

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

SECCIÓN MONOGRÁFICA: CIENCIA Y PSICOTERAPIA



EL DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS - CONSECUENCIAS
DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA - EVALUACIÓN
MULTI-INFORMANTE DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

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

Sección monográfica

- 161.** Introducción: Ciencia y Psicoterapia
Rosa Ramos Torio
- 163.** El problema de la demarcación. Ciencia, Psicología y Psicoterapia
José Ramón Fernández Hermida
- 174.** El embrollo científico de la Psicoterapia: Cómo salir
Marino Pérez Álvarez
- 184.** La ciencia como medio en el desarrollo de la Psicología
Ana Estévez
- 191.** Escuchando al placebo, o cómo averiguar por qué funcionan los tratamientos
Miguel A. Vallejo Pareja y Laura Vallejo-Slocker
- 196.** ¿Psicoterapias perjudiciales? Comencemos por las malas prácticas
Guillermo Mattioli
- 201.** Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en Psicología Clínica
Juan A. Moriana y Mario Gálvez-Lara

Artículos

- 211.** El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: Retos y oportunidades para clínicos
Xavier Carbonell
- 219.** Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo
Isabel María Cervera Pérez, Concepción López-Soler, Mavi Alcántara-López, Maravillas Castro Sáez, Visitación Fernández-Fernández y Antonia Martínez Pérez
- 228.** La evaluación multi-informante en el trastorno del espectro autista: Un estudio de revisión
Raül Tárraga-Mínguez y Pilar Sanz-Cervera
- 236.** Antonio Pardo. In memoriam
Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Special section

- 161.** Introduction: Science and Psychotherapy
Rosa Ramos Torio
- 163.** The demarcation problem. Science, Psychology and Psychotherapy
José Ramón Fernández Hermida
- 174.** The scientific imbroglío of Psychotherapy: A way out
Marino Pérez Álvarez
- 184.** Science as a means to the development of Psychology
Ana Estévez
- 191.** Listening to the placebo, or how to find out why treatments work
Miguel A. Vallejo Pareja and Laura Vallejo-Slocker
- 196.** Harmful psychotherapies? Let's start with malpractice
Guillermo Mattioli
- 201.** Psychotherapies and pseudo-therapies in search of scientific evidence. Science and professional practice in Clinical Psychology
Juan A. Moriana and Mario Gálvez-Lara

Articles

- 211.** The diagnosis of video game addiction in the DSM-5 and the ICD-11: Challenges and opportunities for clinicians
Xavier Carbonell
- 219.** Consequences of chronic intra-family abuse in childhood: Developmental trauma
Isabel María Cervera Pérez, Concepción López-Soler, Mavi Alcántara-López, Maravillas Castro Sáez, Visitación Fernández-Fernández and Antonia Martínez Pérez
- 228.** Multi-informant evaluation in autism spectrum disorder: A review study
Raül Tárraga-Mínguez and Pilar Sanz-Cervera
- 236.** Antonio Pardo. In memoriam
Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafin 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 Alvarez 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 Buena (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); 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 (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept^o. de Familia, Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñero (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñoz (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 Tabernero (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, 45-3^a planta

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 (∞)

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, Clarivate Analytics (Emerging Sources Citation Index), Psycodoc y del ISOC (Psediso), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc, IBECs, EBSCO, Dialnet e In-RECS; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España: <https://www.cop.es>



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA

En "La ciencia como medio en el desarrollo de la psicología", Ana Estévez analiza el desarrollo que ha atravesado la Psicología a lo largo de su historia. La autora nos adentra en las cuestiones que la Psicología ha confrontado ante el debate sobre si es o no una ciencia y las consecuencias de este debate, poniendo a veces en cuestión su valor con respecto a otras disciplinas científicas. El objeto de estudio de la Psicología es uno de los puntos centrales para comprender las dificultades a las que se ha enfrentado la disciplina para su reconocimiento como ciencia. Al mismo tiempo, la ciencia presenta un medio para el desarrollo de la Psicología, ayudándole a crecer dentro de una base sólida conceptual y empírica y abriéndose camino a través de sus investigaciones, consiguiendo un reconocimiento social a través de su aporte a las demandas de la sociedad.

Miguel Ángel Vallejo Pareja, nos adentra en la reflexión sobre el efecto placebo y su importancia para comprender aspectos importantes en los tratamientos, ofreciendo en su texto un decálogo sobre aquello que nos enseña el efecto placebo sobre la eficacia de los tratamientos. Vallejo abre la cuestión sobre las variables que intervienen en la psicoterapia y que trascienden la técnica, es decir, aquellas que se hallan en el propio sujeto, sus experiencias previas, sus creencias. Pero el autor también señala los límites del efecto placebo y subraya la importancia de que la persona carezca de cierto equilibrio, para que sea efectivo. Ofreciéndonos una génesis, Vallejo concluye cómo el efecto placebo puede considerarse como una parte regular del tratamiento, si se consigue confianza, calidez y empatía para maximizar los efectos del efecto placebo, entrenando a los profesionales en el uso de esas habilidades, optando por la utilización de placebos abiertos.

Guillermo Mattioli enfoca su análisis en la eficacia de la práctica psicoterapéutica y afirma que la psicoterapia no es una ciencia, sino una aplicación de la psicología. El autor entiende que las psicoterapias difieren en su comportamiento de los medicamentos y enfatiza la relación terapéutica, que contribuye de forma substancial al resultado de la terapia independientemente del tipo de tratamiento aplicado. Mattioli plantea cuestiones como ¿qué relación existe entre una buena o mala ciencia, y una buena o mala psicoterapia? ¿Puede uno ser un buen científico y mal psicoterapeuta? El autor defiende que la psicoterapia está inevitablemente unida a los

valores que presente el terapeuta, informando así tanto de los tipos de cambio que el propio terapeuta desea como de los valores que presentan los pacientes. Para Mattioli, no existen malas psicoterapias, sino malas prácticas. La psicoterapia se encuentra entre la técnica y la ética, entre los procedimientos de ayuda psicológica y los valores que infiltran tanto los conflictos sintomáticos del paciente como los del terapeuta y lo importante es conseguir "acoger al otro en tanto otro, en escuchar bien para que el paciente pueda hablar mejor".

En "La ciencia y la práctica profesional en psicología clínica. Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica", Juan Antonio Moriana analiza las dificultades que algunas especialidades de la psicología, como la psicología clínica, encuentran para aplicar el método científico y trasladar los resultados de la investigación experimental al contexto profesional. Moriana explica cómo "la idea de que todo funciona" (el veredicto del pájaro Dodo), ha colaborado a que los tratamientos pseudoterapéuticos se multipliquen, colaborando a la confusión entre la población, desencadenando efectos perjudiciales y despojándoles de tratamientos adecuados para sus problemas. Por qué funcionan los tratamientos psicológicos y qué procesos explican el cambio clínico son preguntas claves a su vez difíciles de contestar. Moriana insta a la comunidad científica a promover un consenso internacional para poder establecer criterios y procedimientos de evaluación comunes que colaboren a establecer qué terapias psicológicas tienen efectos beneficiosos y cuáles carecen de pruebas suficientes para abalar su eficacia. Considera que realizar un listado de aquellas terapias que presentan beneficios y un buen funcionamiento, sería una mejor propuesta que la de llevar a cabo un listado de pseudoterapias. El autor, además, nos ayuda a reflexionar sobre cuáles deberían ser los objetivos de los tratamientos y la manera en la que podemos medir los resultados.

Sugiere que la posición integracionista con la ciencia como denominador común, podría apoyar tanto los modelos basados en los aspectos comunes como los centrados en las técnicas, intentando que ambos se esfuercen en adoptar el método científico como vehículo para demostrar sus propuestas y convertirlas realmente en evidencia.

EL PROBLEMA DE LA DEMARCACIÓN. CIENCIA, PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

THE DEMARCATION PROBLEM. SCIENCE, PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo

La polémica sobre la naturaleza científica de la Psicología tiene que ver necesariamente con la idea de ciencia y con los criterios que sirven para demarcarla. Se pasa revista a distintas ideas filosóficas sobre la ciencia con sus respectivos criterios de demarcación y se defiende la pluralidad de las ciencias, que no son reducibles unas a otras. La Psicología se concibe, así mismo, como una ciencia plural, en tensión entre las ciencias naturales y humanas, en la que el desarrollo histórico aún no ha llevado a un monismo teórico ni metodológico. Esta pluralidad es la fuente de la dificultad para desarrollar un criterio de demarcación tanto para la Psicología, como para la psicoterapia. Finalmente se analizan los problemas para establecer los criterios de demarcación para la Psicología y la psicoterapia, y se proponen los principales aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de construirlos.

Palabras clave: Problema de demarcación, Filosofía de la ciencia, Psicología, Psicoterapia.

The controversy over the scientific nature of psychology necessarily has to do with the idea of science and the criteria that demarcate it. Different philosophical ideas about science are reviewed with their respective demarcation criteria, and the plurality of the sciences, which are not reducible to each other, is supported. Psychology is also conceived as a plural science, in tension between the natural and human sciences, and in which historical development has not yet led to theoretical or methodological monism. This plurality is the source of the difficulty in developing a criterion of demarcation for both psychology and psychotherapy. Finally, the problems in establishing the demarcation criteria for psychology and psychotherapy are analyzed, and the main aspects that must be taken into account when constructing them are proposed.

Key words: Demarcation problem, Philosophy of Science, Psychology, Psychotherapy.

En el año 2019, se agitaron más las, por otra parte, relativamente intranquilas aguas de la Psicología española, como consecuencia de la iniciativa del Ministerio de Sanidad de confeccionar una lista de falsas terapias o pseudoterapias, dentro de un "Plan de protección de la salud" promovido por ese Ministerio junto con el de Ciencia, Innovación y Universidades. El nerviosismo producido tuvo como motivo más relevante, pero probablemente no único, la respuesta que la organización profesional dio al documento de presentación del Plan. En el texto se incluía la siguiente frase: "Hay que señalar que, en el ámbito de las terapias psicológicas, debe actualizarse lo que se considera fundamentado en evidencia científica, ya que algunas de las que pueden ser consideradas pseudoterapias pueden suponer beneficios contrastados para la salud de los pacientes, cuando son utilizadas correctamente por profesionales psicólogos en el marco de una adecuada relación terapeuta-paciente" (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2019b).

Al hilo de esta frase, algunos psicólogos entendieron que el Colegio estaba defendiendo el uso de técnicas o terapias

psicológicas sin base científica, lo que llevó a que la organización colegial emitiera un comunicado en el que se rechazaba de plano el uso de terapias sin evidencia empírica, se apoyaba el "Plan de protección de la salud" frente a las pseudoterapias, se resaltaban las dificultades inherentes a confeccionar listados de técnicas psicológicas no sustentadas en la racionalidad científica y ofrecía su colaboración a las autoridades para alcanzar dicho objetivo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2019a). Luego no ha pasado nada relevante, ni oficial, ni extraoficialmente.

En el eje de este debate se encuentra el asunto de la naturaleza de la racionalidad científica y cómo podemos saber que una intervención psicoterapéutica la incorpora o no. Se ha citado en ocasiones el aforismo de Wittgenstein, que aparece en su *Tractatus Logico Philosophicus*, que dice que lo que se puede mostrar no puede decirse (4.1212). Este aforismo hace referencia a la propiedad del lenguaje que permite referirse a conceptos complejos mostrando lo que son, sin que pueda definirse con precisión, a través de un conjunto de propiedades necesarias y suficientes, cuál es su exacta delimitación. Esos conceptos complejos y borrosos no son hechos atómicos verificables por la experiencia. Puede verse al concepto de ciencia recogido en esta categoría conceptual, formado por fenómenos similares con un parecido de familia (Pigliucci, 2013). Eso se traduce en que sea más fácil mostrar lo que no es científico que indicar el porqué, es decir,

Recibido: 9 junio 2020 - Aceptado: 24 junio 2020

Correspondencia: José Ramón Fernández Hermida. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. España.

E-mail: jrhermid@uniovi.es

ofrecer una definición de ciencia que contenga todas las condiciones necesarias y suficientes para caracterizar a una disciplina como científica. Contestar a la pregunta sobre si una psicoterapia tiene fundamentos científicos requiere tener claros algunos presupuestos previos tales como si hay una ciencia o varias, si es posible establecer un criterio de demarcación entre ciencia y no ciencia, qué tipo de ciencia es o da soporte a la psicoterapia y sobre qué base se pueden construir los criterios de demarcación científicos de la actividad psicoterapéutica.

Desde luego, la polémica generada en España no es un caso aislado. Hay una parte importante de la Psicología que considera que las prácticas clínicas deben adecuarse a las pruebas científicas, y que el juicio clínico y la experiencia debe ejercerse dentro del terreno de la información aportada por métodos científicos. Entre los que el Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) es un referente esencial, al que a veces se le ha llamado patrón oro (Machado & Beutler, 2017; Tackett, Brandes, King, & Markon, 2018), aunque es una expresión que puede ser rechazada porque da idea de infalibilidad, y no es eso lo que se defiende (Lilienfeld, Lynn, & Bowden, 2018). Por otra parte, hay una perspectiva mantenida, tácita o explícitamente por una buena parte de la profesión, que da preeminencia al juicio clínico y a la experiencia personal y pone en discusión la utilidad de los ECA para orientar la acción terapéutica sobre un caso concreto. Esta posición ya fue señalada hace más de medio siglo por Meehl (1954) cuando señaló la necesidad del juicio estadístico, como complementario del clínico. Según estos críticos, los ECA priman extraordinariamente la validez interna frente a la externa, y la consiguiente generalización de los resultados (Tackett et al., 2018). En algún caso se señala que los ECA están normalmente conducidos siguiendo el modelo bio-médico, que busca tratamientos específicos para trastornos discretos, un camino que de forma reiterada se ha visto como poco productivo, como sucede, por ejemplo, en el caso del trauma, donde se ha comprobado que todas las psicoterapias "bona fide" obtienen los mismos resultados, y donde la técnica ejerce poco impacto sobre la efectividad (Norcross & Wampold, 2019). En otros casos, se argumenta que los ECA están limitados porque parecen partir de la falsa asunción de que la técnica (manualizada) es independiente de los participantes y de la relación terapéutica (Wampold & Imel, 2015). Además, se sostiene que los ECA no son neutrales y que más dirimir entre técnicas diferentes, lo que hacen es decantar los resultados más acordes con los presupuestos de la técnica (Freire, 2006). La realidad es que, como ha venido siendo denunciado por los defensores de una psicología basada en las pruebas científicas (Lilienfeld, Lynn, et al., 2018), una parte importante de los clínicos basan sus prácticas de evaluación e intervención fundamentalmente en su experiencia clínica y juicio subjetivo, dejando a un lado la mejor evidencia científica disponible sobre la eficacia y validez de las técnicas psicológicas.

Es conveniente puntualizar que, en muchos casos, la beligerancia de los contendientes no lleva a negar completamente la razón al otro. Así, los partidarios de los ECA son plenamente conscientes de los inconvenientes señalados y llegan a parafrasear la frase de Churchill de que los ECA es el peor método utilizable si excluimos todos los demás (Lilienfeld, McKay, & Hollon, 2018). Mientras que los críticos no excluyen el uso de los ECA, sino que más bien exponen sus presentes limitaciones y reclaman centrar la atención en variables de mayor importancia para la acción psicoterapéutica.

Además de estas dos posiciones, una centrada en las pruebas científicas producidas por los ECA, y otra crítica, más inclinada por dar peso a la experiencia y el juicio clínico, puede verse otra tercera posición, que mencionaremos a efectos de inventario, de manera muy somera. Esta posición parece mezclar la titulación exigible para el ejercicio de una actividad, en este caso, la psicoterapia, con el ajuste de la práctica a criterios basados en las pruebas científicas. De forma sintética, su posición sería que el eje de la discusión sobre el carácter científico de la psicoterapia, y la lucha contra las pseudoterapias, reside en determinar si la titulación de quien la lleva a cabo es suficiente para un estado o corporación. En España, se llega a decir, con desconocimiento de la realidad profesional y legal existente, que solo los psicólogos especialistas en Psicología Clínica y los especialistas en Psiquiatría pueden ejercer la psicoterapia y que tal restricción ayudaría a la lucha frente a los pseudoterapias (Bertolín Guillén, 2020). Resulta evidente que tal criterio meramente administrativo nos lleva por caminos completamente ajenos a la discusión filosófica sobre los criterios de demarcación que deben deslindar la psicoterapia basada en la ciencia. Suponiendo que fuera cierta tal restricción legal, que no lo es, dado que ninguna intervención de carácter psicológico, la psicoterapia entre ellas, es una actividad exclusiva de los psicólogos especialistas (ver Sentencia de la Audiencia Nacional de 3/10/2016 sobre el recurso 361/2013), su aplicación podría venir fundamentada, como toda medida política, en que resulta prudente restringir la realización de ciertas actividades a profesionales debidamente entrenados. Pero tal limitación no garantiza, per se, la base científica de la actividad efectivamente realizada.

A lo dicho hasta ahora sobre las bases racionales sobre las que debe asentarse el criterio de demarcación, se añade la importante cuestión de la reproducibilidad de los resultados de los experimentos psicológicos. Pudiendo considerarse los ensayos clínicos de los problemas psicológicos como un tipo de experimento psicológico, cabe preguntarse si dicho modelo, proveniente de la medicina, es plenamente aplicable a la Psicología, si se tiene en cuenta la dificultad para reproducir los resultados en el ámbito psicológico, y como esta dificultad afecta al estatus de la Psicología, como ciencia, y, por ende, a la actividad psicoterapéutica como actividad científica. No se trata aquí de problemas de organización o de publicación, tal y como puede colegirse, cuando se proponen

soluciones para mejorar la replicabilidad de la investigación clínica, tales como la necesidad de que los instrumentos, protocolos y procedimientos utilizados junto con los datos obtenidos deban ser públicos y sometidos a escrutinio, que se eviten los sesgos inferenciales preregistrando los ensayos, o incluso los informes, o que se potencien los trabajos multisitio (Tackett et al., 2018). Se trata más bien de determinar si la ciencia psicológica tiene las condiciones necesarias para sostener la idea de que los fenómenos observados, en un contexto y por un observador determinado, pueden ser reproducidos en contextos similares por otros observadores independientes, tal y como se presupone en las ciencias naturales. Si no es así, entonces puede ser altamente cuestionable la utilidad de las guías de práctica clínica, en las que se listan tratamientos recomendados, en función del diagnóstico previo. La razón es que esas guías clínicas no estarían reflejando la relación entre fenómenos naturales discretos y operaciones que son independientes del observador, sino la relación entre fenómenos dimensionales interactivos e históricos (Varga, 2015) y operaciones que son completamente dependientes, en sus resultados, del conocimiento de los fines y propósitos de las operaciones que se llevan a cabo. De ahí que se insista en la importancia de meter en la ecuación a los intervinientes y a la relación terapéutica (Wampold & Imel, 2015).

El movimiento que pretende sustentar la práctica clínica en las pruebas científicas tiene como premisa previa esencial delimitar la noción de ciencia y fijar la distinción entre ciencia y no ciencia. Las ideas sobre lo que es ciencia y lo que distingue la ciencia de la no ciencia son así esenciales para dirimir si es posible distinguir entre prácticas de la psicología clínica en base a su fundamentación científica, y por lo tanto si es factible elaborar los criterios que permitan la confección de una lista de prácticas pseudocientíficas o pseudoterapias de la Psicología Clínica.

En este artículo, pretendo analizar inicialmente la naturaleza de los conceptos de ciencia y de criterio de demarcación, desde una perspectiva filosófica, señalando las implicaciones que se siguen de un análisis crítico de estas ideas.

LA IDEA DE DEMARCACIÓN EN LA CIENCIA

La demarcación en ciencia consiste en establecer un criterio que permita dilucidar si una disciplina o una proposición es científica o no. En el campo de la salud, hay una clara necesidad de alcanzar claridad en la determinación de lo que es ciencia y lo que no, debido al prestigio que la ciencia alcanza en nuestra sociedad y al imperativo de proteger al público de las malas prácticas profesionales y asignar racionalmente los escasos recursos disponibles.

Sin embargo, la aplicación de este criterio de demarcación no es simple en ningún caso, sean ciencias experimentales o exactas, naturales o humanas, o de cualquier tipo, ya que siempre debe dilucidarse primero la idea que se tenga de ciencia. Es decir, debe verse qué tipo de características tiene

la ciencia que la hacen perfectamente distinguible de otros tipos de conocimiento o actividad, si hay una o muchas ciencias, en el caso de que haya muchas de que tipo son y cómo se relacionan con el concepto general de ciencia, etc. No tiene sentido hablar de lo que es o no científico, si no sabemos definir con cierta claridad lo que es la ciencia o las ciencias.

