cuando se haya demostrado que dichas psicoterapias son eficaces, su eficiencia es relativa, por lo que sería de interés que futuros estudios consideraran tanto la eficacia como la eficiencia de las psicoterapias para el TLP.

Finalmente, como limitaciones de esta revisión, hay que remarcar que existe una cierta falta de heterogeneidad metodológica en los estudios analizados a nivel de instrumentos de evaluación. Si bien se suelen medir los mismos constructos, las pruebas utilizadas son muy dispares, lo que dificulta en gran medida poder comparar la eficacia entre distintas terapias y limita la realización de metaanálisis. Por último, debemos remarcar que en la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se utiliza como grupo control "Tratamiento Habitual". La naturaleza de dicho grupo control es relativamente dispar entre estudios y puede consistir desde el tratamiento privado hasta el ambulatorio, abarca desde una visita al mes o una por semana e incluso en algunos casos puede tratarse de cualquier tipo de tratamiento, sea o no psicológico.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (original Washington DC: APA).
- Axelrod, S.R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(1), 37–42.
- Ball, S.A., y Young, J.E (1999). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(1), 270–281.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563–1569.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158*(1), 36–42.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2008). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165*(5), 631–638.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355–1364.
- Bateman, A.W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36–51.
- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Comtois, K.A., y Linehan, M.M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 66–77.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Oldham, J.M., y Gunderson, J.G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 295–302.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unkel, C., ... Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42*(5), 487–499.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., Mccutcheon, L.K., Jovev, M., Yuen, H.P., Germano, D., ... McGorry, P.D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 193*(6), 447–84.



- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.922>
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., y Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder study of cognitive (boscot) trial. *Journal of Personality*, 20(5), 450-465.
- Díaz, C. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (78), 51-70.
- Ebner-Priemer, U.W., Welch, S.S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M.M., y Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 150(3), 265-275.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., y Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-28.
- Gardner, K.J., y Qualter, P. (2009). Emotional intelligence and borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 47(2), 94-98.
- Gardner, K.J., Qualter, P., y Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 208-212.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. Van, Spinhoven, P., Tilburg, W. Van, Dirksen, C., Asselt, T. Van, ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Harned, M.S., Banawan, S.F., y Lynch, T.R. (2006). Dialectical behavior therapy: An emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 67-75.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., y Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55(1), 7-17.
- Heard, H.L., y Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55-82.
- Hobson, R. F. (1985) *Forms of Feeling: The Heart of Psychotherapy*. London: Tavistock.
- Kellogg, S.H., y Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J. L., Lynch, T.R., Gonzalez, A. a., Morse, J. Q., ... Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Korner, A., Gerull, F., Mearns, R., y Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 406-411.
- Lana, F., Fernández, I. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudio controlados aleatorizados publicados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(4), 242-52.
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., y Lindeman, S. (2016). Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: The Oulu BPD Study. *Community Mental Health Journal*, 52, 216-227.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364,453-61.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-66.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M.M., Korslund, K.E., Harned, M.S., Gallop, R.



- J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A.M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., y Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N., y Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 407-418.
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., y Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.
- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., y Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Meares, R., Stevenson, J., y Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 467-472.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973.
- Neacsiu, A.D., Lungu, A., Harned, M.S., Rizvi, S.L., y Linehan, M.M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47-54.
- Peter, M., Schuurmans, H., Vingerhoets, A.J.J.M., Smeets, G., Verkoijen, P., y Arntz, A. (2013). Borderline personality disorder and emotional intelligence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 99-104.
- Ryle, A., y Golyukina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73 (Pt 2), 197-210.
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C., ... Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 20.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-96.
- Turner, R.M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A J., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-40.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., y Silk, K.R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

DROGODEPENDENCIAS Y SEXUALIDAD

Fernando Pérez del Río y Manuel Mestre Guardiola
 Madrid: Ediciones Biblioteca Nueva, 2016

Fernando Pérez del Río

Universidad de Burgos

“Adicciones y sexualidad” es un libro destinado a estudiantes, educadores, sanitarios, terapeutas de centros de atención a drogodependientes y en general a todas las personas interesadas tanto en las drogodependencias como en la sexualidad.