Además de conocer a que nos referimos con la idea de ciencia, de acuerdo con Laudan (Laudan, 1983), el criterio de demarcación que se establezca debe reunir algunos requisitos para que pueda ser eficaz. 1) El criterio debe dar cuenta explícita y fiable de la clasificación intuitiva actual de lo que es ciencia o no lo es. Es decir, debe ser sensible a las concepciones actuales de lo que es o no es actividad científica, sin perjuicio de que hubiera situaciones límite que fueran situadas en uno u otro lado por la aplicación razonada del criterio. Es inaceptable ningún criterio de demarcación que situara al vudú como una forma de psicoterapia científica o que catalogara a la física o a la química como pseudociencias, 2) Debería contar con un conjunto necesario y suficiente de premisas que permitan la demarcación. Si las premisas del criterio de demarcación son solamente necesarias, pero no suficientes, entonces se generaría una duda sobre las actividades o la ciencia que se sometiera a juicio, ya que tiene lo necesario, pero no lo suficiente para alcanzar el criterio de ciencia. Si por el contrario son condiciones suficientes, pero no necesarias, entonces lo difícil sería establecer lo que es no científico, ya que las condiciones pueden darse en un caso y en otro no, 3) Cualquier criterio de demarcación debería ser propuesto con plena conciencia de que sus implicaciones tienen importantes consecuencias prácticas.

LA IDEA DE CIENCIA

La idea de ciencia es compleja, con dimensiones gnoseológica, epistemológica, y social, entre otras. Es un asunto controvertido y filosófico, que no puede remitirse a la realización de comprobaciones empíricas.

Los historiadores pueden rastrearla hasta Aristóteles, que distinguía entre episteme y doxa. La episteme era el conocimiento razonado de las causas de los hechos particulares, tendente a la búsqueda lógica de universales que condensarían un conocimiento eterno e inmutable con certeza apodíctica, es decir no falible. También era el estudio de las causas más que del cómo se podían hacer las cosas, siendo ésta última la forma de conocimiento de los técnicos o artesanos. La doxa acumularía la opinión vulgar no bien razonada, que junto a la superstición y el conocimiento técnico serían falibles. La idea de que la ciencia se asimilaba al conocimiento verdadero, que no era mutable, se mantuvo con ciertas variaciones hasta bien entrado el siglo XIX y fue respaldado de una u otra forma por pensadores como Galileo, Huygens, Newton, Bacon, Locke, Leibniz, Descartes y Kant. Desde la perspectiva aristotélica el conocimiento científico se distinguía por ser general y universal, absolutamente cierto y de

carácter explicatorio-causal (Nickles, 2006). Esos eran los criterios de demarcación.

Resulta evidente que el criterio de la infalibilidad de la ciencia y por lo tanto del carácter eterno de su conocimiento, no goza de predicamento, desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad, entre los científicos y filósofos de la ciencia. Incluso, Wikipedia recoge que “las opiniones científicas pueden ser parciales, temporalmente contingentes, conflictivas e inciertas...” (Wikipedia, 2020). La causa es el triunfo del falibilismo que, a diferencia de la posición aristotélica, ve como rasgo distintivo de la ciencia no tanto su carácter eterno e inmutable, como, por el contrario, su capacidad autocorrectiva. De acuerdo con el falibilismo, el pensamiento científico también puede ser enmendado, e incluso esa es su característica más sobresaliente, ya que siempre está sometido a revisión. Los pensadores que lo impulsaron fueron Peirce, Comte, Helmholtz y Mach, que comenzaron a identificar la metodología como el distintivo de la ciencia (Laudan, 1983). Se empezó a hablar del método científico como criterio de demarcación de la ciencia. El problema era y es poner de acuerdo a la comunidad científica sobre lo que es el método científico (¿un protocolo o procedimiento?, ¿la aplicación de una lógica particular?, ¿un sistema de verificación que trasciende a las ciencias particulares?), y sobre su unidad (¿qué relación hay entre los múltiples métodos de las distintas ciencias?). Un problema no menor es que si el falibilismo tiene como fiel de la balanza al método científico, debemos percatarnos que no hay nada que exima de falibilidad a ese método. Como dice Yela (1996a) (pag. 355): “ese método es, por supuesto y precisamente por ser científico, discutible”. Lo que nos lleva necesariamente a considerar que el criterio de demarcación debe situarse antes del método, quizás en una forma de refinamiento del pensamiento racional, sin que sea fácil definir o delimitar tal idea.

Si el procedimiento o el método, entendido como lo hacían los falibilistas, no era suficiente, entonces una forma de afrontar el problema de delimitar lo que es la ciencia puede situarse en el propio lenguaje científico, y más concretamente en la formulación de sus problemas o hipótesis, y no tanto en la existencia de unas reglas precisas para conocer la realidad. La llegada de la visión positivista concibe la ciencia inicialmente como una mera descripción o reflejo exacto de la realidad. Esta postura se denomina descriptivismo radical. De acuerdo con esta perspectiva la ciencia debe construir sus hipótesis, teorías o modelos de forma que se puedan verificar empíricamente. Para poder hacerlo debe haber un método empírico para decidir si sus proposiciones son verdaderas o falsas; si no existiese dicho método, es una pseudo-proposición carente de significado. Dicho de otra forma, la ciencia es, en ese sentido, fundamentalmente un método para construir hipótesis y verificarlas, y el criterio de demarcación es la presencia de proposiciones verificables significativas y la existencia de un método de verificación.

En Psicología, el operacionalismo o la insistencia en construir enunciados operativos, es decir, de forma que mediante la realización de las oportunas operaciones pudieran ser verificables, se encuentra en la trayectoria de esta tradición.

Sin embargo, la posición verificacionista presenta importantes problemas. El primero es que rompe con la condición inicial para construir un criterio de demarcación, que se ha mencionado anteriormente, ya que la simple existencia de una proposición verificable y un método para resolverla no elimina la posibilidad de etiquetar como científicas expresiones tan anti-científicas como “la tierra es plana” o “las vacunas son nocivas para la humanidad”. Los “terraplanistas” y los “antivacunas” no son científicos, pero sin embargo sus afirmaciones son verificables, y hay métodos para hacerlo. Hay que tener en cuenta que según los positivistas lo importante es la proposición analizada, y no la historia de soporte empírico que tenga.

El verificacionismo se apoya en la inducción para conocer la verdad. Cada hecho verificado apunta a una ley general, que, por otra parte, jamás se podrá conocer, ya que no se puede excluir la existencia, en algún momento, de un hecho contrario a la teoría existente. A través del método inductivo con el que opera la ciencia positivista no es posible conocer la verdad, sino todo lo más una verdad más probable. Eso significa que el verificacionismo tiene como límite las leyes universales, lo que deja en muy mal lugar las leyes más importantes de la física o la química actuales.

En resumen, los criterios de demarcación promovidos por el verificacionismo ni excluyen las teorías anticientíficas, ni incluyen necesariamente a las ciencias más consolidadas.

Dentro de la ola positivista, la perspectiva popperiana cambia el objetivo verificacionista, por el falsacionismo (Popper, 1935-2002). No se trata tanto de verificar el significado, como de conocer si el significado es falsable. La ciencia comienza con el problema, propone teorías e intenta encontrar la forma de refutarlas. Si no hay posible refutación entonces la teoría no es científica. El criterio de demarcación es de carácter lógico-formal. Este criterio de falsabilidad parte del supuesto de que hay una ciencia, que trata de descubrir la verdad eliminando las ideas o conceptos erróneos.

Al igual que en el caso del verificacionismo, la posición de Popper presenta el grave problema de que no es capaz de separar las ideas científicas, plenamente establecidas en la propia comunidad científica, de las no científicas. La posibilidad de que se puedan comprobar la falsedad de las formulaciones científicas parece necesaria, pero no es suficiente. Muchas propuestas que se derivan de posiciones no científicas son falsables (p.ej.: puede haber métodos para someter a prueba que ciertos rituales “mágicos” curan un tumor o eliminan un determinado sufrimiento), pero eso no hace que sean reconocidas como hipótesis científicas.

Para Bunge (2000) la ciencia es un estilo de pensamiento y acción gobernado por el naturalismo, la racionalidad y el falibilismo. Se caracteriza por estar constituida por el método

científico (tomado de forma genérica y no como una receta) y por el objetivo de la ciencia. El método, definido por un conjunto de reglas lógico y sistemático, está compuesto por una serie de operaciones, que no tienen un carácter secuencial, tales como enunciar preguntas bien formuladas y verosímilmente fecundas; arbitrar conjeturas, fundadas y contrastables con la experiencia, para contestar a las preguntas; derivar consecuencias lógicas de estas conjeturas; arbitrar técnicas para someter las conjeturas a contrastación, someter a su vez a contrastación esas técnicas para comprobar su relevancia y la fe que merecen; llevar a cabo la contrastación e interpretar sus resultados; estimar la pretensión de verdad de las conjeturas y la fidelidad de las técnicas; y determinar los dominios en los cuales valen las conjeturas y las técnicas, y formular los nuevos problemas originados por la investigación.

El objetivo de la ciencia es el conocimiento objetivo del mundo. El mundo es el mundo material, que no debe entenderse de forma reduccionista. Para Bunge, lo material no se reduce a la materia corpórea, sino que hay otros géneros de materia. Método y objetivo constituyen la diferencia entre ciencia y no ciencia. Si el objeto no es material o el estilo de pensamiento no es científico, entonces no estamos frente a una ciencia.

En el caso de Bunge (2011), el criterio de demarcación aplicado a la ciencia es complejo, ya que además de estar conformado por el estilo de pensamiento, señalado anteriormente, y la naturaleza material de su objetivo, hay que añadir la naturaleza testable y predictiva de sus enunciados, la inteligibilidad y la corregibilidad de sus resultados y conclusiones, así como la compatibilidad con el conjunto del conocimiento científico antecedente.

El análisis de la influencia social en un producto cultural como la ciencia, se encuentra en la obra de Kuhn (1962-2004). Este autor ofrece una visión de la ciencia gobernada por paradigmas (cuya definición no es muy precisa), que se suceden unos a otros en función de la evolución de la propia ciencia (los paradigmas mueren cuando las teorías no pueden dar cuenta de los hechos) y de los intereses de los grupos de científicos. El carácter y la evolución de la ciencia se explican mejor analizando las fuerzas sociales que la impulsan que centrando la atención en su naturaleza, objetivo o método. Aquí el criterio de demarcación tendría un componente principal de tipo social y psicológico (¿cuándo los científicos que hacen ciencia normal toman la decisión de entrar en un período revolucionario o se afianzan en creencias que les sitúan fuera de la ciencia?), y deja de lado un análisis gnoseológico o epistemológico.

En último lugar, dentro de este breve excursus sobre las principales ideas de ciencia y sus correspondientes criterios de demarcación, se encuentra la perspectiva del materialismo filosófico de Gustavo Bueno (Bueno, 1995), que no es fácil de resumir en dos pinceladas.

En primer lugar, cabe advertir que para este enfoque filosó-

fico lo que se denomina ciencia no es una unidad, sino que se predica de un conjunto de saberes científicos (o ciencias) que se organizan en forma de campos que tienen como objeto categorías materiales y como sujetos a los científicos que operan dentro del mismo. Las ciencias se estudian como una actividad racional aplicada a ciertos campos de la realidad, que están formados por categorías. Las categorías son ideas ontológicas que tienen como finalidad la clasificación y ordenación de la realidad, en función de ciertas características como son su inmanencia y su carácter límite, de forma que no pueden ser a su vez clasificadas por otra categoría. Esos campos de la realidad, que no son estáticos sino dinámicos, sometidos siempre al juicio de la razón, son tanto preexistentes a las propias ciencias como consecuencia de la misma actuación de los científicos. Los campos preexistentes están dominados por las tecnologías representadas por los distintos oficios. Los campos creados se producen como consecuencia de la propia actividad científica que cierra el campo. En esos campos existen conceptos, ideas, elementos u objetos, instrumentos, procedimientos, relaciones entre los distintos términos del campo, y sujetos operatorios. El proceso de cierre se produce como consecuencia de que los sujetos que operan con esos términos del campo producen nuevos términos que se encuentran dentro del mismo campo. Para esta perspectiva filosófica, una ciencia es ciencia en tanto que como consecuencia de las operaciones dentro del campo se pueda llegar a establecer verdades objetivas. De acuerdo con esta perspectiva, podrían enumerarse ciertos rasgos distintivos del materialismo filosófico:

1. Las ciencias no son eternas, sino que son construcciones materiales humanas complejas, que tienen un carácter histórico.
2. La ciencia no es única, sino que hay una pluralidad de ciencias. Esa pluralidad está formada por ciencias, que, en lo que a lo que nosotros nos interesa, incluye las ciencias llamadas humanas, que tienen como objeto de estudio el comportamiento humano, frente a las ciencias naturales que lo excluyen. De hecho, la diferencia más radical entre este tipo de ciencias se encuentra en el tipo de relaciones, que estudian, entre los términos de su campo científico. Las ciencias naturales trabajan con relaciones de contigüidad - paratéticas, físico-químicas -, mientras que las humanas, como la psicología, la economía o la sociología, trabajan con relaciones a distancia - apotéticas, fenoménicas, perceptivas, comportamentales - (Fuentes, 2019).
3. La ciencia no es una actividad únicamente ligada a la materia o términos del campo, ni únicamente ligada a los sujetos que operan dentro de él. Es el resultado de las operaciones que se producen en el campo.
4. La ciencia produce verdades científicas que no puede ser juzgadas independientemente de las operaciones que se realizan en ese campo, y por lo tanto deben ser juzgadas de forma relativa a las operaciones, operadores y relacio-

nes que se establecen en el mismo. No hay una verdad científica que no esté ligada a las ideas e instrumentos que la construyen.

De acuerdo con esta posición los criterios de demarcación esenciales para determinar la existencia de una ciencia sería que su campo de estudio sea una categoría de la realidad material y que las operaciones que se producen dentro de ese campo puedan llevar al establecimiento de verdades objetivas. Eso no excluye que en la constitución de las ciencias también influyan razones históricas y sociales, dado su carácter de construcción histórica y social.

¿ES POSIBLE UN CRITERIO DE DEMARCACIÓN DENTRO DE LA PLURALIDAD DE LAS CIENCIAS?

Laudan (1983), en respuesta a la ola positivista, concluyó que el establecimiento de un criterio de demarcación era una empresa imposible, debido a la evidente heterogeneidad epistémica (no hay un método científico) de las actividades y creencias que habitualmente se entienden como científicas.

Luego si no es posible una demarcación epistémica, ¿qué tipo de demarcación es posible?

Laudan advierte que las dificultades para arbitrar un criterio de demarcación, no significa que sea irrelevante analizar cuando una afirmación está bien confirmada, cuando está corroborada una teoría o cuál es la distinción entre conocimiento fiable o no fiable.

Pinker en su defensa de la ilustración (Pinker, 2018), dice que lo que distingue a la ciencia es la creencia de que el mundo es inteligible, lo que significa que los fenómenos que experimentamos pueden explicarse mediante principios que son más profundos que los fenómenos mismos, y la idea de que debemos dejar que el mundo nos diga si nuestras ideas sobre él son correctas o no (es decir la falsabilidad popperiana). Estas pueden ser premisas necesarias, pero no desde luego suficientes.

Una forma de superar el problema planteado por Laudan es analizar la naturaleza de la ciencia más allá de la perspectiva epistemológica y reconocer que la ciencia es una actividad humana racional en la que todos los elementos que la conforman, no sólo el supuesto método, son relevantes en su estudio. Eso supone adoptar una visión que se ajuste a la pluralidad de las ciencias realmente existentes, en las que el criterio de demarcación es un algoritmo complejo en el que entran en juego todos los elementos de un campo científico, tanto materiales como formales.

Al uso de una racionalidad especialmente sofisticada, pero no cualitativamente distinta a la razón común, que nos permita entender de qué forma los distintos métodos contribuyen a la consecución de la "verdad científica", deben asociarse las consideraciones sobre la naturaleza material de la categoría objeto de estudio, la existencia de conceptos, ideas o constructos propios de ese campo categorial, la existencia o no de una comunidad científica formada por investigadores, profesionales, instituciones, y medios de comunicación (con-

gresos, manuales, revistas), la valoración del conocimiento objetivo que se va desarrollando y su compatibilidad con el que se desarrolla en otros campos del saber, y otros muchos aspectos. A eso me refiero cuando me refiero a un algoritmo complejo.

De todas formas, está muy lejos del propósito de este artículo ofrecer una solución a este problema de la demarcación en las ciencias. Me basta con señalar la insuficiencia de las soluciones simples, apuntar a la necesidad de que se tenga en cuenta la diversidad gnoseológica de las ciencias, y subrayar la necesidad de adoptar criterios de demarcación ajustados al campo científico que se quiera abordar.

LAS DOS "ALMAS" DE LA PSICOLOGÍA

Desde su propia génesis como tal disciplina (sobre lo que también hay discusión), hay diversas concepciones u opiniones sobre si la Psicología es una ciencia y en el caso de que lo sea cuando puede empezar a llamarse como tal y de qué tipo es.

El historiador de la Psicología, Kurt Danzinger, cree que la Psicología, como disciplina científica moderna, nace en el siglo XVIII de la mano de los empiristas británicos, como Hume, que ven la mente como una maquinaria que puede y deber ser explicada en un individuo, que coge el centro de la escena, en detrimento de Dios, la tradición, la sociedad, la religión, etc. La visión anterior era filosófica, religiosa, ética o médica, pero no psicológica (Brock, 2006). La visión del empirismo, que ve la mente como objeto de estudio, tiene en frente la posición racionalista y escéptica de Kant, que defendió que la Psicología nunca sería una ciencia debido a que era imposible aplicar las matemáticas a los procesos psicológicos (Sturm, 2006) en razón de que no se pueden medir ni pueden ser objeto de experimentación.

William James advierte, en la última página de su libro *Psychology The Briefer Course*, que cuando hablemos de la Psicología como una ciencia natural, no asumamos que se asienta sobre sólidos fundamentos, sino que tengamos en cuenta su fragilidad. Esto le lleva a afirmar que la Psicología puede verse como "Una lista de hechos básicos, algún cotilleo y conflicto sobre simples opiniones, alguna clasificación y generalización meramente descriptivas, un fuerte prejuicio sobre que tenemos estados mentales condicionados por nuestro cerebro, pero ni una sola ley del mismo estilo que hay en la física, ninguna proposición de la que pueda deducirse causalmente consecuencias... esto no es una ciencia, es solamente una esperanza de ciencia" (James, 1892-2001).

Haciendo abstracción de las corrientes previas al nacimiento de la Psicología científica, si convenimos que su constitución como tal es a finales del siglo XIX con Wundt, puede decirse que desde su nacimiento ya hay crisis. Con Wundt nacen las dos culturas de la Psicología, que han sido vistas como dos enfoques del mundo similares a los que proponía Snow (1959-2012), que no era psicólogo, sino novelista científico. Para Snow había dos visiones antagónicas y contrapuestas del mundo, la científica y la humanista. A este res-

pecto tiene cierto interés que se haya buscado corroborar en la Psicología, de forma empírica, la idoneidad de esta clasificación. Kimble (1984) encontró que los psicólogos encuadrados en la División de Psicología Experimental de la APA tendían a identificarse más con el primer término de ciertas dicotomías frente a los psicólogos humanistas y psicoterapeutas, que lo hacían con el segundo. Las dicotomías se referían a las dimensiones siguientes: los valores académicos más importantes (científicos frente a humanistas), predictibilidad de la conducta (deterministas frente a no deterministas), la fuente básica del conocimiento (observación frente a intuición), sitio adecuado para la investigación (laboratorio frente a estudio de caso o de campo), generalidad de las leyes (nomotético o ideográfico) y nivel apropiado del análisis psicológico (atomismo frente a holismo).

En el padre de la Psicología ya están las dos culturas. Hay un Wundt experimentalista, que busca contradecir la imposibilidad kantiana de medir los eventos internos psicológicos y que tiene su continuidad en Ernst Heirinch Weber y sus estudios del sentido del tacto y el propioceptivo. La primera ley cuantitativa de la historia de la Psicología hace referencia a que la percepción es relativa y no absoluta. Es decir, que la percepción no es un simple reflejo uno a uno de la realidad física, sino que hay leyes que pueden relacionar la una con la otra. Esto fue completado por Gustav Theodor Fechner, el fundador de la psicofísica. Ambos mostraron que era posible medir fenómenos mentales y relacionarlos con los físicos.

Ese Wundt experimentalista es contemporáneo de la nueva fisiología, de raíz experimental, que fundamenta lo psicológico en lo fisiológico. Un enfoque fisiológico-mecanicista que está representado por autores como Johannes Müller, que dice taxativamente que “nadie puede ser un psicólogo, a menos que se convierta primero en un fisiólogo” o Herman Von Helmholtz que también afirma que “ninguna otra fuerza diferente a las comunes físico-químicas están activas dentro del organismo. En aquellos casos que, en estos momentos, no se pueden explicar por estas fuerzas, uno tiene que o bien encontrar el camino o la forma de su acción por medio del método físico – matemático, o bien asumir nuevas fuerzas de igual dignidad a las fuerzas físico – químicas inherentes a la materia, reducibles a las fuerzas de atracción y repulsión” (Hergenhahn & Henley, 2013). Estas son declaraciones materialista-mecanicistas que se hacían frente a la idea de que en el organismo operaban fuerzas ajenas a la materia, tales como los espíritus animales.

La investigación del cerebro, en esos momentos, tiene importantes hitos en la visión holística de Pierre Flourens en competencia con la localizacionista de Paul Broca.

Pero frente al Wundt experimentalista y a las corrientes fisiologistas, hay también otro Wundt anti-reduccionista, cercano a las tesis culturalistas. Wundt se opuso al reduccionismo mecanicista, cuando dice que “no hay cualidades psicológicas en la física...Una cualidad musical, el sabor del vino, o la familiaridad de una cara es una síntesis

creativa rápida, que no puede, en principio, se explicada como una mera suma de las características físicas elementales” (Blumenthal, 1998). La meta de Wundt fue comprender las leyes mentales que gobiernan la dinámica de la conciencia, y ahí era de especial importancia el concepto de voluntad. Podría decirse que para Wundt el problema central de la Psicología era entender los actos propositivos, asociados a la voluntad. De hecho, según Blumenthal (1975), Wundt expone que las ciencias físicas describen el acto de saludar a un amigo, comer una manzana o escribir un poema en términos de las leyes de la mecánica o de la fisiología. Y no importa con cuánto detalle o cuán complicadas hagamos tales distinciones, no son útiles como descripciones de eventos psicológicos. Esos eventos necesitan ser descritos en términos de intenciones y metas, de acuerdo con Wundt, debido a que las acciones o las fuerzas físicas para un evento psicológico dado pueden tomar una variedad infinita de formas físicas. En un ejemplo notable, argumentó que el lenguaje humano no puede ser adecuadamente descrito en términos de su forma física, sino que debe ser más bien descrito en términos de las reglas e intenciones que subyacen al habla. Las formas de expresar un pensamiento a través del lenguaje son infinitamente variables. A lo anterior, Wundt añadió que la psicología experimental podría ser usada para comprender la conciencia inmediata (la percepción, la atención, etc.) pero que era inútil para intentar conocer los procesos mentales superiores y sus productos. Para éstos solo servía la observación naturalista o el análisis histórico. La distinción entre una psicología monista y experimental y una psicología histórica y cultural (Völkerpsychologie) ya estaba presente en su libro “Lectures on Human and Animal Psychology”.

Sin embargo, la acusada intención de Wundt de dar fundamento científico natural a la Psicología le hizo blanco de una importante contestación. Baste recordar la polémica con Dilthey (Teo, 2005). El rechazo de Dilthey de la Psicología experimentalista se basa en su idea de que era erróneo que la Psicología emulara las ciencias naturales, ya que las experiencias mentales no pueden ser descompuestas en sus partes fundamentales y medidas. Para Dilthey el objeto de la Psicología es la experiencia en su totalidad. De acuerdo con su perspectiva habría dos Psicologías una científico-natural, que trabaja con la sensación o la percepción, y otra científico-humanista que tiene como objeto la totalidad de la vida mental.

Resulta evidente que hay dos culturas psicológicas porque hay, al menos, dos formas de abordar la naturaleza del acto psicológico, una naturalista y la otra histórico-cultural. En una reciente revisión (Gelo et al., 2020) sobre la base conceptual de las investigaciones sobre las prácticas psicoterapéuticas se puede observar que una, la que se acerca más a la Psicología basada en la ciencia natural, es mucho más prevalente. Pero la segunda, no desaparece. Ambas son imprescindibles, y ambas pueden ser informativas. Esta visión es más cercana a lo que se ha venido a llamar el pluralismo metodológico.

La realidad en Psicología tampoco se puede describir en blanco o negro. De facto, existen bastantes tonalidades de grises que combinan presupuestos y preocupaciones naturalistas con intereses y perspectivas humanistas. Esa confluencia ha llevado a pensar en una tercera cultura (Kagan, 2009), la de los científicos sociales, que se situarían en un punto intermedio entre los naturalistas y los humanistas en nueve dimensiones principales: intereses primarios, fuentes primarias de evidencia y control sobre las condiciones que las generan, vocabulario esencial que utilizan, la influencia de las condiciones históricas sobre la interpretación de los resultados, la importancia de la ética, la dependencia del apoyo material para la consecución de sus fines, las condiciones en las que se desarrollan su investigación, la contribución de sus descubrimientos a la economía y los criterios de belleza que utilizan para clasificar sus conclusiones, resultados, modelos o teorías.

La ciencia de la Psicología siempre vive en la tensión que le produce el propósito de objetividad (búsqueda de leyes generales que expliquen el comportamiento humano, a través de la observación y con metodologías predominantemente cuantitativas) y dos aspectos muy importantes relacionados con su objeto de estudio.

El primero es que no es posible el estudio psicológico dejando fuera la subjetividad, por el carácter propositivo de la conducta psicológica (Yela, 1996b). En términos del materialismo filosófico, no es posible eliminar al sujeto en las operaciones que se realizan dentro del campo científico, de la misma forma que se elimina en la física. Aquí, en el campo psicológico la importancia de la subjetividad siempre está presente, y su presencia es un componente importante en la explicación del resultado. Esto es así hasta el punto de que puede definirse a la Psicología como la ciencia del sujeto y el comportamiento (Pérez-Álvarez, 2018).

El segundo aspecto, que no conviene ignorar, es que no es posible desvincular las ciencias humanas, entre las que se encuentra la Psicología, del lenguaje natural, ya que lo que es denotado por ese lenguaje natural es el objeto de su explicación. En palabras de Ribes-Iñesta (2018) (pag. 61) "...los fenómenos psicológicos ocurren en y como lenguaje ordinario. El lenguaje ordinario es constitutivo, en tanto práctica social entre personas, de los fenómenos psicológicos... Los fenómenos psicológicos son las relaciones que tienen lugar en las prácticas del lenguaje ordinario, y que incluyen como parte indisoluble de ellas a lo que consideramos palabras y expresiones "psicológicas": imaginar, pensar, percibir, sentir y otros fenómenos psicológicos. El fenómeno psicológico es lo que ocurre cuando tales términos en expresiones forman parte de relaciones con otros y con objetos y acontecimientos diversos en circunstancia". En la medida en que la explicación se aleje de ese lenguaje natural, la idea que se trata de explicar pierde su naturaleza psicológica y pasa a ser de otro tipo (explicar la ejecución de una conducta propositiva como simple creación de redes neurales, por ejemplo). Pero

el lenguaje natural es impreciso, de lógica borrosa, impropio de una ciencia natural.

No hay una única aproximación científica a la Psicología, sino que hay varias, a pesar de que hay una creciente unidad en la Psicología institucional. El avance psicológico ha sido más instrumental y metodológico que conceptual. En Psicología fisiológica hay más y mejores métodos para estudiar la actividad nerviosa o endocrina, se avanza en el desarrollo de nuevos y viejos métodos de evaluación, se refinan las técnicas matemáticas que dan soporte a los modelos teóricos, pero la distancia conceptual entre las dos Psicologías no se estrecha, ni la OPA reduccionista de la una sobre la otra se materializa. Las distintas soluciones que se han venido aportando (reduccionismo-materialismo-monismo, reduccionismo-idealismo-monismo, emergentismo, interaccionismo, epifenomenalismo, paralelismo, etc.) no concitan el acuerdo general, y los resultados de ninguna de esas soluciones han servido para concitar un único modelo o paradigma.

EL CRITERIO DE DEMARCACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PSICOTERAPIA

Conviene señalar de forma sucinta que, cuando se hable en este apartado sobre el criterio de demarcación en psicoterapia estamos dejando de lado la posible valoración de la misma como una actividad o desarrollo fuera del marco de la ciencia, sea lo que sea la ciencia. Las consideraciones de la psicoterapia como un ejercicio filosófico o artístico, que de forma explícita la sitúan fuera del paraguas del conocimiento científico, quedan fuera del plano que se analiza en este artículo. Aquí solo interesa determinar cuándo una práctica, que se proclama científica y obtiene los beneficios asociados a esa consideración, puede reclamarse legítimamente con tal.

La psicoterapia es una actividad relacional, que, como la Psicología, está centrada en la persona en su conjunto. Así pues, lo que se predica de la Psicología como ciencia tiene también impacto en la psicoterapia como actividad científica. El establecimiento de un criterio de demarcación para las actividades psicoterapéuticas inevitablemente deberá arrastrar la dualidad de la Psicología y reconocer que la pretensión naturalista que anima algunos criterios es completamente inapropiada y fuera de la realidad.

Esa pretensión naturalista late bajo iniciativas como el movimiento EST - Empirical Supported Treatments -, la EBT - Evidence Based Treatments ó la EBP (Evidence Based Practice) - (Dianne L Chambless & Hollon, 1998; Dianne L. Chambless & Ollendick, 2001). Su principal problema, dicho en términos de Norcross and Wampold (2019) es que estas iniciativas tienen en su base un modelo biomédico para la psicoterapia, que se centra casi exclusivamente sobre los métodos de tratamientos para trastornos particulares, dejando a un lado los resultados de la investigación sobre factores más importantes como la relación terapéutica o la adaptación del tratamiento a las preferencias y cultura del paciente. Refirién-

dose al caso particular del Trastorno del Estrés Postraumático, estos conocidos investigadores critican a la APA (American Psychological Association) por haber adoptado una Guía Clínica en la que recomienda unos tratamientos sobre otros, en función de los resultados en ECAs que no han tenido en cuenta los factores comunes. El resultado es que “la Guía Clínica literal y figurativamente, retrata terapeutas incorpóreos que aplican intervenciones manualizadas a trastornos discretos de acuerdo con el DSM/CIE. “Centrarse sobre lo que apenas tiene efectos sobre los resultados terapéuticos (selección de métodos particulares de tratamiento) y prácticamente ignorar lo que los determina fuertemente (relación terapéutica y responsividad) constituye un error fatal” (Norcross & Wampold, 2019) (pag. 392). Resulta claro que lo que se dice para el caso particular de la psicoterapia aplicada al estrés postraumático puede decirse igual para el resto de los trastornos y problemas psicológicos a los que va dirigida.

En los mismos términos se expresa Follette (2018) cuando afirma que la metodología utilizada para evaluar los tratamientos lleva necesariamente a que no sea posible distinguir intervenciones pseudocientíficas de las científicas debido a que se está utilizando un modelo biomédico que no tiene una visión de campo de la ciencia psicológica. Así, la evaluación empírica de la efectividad, como único criterio, dejando a un lado la evaluación racional de la solidez de las teorías que sustentan la terapia puede llevar a que sea “concebible que una técnica basada en el vudú pudiera ser clasificada como probablemente efectiva de acuerdo con las actuales estructuras evaluativas en psicoterapia” (David, Jay Lynn, & Montgomery, 2018).

Sin embargo, eso no debe significar que debemos cejar en la búsqueda de la mejor técnica psicoterapéutica disponible. Se siguen aplicando tratamientos en el campo de la salud mental, entre ellos los psicoterapéuticos, que no se apoyan en ninguna evaluación racional de sus efectos. A este respecto, las cifras son llamativas (David et al., 2018). Por ejemplo, en el campo de la depresión, sólo una de cada seis personas en los países con altos ingresos, y una de cada veintisiete, en los de bajos y medios ingresos, obtienen un tratamiento efectivo basado en estándares mínimos de calidad (Thornicroft, 2017; Thornicroft et al., 2017). Algunos de estos tratamientos sin base científica, son psicoterapias sin apoyo empírico, que pueden ser dañinas porque disuaden, dificultan o impiden que las personas que necesiten un tratamiento efectivo, lo obtengan, con lo que sus problemas psicológicos, sociales, laborales, económicos y de otro tipo no sólo no mejoran, sino que empeoran (Trent Codd III, 2018). Otras, por su acción, pueden deteriorar del 3 al 10%, o incluso el 15%, de los pacientes, empeorando la situación que tenían al comienzo de la terapia (Lilienfeld, 2007). El problema, por lo tanto, no debe ser, en una profesión ética como la Psicología, si se puede consentir esta situación, sino si hay alguna forma de que podamos llegar a establecer reglas para proteger a los pacientes (o clientes).

No existe ningún conjunto acabado de reglas que permitan discriminar, con precisión y de forma fiable, lo que es ciencia de pseudociencia (McIntyre, 2020). Tal y como hemos visto esa es una meta imposible si pretendemos la existencia de una única ciencia (la natural), o si buscamos criterios simples, tales como juzgar el carácter científico de una psicoterapia sólo en función de su eficacia empírica en un contexto, normalmente altamente restrictivo y, por ende, muchas veces un mero remedo de la realidad. Si queremos desarrollar un criterio de demarcación habrá que manejar elementos de decisión complejos, vinculados al campo científico de la Psicología, que nos permitan discriminar las prácticas psicoterapéuticas, que gozan de soporte científico sobre las que no, todo ello con renuncia expresa a alcanzar el consenso universal. Aunque viendo lo que sucede en otras disciplinas, con objetos científicos menos complejos, como sucede con los terraplanistas y los antivacunas, la máxima aspiración debería ser que las instituciones de la Psicología, sean profesionales o científicas, alcancen a establecer un lenguaje común que les permita discriminar el trigo de la paja.

No tengo la respuesta. Con extrema prudencia, se puede sugerir a la luz de lo discutido hasta aquí, que un conjunto de reglas aspirante a convertirse en establecer un criterio de demarcación en un campo científico como la Psicología, a caballo de las ciencias naturales y las humanas, debería contener, al menos, estas premisas o condiciones:

1. Los modelos de evaluación deberán adoptar una perspectiva compleja, teniendo en cuenta todos los elementos del campo científico, que definen a la ciencia psicológica. Entre ellos, uno de los más importante es que tengan en cuenta la solidez de los supuestos teóricos que subyacen a las técnicas que se quieran analizar. Esa solidez debe medirse inevitablemente no sólo contra otros elementos de la teoría psicológica, sino también con el conocimiento objetivo que otras disciplinas científicas han generado en sus respectivos campos. La ciencia no es solipsista, sin que eso signifique que cada campo científico no pueda tener sus propios elementos.
2. Deberá ser transversal a los modelos imperantes en la Psicología, reconociendo la pluralidad metodológica y conceptual de la ciencia psicológica. Los modelos de análisis deberán ser mixtos, cualitativos y cuantitativos que tengan en cuenta no solo fenómenos susceptibles de ser cuantificados sino también características cualitativas relevantes para la evaluación psicológica.
3. Deberá reconocer y distinguir fielmente las propuestas científicas frente a las que no lo son, de acuerdo con lo que se “reconoce” en la ciencia y la profesión. Este criterio de Laudan (1983) es esencial en el momento actual, en el que una multiplicidad de psicoterapias, con fundamentos distintos y distantes, parecen alcanzar resultados igualmente positivos en los ECA. Frente a esta realidad, hay dos posiciones que se deben mantener. La primera es que no podemos permanecer impasibles frente al negacio-

nismo, admitiendo que todas las opciones son aceptables por el mero hecho de que tengan acólitos internos o clientes entusiastas. Al fin y al cabo, también hay astrólogos y clientes de la astrología, sin que por ello se valide tal disciplina para el counseling psicológico. La segunda es que el veredicto del pájaro Dodo, que afecta realmente a unas cuantas terapias, que han hecho estudios sistemáticos, nos debe incitar a cuestionarnos una metodología de evaluación que está produciendo unos resultados contradictorios.

4. Deberá reunir las condiciones necesarias y suficientes para conceder o denegar la consideración de científico a las propuestas evaluadas, al día de hoy por hacer, y sin estar claro cómo sería.

En la actualidad, no estamos en disposición de presentar una propuesta que reúna estas condiciones. Pero sí parece que debemos estar en disposición de empezar a hacerla. Para ello, es imprescindible mantener una actitud científica, una inclinación a alimentarnos de la realidad y a cambiar nuestras ideas sobre la misma en función de las pruebas empíricas (McIntyre, 2020). Lo que no sería poco, a juzgar por nuestra historia.

AGRADECIMIENTO

Aunque el autor es el único responsable de lo que aquí se dice, quiero expresar mi agradecimiento al profesor Marino Pérez Álvarez tanto por su magisterio, como por los comentarios y sugerencias que mejoraron el manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Bertolín Guillén, J. M. (2020). Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004>
- Blumenthal, A. L. (1975). A reappraisal of Wilhelm Wundt. *American Psychologist*, 30(11), 1081-1088. doi: 10.1037/0003-066X.30.11.1081
- Blumenthal, A. L. (1998). Leipzig, Wilhelm Wundt, and psychology's gilded age. In G. A. Kimble & M. Wertheimer (Eds.), *Portraits of pioneers in psychology* (Vol. 3). Washington DC: American Psychological Association.
- Brock, A. C. (2006). Rediscovering the history of psychology: Interview with Kurt Danziger. *History of Psychology*, 9(1), 1-16. doi: 10.1037/1093-4510.9.1.1
- Bueno, G. (1995). *¿Qué es la ciencia? La respuesta de la teoría del cierre categorial*. Oviedo: Pentalfa.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica*. México: Siglo XXI editores, s.a. de c.v.
- Bunge, M. (2011). Knowledge: Genuine and Bogus. *Science and Education*, 20(5-6), 411-438. doi: 10.1007/s11191-009-9225-3
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2019a). El Consejo General de la Psicología apoya el Plan de protección de la salud frente a las pseudoterapias. *Infocop Online*. Retrieved from http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7889
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2019b). El Consejo General de la Psicología hace aportaciones al Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. *Infocop Online*. Retrieved from http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7866
- David, D., Jay Lynn, S., & Montgomery, G. H. (2018). An Introduction to the Science and Practice of Evidence-Based Psychotherapy. In D. David, S. Jay Lynn, & G. H. Montgomery (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapy. The State of the Science and Practice* (pp. 1-10). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Follette, W. C. (2018). Pseudoscience Persists Until Clinical Science Raises the Bar. *The Behavior Therapist*, 41(1), 24-31.
- Freire, E. S. (2006). Randomized controlled clinical trial in psychotherapy research: An epistemological controversy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(3), 323-335.
- Fuentes, J. B. (2019). El Aprendizaje como contexto determinante de la Psicología científica: metodología biológica versus metodología psicológica. *Revista de Historia de la Psicología*, 40(2), 27-41. doi: 10.5093/rhp2019a7
- Gelo, O. C. G., Lagetto, G., Dinoi, C., Belfiore, E., Lombi, E., Blasi, S., . . . Ciavolino, E. (2020). Which Methodological Practice(s) for Psychotherapy Science? A Systematic Review and a Proposal. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(1), 215-248. doi: 10.1007/s12124-019-09494-3
- Hergenhahn, B. R., & Henley, T. B. (2013). Physiology and Psychophysics. In B. R. Hergenhahn & T. B. Henley (Eds.), *An Introduction to the History of Psychology. Seventh Edition*. Belmont, CA (USA): Wadsworth Cengage Learning.
- James, W. (1892-2001). *Psychology. The Briefer Course*. New York: Dover Publications, Inc.
- Kagan, J. (2009). *The Three Cultures. Natural Sciences, Social Sciences, and the Humanities in the 21st Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kimble, G. A. (1984). Psychology's two cultures. *American Psychologist*, 39(8), 833-839. doi: 10.1037/0003-066X.39.8.833
- Kuhn, T. S. (1962-2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Laudan, L. (1983). The Demise of the Demarcation Problem.