Un libro pionero por vincular estas complejas temáticas y ordenar las relaciones de ambos saberes.

Estamos ante un libro a caballo entre la teoría y la práctica, con interesantes propuestas para el trabajo grupal, en cuyas páginas los autores mantienen una actitud crítica frente a los variados enfoques de la clínica actual.

Por su originalidad, cabría destacar algunos capítulos, como el referido a la adicción al sexo, así como aquel otro que analiza los

abusos sexuales y la posterior drogodependencia, las consecuencias de las sustancias sobre la sexualidad, la dependencia afectiva y las adicciones, género y adicción, etc., o también toda la primera parte del libro en que, de una forma amena y atinada, se encuadran los conceptos clave para comprender de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad y drogodependencias.

El libro cuenta en todos sus principales capítulos con una parte dedicada al tratamiento, donde cobra merecida relevancia qué función cumple la adicción en las personas. Digno de señalar muy especialmente es la infrecuencia de encontrar en un libro de psicología como éste tantos guiños y referencias a otros saberes, bien sean la filosofía o la antropología, o bien el análisis social que abordan los autores.

En conclusión, frente a tanto furor evaluativo y tanta neurociencia, nos complace presentar un libro de corte humanista que integra y favorece el propósito de hablar de la vivencia de la sexualidad en personas con problemas adictivos, de lo que les ocurre en realidad y de cómo pueden ser ayudadas con tratamientos adecuados en la búsqueda de sus propias soluciones.

Una obra que supone una puesta al día de la investigación actual a la par que un marco de referencia para los desafíos del futuro.

ADICCIONES: CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA Y ACCIÓN PREVENTIVA

Iñaki Markez (Coord.)

Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015

Fernando Pérez del Río

Universidad de Burgos

Hace un siglo existía una creciente preocupación de los médicos especialistas por la enfermedad mental, y por ello por el alcoholismo y las toxicomanías lo que favoreció la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1924 y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926 que integraron entre sus objetivos la realización de actividades preventivas, asistenciales y de debate en el campo de los consumos excesivos de diversas sustancias, algo que duró hasta la guerra de 1936-39.

Pasaron varias décadas hasta que en el VII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Pamplona en 1962 tuviera una ponencia sobre “El alcoholismo en España” que situó el alcoholismo como uno de los problemas psiquiátricos y sociales más importantes en España. Una década más tarde, en el XI Congreso de la AEN celebrado en 1971 en Málaga se presentó la ponencia “Toxicomanías actuales”. Después en los congresos desde el año 2000 (Santiago, Oviedo, Bilbao, Cádiz, Tenerife) ha habido capítulos en diferentes ponencias. Hasta este texto presentado en el marco del XXVI Congreso de la AEN en Valencia.

Texto, elaborado por 33 profesionales de reconocido recorrido por sus intervenciones en el campo de las adicciones, presentado a lo largo de 30 capítulos en seis secciones (Conceptos y Contexto, Síntomas y Reconocimiento, Terapias e Investigación, Intervenciones y Prevención, Políticas e Institución, Conclusiones) pone de relieve cambios producidos en los conceptos y contextos, en la aparición de nuevas pautas de reconocimiento del síntoma y en las respuestas asistenciales y preventivas,

en los problemas derivados de las «epidemias» de unas u otras sustancias, de unos u otros modos de consumo.

Tras comprobar que se han invertido grandes recursos, ofrecidos muchas oportunidades y tratamientos para quienes consumen, muchos de ellos en situación de exclusión social, en este contexto, hay un interés creciente por su recuperación y reinserción social. Además, a medida que envejece la población dependiente o por crecimiento de las consecuencias de la crisis social y económica, es probable que crezcan los sectores más vulnerables a problemas de salud. Conociendo mejor las políticas, la legislación y los modos de participación.

Este interesante libro ofrece conocimiento sobre los elementos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y comprender la complejidad de las adicciones a fin de que, tanto a nivel personal como profesional, adquieran competencias que les permitan adoptar medidas de protección y promoción de la salud. Ofrece también perspectiva del fenómeno de las adicciones con amplitud de miras (antropológica, psicosocial, socioeducativa y estructural) que ayuda a desmitificar ideas preconcebidas sobre pautas y motivaciones del consumo. Nos da competencia para la intervención profesional y para obtener recursos de la salud mental que actúen en la clínica en procesos asistenciales, investigación, prevención y promoción de salud. Es más, ofrece conocimiento de programas e iniciativas novedosas que se están llevando a la práctica.

Estamos necesitados de más claridad en el discurso y en las medidas sobre las drogas. Y menos oscuridad prohibicionista. El discurso actual, y el del pasado, ha generado problemas, tiene grandes limitaciones por eso es necesario tener voluntad para cambiarlo y ofrecer también otras intervenciones diferentes a los tratamientos volcados en el fármaco, o las políticas y medidas centradas en el prohibicionismo, etc.

Tenemos un documento de la AEN que será referente en un área de intervención de tan elevada repercusión social y donde participan muchos profesionales. Si bien no se trata de responder a todos los interrogantes e insuficiencias, pues con frecuencia las respuestas o las soluciones no son únicas, sí se ofrece un buen recurso de aproximación y reflexión ante los fenómenos asociados a las adicciones.

Correspondencia: Fernando Pérez del Río. *Universidad de Burgos. Facultad de Humanidades y educación. C/ Villadiego s/n. 09001 Burgos. España. E-mail: fernandoperezdelrio@gmail.com*

MEDICAMENTOS QUE MATAN Y CRIMEN ORGANIZADO

Peter C. Gøtzsche
Barcelona: Los libros del lince, 2014

Fernando Pérez del Río
Universidad de Burgos

De vez en cuando encuentras un libro en cuyas páginas debes detenerte con frecuencia para asimilar el impacto emocional que recibes consecuente a la información ofrecida. En sus más de cuatrocientas páginas, Peter C. Gøtzsche ofrece una avalancha de pruebas contra la industria farmacéutica, puesta en solfa de principio a fin.

El autor va narrando cómo desde joven fue ocupando distintos puestos de responsabilidad en la industria del medicamento: fue profesor de biología, visitador, trabajó en marketing, supervisor de los ensayos clínicos, estudió medicina, catedrático de diseño y análisis de investigaciones clínicas, etc. A buen seguro, esta amplia visión "desde dentro" le ha facilitado trazar esta contundente obra y añadir un capítulo final con diferentes soluciones.

El libro disfruta de tres prólogos y contiene un subtítulo aclaratorio (por si aún no estuviera claro): *Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Estos detalles iniciales, el subtítulo aclaratorio y los tres prólogos nos ponen en la pista de las maneras de su autor, Gøtzsche, puntilloso, detallista e insistente metódico procedente de Dinamarca, el país menos corrupto del mundo. Una obra que a fin de cuentas nos explica por qué en los países ricos las enfermedades causadas por medicamentos son la tercera causa de muerte, detrás del infarto y el cáncer. Para el lector vinculado a lo "psi" será de especial interés a partir de la página 285, en que empieza el capítulo titulado "La psiquiatría, el paraíso de la industria farmacéutica".

Las bondades de los medicamentos se ven ensombrecidas por incontables investigaciones realizadas y nos ponen en la pista de que no se trata de una mala praxis puntual llevada a cabo por un puñado de ovejas descarriadas y aquiescentes que podríamos encontrar en cualquier profesión; más bien se trata de un sistema donde parece ser que, en el fondo, importan poco las personas y mucho los resultados económicos. La respuesta de las farmacéuticas siempre es la misma: una manzana podrida no estropea el resto, pero leyendo este libro llegas a pensar que es el cesto el que está podrido. A mi modo de ver estamos ante otra especie de burbuja que todavía no acaba de estallar.