- In R. S. Cohen & L. Laudan (Eds.), *Physics, Philosophy and Psychoanalysis: Essays in Honour of Adolf Grünbaum* (pp. 111-127). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Bowden, S. C. (2018). Why Evidence-Based Practice Isn't Enough: A Call for Science-Based Practice. *The Behavior Therapist*, 41(1), 42-47.
- Lilienfeld, S. O., McKay, D., & Hollon, S. D. (2018). Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 536-538. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30045-2
- Machado, P. P., & Beutler, L. E. (2017). Research Methods and Randomized Clinical Trials in Psychotherapy. In A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- McIntyre, L. (2020). *La actitud científica. Una defensa de la ciencia frente a la negación, el fraude y la pseudociencia*: Cátedra.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Paper presented at the Proceedings of the 1955 Invitational Conference on Testing Problems, Minneapolis.
- Nickles, T. (2006). Problem of Demarcation. In S. Sarkar & J. Pfeifer (Eds.), *The Philosophy of Science. An Encyclopedia* (pp. 188-197). New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391-399. doi: 10.1037/pst0000228
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Psychology as a Science of Subject and Comportment, beyond the Mind and Behavior. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 52(1), 25-51. doi: 10.1007/s12124-017-9408-4
- Pigliucci, M. (2013). The Demarcation Problem. In M. Pigliucci & M. Boudry (Eds.), *Philosophy of Pseudoscience. Reconsidering the Demarcation Problem*. Chicago: The University Chicago Press.
- Pinker, S. (2018). *En defensa de la Ilustración. Por la razón, la ciencia, el humanismo y el progreso*. Barcelona: Paidós.
- Popper, K. (1935-2002). *The logic of Scientific Discovery*. London: Routledge Classics.
- Ribes-Ñesta, E. (2018). *Un estudio científico de la conducta individual. Una introducción a la teoría de la Psicología*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Snow, C. P. (1959-2012). *The two cultures. 15th Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sturm, T. (2006). Is there a problem with mathematical psychology in the eighteenth century? A fresh look at Kant's old argument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 42(4), 353-377. doi: 10.1002/jhbs.20191
- Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M., & Markon, K. E. (2018). Psychology's replication crisis and clinical psychological science. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15.
- Teo, T. (2005). The natural-scientific critique. In T. Teo (Ed.), *The Critique of Psychology. From Kant to Postcolonial Theory* (pp. 77-92). USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Thornicroft, G. (2017). Improving access to psychological therapies in England. *The Lancet*, 391(10121), 636-637. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32158-X
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., . . . Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*, 210(2), 119-124. doi: 10.1192/bjp.bp.116.188078
- Trent Codd III, R. (2018). Pseudoscience in Mental Health Treatment: What Remedies are Available? *The Behavior Therapist*, 41(1), 1-3.
- Varga, S. (2015). *Naturalism, interpretation and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Wikipedia. (2020). Opinion. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Opinion#cite_note-Wynne-3
- Yela, M. (1996a). El problema del método científico en Psicología. *Psicothema*, 6(Supl.), 353-361.
- Yela, M. (1996b). La estructura de la conducta, estímulo, situación y conciencia. *Psicothema*, 8(Supl), 89-147.

EL EMBROLLO CIENTÍFICO DE LA PSICOTERAPIA: CÓMO SALIR

THE SCIENTIFIC IMBROGLIO OF PSYCHOTHERAPY: A WAY OUT

Marino Pérez Álvarez

Universidad de Oviedo

Se introduce la noción de embrollo como instrumento crítico. Si por un lado sirve para la identificación de un estado confuso de las cosas, por otro invita a su clarificación y salida. Dos embrollos se identifican en la psicoterapia. El primero es el enigma de cómo diferentes psicoterapias tienen, sin embargo, una eficacia similar. Se aclara de acuerdo con tres niveles de análisis: ontológico (distinguiendo entidades naturales versus interactivas), antropológico (factores comunes de las psicoterapias) y psicológico (ciertos efectos sanadores inherentes a toda práctica curativa). El segundo es el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia. Siendo importante, el problema de la demarcación encubre otros problemas todavía más importantes que tienen que ver con la concepción de ciencia al uso. Porque la demarcación es subsidiaria de una concepción positivista de ciencia, ella misma problemática cuando se aplica en clínica. Estos otros problemas se han identificado como mala ciencia, cientificismo e integraciónismo. Aun cuando estos embrollos se han clarificado, la salida pasa por plantear la cuestión ontológica de base acerca de qué es un trastorno psicológico, sin asumir la concepción estándar como «avería» en mecanismos internos. Se elabora una idea de trastorno que tiene su base en los problemas de la vida.

Palabra clave: Verdicto del pájaro Dodo, Problema de la demarcación, Pseudociencia, Mala ciencia, Cientificismo, Integracionismo, Situación-límite, Hiperreflexividad.

The notion of imbroglia is introduced as a critical instrument. If on the one hand it serves to identify a confused state of affairs, on the other it invites its clarification and a way out. Two imbroglia are identified in psychotherapy. The first is the puzzle of how different psychotherapies, surprisingly, have similar efficacy. This is clarified according to three levels of analysis: ontological (distinguishing natural versus interactive entities), anthropological (common factors of psychotherapies), and psychological (certain healing effects inherent in all healing practices). The second imbroglia is the problem of the demarcation between science and pseudoscience. Although important, the problem of demarcation conceals other even more important problems that have to do with the current conception of science. This is because the demarcation is subsidiary to a positivist conception of science, itself problematic when applied in the clinic. These other problems have been identified as bad science, scientism, and integrationism. Even when these imbroglia have been clarified, the way out is to pose the basic ontological question about what is a psychological disorder, without assuming the standard conception as a «failure» in internal mechanisms. An idea of the disorder is raised that is based on life's problems.

Key words: Dodo bird verdict, Demarcation problem, Pseudoscience, Bad science, Scientism, integrationism, Limit situation, Hyperreflexivity.

Tomo la noción de embrollo inspirado por el uso que le da Gustavo Bueno en sus lecciones de 2013 sobre *El reino del hombre y el hombre histórico* referido a una acumulación confusa de cosas que por separado parecen claras. Bueno recupera el término antes usado por Benito Feijóo (1676-1764), el mismo que da nombre a la plaza donde está la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, en la expresión "embrollo pitagórico, más impenetrable que el Laberinto de Creta". Tal me parece el caso de la psicoterapia. El reconocimiento del embrollo obliga a plantear la salida del laberinto.

El embrollo de la psicoterapia salta a la vista desde varios lados. Si un usuario busca en internet, encontrará un maremágnum de psicoterapias, difícil de ver al final cuál sería mejor y

le convendría más. Internet es hoy, como dice Bueno, el mayor embrollo. En la perspectiva de un estudiante de psicología, la experiencia puede ser parecida. Supuesto que le expliquen las diferentes psicoterapias existentes (quizá el mejor supuesto), cada una de ellas le irá pareciendo completa y autosuficiente. Si solamente le han explicado una, a menudo contra las otras, cuando termina, quizá antes, y echa un vistazo al tablón de anuncios de su Facultad y por supuesto en internet, un mundo de otras terapias empieza a parecer. Si el estudiante ha quedado "troquelado" por la psicoterapia que le han explicado, quizá se aferre más a ella y una división nosotros/ellos empieza a darse. Si no es así, quizá busca y busca y tal vez tenga alguna epifanía y quizá quede troquelado más adelante. O siga buscando. Lo que no se sabe qué es peor: si quedar troquelado o a la deriva.

Si eres un investigador de la psicoterapia, probablemente con el "método de oro" de la investigación en clínica, típicamente, el ensayo aleatorizado controlado (RCT por sus siglas en inglés) y meta-análisis, esto puede ocurrir. Por un lado, el

Recibido: 13 junio 2020 - Aceptado: 2 julio 2020

Correspondencia: Marino Pérez Álvarez. Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España.

E-mail: marino@uniovi.es

propio método revelará una variedad de psicoterapias eficaces. Por otro, el mismo método deja fuera otra variedad de psicoterapias realmente existentes, que ni carecen de eficacia, ni son estúpidas. Aquí no estaría claro si debiéramos decir peor para esas psicoterapias o peor para el método. Puestos a ser todavía más científicos, el siguiente paso sería diferenciar entre ciencia y pseudociencia. Sin embargo, no hay criterios taxativos. El citado método de oro es ciego en cuanto a explicar cómo y por qué son eficaces las terapias. Pudiera ser el caso de que una terapia eficaz, con todas las bendiciones RTC y meta-análisis, pareciera pseudocientífica debido a lo implausible de su funcionamiento a la luz de otras terapias establecidas. Una guerra de las pseudociencias ha estallado en los últimos tiempos.

Así, pues, éste es el embrollo con el que se pueden encontrar usuarios, estudiantes e investigadores. Por un lado, una diversidad de psicoterapias razonablemente eficaces, cada una completa de manera que si no existieran las otras, éstas no se echarían de menos. Por otro, la falta de criterios claros y distintos para la demarcación entre ciencia y pseudociencia sin que el llamado “método de oro” sirva.

En primer lugar, voy a abordar ambos embrollos, en realidad el mismo, para despejar el terreno y abrir paso a su salida. Ni que decir tiene que mi planteamiento no es desde ningún lado, desde la perspectiva de dios o algo así, sino desde el terreno, pero no sin brújula y coordenadas. Ni tampoco sin dejar de ver el terreno desde fuera, a nivel de mapa, sin estar enfangado en una parcela. Será un planteamiento muy particular, tomando partido, pero no subjetivista, espontáneo o partidista, discutible, faltaría más, pero ya no dentro de la caja sin romper moldes. Tampoco cabe esperar aquí un análisis completo, con las debidas justificaciones, sino únicamente una movilización de materiales e ideas, siquiera sirvan para repensar, supuesto que es mejor que no pensar.

EL EMBROLLO DE LA DIVERSIDAD DE PSICOTERAPIAS RAZONABLEMENTE EFICACES

El primer embrollo viene dado por la existencia de diferentes psicoterapias que, sin embargo, tienen una eficacia similar. La similitud en la eficacia no parece corresponderse con las diferencias en sus concepciones y procedimientos. Sin negar que pueda haber terapias psicológicas más eficaces que otras según los problemas, la cuestión es que ninguna de las grandes tradiciones de la psicoterapia (psicodinámica, humanista, existencial, conductual, cognitivo-conductual, contextual, sistémica, constructivista) se puede dejar de lado por falta de eficacia. Este fenómeno, como es bien conocido, recibe el nombre de «Verdicto del pájaro Dodo», tomado de Alicia en el país de las maravillas, según el cual «todos [para el caso las psicoterapias] han ganado y todas deben tener premios».

El fenómeno supone una buena y una mala noticia. Buena para los usuarios y los clínicos y mala por otro lado para los clínicos en tanto no pueden estar seguros de cómo y por qué son eficaces ya que otros haciendo cosas distintas también lo son. El fenómeno, sin duda enigmático y desafiante, ocurre en psicología y psiquiatría, pero no en medicina, quitando la

especialidad psiquiátrica. Mientras que en medicina no tendría sentido preguntar a un clínico por su enfoque (si fuera el caso, quedaría perplejo), en psicología y psiquiatría tiene sentido y mucho porque los tratamientos difieren en enfoque y procedimiento. ¿Por qué esto es así en psicología y psiquiatría y no en medicina?

Para plantear a fondo el problema, por más que tenga que ser en el espacio de un artículo, voy a movilizar tres tipos de cuestiones: ontológicas, antropológicas y psicológicas. Las cuestiones ontológicas conciernen a la naturaleza de las realidades con las que trabaja la psicología y la psiquiatría. Las antropológicas implican los factores comunes que comparten los diferentes trastornos por un lado y las distintas psicoterapias por otro. Las psicológicas se refieren a ciertos efectos potencialmente terapéuticos inherentes a toda psicoterapia.

Cuestiones ontológicas: entidades naturales versus interactivas

La pregunta por la naturaleza de los fenómenos psicológicos y psiquiátricos—qué tipo de cosa, ente o realidad son—, lleva a la distinción entre entidades naturales y entidades interactivas, establecida por el filósofo de la ciencia Ian Hacking. Las entidades naturales son fijas, ahí-dadas, indiferentes a las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tengan de ellas. Sean por caso, una molécula, una neurona, una piedra, el agua, un caballo, un planeta o las estrellas. Por más que se bendiga el agua, se llame “burro” a un caballo o se vean constelaciones zodiacales en las estrellas, en agua, caballo y estrellas se quedan, indiferentes. Por su lado, las entidades interactivas son influenciadas por las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tengan, típicamente, los humanos. La bendición de alguien en una ceremonia religiosa o familiar dando aprobación a una relación, no deja indiferente. Si llaman “burro” a alguien, por ejemplo, a un niño en la escuela, puede que asuma ese rol o reaccione en contra. El estudio de las constelaciones zodiacales en relación con la fecha de nacimiento puede que lleve a alguien a orientar su vida por el horóscopo. Las campañas de sensibilización dirigidas a la población general acerca de ciertos problemas cotidianos terminaron por recalificarlos al extremo de convertirlos en trastornos mentales como ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno bipolar o TDAH, por citar unos cuantos (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2018).

Según ya he apuntado, las realidades con las que trabaja la psicología y la psiquiatría serían entidades interactivas, susceptibles de ser influenciadas al hilo de su propia descripción. Las descripciones no dejan de ser también prescripciones, reordenando las realidades de cierta manera que parecen que fueran así de forma natural. Pero su naturaleza es interactiva, no fija, indiferente. La psicoterapia se basa en esta posibilidad. Por lo mismo que no hay psicoterapia para la diabetes o la hepatitis. El “gran ataque de histeria” descrito por Charcot a finales del siglo XIX, es solamente el caso más espectacular de un proceso en el que la descripción constituye la propia realidad que describe. Los clínicos nece-

sitan, por supuesto, reordenar y clasificar el material con el que trabajan, por lo que las entidades interactivas se denominan también entidades o tipos prácticos, en orden a su clasificación, estadísticas, manejo clínico, tratamiento, etc. Pero eso no quiere decir que sean entidades naturales como las enfermedades propiamente médicas. Puede que sea práctico hacerlas pasar como enfermedades, pero habría que ver práctico para qué, quién y a costa de qué.

Las entidades interactivas o tipos prácticos con los que trabaja la psicología y la psiquiatría son diferentes de las entidades naturales de la medicina, sin que en estas últimas la propia descripción afecte a la entidad descrita, su proceso patógeno y cuadro clínico. El diagnóstico de diabetes o de cáncer no altera el metabolismo de la glucosa o el proceso tumoral. Otra cosa es que cambie el estatus de la persona (enfermo, paciente) y su situación vital y existencial. Dicho esto, nada quita que las enfermedades propiamente médicas tengan también un aspecto interactivo, mediado por procesos psicobiológicos. El placebo sin ir más lejos, sería un ejemplo. Asimismo, los problemas psicológicos pueden tener, cómo no, procesos neurobiológicos implicados que tampoco dejan de formar parte del circuito interactivo, sin necesidad de hipostasiarlos como se suele.

Cuestiones antropológicas: factores comunes

Los factores comunes constituyen un tema recurrente acerca de cómo los efectos de las psicoterapias pueden deberse en parte o en buena medida a los elementos que comparten, más que a sus ingredientes específicos. Son numerosas las listas de factores comunes. Aquí me voy a atener al planteamiento del psiquiatra Jerome Frank en su estudio comparativo de las psicoterapias en una perspectiva antropológica (Frank, 1982; Frank y Frank, 1993).

Frank se refiere a los factores comunes tanto de los problemas psicológicos como de las psicoterapias. Todos los problemas psicológicos independientemente del diagnóstico que reciban comparten una desmoralización caracterizada por la preocupación y la desesperanza. El inicio de una psicoterapia, malo será que no suponga una re-moralización, alivio y esperanza. Por su parte, todas las psicoterapias comparten cuatro factores: agente sanador, sitio clínico, mitología (*rationale*) y ritual (acciones terapéuticas).

El agente sanador, para el caso un clínico, ya es como tal un factor en el proceso de ayuda y sanación, empezando por el reconocimiento social de su actividad, amén de su prestigio personal (fama, opiniones), apariencia (trato, aspecto) y la relación emocional y de confianza que establezca. La figura, aspecto, porte y comportamiento (*ethos*) del clínico no es algo trivial, un mero soporte y paso a su desempeño técnico. La competencia técnica depende de quién y cómo la lleve a cabo. La personalidad y la profesionalidad son difíciles de separar en psicoterapia. No será la primera vez que un clínico aplique técnicas de sentido común que ya alguien se las ha propuesto al consultante, pero que ahora cobran nuevo valor aplicadas en el contexto de una terapia, en un *sitio* clínico.

El sitio clínico o "ambiente de cura" como dice Frank es otro factor asociado al agente y que también es potencialmente sanador por el significado que implica, como centro de salud, hospital, unidad clínica, centro sanitario, consulta, etc. El sitio clínico no será sagrado o mágico como el de un chamán, santuario o templo, pero no es trivial. Las cosas que el clínico hace y dice en su sitio, en tiempo y forma, son más serias y "sagradas" que estas cosas en cualquier otro sitio en el que el mismo clínico haya sido abordado. El clínico no es profeta en su casa, bares o lugares en los que haya sido requerida su sapiencia. Pero en el centro donde trabaja es un chamán. Como tampoco lo que diga un cura va a misa como no lo diga en misa o un juez como no sea con toga y en el tribunal, en tiempo y forma. Lo que hace y dice el clínico en su sitio es más importante, influyente y hasta *performativo*, que lo que él mismo se cree a veces, según los pacientes refieren a menudo cosas que les influyeron a las que el clínico no les dio importancia, acaso fusionado con sus técnicas.

Con todo, la mitología o *rationale* es el componente central de la terapia, el que da sentido al agente y al sitio, así como al ritual o acciones terapéuticas que se vayan a aplicar. La mitología refiere el marco de referencia, concepción y explicación que la terapia ofrece de lo que le pasa al consultante y de lo que habría que hacer en consecuencia. Todas las psicoterapias tienen su mitología. Y todas las psicoterapias, mitología incluida, tienen su razón de ser de acuerdo al contexto histórico (Viena fin-de-siglo, California de postguerra), problema sobre el que se originó (histeria, depresión, desajustes familiares) y genio de su fundador (pocos en realidad como Freud, pero todos con su talento).

Las mitologías de las distintas psicoterapias funcionan por dos razones que se realimentan entre ellas: son verosímiles sin ser verdaderas y crean su propio nicho de auto-confirmación que las hace parecer verdaderas para sus "creyentes y practicantes". Las diferentes mitologías no pueden ser todas verdaderas, si acaso lo fuera alguna, por más que se declaren científicas y basadas en la evidencia. Pero lo que sí son todas es verosímiles, es decir creíbles, razonables, que es por lo que funcionan en alguna e incluso buena medida. La noción de mitología no está aquí por decir ficción, engaño, mentira o algo así, sin menoscabo de este uso también. La mitología no carece de sentido, logos y razón de ser. El paso del mito al logos es un *mito*.

Las mitologías o *racionales* de las psicoterapias no son tanto explicaciones *verdaderas*, como verdaderas *explicaciones*. No son explicaciones verdaderas porque no están describiendo una realidad ahí-dada, exenta, contra la que después se pueda validar. En su lugar, tratan con una realidad interactiva que reelaboran de alguna manera, no de cualquier manera. Esto tampoco quiere decir que las *racionales* sean igual de prácticas y coherentes. De hecho, algunas *racionales* podrían ser, por ejemplo, más patologizadoras que normalizadoras y responder más a unos intereses que a otros. Sin embargo, son verdaderas explicaciones porque tienen, por así decir, todo lo necesario para dar cuenta del problema y qué hacer: una concepción psicopatológica, evalua-

ción, acciones terapéuticas, etc. En este sentido decía que eran completas y autosuficientes para la labor clínica.

Las psicoterapias con su *rationale* o mitología crean sus propios nichos al hilo de su práctica, publicación de casos, investigación, literatura científica, diseminación, etc. Los nichos tienen dos ámbitos relacionados: uno dado en el curso de la terapia por así decir en sesión y otro dado a escala cultural. La terapia socializa al paciente en su modelo y enfoque, donde éste aprende el idioma del clínico. La escala cultural viene dada por la literatura científica, la formación académica y profesional, los manuales clínicos, los temarios de oposiciones, exámenes MIR/PIR, las publicaciones, la institucionalización de su práctica y el conocimiento popular. Se da una doble socialización: en la terapia misma y en la cultura clínica. El caso de "El hombre de los lobos" de Freud epitomiza este doble proceso de paciente y lector de Freud a la vez.