"Nuestro sistema de salud (con relación a España) no selecciona medicamentos según su eficacia, efectos indeseados, comodidad y precio. Es un comprador bobo de humo a precio de oro en el mercado global de las tecnologías. Las encuestas indican que tanto los médicos como sus colegas universitarios, investigadores, gestores y directivos no tienen mayoritariamente conciencia del sufrimiento que ocasionan y de los recursos que despilfarran" (Laporte, 2014). Todos pensamos que con la crisis ya no gastamos tanto en medicamentos, pero la realidad es que, actualmente, sigue creciendo el gasto descontroladamente. España es uno de los países de la Unión Europea con un porcentaje más alto de gasto farmacéutico, pese a la dramática situación de pobreza que estamos viviendo. En fin, otra perla más.

Recientemente impartí un taller a psicólogos de diferentes universidades y no pocos, ante mi sorpresa, sostenían con inusitada vehemencia que el origen de la mayoría de las enfermedades mentales es biológica. Por mi parte, aduje que el desequilibrio químico no las explica suficientemente ni hay marcadores biológicos claros para ninguna de ellas. Así que, entre otras cosas, les recomendé leer este libro que profundiza en la cuestión dilucidándola de forma nítida y contundente.

VIVIR CON PLENITUD LAS CRISIS

Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad

Lon Kabat-Zinn
Barcelona: Kairós, 2016 (edición revisada y actualizada; Orig. 2013)

El programa fundacional de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (REBAP o MBSR) utilizado en todo el mundo

Agustín Moñivas
(UCM)

En la moderna teoría de la mente, formulada a partir de las investigaciones llevadas a cabo en los campos de la psicología cognitiva y las ciencias cognitivas, uno de los procesos cognitivos de mayor importancia y complejidad es la 'atención'. La atención es la puerta de entrada a nuestra experiencia, tanto interna como externa, y una cualidad básica de nuestra 'consciencia'. El cómo operemos con ella -la manera en que esté presente en nuestras actividades- determina el grado y cualidad de nuestro ser y estar en el mundo, incluyendo las relaciones con nosotros mismos, así como con los demás, y la calidad de nuestras vidas. El papel de la 'atención' re-

sulta crucial para la autorregulación de los pensamientos, las emociones y la conducta.

La relación entre la capacidad de regular la atención y el bienestar personal queda profundamente ejemplificada en el constructo 'mindfulness' (Atención Plena, Atención Consciente o Conciencia Plena). El citado constructo dio lugar al programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness 'MBSR' (Universidad de Massachusetts 'UMASS', 1978), a la vez que se ha utilizado en diferentes contextos y puede denotar realidades distintas: una cualidad de la conciencia o atención, un modo o proceso mental, un rasgo psicológico, una técnica específica de meditación, un grupo de técnicas o un resultado de la práctica en sí. La APA, en 2012, reconoció Mindfulness dentro de las terapias de 3ª generación.

Jon Kabat-Zinn, creador del programa, actual Prof. Emérito de la Facultad de Medicina de la UMASS, en la introducción al libro, manifiesta que "La intención que me ha llevado a revisarlo, por primera vez en 25 años, ha sido la de actualizarlo.....Cuanto más me adentraba en el proceso de revisión del texto, más cuenta me daba de que su mensaje y contenido básico seguía esencialmente siendo el mismo y que lo único que tenía que hacer era ampliarlo y profundizarlo cuando fuese necesario. Y me alegra decir que no cedí a la tentación de conceder más importancia a la desbordante explosión de pruebas científicas recopiladas sobre los efectos de mindfulness y su eficacia -algunas enumeraremos más abajo- que a la aventura interior y el poder del programa MBSR. Finalmente, el libro siguió siendo lo que desde el comienzo del programa pretendía: una guía práctica y sensata para el cultivo del mindfulness y su visión profundamente optimista transformadora de la naturaleza humana"