Charcot ya hizo historia en su día. De las sesiones de los martes en La Salpêtrière, la histeria charcotiana se extendió por Francia (y no sólo) a través de la literatura de los literatos asistentes a las famosas sesiones (por ejemplo los hermanos Goncourt) cuyas novelas leería la gente y de la literatura científica del propio Charcot que leerían los médicos (Shorter, 1992, pp. 186-193). Sin necesidad en este caso de una campaña de sensibilización a la población tipo márquetin farmacéutico, la literatura de los literatos y la literatura científica cierran el círculo. Después vendría el siglo del psicoanálisis con la mayor socialización psicológica hasta ahora conocida. Vendría también la cultura conductista y cognitivo-conductual, la humanista relanzada por la psicología positiva y el coaching, el movimiento de la autoestima, la psicotraumatología y el cerebrocentrismo, superponiéndose unas a otras. Un embrollo donde los haya.

El ritual refiere las acciones terapéuticas específicas de cada terapia. Cada psicoterapia tiene sus rituales: tumbarse en un diván, interpretaciones, análisis funcionales, auto-registros, exposición, reestructuración de creencias, relajación, tareas para casa, clarificación de valores, mindfulness, silla-vacía, recordar cosas positivas y un largo etcétera. Incluso las terapias no directivas tienen su ritual en la escucha y parafraseo de lo que dice el cliente. Hay un gran debate en psicoterapia acerca del papel específico de las técnicas en relación con los factores comunes planteado en términos de modelo médico (centrado en técnicas) y modelo contextual centrado en relaciones y factores comunes (Wampold e Imel, 2015). El debate alcanza a la cuestión si la psicoterapia es una ciencia humana o tecnológica (Pérez-Álvarez, 2019).

Una conclusión es que las técnicas funcionan en tanto forman parte del contexto de una terapia con su relación y *rationale*. Ahora bien, disponer el contexto de la terapia también tiene su *techné*: arte y ciencia. Empezando por la relación terapéutica, ésta no es algo natural, espontáneo, como si se dijera que el terapeuta nace. Al contrario, el terapeuta se hace y con diferentes grados de excelencia. Por no hablar de la *rationale*, que es la base de la psicoterapia.

Cuestiones psicológicas: ciertos efectos

La psicoterapia conlleva ciertos efectos potencialmente curativos inherentes a toda práctica de sanación. Ya antes de empezar la ayuda específica, la presencia y las palabras del clínico probablemente resitúan a uno en una perspectiva cuando menos expectante dada la situación menesterosa en la que se encuentra. La acogida quizá evoque apoyos seguros que se habrán tenido en el pasado. Sobre este fondo cabe destacar ciertos efectos psicológicos bien conocidos. No son otros que el efecto placebo, Barnum, Pigmalión y Charcot.

El sempiterno efecto placebo encuentra en la psicoterapia su modelo más perfecto. Podríamos decir que la psicoterapia es placebo, si no fuera que el placebo suele tener un sentido inespecífico, psicológico oscuro, confuso, cuando no negativo, proveniente de la medicina. Más bien habría que decir que el placebo es psicoterapia (Kirsch, 2005; Wampold et al, 2016). Lo que es inespecífico en medicina (psicológico), es específico de la psicología. Aun siendo difícil, si es que no imposible, separar efecto placebo de psicoterapia, se puede conceder a tenor de su sentido médico tradicional y por mor del presente argumento, que toda psicoterapia está agraciada por el efecto placebo. Se refiere al placebo que supone la confianza, la fe y la esperanza en la terapia (empaquetadas como expectativas), y que la propia terapia va a cultivar con la alianza terapéutica, la *rationale* y demás. Por eso es prácticamente imposible comparar una psicoterapia dada con una psicoterapia-placebo. Cuando se diseña una psicoterapia-placebo enteramente comparable a una terapia verdadera (ya establecida), resulta otra terapia (psicoterapia interpersonal, terapia centrada en el presente, *befriendly*).

Una psicoterapia-placebo no deja de ser una psicoterapia, no inerte, sin propiedades específicas, como lo podría ser una pastilla-placebo. No existe psicoterapia inerte. Así, pues, de acuerdo con el sentido médico, una psicoterapia dada tendría también su efecto placebo, con la particularidad de que es homogéneo con la psicoterapia misma, inseparable al final.

El efecto Barnum como se recordará refiere la identificación que la gente suele tener con los informes psicológicos aun cuando éstos no deriven de sus resultados en las pruebas que se les han aplicado. Y tanto más esta aquiescencia en la medida en que los informes sean genéricos y ambiguos y ya no se diga favorables, sea por caso que digan que uno tiene sentido del humor, es sensible, inteligente, amigo de sus amigos. Esta aceptación contribuye, cómo no, a la confianza en el clínico y así al curso de la psicoterapia. El clínico también puede quedar impresionado por su sagacidad diagnóstica y su hábito tipo-Barnum reforzado. Los diagnósticos, con los que a menudo se identifican los pacientes, fácilmente pueden entrar en este espejismo. El hecho de que el cliente "compre" los discursos del clínico, no valida su verdad, ni la excelencia de éste. Tampoco quiere que decir que no haya discursos precisos. Como quiera que sea, el efecto Barnum contribuye probablemente al halo del terapeuta y beneficio de la terapia.

El efecto Pigmalión refiere cómo las expectativas y el empeño correspondiente puesto en juego pueden ayudar y sacar adelante a un paciente más allá del pronóstico inicial. Ya no se trata ahora sólo de las expectativas del paciente (efecto Galatea en el mito de Pigmalión), sino del propio clínico cual Pigmalión que opera el cambio. Cuántas veces los (mejores) clínicos se convierten en abogados defensores de causas de los pacientes que parecían perdidas. Esta suerte de profecía auto-cumplida también puede ser para peor, cuando no esperar gran cosa de alguien lleva a dejar de hacer lo que, de otra manera, podría hacer algo más por alguien. El efecto Pigmalión se resume en el conocido aforismo de Goethe: Trata a un hombre tal como es, y seguirá siendo lo que es; trátalo como puede y debe ser, y se convertirá en lo que puede y debe ser.

El efecto Charcot refiere el fenómeno consistente en conformar la propia realidad que uno describe como si ésta estuviera ahí dada de forma natural. Esto mismo es lo que le pasó a Charcot con su impresionante descripción del “gran ataque de histeria” que todos podían ver en vivo y en directo en sus sesiones, amén de en sus escritos y patografías. Nada más objetivo. Los diagnósticos psiquiátricos pueden incurrir fácilmente en este efecto cuando el clínico selecciona y sonsaca del paciente los síntomas que encajan con el diagnóstico que tiene en miras. El diagnóstico viene a ser un puzzle en el que el clínico tiene el diseño y el paciente las piezas (Stanghellini, 2004). Esta “sagacidad” diagnóstica contribuye al prestigio del clínico, pero no deja de tener su prestidigitación en seleccionar las piezas y armar el cuadro, dejando fuera del encuadre todo lo demás, acaso lo más importante para entender el problema del que se trata. El diagnóstico del TDAH es solamente un ejemplo conspicuo de este fenómeno (Pérez-Álvarez, 2018; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007).

La idea es que estos efectos (placebo, Barnum, Pigmalión, Charcot) que a menudo se solapan y complementan pueden contribuir al efecto de la psicoterapia, cualquiera de ellas, por lo que todas ganan y reclaman premio.

Las cuestiones citadas (ontológicas, antropológicas, psicológicas) aclaran el enigma de la similar eficacia de diferentes psicoterapias. Sin embargo, dejan al descubierto importantes problemas derivados de no distinguir las cualidades de las psicoterapias. Así, seguirían en pie psicoterapias que podrían ser pseudocientíficas sin dejar de ser eficaces. Asimismo, seguirían a sus anchas psicoterapias que responden al modelo biomédico, que no dejarían de ser discutibles por otro lado. Lo anterior pide una clarificación científica, lo que lleva al segundo embrollo anunciado.

EL EMBROLLO DE LA DEMARCACIÓN ENTRE CIENCIA Y PSEUDOCIENCIA

Es más fácil mostrar que decir lo que es pseudociencia, reutilizando un conocido aforismo de Wittgenstein. La mayoría reconocemos fácilmente la astrología, la clarividencia, el creacionismo, la fe sanadora, la radiestesia, la ufología, el reiki o la terapia de renacimiento, como pseudociencias. Sin embargo, ya no sería tan fácil, de ser posible, establecer la de-

marcación entre ciencia y pseudociencia. Aun cuando también podríamos reconocer ciencias sin dudarlas como la física, la astronomía, la química, la biología evolutiva, la geología o la paleontología. La demarcación solamente parecen tenerla clara quienes no piensan gran cosa. No hay como no pensar para tenerlo claro.

¿Es que no hay un método científico?

Existen listas de criterios de pseudociencia. Scott Lilienfeld y colaboradores proponen una lista de nueve criterios (Lilienfeld et al, 2015, p. 7): abuso de hipótesis ad hoc, ausencia de auto-corrección, falta de revisión por pares, énfasis en la confirmación más que en la refutación, reversión de la prueba a cargo de los escépticos, ausencia de conectividad con otras disciplinas, confianza en evidencia anecdótica y testimonial, lenguaje obscurantista y el “mantra del holismo” o contexto para explicar resultados negativos. Pero, ninguno de estos criterios es marcador de pseudociencia, ni tampoco hay una puntuación de corte. Si se examina uno a uno, se vería que se solapan con la mejor ciencia. Voy a revisar el primero únicamente: el abuso de hipótesis ad hoc.

El abuso de hipótesis se vale de dos prácticas que ya son *peccata minuta* entre los investigadores: p-hacking y HARKing.

- ✓ p-hacking consiste básicamente en *hackear* los propios datos de la investigación a fin de alcanzar los niveles “p” de significación estadística mediante la selección de los datos que más contribuyen a su alcance (de los muchos obtenidos) o la recolección de los necesarios hasta alcanzarla (por ejemplo, ampliando la muestra).
- ✓ HARKing (por sus siglas en inglés de Hypothesizing After the Results are Known) consiste en (re)formular las hipótesis después de conocer los resultados.

Tanto p-hacking como HARKing son prácticas reconocidas como “pecados mortales” en la investigación en psicología y en otras disciplinas (Chambers, 2017). Ambas prácticas contribuyen a la comprobación de las hipótesis que se quieren probar sea mediante la selección de los datos “convergentes” (p-hacking) o sea que se reajusten ex post facto (HARKing). Si por este criterio fuera, ¿cuánta psicología y psiquiatría científicas no caerían del lado de la pseudociencia? De momento, estarían en pecado, no tan menudo al final.

Muchos se aferran al método científico, pero no existe como una cosa en sí. No hay ciencia sin método, pero lo que tampoco hay es el método científico. Cada una de las ciencias citadas tiene métodos distintos y algunas no son experimentales, ni tampoco basan su cientificidad en la predicción. El llamado “método de oro” de la investigación en psicoterapia no se puede tomar como criterio de demarcación, por más que sea el sustento de la práctica basada-en-la-evidencia.

En primer lugar, los RCTs son ciegos en cuanto a cómo y por qué funciona una psicoterapia, que sería de lo más científico saberlo. En segundo lugar, los RCTs muestran la eficacia para un paciente que no existe: el promedio. Por su lado, el metaanálisis no deja de ser una especie de “alquimia esta-

dística" convirtiendo en oro aleaciones de estudios (Feinstein, 1995). En cierta manera, el metaanálisis contradice la característica de la ciencia consistente en separar y diferenciar, no trabajar con mezclas, como la alquimia. Como dice Alvan Feinstein, "el atractivo intelectual de hacer metaanálisis y colecciones de estudios agregados se ha usado a menudo como huida de desafíos científicos más fundamentales" (Feinstein, 1995, p. 78). Por otra parte, la práctica basada-en-la-evidencia (reducida a RCTs + metaanálisis) deja fuera buena parte de la psicoterapia que realmente se aplica en los contextos clínicos (Fava, 2017; Feinstein y Horwitz, 1997). Entre que el "método de oro" de la investigación ofrece evidencia de un paciente que no existe y deja fuera terapias realmente existentes, no parece que debiera idolatrarse como el "becerro de oro" según se venera en la psicología y psiquiatría *mainstream*.

Por supuesto, los metaanálisis se pueden mejorar (Fava, 2017; Ioannidis, 2016). Sin embargo, lo peor del "método de oro", en mi opinión, es que formatea el modo de pensar de los investigadores en clínica, así como de los estudiantes, académicos y profesionales, como si fuera *la* manera de pensar científicamente, en vez de *una* manera de hacer ciencia, no sólo con sus limitaciones técnicas, sino con sus constricciones del propio pensamiento. Sin impugnar el "método de oro", lo que propugno es el pluralismo metodológico, sin que falten RCTs y metaanálisis. Es una lástima que la disponibilidad de una técnica estadística termine por arrasar el pensamiento científico. Los estudios de metaanálisis son muy agradecidos para sus autores y las revistas porque son muy citables, pero no suponen necesariamente un avance en el conocimiento, sino a menudo un enredamiento en metaanálisis y contra-metaanálisis y mega-metaanálisis (análisis de numeroso metaanálisis). Un embrollo.

EMDR y CBT como banco de pruebas

De acuerdo con el "método de oro", una terapia como la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares conocida como EMDR (por sus siglas en inglés), que se cita como ejemplo de pseudociencia (Herbert et al, 2000; Lohr et al, 2015), sería tan científica como la Terapia Cognitiva Conductual (CBT por sus siglas en inglés), que sería referente de terapia científica. Más allá de la evidencia mostrada, la objeción a la EMDR por la que se considera una pseudociencia, se debe a razones teóricas relativas al componente de los movimientos oculares que le da nombre y que, sin embargo, parece ser superfluo (Herbert et al, 2000; Lohr et al, 2015). Según muestran estudios de desmantelamiento de componentes, la EMDR funcionaría con sucedáneos de los movimientos oculares, como sugiere también la deriva de hipótesis ad hoc con las que se protege su nombre y concepción inicial. El achaque de pseudociencia a la EMDR viene del carácter oscuro, implausible y a lo que parece superfluo del componente que le da nombre y es su razón de existir: movimientos oculares, estimulación bilateral y reprocesamiento.

Si se aplica esta objeción a la CBT, también sería pseudo-

científica. Estudios de desmantelamiento de componentes muestran que el componente cognitivo parece ser superfluo (Dimidjian et al, 2006; Jacobson et al, 1996; Vázquez et al, 2020). Otros estudios muestran también que la cognición no parece ser el mecanismo de cambio (Burns y Spangler, 2001; Longmore y Worrell, 2007). Por otra parte, la CBT también tiene su propia deriva de hipótesis ahora invocando una oscura teoría evolucionista de "conservación de energía" (Beck y Bredemeier, 2016).

Tanto la CBT como la EMDR cuentan con apoyo empírico. Sin embargo, no parece que su funcionamiento se deba a los "mecanismos" que serían su fundamento y razón de ser. Ambas han llegado al mismo punto desde trayectorias distintas (Follette, 2018). La EMDR partía de un procedimiento oscuro, pero ha ido acumulando evidencia de su eficacia hasta cualificar como terapia empíricamente apoyada, aun cuando su explicación permanece en la oscuridad. Por su lado, la CBT partía de un procedimiento teórico claro y eficaz, cuya eficacia sin embargo se ha revelado con el tiempo ser debida a razones distintas de las que se pensaba siendo ahora oscuro su funcionamiento.

En realidad, ambas (EMDR y CBT) serían "víctimas" para su achaque pseudocientífico del mismo modelo biomédico de ciencia positivista que profesan. Me refiero a su énfasis en técnicas específicas (movimientos oculares, reestructuración cognitiva) dirigidas a supuestos mecanismos patógenos (recuerdo no procesado, esquema depresógeno) reactivando oscuros procesos de procesamiento (tautológicos, en realidad).

Una diferencia puede estar en que la EMDR tiene su apuesta en una técnica muy determinada (movimientos oculares, estimulación bilateral), como si dijéramos, todos los huevos en la misma cesta. Mientras que la CBT tiene doble cesta, una bannera cognitivo-conductual. De esta manera, la CBT se mantiene en el suelo más firme y en los carriles centrales de la autopista de la corriente principal de la psicología. Ahora bien, la EMDR está entrando con fuerza en la autopista, en vez de seguir por el arcén. Aun cuando los mecanismos que le dan nombre están por ver, ya es una terapia integradora (con componentes de muchas terapias) que sin embargo "vende" con su nombre de marca y franquicia. Lo que se ve como desleal. Esta disputa de carriles centrales puede suscitar en parte (si acaso, en parte) una guerra de la pseudociencia. Aunque sea una guerra justa, no siempre está exenta de temores e intereses.

Con todo, la cuestión aquí era someter a prueba la distinción entre ciencia y pseudociencia sobre el banco de pruebas probablemente más desafiante en la psicoterapia hoy en día como quizá lo sea el contraste de la EMDR con la CBT. De esta prueba, ambas salen, por así decir, malparadas, víctimas como yo lo veo de su propio modelo biomédico positivista. De esta prueba, no está claro si la demarcación entre ciencia y pseudociencia es fuerte o débil. Sería fuerte si damos por buena la detección de la CBT como pseudociencia siendo que se considera una referencia de psicoterapia científica. Sería débil si entendemos que, en realidad, la demarcación no es capaz de distinguir las terapias más claramente

científicas de las más sospechosas de pseudociencia. Entretanto se aclare si hay que subir el listón (Follette, 2018) o qué, la demarcación entre ciencia y pseudociencia no es la única opción de interés a la hora de valorar la calidad científica de la psicoterapia. También están la mala ciencia, el científicismo y el integracionismo. Aun cuando la EMDR y la CBT quedan en tablas y sobre la mesa, el cartero siempre llama dos veces.

Mala ciencia, científicismo, integracionismo

Mala ciencia no se refiere aquí a mala práctica o abuso de la ciencia en el sentido que Ben Goldacre y Peter Gøtzsche utilizan esta expresión aplicada a la medicina. Me refiero a algo más sutil, incluso paradójico, como sería la inadecuación de la mejor ciencia (ciencia estándar, "método de oro") para el estudio de fenómenos humanos como los trastornos psicológicos y psiquiátricos. La buena ciencia podría ser mala ciencia dependiendo de a qué se aplique. Esta idea la desarrollé a propósito del TDAH a fin de entender cómo es que siendo un concepto clínicamente insostenible, está sin embargo sostenido por investigadores y clínicos convencidos a buena fe de su evidencia (Pérez-Álvarez, 2018). Tres serían los distintivos de mala ciencia como la entiendo aquí.

- 1) *Cuando la ciencia no se corresponde en el fenómeno que estudia.* Si, como se ha dicho, las realidades psicológicas y psiquiátricas son entidades interactivas (tipos prácticos), en vez de entidades o tipos naturales, un método de ciencia positivista natural no sería precisamente el más adecuado. Por poder, se puede aplicar, pero a costa de hablar de un paciente promedio, de descontextualizar los problemas y de hipostasiarlos como algo que tienen las personas.
- 2) *Cuando las preconcepciones se confirman a sí mismas.* Si por confirmación de hipótesis fuera, la psicología y la psiquiatría serían las más científicas de todas las ciencias (Fanelli, 2010). Las prácticas citadas del *hackeo* de los propios datos y de HARKing sólo son unas entre otras como la ciencia se confirma a sí misma. El análisis factorial confirmatorio ya sugiere este propósito. De los análisis factoriales, metaanálisis y redes de síntomas sale lo que metes, de modo que su aplicación sucesiva (a otras poblaciones, en otros países) da la impresión de confirmar realidades subyacentes preexistentes. Mucha ciencia clínica puntera es correlacional, abundando hoy correlaciones entre correlatos neuronales y actividades conductuales. Aunque el primer día de clase ya se dice que correlación no implica causación, en el contexto neurocéntrico actual el correlato fácilmente se toma como base, fundamento y "causa". Mala ciencia con alta tecnología y metodología.
- 3) *Cuando la ciencia impide ver los problemas de otra manera.* Con todo, este aspecto es el peor. La ciencia acumula conocimiento, pero éste también puede condicionar y constreñir el conocimiento futuro. El TDAH serían un caso paradigmático de cómo la buena ciencia es en realidad mala ciencia, en tanto impide ver el problema de otra manera (por ejemplo, como forma de vitalidad en relación

con el contexto social, familiar y escolar) y ofrecer ayudas sin necesidad de diagnóstico (Pérez-Álvarez, 2018). Muchos otros supuestos trastornos mentales admitirían un análisis y conclusiones similares. Pero para hacerlo, hay que navegar contra la corriente, sin dar por hecho la buena dirección de ésta llevando río abajo los problemas de la gente.