Correspondencia: Dr. Agustín Moñivas. Director de la Formación en Mindfulness. Centro Superior Estudios de Gestión (UCM). E-mail: amonivas@ucm.es

(p.15). Esta segunda edición, pues, no se centra tanto en la comprensión de los mecanismos psicológicos y neuronales, como en la capacidad de acercarnos amablemente a nosotros mismos para servirnos de nuestra vida y de nuestras circunstancias vitales de modo que tengan en cuenta todas las posibilidades de cultivar una vida sana, plena y significativa.

El libro está dividido en cinco partes, con un total de treinta y seis capítulos. La parte I, 'La Práctica de la atención plena: el hecho de prestar atención' contiene diez capítulos en los que se da cuenta de la atención, los siete fundamentos o pilares de la práctica, de las diferentes prácticas y de llevar la AP a la vida cotidiana. La parte II, 'El paradigma: nueva forma de pensar en la salud y la enfermedad' tiene seis capítulos en los que se aborda el surgimiento del programa en el contexto científico de la década de los setenta. La parte III, en cuatro capítulos, trata 'El estrés' en su reacción automática y respuesta consciente al mismo. La parte IV, en doce capítulos, plantea temas como la escucha de nuestro cuerpo, el trabajar con los dolores físicos y emocionales, el trabajar con el miedo, el pánico y la ansiedad, el estrés generado por el tiempo, el sueño y en distintos roles y contextos. La parte V 'El camino del despertar', en cuatro capítulos, desarrolla el mantenimiento tanto de la práctica formal como de la práctica informal -en cualquier escenario de la vida cotidiana, tras haber terminado el programa MBSR. Tras el epílogo, un apéndice contiene las hojas de registro, lecturas recomendadas, los CD de la práctica y la información sobre materiales y programas en español. También, a lo largo del libro encontramos tablas, gráficas y hojas resumen sobre la secuencia de las distintas prácticas.

'Vivir con plenitud las crisis' describe el programa de la Clínica de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) del Centro Médico de la UMASS. El autor advierte de que las recomendaciones que se hacen en la presente obra son de carácter genérico y no deben sustituir a los tratamientos médicos o psicoterapéuticos; las personas que sufran problemas de cualquier tipo deberán consultar con sus especialistas sobre si puede resultar adecuado seguir este programa para ellos y sobre las modificaciones que deben realizarse a fin de adecuarlo a sus casos y condiciones personales.

El objetivo de este libro, en palabras de su autor, apunta directamente a cobrar una mayor conciencia de lo que ocupa nuestra mente instante tras instante y del modo en que nuestra experiencia se ve transformada cuando lo hacemos así. Y, por encima de todo, tiene que ver con 'el cultivo de mindfulness a través de la práctica'. Ambos, libro y programa, fueron decisivos para poner en marcha un nuevo campo dentro de la medicina, el cuidado de la salud y la psicología y alentar, al mismo tiempo la investigación científica sobre la ciencia de mindfulness y sus efectos biológicos, psicológicos y sociales sobre la salud y el bienestar. Y, cada vez, es mayor, también, la influencia de mindfulness en ámbitos tan distintos como la educación, el derecho, la empresa, la tecnología, el liderazgo, el deporte, la economía, la política y el gobierno, un avance muy prometedor y beneficioso para todo el mundo (p. 19). De hecho está considerado como un programa de salud pública; sirva como ejemplo, el informe del gobierno inglés, Mindfulness Nation UK, 2015, con prólogo del mismo Kabat-Zinn, y que supone la aplicación de mindfulness a la educación, justicia, sanidad y trabajo (www.themindfulnessinitiative.org.uk).

Jon Kabat-Zinn plantea el MBSR como programa de desarrollo, descubrimiento, aprendizaje y sanación, basado en 37 años de experiencia clínica con más de 22.000 personas que lo han realizado en la Clínica de Reducción del Estrés de la UMASS. Actualmente hay cerca de 720 programas de Intervención Basados en Mindfulness 'MBI' y modelados a partir del MBSR, que pasaría por ser el primer MBI, funcionando en hospitales, centros médicos de USA y de otros muchos países (cabe resaltar el MBCT de la Universidad de Oxford). El MBSR ha contribuido muy positivamente a un nuevo y creciente movimiento dentro de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología al que solemos llamar medicina participativa

(Jon Kabat-Zinn, 2016, p. 35). El libro también recoge las pruebas científicas que subrayan la importancia de los programas MBSR, la regulación de los síntomas y el equilibrio emocional y sus efectos sobre el cerebro y el sistema inmunitario; el número de artículos sobre mindfulness y sus aplicaciones clínicas recopilados por la literatura científica superó en 2013 los 1500 -la edición que reseñamos se publicó en el original inglés en 2104-, por no decir nada del número cada vez mayor de libros publicados sobre el tema (p.19). Para otros libros básicos, a los que alude el propio autor, véase la bibliografía, más abajo. Las evidencias neurobiológicas de los beneficios del programa han dado lugar, en algunas de las principales universidades del mundo, a la creación de institutos de investigación y másteres en mindfulness.

El MBSR se basa en un entrenamiento riguroso y sistemático en mindfulness, una forma de meditación originalmente desarrollada en las tradiciones budistas orientales que consiste en ser consciente sin juzgar. La meditación puede ser entendida como el perfeccionamiento de nuestras capacidades innatas, sobretudo la capacidad de concentrar la atención y la capacidad de investigar, explorar y contemplar la naturaleza de la experiencia; ambas son, respectivamente, el objetivo y la naturaleza de la meditación. El cultivo de mindfulness pasa por prestar atención deliberada a cosas en las que, habitualmente, ni siquiera pensamos. Se trata de un enfoque estructurado para desarrollar, en nuestra vida, nuevas formas de control y sabiduría basadas en la capacidad de prestar atención y en la conciencia, intuición y compasión naturalmente derivadas de prestar un determinado tipo de atención (Kabat-Zinn, 2016, p. 36).

En el MBSR con la palabra práctica, señala Kabat-Zinn, no nos referimos a ejercitar o perfeccionar una habilidad para poderla emplear en otro momento. La práctica, en el contexto de la meditación, consiste en 'permanecer deliberadamente en el presente' (p. 68). "Saber lo que estamos haciendo mientras lo estamos haciendo es la esencia de la práctica de mindfulness" (p. 67). Este es un conocimiento no conceptual o, mejor dicho, un conocimiento más que conceptual, la conciencia misma. Una capacidad que tenemos todos. El programa está más allá de las creencias, en el sentido que no entra en ellas, sean estas conceptuales o de tipo ideológico.

Mindfulness no consiste en forzar nuestra mente a no divagar, porque de ese modo, solo acabaríamos con un gran dolor de cabeza. Mindfulness, muy al contrario, tiene que ver con darnos cuenta de que nuestra mente está distraída -'mente de mono' o errática, que responde en 'piloto automático' y que a menudo está en 'multitarea'- y dirigir, luego, nuestra atención a lo que, en ese preciso instante, en el 'aquí y ahora', del despliegue de nuestra vida, resulta más sobresaliente y es más importante. El cultivo de mindfulness requiere prestar atención, habitar el momento presente y hacer buen uso en el proceso, de lo que percibimos, sentimos, sabemos y aprendemos, teniendo como recurso la concentración en la respiración. La definición operacional de mindfulness que da Kabat-Zinn es 'la conciencia que surge al prestar una atención deliberada, en el momento presente y sin juzgar' (p.23). Dicha definición lleva implícita la distinción entre ser consciente y pensar; ser consciente es una forma complementaria de inteligencia, una forma de conocimiento tan extraordinaria y poderosa, al menos, como el pensamiento. Y, lo que es más, podemos ser conscientes de nuestros pensamientos, lo que nos da una perspectiva completamente nueva sobre ellos y su contenido. Y, el mismo modo que podemos perfeccionar y desarrollar nuestro pensamiento, también podemos hacer lo mismo con nuestro acceso a la conciencia.