Como alternativa a la mala ciencia de la buena ciencia al uso, aparte de que ésta pueda ser más juiciosa, estaría sin ir más lejos el método clínico como método científico centrado en el estudio intenso de sujetos individuales. Al fin y al cabo, éste fue el método de los psicólogos más eminentes del siglo XX: Skinner, Piaget y Freud (Hoggbloom et al, 2002). Estarían también el análisis funcional de la conducta, la investigación cualitativa, la entrevista semiestructurada y, en fin, el pluralismo metodológico, sin olvidar los RCTs y el metaanálisis. No dejaría de citar como ejemplo de entrevista semiestructurada y enfoque fenomenológico aplicado a trastornos psicóticos sendos capítulos en textos editados por el profesor Eduardo Fonseca (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018; 2019).

El científicismo es la consideración de la ciencia como el mejor si es que no el único conocimiento sobre el que orientar los distintos aspectos de la vida y de la sociedad. Y aquí la ciencia por antonomasia es la ciencia natural (Williams y Robinson, 2016). Otras fuentes y formas de conocimiento como las ciencias sociales, las humanidades, la filosofía, la literatura y el arte, así como la tradición y el sentido común, quedan a expensas de lo que diga la ciencia natural.

El científicismo como concepto crítico de los usos excesivos de la ciencia, para nada implica ninguna desconsideración de la ciencia. Antes bien, la propia ciencia implica una autoconciencia crítica de sus propias posibilidades y límites. Antes de que existiera la ciencia a partir del siglo XVII el mundo humano ya había llegado lejos y desde entonces no parece que esté entrando en un "mundo feliz" o algo así que la ciencia estuviera haciendo. La misma idea de felicidad desborda su encerramiento en una ciencia como se arroja la psicología positiva (Pérez-Álvarez, 2016). De hecho, la psicología positiva, más que ciencia sería científicismo a base de experimentos y correlaciones que, en el mejor de los casos, muestran lo obvio como que estar bien es mejor que estar mal (Pérez-Álvarez et al, 2018). La práctica basada-en-la-evidencia no deja de tener aspectos científicistas en tanto pretende suplir la evidencia basada-en-la-practica, el sentido común, los conocimientos locales, así como la prudencia o frónesis, fundamentales en la práctica clínica que se precie. De hecho, la frónesis o prudencia se reivindican hoy en medicina (Bontemps-Hommen et al, 2019; Saiz Fernández, 2018). Ante pandemias siguen vigentes medidas medievales como el aislamiento. Ninguna práctica basada en la evidencia se ha aplicado para salir de la pandemia, como no sea la vacuna que venga. La experiencia, la prudencia y el sentido común también cuentan.

El integracionismo refiere la tendencia a incorporar diferentes perspectivas teóricas, niveles de análisis, datos y procedimientos en relación con un tema, para el caso, los trastornos

psicológicos o psiquiátricos. Esta tendencia pone de relieve tanto la complejidad de aspectos y factores implicados, como la pluralidad de enfoques existentes. No se ha de suponer, sin más, que la pluralidad de enfoques se debe a la propia complejidad del fenómeno. La complejidad misma también puede deberse en alguna medida a la propia pluralidad de enfoques existentes. Basta que exista una tecnología para que se aplique a todo, como el célebre martillo de Maslow. Cada enfoque pone un trazo en el cuadro y reclama su parte.

La cantidad de aspectos subpersonales —moleculares, celulares, circuitos neuronales, etc.— que sin duda están implicados, entran en escena, acaso debido más a la “cientificitis” (mala ciencia, cientificismo), que a la naturaleza del problema. Todo lo que hoy en día se puede relacionar y estudiar, puede también enmarañar la propia complejidad del fenómeno. Y lo que sería peor, llevar a buscar las claves en el sitio equivocado como aquel que busca las llaves debajo de la farola. Pareciera que hoy las farolas fueran las neuroimágenes.

Un ejemplo de integracionismo se puede ver en los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC por sus siglas en inglés), con su mezcla (sin mucho criterio) de niveles: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamientos, autoinformes y paradigmas, dentro de su propósito de encontrar circuitos neuronales averiados. La EMDR sería otro ejemplo de integracionismo de niveles, enfoques y técnicas que, dicho sea de paso, le está sirviendo como salvoconducto frente al reproche pseudocientífico reofreciéndose como terapia de integración. Pero la integración no aclara cómo funcionan los movimientos oculares que le dan nombre. La integración tiene todos los parabienes, pero no es por sí misma lo más científico. La ciencia consiste más en separar, discernir y analizar, que en mezclar, refundir y, por así decir, tratar de sacar oro de aleaciones como hacía la alquimia.

EN RESUMEN

La pseudociencia no es la única categoría para valorar los usos y abusos de la ciencia, ni probablemente la más relevante. Centrarse sólo en la tensión ciencia-pseudociencia, tiene dos problemas. Por un lado, da por hecho que la ciencia aplicable a los asuntos humanos es la ciencia positivista natural, en detrimento de una ciencia humana (Pérez-Álvarez, 2019; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019). La noción de pseudociencia es subsidiaria de la ciencia positivista natural. No deja de ser irónico que su aplicación a la CBT convierta también a esta terapia en pseudociencia, junto con la EMDR. Ambas serían víctimas de su autoconcepción científica apostada a oscuros mecanismos de procesamiento. Por otro lado, pasa por alto posibles abusos de la propia ciencia estándar, aquí identificados como mala ciencia, cientificismo e integracionismo. Si bien creo que la introducción de estas categorías desatasca el embrollo ciencia-pseudociencia, queda todo todavía en un plano epistemológico (científico) sin plantear las cuestiones ontológicas fundamentales, empezando por qué es un trastorno psicológico o psiquiátrico.

¿QUÉ ES UN TRASTORNO PSICOLÓGICO?

Aquí no cabe más que un apunte, ni siquiera apuntes, por dónde transcurriría el argumento. No se trata de nada insólito, sino de recuperar y reelaborar ideas de la tradición psiquiátrica y psicológica. Mi propia reelaboración tiene cuatro lados: fenomenológico, existencial, comportamental y contextual (Pérez-Álvarez, 1996; 2012, 2014, 2018; 2019; en prensa).

Un trastorno psicológico sería un problema de la vida que se ha enredado de una manera en la que los propios esfuerzos terminan por ser más parte del problema que de la solución. Los problemas de la vida serían la materia de la que se hacen los trastornos (su causa material) como, por ejemplo, adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, invalidación, maltrato, pérdidas, sentido de la vida, soledad, traumas. La pregunta del millón sería cuándo y por qué un problema de la vida se convierte en un trastorno, típicamente, una categoría clínica (su causa formal) según es la forma más común de categorizar y vivir los problemas en nuestra sociedad. No hay marcadores ni pruebas psicométricas. La noción de bucle podría servir para ver si un problema es ya un trastorno que está tomando entidad. La situación de bucle se percibiría en una cierta hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada de aspectos de uno mismo que interfieren en el propio curso de la vida.

La hiper-reflexividad patógena se reconocería cuando la reflexividad ya no es clarificadora de lo que le pasa a uno, ni lleva a alguna decisión, sino que en su lugar mantiene a uno estancado, a expensas de rumias, preocupaciones, alteraciones emocionales y experiencias anómalas. La hiper-reflexividad es un concepto más amplio que la mera reflexión intelectual (rumia, preocupación). Consiste en la autopresencia intensificada de uno para sí mismo incluyendo sentimientos, emociones, recuerdos y experiencias anómalas (voces, cenestesias) que, a su vez, pueden entrar en el circuito de rumias y preocupaciones. En todo caso, interfiriendo el curso de la vida.

En esta perspectiva, un *trastorno* sería una situación vital en la que la vida se ha tornado en contra (vuelto de revés, revelado sus límites) y así ha trastornado el modo de estar en el mundo poniendo al límite las posibilidades de uno dadas las circunstancias. Permítanse estas expresiones un tanto rebuscadas para introducir la noción de *situación-límite*. La noción de situación-límite proveniente de Karl Jaspers y retomada por psiquiatras actuales, es una idea refrescante para reconcebir los trastornos. De acuerdo con ella, un trastorno no estaría ni dentro de uno, ni tampoco fuera, sino que sería uno el que estaría *dentro* de una situación. Una situación es una configuración experiencial y comportamental debida tanto a circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos), como a lo que uno hace y deja de hacer en relación con ellas, de acuerdo a su propia historia. Se trata de un concepto relacional gestáltico (configuración), no una suma de síntomas. El modelo contextual de la depresión (frente al modelo cogni-

tivo) sería un ejemplo de situación en este sentido (Pérez-Álvarez, 2014, pp. 120-126).

Los factores biológicos, siempre implicados de una manera más o menos conspicua, están incluidos en el circuito de la situación, sin hipostasiarlos. El cerebro se concibe como órgano mediador, no causal ni creador, en todo caso formando parte de un organismo *situado* en el mundo. El organismo siempre está cambiando de manera más o menos perceptible al hilo de las actividades y vicisitudes de la vida, incluidos trastornos y psicoterapias. La noción skinneriana de *organismo cambiado* debiera excusar supuestos como almacenamiento, recuerdos no-procesados y toda esa nueva frenología de localizar trastornos en áreas cerebrales.

La noción de trastorno como bucle y situación se opone a la noción de trastorno como enfermedad debida a alguna supuesta "avería" interna de procesamiento o neuro-cognitiva. La psicoterapia no se concibe como intervención técnica de reparación de averías tipo recuerdos no-procesados (EMDR) o esquemas patógenos (CBT). De hecho, estas terapias no parecen funcionar porque hagan eso, como suponen. Tanto más o mejor que pseudocientíficas, serían en realidad "mala ciencia" según lo dicho y en particular la EMDR sería además una suerte de integracionismo salvavidas. Por su parte, la CBT se renueva con la nueva CBT-basada-en-procesos (Hayes y Hofmann, 2018; Hofmann y Hayes, 2019), a ver si es la última palabra en psicoterapia (Pérez-Álvarez, en prensa).

El trastorno como situación está en sintonía con otras nociones de la tradición psiquiátrica y psicológica entre ellas "arreglo neurótico" (expresión insuperable de Adler), "síntoma" como estrategia de sobrevivencia concebido con diferentes matices según un enfoque psicodinámico, sistémico o el reciente Marco de poder, amenaza y significado, y "reacción" antes del DSM-III. El socorrido "trastorno adaptativo" viene a ser un reconocimiento dentro de los sistemas diagnósticos de la situación o crisis por la que está pasando el consultante. Crisis, otro concepto afín. La psicoterapia en esta perspectiva se concibe como un contexto interpersonal de ayuda en la clarificación de los problemas y situación actual en orden a resituarse en un horizonte de sentido (dirección y significado) más allá de los propios "síntomas". Para ello existen muchas acciones según las terapias, como análisis funcional de la conducta, clarificación de conflictos, confrontación, afrontamiento, interpretación, solución de problemas, aceptación como forma de cambio, auto-distanciamiento, clarificación de valores, etcétera, sin dejar de nombrar por mi parte las terapias existenciales y contextuales.

CONCLUSIÓN

La noción de embrollo, siquiera fuera por su expresividad, llama la atención acerca del panorama confuso de la psicoterapia e invita a su clarificación y eventual salida. Dos embrollos se han destacado: las diferentes psicoterapias similarmente eficaces y el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia. El primero quedó clarificado tras su análisis en términos ontológicos, antropológicos y psicológi-

cos. El segundo quedó desatascado al mostrar que la preocupación por la pseudociencia (sin dejar de ser relevante) encubre otros problemas todavía más relevantes que alberga la ciencia al uso como la mala ciencia, el cientificismo y el integracionismo. Con todo, estas clarificaciones permanecen en un plano científico (epistemológico), sin plantear las cuestiones ontológicas de base, empezando por qué es un trastorno psicológico. Las cuestiones ontológicas son anteriores y propedéuticas para las científicas. Se ha esbozado una idea de trastorno can base en los problemas de la vida en conexión con los conceptos de situación e hiperreflexividad. Se ha mostrado la afinidad de esta concepción con otras de la tradición clínica. No se trata de empezar de nuevo, sino de empezar a pensar fuera de la caja, recuperando y reelaborando ideas de la tradición clínica.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Beck, A. T. y Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Bontemps-Hommen, M.C.M.L., Vosman, F.J.H. y Baart, A.J. (2019). The multiple faces of practical wisdom in complex clinical practices: An empirical exploration. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-8. doi.org/10.1111/jep.13119
- Burns, D. D. y Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32, 337-369. [doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3).
- Chambers, C. (2017). *The Seven Deadly Sins of Psychology: A Manifesto for Reforming the Culture of Scientific Practice*. Princeton University Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Fanelli, D. (2010). "Positive" Results Increase Down the Hierarchy of the Sciences. *PLoS ONE*, 5(4): e10068. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010068>
- Fava, G. A. (2017). Evidence-based medicine was bound to fail: A report to Alvan Feinstein. *Journal of Clinical Epidemiology*, 84, 3-7. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.012
- Feinstein, A (1995). Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48 (1): 71-9. [doi:10.1016/0895-4356\(94\)00110-c](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00110-c)
- Feinstein, A. R. y Horwitz, R. I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *American Journal of Medicine*,

- 103, 529–35. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00244-1)
- Follette, W. C. (2018). Pseudoscience persists until clinical science raises the bar. *Behavior Therapist*, 41, 24-31.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Master lecture series, Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change* (p. 9–37). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10083-001>
- Frank, J. y Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza.
- Herbert, J.D., Lilienfeld, S.O., Lohr, J.M., Montgomery, R.W., O'Donohue, W.T., Rosen, G.M.,... Tolin, D.F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 945-971. [dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00017-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00017-3)
- Haggblom, S. J., Warnick, J. E., Jones, V. K., Yarbrough, G. L., Russell, T. M., Borecky, C. M., et al. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6, 139–152. DOI: 10.1037//1089-2680.6.2.139
- Hayes, S. C. y Hofmann, S. G., eds. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger.
- Hofmann, S. G. y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Ioannidis, J. P. (2016). Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 82–86. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive - Behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Kirsch, I. (2005) Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 6, 791–803. doi.org/10.1002/jclp.20126
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J. y Lohr, J. M. (2015). Science and pseudoscience in clinical psychology: Initial thoughts, reflections, and considerations. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (p. 1–16). The Guilford Press.
- Lohr, J. M., Gist, R., Deacon, B., Devilly, G. J. y Varker, T. (2015). Science- and non-science-based treatments for trauma-related stress disorders. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn y J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 277–321). Guilford.
- Longmore, R.J. y Worrell M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Universitat.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2016). The Science of Happiness: As Felicitous as It Is Fallacious. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 36, 1-19. DOI: 10.1037/teo0000030
- Pérez-Álvarez, M. (2018). *Más Aristóteles y menos Concerta@ Las cuatro causas del TDAH*. NED.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14. doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877
- Pérez-Álvarez, M. (en prensa). Estructura y funcionamiento de la psicoterapia. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Manual de tratamientos psicológicos: adultos*. Pirámide
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot Effect: The invention of mental disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 4, 309-336.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp.331-363). Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2019). La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica: pensando en psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 123-144). Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Sánchez-González, J. C. y Cabanas, E. (2018). *La vida real en tiempos de la felicidad. Crítica de la psicología (y la ideología) positiva*. Alianza.
- Saiz Fernández, L. C. (2018). Psicostimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 301-330.
- Shorter, E. (1992). *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. The Free Press.
- Stanghellini G (2004) The puzzle of the psychiatric interview. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35, 183–195. DOI: 10.1163/1569162042652191
- Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Analysis of the Components of a Cognitive-Behavioral Intervention for the prevention of Depression Administered via Conference Call to Nonprofessional Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2067. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062067>
- Wampold, B. E., Frost, N. D. y Yulish, N. E. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and a contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3, 108–120. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000045>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Williams, R. y Robinson, D. (2016). *Scientism: the new orthodoxy*. Bloomsbury.

LA CIENCIA COMO MEDIO EN EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA

SCIENCE AS A MEANS TO THE DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGY

Ana Estévez

Universidad de Deusto

La Psicología ha evolucionado desde la definición de tratado del alma hasta la actualidad, donde se la considera ciencia que estudia la mente y la conducta humana. El camino de alejarse de la filosofía para acercarse a la ciencia ha sido complejo porque la ciencia se ajustaba más a otras disciplinas donde puede evaluarse la causalidad más fácilmente que en la Psicología. A pesar de la complejidad del objeto de análisis, la Psicología ha aportado conocimientos que han mejorado la vida de las personas en ámbitos muy diversos. Asimismo, el acercamiento a la ciencia ha dotado a la Psicología de métodos sistemáticos para organizar el conocimiento. Este artículo trata de profundizar en las fortalezas que tiene la Psicología para ser legítimamente ciencia y también señala que el deseo de aprender y la actitud científica como actitud crítica podría ser el camino para la mejora de la Psicología.

Palabras clave: Psicología, Ciencia, Psicología basada en la evidencia, Evaluación, Método científico.

Psychology has evolved from its definition as a treatise on the soul to the present day, where it is considered a science that studies the mind and human behavior. The path of moving away from philosophy and towards science has been complex because science was better suited to other disciplines where causality can be evaluated more easily than in psychology. In spite of the complexity of the object of analysis, psychology has contributed knowledge that has improved people's lives in very diverse areas. Similarly, the approach toward science has provided psychology with systematic methods with which to organize knowledge. This article aims to delve into the strengths that psychology has as a legitimate science and it also points out that the desire to learn and the scientific attitude as a critical attitude could be the way to improve psychology.

Key words: Psychology, Science, Evidence-based psychology, Assessment, Scientific method.

La Psicología ha sufrido a lo largo de su vida diferentes debates y uno de los más importantes ha sido el referido a si es una ciencia y, en el caso de serlo, qué tipo de ciencia sería (Ribes-Iñesta, 2009, 2019). Solo desde este planteamiento se muestran varias cosas. La primera que parece que no estaba claro que lo fuera y eso ha jugado en detrimento de la Psicología. La posibilidad de no ser una ciencia parece que traía consigo que no fuera "suficientemente buena" y eso ha podido conllevar consigo también un sentimiento interno de minusvaloración en relación con otras disciplinas (López y González, 2018). En ese planteamiento el conocimiento científico es el método objetivo y superlativo.

La Psicología ha evolucionado mucho a lo largo de la historia (Gondra, 1997). En el Renacimiento era considerada como un "tratado del alma" (Vives, 2003). De hecho, prueba de ello, ha quedado en el origen del término donde "psique" significa alma. En su recorrido ha pasado por la ciencia de

la mente y el estudio de la conciencia hasta la ciencia de la conducta (Bornas y Noguera, 2002). Otra de las revoluciones ha sido la revolución cognitiva que, sin dejar de referirse a las conductas, trataría de explicarlas mediante una serie de procesos mentales (Puente, 2011). Es importante en este debate la definición de la Psicología y de lo psicológico porque en función de su definición también se podría responder en mayor o menor medida acerca de si la Psicología es una ciencia o no. Como se desarrollará más adelante, hay aspectos cuyo estudio ha avanzado de una manera muy significativa. Otros, sin embargo, son difíciles de resolver y no son únicamente competencia de la Psicología. Dos de los más importantes podrían ser el determinismo de la conducta y la "separación" cuerpo-mente (Arce-Bustabad, 2008). En relación al determinismo de la conducta, los diferentes enfoques psicológicos ponen un peso diferente al libre albedrío (Ferrer, 2017). Sanz y Gonzalo (2007) señalaron que los genes, el cerebro y el ambiente influyen en la conducta de las personas, pero que, sin embargo, no llegaban a abolir su voluntad, por lo que tendríamos "libre albedrío". Será necesario seguir estudiando y conociendo mejor esta circunstancia, en la medida que se pueda. En el caso del segundo de los aspectos, la neuropsicología, a pesar de las dificultades de análisis, ha tratado de acercarse a estas cuestiones. Desde el

Recibido: 18 junio 2020 - Aceptado: 14 julio 2020

Correspondencia: Ana Estévez. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Deusto. Apartado 1. 48080 Bilbao. España. E-mail: aestevez@deusto.es

1970, se ha producido un rápido avance en nuestra capacidad para investigar el cerebro, lo que ha dado lugar a un aumento significativo de la información sobre el funcionamiento del mismo (Kent, 2018). Por ejemplo, la neuroimagen ha revolucionado todas las neurociencias clínicas debido a la forma en que ahora se puede visualizar el cerebro vivo (Bigler, 2013).

La materia de análisis que tiene la Psicología somos nosotros mismos. En Psicología, somos una caja de resonancia que se enfrenta a otra caja de resonancia. Es difícil que seamos objetivos porque ha sido educados y criados en un contexto social, vital, emocional y con una carga genética determinada. Este estudio "hacia dentro" es sustancialmente diferente al estudio que se puede hacer de forma tangible con los aspectos físicos. Esto es especialmente importante porque no se trata de un aspecto tan cuantificable como un metro que mide siempre lo mismo. En este sentido, destacar que la palabra metro proviene del término griego (metron), que significa 'medida'. En la medida del metro también ha habido variaciones en su patrón y definición, así que hasta las medidas más cuantificables evolucionan, mejoran, cambian y tienen incertidumbres relativas y absolutas, como en el caso del metro (Prieto, 2019). Caparrós (1991) ya profundizaba en este debate señalando que no se trataba de una ciencia empírica pero que estaba sujeta a verificación. Dada la complejidad del objeto de estudio, uno de los más complejos que tenemos a nuestro alcance, no cumplir con todos los requisitos de otro tipo de disciplinas, no debería ser un problema si no que pondría en valor la dificultad de estudio de los seres humanos (Pérez-Álvarez, 2018).

Ser diferente no implica ser menos ni ser peor. En su principal tratado metodológico, el *Logik*, Wundt discutió lo que llamó «la transferencia errónea del enfoque [Betrachtungswiese] de las ciencias naturales a la psicología». Para Wundt (1894) las fuerzas mentales no tienen cabida en este sistema ya que las explicaciones en términos de causalidad física conducen a predicciones, mientras que las explicaciones en términos de causalidad psíquica son generalmente post hoc. Es verdad que esto en el ámbito psíquico no es fácilmente resoluble (Fierro, 1982). A pesar de todo, el estudio de la psicología nos ha aportado muchos datos sobre la vulnerabilidad, factores predisponentes, de protección que, sin ser llegar a ser definitivos, podrían ayudar y favorecer al desarrollo más probable de determinadas problemáticas (de Oca Valdez y Medina, 2019).

En ese sentido, la definición previa, que tiende a detallar a la Psicología como la ciencia que estudia la mente y la conducta humana (BPS, 2020), siguiendo a Morris y Maisto (2005), no refleja la amplitud, profundidad o lo apasionante del campo. Desde la Psicología se pretende explicar la forma de percibir, aprender, recordar, solucionar problemas o comunicarse con otras personas a lo largo de la vida. Además, intenta comprender, evaluar y analizar aspectos tales como la inteligencia, la tristeza, la personalidad, la capacidad de comprender el mundo que le rodea, entre otras mu-

chas, y establecer así diferencias interpersonales e intergrupales. En Psicología sabemos que nuestra disciplina obliga a conocer ámbitos tan separados como unidos tales como el funcionamiento de los sistemas (por ejemplo, la familia), aspectos biológicos tan implicados en determinadas problemáticas (por ejemplo, las adicciones), factores contextuales y sociales (por ejemplo, la influencia de los valores sociales), y tantos otros. Ash (2002) revisaba la ciencia y profesión desde 1850 en la Psicología. En estos últimos años, no cabe duda que la historia reciente de la psicología ha dado pasos de gigante y está tratando de dar respuesta a problemas de nuestra sociedad en ámbitos y materias previamente no pensados (Tortella-Feliu et al., 2016).

Como puede verse, a pesar de que los factores de la ecuación son más complejos y difícilmente medibles y evaluables para ser comprobados experimentalmente, la Psicología ya tiene certezas. Decía Ebbinghaus (1908), que la psicología tiene un largo pasado, pero apenas una breve historia. A finales del siglo XX, la psicología se expandió ampliamente. Como se mencionaba previamente, han surgido nuevas tecnologías y metodologías de investigación, nuevos campos de indagación y enfoques del estudio de la conducta y de los procesos mentales, que han servido para redefinir la psicología de manera continua (Pan et al., 2017). Como consecuencia, la Psicología poco a poco ha ido abriéndose camino a través de sus investigaciones y va consiguiendo un reconocimiento social a medida que va aportando respuestas a problemas de la sociedad. Tal y como señala Cepeda (2014) se encuentra en un momento de crecimiento, en el cual, bebe de diferentes disciplinas científicas tales como: las neurociencias, la filosofía, la sociología y la antropología; lo que enriquece y mejora la disciplina y favorece que se logre el saber integrado, unificado y autónomo. En el momento actual, en el que estamos sufriendo las consecuencias del Covid-19, encontramos que nuestra profesión aporta herramientas necesarias. Asimismo, escuchamos el eco de la sociedad que confía que los efectos psicológicos de esta pandemia puedan ser abordados desde la Psicología (Urzúa et al., 2020).

Es importante señalar que la Psicología no ha sido la única disciplina que ha pasado por dificultades a la hora de definir su objeto de estudio. Este es un proceso por el cual han atravesado todas las ciencias y que ayuda a su actualización y mejora constante (Cabrera-González, Abreu-Márquez y Martínez-Abreu, 2019). Durante la primera mitad del siglo XX, la Física representaba la "madre de todas las ciencias" con una predominación de una concepción positivista en la que se proponían modelos generales que buscaban la predicción y cuyo objetivo primordial era el control a partir de la manipulación de las causas. Este modelo ha representado el modelo que tenían que seguir otras disciplinas (Bernal, 2006). Sin embargo, cada siglo de nuestra historia ha tomado como epicentro diferentes valores. En épocas anteriores, eran la Filosofía o la Religión (Lindberg, 2002). En este momento la Ciencia o lo científico es lo que se considera más

veraz, no sabemos si esto será validado o refutado en épocas venideras (Arias-Monge y Navarro-Camacho, 2017). Siguiendo a Popper (1975), la ciencia sólo es la hipótesis mejor corroborada hasta el momento. En el futuro, quizás este paradigma que damos por bueno será diferente. La capacidad de poder ser capaces de avanzar, mejorar y cambiar nos ayudará en esos cambios, si llegan.

En estos cambios han pesado no sólo razones de contenido, sino también de método. La ciencia no se define únicamente por lo que estudia, sino por el cómo se estudia, es decir, cómo es el proceso. En este sentido, los psicólogos y las psicólogas, también son científicos y científicas, que pueden adoptar determinados procedimientos para obtener y organizar el conocimiento, y utilizar métodos sistemáticos, tanto cuantitativos como cualitativos, para recoger datos acerca de los fenómenos que interesan y dar respuestas a problemas de diferente tipo. Es indudable que nuestra labor como profesionales de la psicología es buscar. La ciencia, en ese sentido, nos muestra que lo fundamental es el proceso de búsqueda interminable y en ese camino sin fin, lo que vertebra a la Psicología como ciencia, estaría relacionado con la estructuración del conocimiento de una forma sistemática (Dyason et al., 2019).

Para que todos busquemos y podamos organizar lo que buscamos tenemos también que intentar hablar en el mismo idioma. En el caso específico de la Psicología, cada una de las escuelas psicológicas utiliza términos diferentes para hablar de conceptos muy similares. ¿Es posible que podamos hablar el mismo idioma? ¿Queremos? ¿Sabemos? La Psicología (y la historia) también nos ha enseñado la dificultad que entraña esto. ¿No sería la dificultad de no poder entender ni reconocer al otro equivalente independientemente de si se trata de su color de piel, ideas políticas, religiosas, género o de “su visión psicológica”? (Campos, Cortes y Silva, 2019; Gutiérrez, 2018; Menéndez, 2016). A pesar de que estos enfrentamientos en el intento de justificar los propios conceptos y teorías han provocado un alejamiento entre “familias”, la Psicología se ha visto reforzada. Cada uno de los enfoques ha tratado de aportar más conocimientos y avances y esto podría tener como resultado la mejora de la calidad de vida de las personas, relaciones y sistemas que estudia. La cuestión es si la Psicología tendría que nutrirse de ambas al mismo tiempo, es decir, de conocimientos de las ciencias sociales, culturales y de las ciencias naturales. Como consecuencia, asumir esto, podría significar asumir el método cuantitativo del positivismo lógico, con el que construyen su saber las ciencias naturales, de la misma manera que el método cualitativo propuesto por la fenomenología, entre otros. ¿Cabría en la definición de Ciencia diferentes tipologías? ¿Podría dada la complejidad del objeto de análisis ser “otra ciencia”? ¿Es necesario ser ciencia? ¿La ciencia lo resuelve todo? ¿Será la ciencia la solución del futuro? ¿No tiene la Psicología evidencia suficiente para no dudar que es legítimo que sea una ciencia?

La Psicología ha luchado por definir tanto su contenido como su método en la historia. Para ello, en primer lugar, la Psicología ya no formaría parte de la filosofía, frente a la cual habría logrado una total independencia. Para muestra el cambio acontecido en relación al ejercicio de la Profesión sanitaria denominada Psicólogo General Sanitario (Disposición adicional séptima sobre la Regulación de la Psicología en el ámbito sanitario, de la ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE 240 de 5 de octubre de 2011). Este cambio nos sitúa más cerca de la medicina, fisioterapia, enfermería, por ejemplo, y más alejados de las ciencias de la educación o la filosofía, que han estado previamente más ligadas a la historia reciente. No obstante, resulta curioso señalar que cuando buscamos alma en la RAE (2017), nos indica que el término proviene de la Filosofía y lo que encontramos en su primera acepción, hace referencia “al principio que da forma y organiza el dinamismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida”. En este significado, podría representar también a la psicología actual. Al fin y al cabo, habla de biología, emociones y pensamientos. También el nombre de logos, proviene de la Filosofía y nos habla de Razón. La Filosofía con esa definición nos acerca a la ciencia y nos muestra que sigue colocada en el lugar desde donde se definió. Sin embargo, dejar “atrás” las a las ciencias sociales, podría hacer perder también a la Psicología de un corpus de conocimientos muy útiles e importantes del que podría seguir beneficiándose si se situara entre ambas. En este intento de ser más biologicista está subyacente la idea de que la Psicología podría ser una ciencia más “blanda” que otras como, por ejemplo, la biología (Cacioppo y Freberg, 2018; Henriques, 2004; Smedslund, 2016). La Psicología aborda aspectos que no son analizables por medio del microscopio u otras tecnologías avanzadas. Como se ha señalado previamente, los fenómenos humanos son más complejos que los fenómenos físicos, y los principios no se pueden desmontar para su análisis de la misma manera que se hace con los fenómenos físicos o químicos. ¿Quizás por ello, las explicaciones deberían ser más complejas?

En su cercanía con el resto de las ciencias empíricas, la Psicología ambiciona leyes generales a partir de sucesos concretos. Trata, además de deducir consecuencias que puedan probarse empíricamente, de si es posible a través de experimentos y, cuando no, alguna forma válida de comprobación o refutación de la teoría. En ese sentido, algunos de los argumentos que puede tener en la consideración la Psicología como ciencia serían los siguientes; la función de la ciencia es el conocimiento, predicción y aplicación técnica. La búsqueda constante, que abordaremos más adelante es buena prueba de ello (Ribes-Iñesta, 2018). En este momento, como se ha señalado, la Psicología se muestra en numerosas publicaciones, que son consecuencias de estudios previos que tratan de avanzar en el conocimiento. Aunque los datos ya están anticuados, Ramonet (1999) ya reflexionaba que, durante los últimos trein-

ta años, en el mundo se ha producido más información que durante los 5 mil años anteriores, mientras que “un solo ejemplar” de la edición del New York Times contiene más información que una persona culta del siglo XIX consumía durante toda su vida. Si eso ya se advertía en los años 80, con la proliferación de las nuevas tecnologías y metodologías esta situación se ha visto exponencialmente aumentada.

La Psicología tendría que tener, como tiene, deseo de aprender. Popper (1975) señalaba que la actitud científica era la actitud crítica, que no buscaba verificaciones sino contrastaciones cruciales. En ese sentido, considera que la racionalidad es la actitud de búsqueda constante de nuestros errores. Para este autor, se trata de una manera de pensar e incluso de vivir y lo que es más importante es la disposición para escuchar argumentos críticos. ¡Qué importante la capacidad de la actividad científica como capacidad para escuchar los argumentos del otro! Otro u otra que ve el mundo y se acerca a el de una manera diferente. La Ciencia, así entendida, se embarra en la capacidad empática. Para Popper (2002), en esa necesaria introducción que realiza José Antonio Marina, nos habla de la humildad de la ciencia. Cuestiona que no vamos a poder alcanzar una verdad absoluta, lo que nos sitúa los límites también de la Ciencia y rebaja de esa manera el ideal megalómano de un conocimiento absolutamente seguro. Sin embargo, puesto que hemos de elegir, será más “racional” elegir la teoría mejor contrastada, es decir, la mejor contrastada por el momento. En esa línea, hace una comparativa entre Einstein y una ameba. En el caso de Einstein, señala Popper, busca conscientemente la crítica de las teorías y las formulas con precisión. La ameba, no puede ser crítica frente las expectativas e hipótesis. Asimismo, construye el conocimiento en problemas y no en temas concretos, temas que pueden ser situados en diferentes disciplinas. La especialización atroz para Popper podría suponer la pérdida del significado de lo que se hace. ¿Tendrá que acercarse la Psicología al mayor número de disciplinas para no perderse? ¿Hay una Psicología o muchas? ¿Están claros los límites de lo que pertenece y no a la Psicología? ¿Debería tener límites la Psicología?

La Psicología, en la actualidad, es ciencia que estudia la conducta humana, los afectos, pensamientos, metapensamientos, relaciones con los otros, grupos, cerebro y tantas y tantas cosas más. Todo ese nutrido y amplio espectro de lo que contiene la Psicología, dista de que lo originariamente tenía. Es importante señalar que, al inicio del siglo XX, el método principal de recolección de datos era la introspección o la autoobservación en un laboratorio. En este momento, quizás por el “desafío” originario de John B. Watson (Watson y Rayner, 1920; Watson, 1913; 1924), la Psicología ha entrado en un debate sobre lo que se han denominado terapias basadas en la evidencia. La Psicología Basada en la Evidencia tendría como objetivo difundir la aplicación de los tratamientos psicológicos que han sido sometidos a pruebas científicas (Becoña et al., 2004). Este debate, como señala

Marino Pérez-Alvarez (2019), diferentes psicoterapias, además de la terapia cognitivo-conductual, que era la más común en los estudios de eficacia, han mostrado también su eficacia, tales como la psicodinámica (Steinert et al., 2017), la humanista (Mullings, 2017), la existencial (Hale y Stephenson, 2017) y la sistémica (Pol et al., 2017). Además, añade, que parece que no podrían anularse los diferentes enfoques debido a la falta de eficacia de los mismos. En el caso de la depresión, Cuijpers (2017), por ejemplo, ha señalado que podrían ser eficaces terapias tan dispares, entre otras muchas, como la cognitivo-conductual y la psicodinámica de corta duración. ¿Será por qué hay factores comunes? En esa línea, Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo (2003) señalaron la necesidad de las guías de tratamientos psicológicos eficaces. En las guías, la terapia cognitivo-conductual era la más representada. De hecho, la terapia cognitivo-conductual y la Psicología basada en la Evidencia han llegado a equiparse. Pérez-Álvarez (2017) señalaba también que el hecho de que haya unas terapias más eficaces o eficientes que otras en determinados problemas, no quiere decir que los diferentes enfoques se puedan descartar por la falta de eficacia en determinados problemas. Otros estudios profundizan y analizan en detalle todo lo relativo a la comparación entre diferentes psicoterapias y afirman, entre otras muchas cosas, que aún no hay nada concluyente en el campo de la investigación en psicoterapias, sin minusvalorar todo lo que se ha hecho previamente. César González-Blanch y Laura Carral-Fernández (2017) señalaban también, un aspecto fundamental referido a que únicamente algunos modelos terapéuticos, de los cientos existentes, han sido sometidos a examen. Además, añaden, los estudios que mantienen la eficacia de las psicoterapias podrían estar sujetos a limitaciones ya que contendrían importantes sesgos y debilidades metodológicas. Los procesos de investigación con metodologías dispares, que no siguen los mismos procesos para ser comparados y que solo hablan de los resultados positivos podrían afectar al hecho de que todo sirve. ¿Todo sirve? ¿Todo sirve de la misma manera? ¿Nada sirve? Con idiomas diferentes, procesos de estudios diferentes, ¿nos acercamos a la Ciencia? ¿Debemos acercarnos de la misma manera? ¿Solo hay un camino?

Este camino ha dejado muchas heridas en su recorrido. La complejidad de la Psicología necesita de diferentes perspectivas. ¡Qué difícil afirmar que no intervienen aspectos que no podemos controlar! El dinamismo de la Ciencia, señalaba Popper en su prólogo (2002) es semejante al que guía la evolución. Lo que ha resultado en otras disciplinas evidente en algunos momentos ha mostrado no serlo tanto en otros. Lo que no ha variado es el cambio y la necesidad de seguir aprendiendo. La Psicología Basada en la evidencia ha tenido como consecuencia una reacción en cadena. Por un lado, ha servido de una manera muy importante para que los diferentes enfoques empiecen a hacer evaluación. Esto en sí mismo es muy preocupante. ¿Por qué no se había hecho una

evaluación constante de lo que hacíamos? ¿Cómo saber si lo que estamos haciendo tiene una repercusión real? ¿Se estaba haciendo otro tipo de "evaluación"? ¿Tenemos miedo a evaluar? Si las intervenciones psicológicas son las herramientas que utilizamos, es importante saber si son las adecuadas y si las utilizamos bien.

La Psicoterapia, según la RAE (2017) se define, en este momento, como el tratamiento de enfermedades mentales, psicósomáticas y problemas de conducta mediante técnicas psicológicas. La definición deja a la Psicología las técnicas y la adecuación de las mismas. Uno de los elementos claves que podrían diferenciar a los tratamientos adecuados tendrían que relacionarse con la evidencia que los sostiene y la evidencia tiene que ver con el tipo de diseño que se utiliza (Gálvez-Lara, Corpas, Velasco y Moriana, 2019).

Por su parte, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP; 1992), define la psicoterapia como: "un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia." En la definición, como en el papel, todo parece más sencillo. La consideración de tratamiento científico "nos obliga" a considerarnos como personas técnicas con preparación para abordar trastornos psicológicos y comportamentales. Esta imagen dista de la de salvadores, en la que no interviene ni la capacidad de aprender ni la humildad, que está previamente incrustada en la historia de la Ciencia. Lo que hace que la Psicología pueda ser una ciencia es que no esté plagada de juicios personales sino de decisiones terapéuticas tengan una sólida base conceptual y empírica (Llobell, Navarro y i Bort, 2004). En Psicología nos enfrentamos a "tratamientos eficaces" que no "funcionan" con determinadas personas. ¿Cuáles son los factores crudos que hacen la diferencia? ¿Es lo mismo una técnica en dos personas diferentes? ¿Qué aspectos juegan para que las personas no se recuperen? ¿Un mismo tratamiento afecta a los problemas emocionales de la misma manera? Mi experiencia está llena de incógnitas y también de verdades, susceptibles de ser refutadas a largo plazo. Entre mis dudas está si siempre las técnicas son apropiadas para todos los problemas y para todas las personas. También cómo los factores externos intervienen fuera del contexto terapéutico. La vivencia de avances en pacientes que no "cumplían requisitos" para mejorar próximamente frente a las que no han hecho, cuando todo parecía indicar que era más probable. Si estamos de acuerdo en que los problemas son complejos, quizás los estudios tendrían que orientarse a seguir determinando los perfiles de las personas, los tipos de intervenciones más convenientes y los procesos psicoterapéuticos más que los resultados. Un texto de Einstein, mencionado en la introducción de la lectura ultramoderna de Karl Popper (2002) que determinó la obra entera de Popper fue que ninguna teo-

ría puede considerarse científica si no especifica las condiciones que podrían invalidarla. Por ello, quizás lo importante es que los tratamientos se establezcan de tal manera que comuniquen sus resultados de una manera transparente. Recientemente, alumnado de Psicología en un seminario planteaba que habían asistido a numerosos cursos de Psicología y no conseguían saber cómo era la tarea de un Psicólogo y qué no sabían qué había que hacer. Que todas las formaciones terminaban sin aterrizar cuáles eran los pasos a dar. Sin haber realizado un estudio pormenorizado de la situación, es algo que muchos de nosotros hemos vivido en momentos vitales diferentes ¿Será que es difícil para la Psicología mostrar lo que lo no funciona? ¿O es que no sabemos todavía cómo funciona? ¿Qué está sucediendo? La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional. La ciencia y la práctica tienen un mismo deseo: comprender la conducta y aliviar el sufrimiento humano. La evaluación, la exposición de lo que hacemos hace ganar a nuestra profesión y a las personas que confían en ella (Echeburúa, Gargallo y Salaberria, 2010; Gálvez-Lara et al., 2019). Decía Voltaire que "Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada" (1694 1778). Nuestra labor, como profesionales de la psicología tendría que ser intentar que esto no sea así. Debemos esforzarnos en conocer a las personas que tratamos, para entender y saber más sobre su sufrimiento y poder ofrecer tratamientos más apropiados para lo cual necesariamente tendremos que tener evidencias mayores.