Mindfulness es una habilidad que, como cualquier otra, se desarrolla con la práctica. El escenario o campo de operaciones de estas prácticas es el propio cuerpo. Las prácticas, ejercicios o meditaciones principales que se proponen para desarrollar dicha habilidad, son: la exploración corporal, meditación sentada con atención a la respiración y estiramientos de cadena musculares, tanto tumbados como de pies.

El programa tiene tres características que lo definen: a) es orgánico y

dinámico, al llevarse a cabo en el cuerpo; b) psicoeducativo, de carácter grupal; y, c) tiene una estructura que se desarrolla en 9 sesiones, durante 8 semanas, y una sesión informativa, con un total de treinta horas -cada sesión de una media de dos horas y media, se compone de un tema teórico, prácticas y diálogos, tanto en pequeño grupo como de todo el grupo, conllevando una práctica diaria en casa de cuarenta y cinco minutos.

Daremos cuenta de cinco investigaciones (pp. 29-33) de las muchas que se dan en el libro, y que aportan datos sobre la bondad del programa:

Utilizando RMNF (imagen por resonancia magnética funcional) investigadores del Hospital General de Massachusetts y de la Universidad de Harvard han demostrado, que el programa MBSR de 8 semanas va acompañado de un engrosamiento de varias regiones del cerebro asociadas al aprendizaje y a la memoria, regulación de la emoción, asunción de identidad, asunción de perspectivas y que la magnitud de engrosamiento de la amígdala era proporcional al grado de mejora en una escala de estrés percibido. Estos hallazgos preliminares ponen de manifiesto que ciertas regiones del cerebro responden al entrenamiento en mindfulness reorganizando su estructura, un ejemplo del fenómeno conocido como 'neuroplasticidad'.

Empleando la misma técnica RMNF, Investigadores de la Universidad de Toronto descubrieron que las personas que habían hecho el MBSR presentaban una mayor actividad neuronal en una red cerebral asociada a la experiencia encarnada en el momento presente y una reducción de otra red conocida como red narrativa 'red por defecto'; red implicada en la mente de mono o errante.

Investigadores de la Universidad de Wisconsin han demostrado que el entrenamiento en la atención plena que conlleva el MBSR de un grupo de voluntarios sanos reducía el estrés psicológico (provocado por el hecho de tener que dar una charla ante un grupo de desconocidos emocionalmente neutros) sobre un proceso inflamatorio que provocaba ampollas en la piel.

Este mismo equipo de la Universidad de Wisconsin -que trató de identificar los efectos del MBSR administrado, durante el horario de trabajo, en el entorno laboral en trabajadores sanos aunque estresados- evidenció un cambio en la actividad eléctrica de ciertas regiones cerebrales implicadas en la expresión de las emociones (corteza prefrontal).

Y otro estudio realizado en UCLA y la Universidad de Carnegie Mellow demostró que la participación en el programa MBSR reducía considerablemente: la sensación de soledad, un factor importante de riesgo para la salud, especialmente en los ancianos; una disminución de la expresión de genes relacionados con la inflamación (medido por el número de células inmunitarias presentes en una determinada cantidad de sangre); y una clara reducción de un indicador de inflamación conocido como proteína C reactiva. Descubrimientos, estos, importantes, dado que cada vez hay más pruebas sobre el papel que la inflamación desempeña en el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad de Alzheimer.

Finalmente, cabe agradecer a la editorial Kairós el esfuerzo llevado a cabo desde 2004 - con la primera traducción del libro al castellano y que ha tenido catorce ediciones-

hasta la salida de esta nueva edición revisada y actualizada de 2016, así como haber sido el sponsor de la presencia de Jon Kabat-Zinn en distintos lugares de España, en la primavera de 2015, para la presentación del libro y distintos actos académicos en universidades españolas.

BIBLIOGRAFÍA

- Kabat-Zinn, Jon. *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós, 2016.
- Kabat-Zinn, Jon. *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós, 2013.
- Kabat-Zinn, Jon. y Richard Davidson, eds., *El poder curativo de la meditación*. Barcelona: Editorial Kairós, 2013.
- Kabat-Zinn, Jon. *Mindfulness en la vida cotidiana: dónde quieras que vayas, ahí estás*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 2009.
- Kabat-Zinn, Jon. *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Editorial Kairós, 2007.
- Kabat-Zinn, Jon and Chapman-Waldrop, A, Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of completion. *Journal of Behavioral Medicine*, 1988, 11: 333-352.
- Santorelli, Saki. *Heal Thy Self: Lessons on Mindfulness in Medicine*. New York: Bell Tower, 1998 (en prensa, edición castellana de Kairós).
- Segal, Zindel V., Mark Williams y John Teasdale, *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Editorial Kairós, 2015



III Congreso Nacional
de Psicología
3 al 7 Julio 2017 • Oviedo • España
Psicología para una sociedad avanzada. Logros y retos
www.oviedo2017.es

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers

- 1 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista bilingüe que publica en español e inglés trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.
- 2 Los trabajos remitidos para publicación habrán de ser inéditos y no enviados simultáneamente a otra revista.
- 3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author. <http://www.apastyle.org>.
- 4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas). La primera página debe contener: título en español 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 español e inglés, así como las palabras clave en ambos idiomas.
- 5 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers 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.
- 6 Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrían no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al espectro de los lectores de la revista; originales que aborden 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.
- 7 Los trabajos serán enviados a través de esta página web www.papelesdelpsicologo.es / www.psychologistpapers.com (siguiendo las instrucciones que se encuentran en el apartado "envío"). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación. Una vez que un manuscrito ha sido remitido con éxito a través del sistema online, los autores pueden hacer un seguimiento de su estado mediante el sistema de envío online (por correo electrónico se proporcionarán los detalles al respecto). Una vez completado el envío, el sistema genera automáticamente un documento electrónico (PDF), que será utilizado para la revisión. Toda correspondencia, incluida la decisión del Director y la propuesta de modificaciones se procesarán por el sistema y serán recibidas por el autor, mediante correo electrónico. Los autores podrán enviar dudas acerca del proceso de envío o los procesos de publicación a los Editores mediante el siguiente formulario: <http://www.papelesdelpsicologo.es/contacto>
- 8 Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers 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.
- 9 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. Otro aspecto de la nueva política de la revista tiene que ver con **Conflicto de Intereses**. Todos los autores deben manifestar si existe algún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones. Los puntos de vista, opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones planteados en cualquier artículo remitido a Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan posiciones de la Revista o de sus Editores.

Centro
de Psicología



*Bertrand
Russell*

TERAPIA | FORMACIÓN | INVESTIGACIÓN

años de
38
experiencia

**Máster Oficial Universitario
en Psicología General Sanitaria*
por la Universidad de Alcalá de Henares
dirigido por el
Centro de Psicología Bertrand Russell
y el Centro Universitario Cardenal Cisneros**

Las clases se realizan en el Centro de Psicología Bertrand Russell en Madrid capital.

*El Máster está pendiente de aprobación por la Agencia Madri+D.

Información

Centro de Psicología Bertrand Russell

C/ Marqués de Cubas 6. 1ºDcha.
28014 Madrid

T. 91 548 24 95/ 15 77

M. 610 74 29 05

administración@centrodepsicologiarussell.com

www.centrodepsicologiarussell.com

Centro Universitario Cardenal Cisneros

T. 91 889 12 54

info@cardenalcisneros.es

www.cardenalcisneros.es