Para finalizar, me gustaría citar Ensayo sobre la ceguera de José Saramago (2015) en el que obliga a parar, cerrar los ojos y ver. En palabras de unos de los personajes "hay en nosotros una cosa que no tiene nombre, esa cosa es lo que somos". Eso que no tiene nombre y que nos ciega nos impide ver al otro y a nosotros mismos. Eso que se trata de poner nombre y estudiar, a pesar de la ceguera de los que lo estudiamos, es también la Psicología. Tenemos ante nosotros un reto apasionante que merece la pena abordarse. El camino de la Ciencia y de su método científico son claves en ese proceso.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Arce-Bustabad, S. (2008). Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-25.
- Arias-Monge, M. y Navarro-Camacho, M. (2017). Epistemología, Ciencia y Educación Científica: premisas, cuestionamientos y reflexiones para pensar la cultura científica. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17(3), 774-794.

- Ash, M. G. (2002). La psicología como ciencia y profesión desde 1850: La perspectiva de un historiador. *Revista de Historia de la Psicología*, 23(3-4), 249-264.
- Becoña, E., Vázquez, M. J., Míguez, M.C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L.,
- González, N., Lage, M., Suárez, S., Guitiérrez-Moyano, M. M., Lorenzo, M. C. y Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, económica, humanidades y ciencias sociales*. Pearson educación.
- Bornas, X. y Noguera, M. (2002). Bases científicas de la terapia de conducta: nuevas propuestas para un viejo problema. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 9-24.
- Bigler, E. D. (2013). Neuroimaging biomarkers in mild traumatic brain injury (mTBI). *Neuropsychology Review*, 23(3), 169-209.
- Cabrera-González, A. C., Abreu-Márquez, E. y Martínez-Abreu, Y. B. (2019).
- Dificultades en la redacción de textos argumentativos relacionados con la ciencia. *Ingeniería Mecánica*, 22(2), 67-73.
- Cacioppo, J. T. y Freberg, L. (2018). *Discovering psychology: The science of mind*. Cengage learning.
- Campos, A. S., Cortes, H. H. R. y Silva, J. A. R. (2019). Desigualdad de Género en Salud. *Uno Sapiens Boletín Científico de la Escuela Preparatoria*, 1, 2(3), 42-45.
- Caparrós, A. (1991). Crisis de la psicología: ¿singular o plural? Aproximación a algo más que un concepto historiográfico. *Anuario de Psicología*, 51, 5-20.
- Cepeda, G. (2014). Psicología: la ciencia de las ciencias. *Sophia: colección de filosofía de la educación*, 16(1), 25-45.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58, 7-19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>.
- de Oca Valdez, L. A. M. y Medina, D. A. R. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2585>
- Dyason, K. M., Shanley, D. C., Hawkins, E., Morrissey, S. A. y Lambert, M. J. (2019). A systematic review of research in psychology training clinics: How far have we come?. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(1), 4-20.
- Ebbinghaus, H. (1908). *Psychology: An elementary textbook*. Boston: Heath
- Echeburúa, E., Gargallo, C. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, FEAP. (1992). *Psicoterapia*. Recuperado de <http://www.feap.es/> el 26 de mayo de 2020.
- Ferrer, R. G. (2017). Concepciones actuales de la naturaleza humana: del dualismo al monismo ya la no-naturaleza. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (1), 122-138.
- Fierro, A. (1982). La explicación en Psicología. *Estudios de Psicología*, 3(12), 107-126.
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J., y Moriana, J. A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115-122.
- Gondrá, J. M. (1997). Historia de la Psicología. *Introducción al pensamiento psicológico moderno*, 1, 89-121.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106.
- Gutiérrez, G. (2018). *Teorías en Psicología: Integración y el futuro de la disciplina*. Editorial El Manual Moderno Colombia SAS.
- Hale, B. J. y Stephenson, L. (2017). An exploration into effectiveness of existential-phenomenological therapy as a U.K. NHS. *Psychological Treatment Intervention. Journal of Humanistic Psychology*, 60(3), 1-18.
- Henriques, G. R. (2004). Psychology defined. *Journal of Clinical Psychology*, 60(12), 1207-1221. <https://doi.org/10.1002/jclp.20061>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). Artículo de opinión: La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clinical and Health*. Artículo avanzado en línea.
- Kent, P. L. (2020). Evolution of Clinical Neuropsychology. Four challenges. *Applied neuropsychology. Adult*, 27(2), 121-133.
- Lindberg, D. C. (2002). *Los inicios de la ciencia occidental: la tradición científica europea en el contexto filosófico, religioso e institucional: desde el 600 a. C. hasta 1450*. Barcelona: Planeta.
- López, N. V. y González, A. B. (2018). Una alternativa actual al dualismo en Psicología: la Ciencia Conductual Contextual. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 35-40.
- Llobell, J. P., Navarro, M. D. F. y i Bort, H. M. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 109-118.
- Morris, C.G. y Maisto, A.A. (2005). *Psicología (12ª edición)*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. PACFA
- Pan, X. J., Zhao, H. N., Li, M. M., Hou, L. H., Guo, Y. Q.,

- Zheng, X., Xue, Y. Q. y Zhang, C. C. (2017). Information visualization analysis on Advances in Psychological Science: 1983–2014. *Chinese Nursing Research*, 4(3), 124-129.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 14(1), 35-52.
- Pérez Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39, 161-173.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vazquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces: Vol. 1. Adultos*. Ediciones Pirámide.
- Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J., Doreleijers, T. A., Domburgh, L. y Vermeiren, R. R. (2017), Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.
- Popper, K. (1975). La ciencia normal y sus peligros. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), *“La crítica y el desarrollo del conocimiento científico”* (pp. 149-158). Barcelona: Grijalbo.
- Pooper, K. (2002). El cuerpo y la mente. Escritos inéditos acerca del conocimiento y el problema cuerpo-mente. Barcelona: Paidós.
- Prieto, E. (2019). El Sistema Internacional de Unidades (SI) y su próxima revisión. *Revista Española de Metrología*, 8. Artículo avanzado en línea: <https://www.e-medida.es/numero-1/el-sistema-internacional-de-unidades-si-y-su-proxima-revision/>
- Puente, A. (2011). *Psicología contemporánea básica y aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Ramonet, I. (1999). *La Trynanie de la communication*. Paris: Galiléé.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española (23.ª ed.).
- Ribes-lñesta, E. (2009). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(2), 7-19.
- Ribes-lñesta, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la psicología*. México: Manual Moderno.
- Ribes-lñesta, E. (2019). El objeto de la psicología como ciencia: relación sin “cuerpo-sustancia”. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 27(04), 463-480.
- Sanz, L. M. G. y Gonzalo, L. M. (2007). *Entre libertad y determinismo: genes, cerebro y ambiente en la conducta humana*. Madrid: Ediciones Cristiandad.
- Saramago, J. (2015). *Ensayo sobre la ceguera*. Madrid: Alfaguara
- Smedslund, J. (2016). Why psychology cannot be an empirical science. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 50(2), 185-195.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. y Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943-953. Artículo avanzado en línea: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/aip.ajp.2017.17010057>
- The British Psychological Society, BPS. (2020). *What is Psychology?*. Recuperado de <https://www.bps.org.uk/public/what-is-psychology> el 26 de mayo de 2020.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F.,
- García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S.,
- Montorioa, I., Solera, J., Queroa, S., Valiente, M.C. y Soler, J. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43.
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Urizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La
- Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *Aportes desde la evidencia inicial. Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.
- Vives, L. (2003). *Tratado del Alma*. Madrid: Biblioteca Universal.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. Chicago: University of Chicago Press
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wilhelm, W. (1894). “Über psychische Kausalität und das Princip des psycho-physischen Parallelismus,” *Philosophische Studien*, 10, 1-124.

ESCUCHANDO AL PLACEBO, O CÓMO AVERIGUAR POR QUÉ FUNCIONAN LOS TRATAMIENTOS

LISTENING TO THE PLACEBO, OR HOW TO FIND OUT WHY TREATMENTS WORK

Miguel A. Vallejo Pareja y Laura Vallejo-Slocker
UNED

El efecto placebo es poderoso y ha demostrado su eficacia en múltiples estudios, compitiendo incluso con tratamientos bien establecidos. Esto pone de manifiesto un efecto en absoluto inerte o inespecífico. Tiene una naturaleza ubicua y da razón de todo tipo de tratamientos, si bien es la psicología el ámbito que le hace comprensible. Desgranar y conocer qué le hace tan eficaz es una tarea útil e ilustrativa de cómo operan los tratamientos al uso. En este sentido hay que destacar que para que opere debe ser construido en términos contextuales, no requiere de engaños y sí de una persona con problemas, en desequilibrio homeostático. El estudio de las condiciones en que el efecto placebo ocurre ha sido útil para delinear qué aspectos son importantes en los tratamientos, a saber: la facilitación de información y el sentido de ésta, las experiencias previas y las creencias del paciente, la aplicación del tratamiento en condiciones favorables y el uso de tratamientos bien reconocidos y aceptados en sus fundamentos y procedimiento.

Palabras clave: Placebo, Efecto placebo, Tratamiento, Psicoterapia.

The placebo effect is powerful and has been proved effective in multiple studies, competing even with well-established treatments. It is not an unspecific or inert effect. It has a ubiquitous nature and accounts for all types of treatments, although psychology is the area that makes it comprehensible. Discussing and discovering what makes it so effective is a useful and illustrative task regarding how treatments work. In this sense, it must be emphasized that in order for the placebo effect to operate, it must be considered from a contextual view, it does not require deception, and it does require a person with problems, in homeostatic imbalance. The study of the conditions in which the placebo effect occurs has been useful in delineating which aspects are important in treatments. These are as follows: the provision of information and its meaning, the patient's previous experiences and beliefs, the application of the treatment under favorable conditions, and the use of well-recognized and accepted treatments in their foundations and procedure.

Key words: Placebo, Placebo effect, Treatment, Psychotherapy.

El placebo es un tratamiento bien establecido. Dicho de otro modo, hay suficientes estudios empíricos y de buena calidad para afirmar que el placebo es un tratamiento eficaz e incluso más eficaz y eficiente que otros tratamientos alternativos. Esto no puede decirse para todos los trastornos o problemas pero, como se verá, sí de algunos de singular importancia. Lo que queda fuera de toda duda es que si se busca en cualquier base de datos científica (PsycInfo, Medline) e incluso en Google, el número de entradas de la palabra "placebo" es similar a otras (psicoterapia, psicofarmacología, etc.) relativas a tratamientos convencionales. Esto es un índice del número de estudios en que el placebo participa, esto es su sustento empírico, de ahí lo señalado al comienzo de este párrafo.

Puede decirse que esto es natural porque todo estudio científico que se precie debe contar con un grupo placebo, que, por lo normal, obtiene peores resultados que el tratamiento o intervención que se estudie. Ciertamente, pero aquí hay una pequeña trampa, incluso descontados los estudios en que el placebo es tan eficaz o más que el tratamiento alternativo, y

es que los estudios en que se utiliza el placebo como control se asegura de antemano que su efecto va a ser reducido.

ESTUDIOS PLACEBO VS. EFECTO PLACEBO

Los estudios en los que el placebo se usa como comparación con otro tratamiento se centran en la sustancia (fármaco, o procedimiento terapéutico). Es lo que se hace en los tradicionalmente valiosos RCT (ensayos clínicos con asignación aleatoria). Un ejemplo de instrucciones de ellos es: "Puede recibir un fármaco o un agente inactivo o placebo"; esto destaca la sustancia administrada. Frente a los estudios sobre el efecto placebo, en ellos el tipo de instrucciones es: "Va a recibir un tratamiento que se ha mostrado eficaz para resolver su problema" tras lo que se le administrará, por ejemplo, un fármaco o un placebo. Aquí lo relevante no es la sustancia sino la expectativa de eficacia que inducen las instrucciones previas.

Puede pensarse que hay poca diferencia entre ambos tipos de instrucciones, pues no. Hay mucha, como muestran Vase, Riley & Proce (2002), en analgesia. El tamaño del efecto en los estudios RCT es de 0,15 (-0,95 a 0,57) mientras que en el caso de los estudios sobre el efecto placebo es de 1,41 (0,12 a 2,51). Parece que la expectativa de eficacia juega un importante papel. Ítem más, si se toman como referencia dos tratamientos analgésicos bien establecidos y su correspondiente tamaño del efecto como los anti-inflamatorios no

Recibido: 1 junio 2020 - Aceptado: 2 julio 2020

Correspondencia: Miguel A. Vallejo Pareja. Facultad de Psicología. UNED. Juan del Rosal, 10. 28040 Madrid, España.

E-Mail: mvallejo@psi.uned.es

esteroides AINES (0,61) o la Terapia Cognitivo Conductual TCC (0,61), como señalan Forsberg, Martinussen & Flaten (2017), el efecto placebo (1,14) supera en mucho el de los tratamientos bien establecidos. En otros casos se constata una eficacia similar a la TCC o a los antidepresivos (Gould et al., 2020). Luego, en el tratamiento del dolor, el efecto placebo sería la opción más ética, en consonancia con la evidencia científica señalada. Se hace cierto, para este caso, la afirmación con que empezaba este artículo. Como se verá más adelante el efecto placebo ha demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor; colon irritable, alergias, problemas dermatológicos, depresión, ansiedad, TDAH, adicciones, etc. Lo que puede permitirnos conocer más sobre la eficacia de los tratamientos de estos problemas.

EL BIEN CONOCIDO EFECTO PLACEBO

El efecto placebo no es un advenedizo. Es un tema de investigación clásico y permanentemente abierto, en especial en el ámbito del dolor; y corresponde al dominio psicológico. La pastilla, la inyección y la bata blanca, o la consulta, están asociadas personal y/o socialmente a la mejora o resolución de problemas de salud. Hay, por tanto, un nexo asociativo aprendido que confiere un valor más allá de la sustancia o procedimiento en sí. Los procesos de condicionamiento clásico y el papel de las expectativas de resultado dan buena razón de estos efectos placebo, cuyas rutas neurofisiológicas han sido bien descritas. La cuestión es aprender de dichos fenómenos, presentes en toda intervención, para conocer mejor la eficacia de las terapias. Por otro lado, si el efecto placebo es tan potente, y de naturaleza psicológica, ¿cómo hacer para manejarlo?

ENGAÑO O DESENGAÑO

Parece que decirle a alguien que tome una pastilla (simplemente azúcar) con toda su apariencia de píldora, para resolver un problema: (1) es un engaño y, además, para que sea eficaz (2) debe serlo. Con respecto a lo primero, sólo sería un engaño si la persona en cuestión no tiene experiencias personales ni sociales que relacionen la pastilla con un procedimiento terapéutico. De tener esa experiencia no se trataría de un engaño, sino un modo de activar los procesos

asociativos y/o cognitivos relacionados con la eficacia de los fármacos. Esa activación no tiene por qué ser explícita, aunque, y aquí viene la respuesta a la segunda cuestión, tampoco tiene por qué estar oculta.

El efecto placebo no precisa que la persona sea engañada. Puede decirse claramente la verdad, son los procedimientos denominados placebo abierto, en los que se indica que el procedimiento o el fármaco que se administra es un placebo; explicando tal vez en qué consiste el efecto placebo. Es más, una vez que el efecto placebo es generado y obtenido, por ejemplo, analgesia; ésta no desaparece cuando al paciente se le dice que no se le administro fármaco alguno e incluso se le informa con todo detalle del procedimiento placebo (Schafer, Colloca & Wager, 2015).

CUESTIÓN DE INFORMACIÓN

Cuando se utiliza explícitamente un placebo puede facilitarse información concreta. Por ejemplo, Shaefer, Shan & Bershtecher (2018) nos ofrecen una en el contexto del tratamiento de la rinitis alérgica. Así informan a los participantes que “los placebos son sustancias inactivas sin medicación alguna, pero que sin embargo tienen poderosos efectos. El organismo puede responder automáticamente cuando se toma el placebo, como el perro de Pavlov saliva cuando escucha la campana. Una actitud positiva puede ayudar al efecto placebo pero no es necesaria para que opere”. Pues bien, estas instrucciones no procuraron una mayor eficacia en los síntomas alérgicos que la mera instrucción de que “el placebo no contiene medicación y es como una píldora de azúcar”.

La información que desgrana el efecto placebo en términos comprensibles para el paciente y que de este modo contribuya a hacer más digerible el “engaño” no necesariamente mejora los efectos de éste. Un ejemplo de instrucciones alternativas puede verse en la Tabla 1.

Hay evidencia contradictoria sobre la utilidad de una explicación detallada sobre cómo opera el efecto placebo. En algunos casos no son necesarias (Shaefer et al., 2018; Kam-Hanse et al., 2014) y en otros sí (Locher et al, 2017 y Wei et al., 2018). No obstante, queda claro que para que el efecto placebo explícito (abierto) funcione no son imprescindibles, si bien pueden ser de utilidad cuando se ajustan a las creencias previas de las personas (Leibowitz et al., 2019).

LOS LÍMITES DEL PLACEBO

¿Cualquier elemento o procedimiento inerte puede generar un efecto placebo? Obviamente no. En primer lugar debe estar asociado, como se ha comentado, a un procedimiento de acreditada eficacia y experimentada directa o indirectamente por el sujeto, pero hay otro elemento más, requiere de unas condiciones del sistema, del organismo. Veamos un ejemplo que tuvo cierta relevancia hace más de 10 años: las pulseras de actividad, más concretamente la Power Balance®. Promete la mejora del equilibrio, la fuerza y la flexibilidad. Sin embargo, ninguno de esos efectos han sido constatados cuando se compara su uso, con el uso de una pulsera convencional, o con la ausencia de pulsera (Verdan et al., 2012).

El efecto placebo ocurre con mayor probabilidad cuando la persona no está en homeostasis, esto es en individuos con

**TABLA 1
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLACEBO ABIERTO O
DESCUBIERTO**

“Bien, voy a ponerle una crema en el brazo. Se trata de un tratamiento placebo. No sé si sabe en qué consiste. Básicamente no tiene ningún ingrediente activo, sin embargo sabemos que las cremas placebo son efectivas para reacciones alérgicas como la suya, haciendo que la reacción alérgica desaparezca más rápidamente. Esto es debido a diversas razones. Una es que crea expectativas positivas que pueden curarle. No se trata de expectativas conscientes. Sabemos que el cuerpo humano puede responder con cambios fisiológicos a situaciones asociadas con la curación, como tomar una pastilla o aplicar una crema. Este es el efecto placebo. Sabemos que la crema actúa sobre el sistema nervioso parasimpático para reducir el estrés, esto disminuye la inflamación. Hay poderosas y diversas razones que sustentan la utilidad de la crema placebo y justifican su utilidad”. (Leibowitz, Hardebeck, Parker Goyer & Crum, 2019, pág. 616).

dolor, depresión, estrés, desajustes en la respuesta inmunitaria, etc. Justamente el efecto placebo restablece la homeostasis (Flaten, 2013), por lo que si el organismo está en homeostasis el efecto placebo es inexistente o mínimo. Este hecho está probablemente relacionado con el estado de desequilibrio del sistema recogido en la ley de los valores iniciales de Wilder (1962). La percepción de dolor, malestar, etc., cuando ya no tiene una función adaptativa debe ser desactivada. Es más se requiere su desactivación. Moseley y Butler (2015) consideran que informar sobre los mecanismos de autorregulación es un modo de que el organismo "reconozca" el sinsentido del desequilibrio, tal y como aplican en el procedimiento denominado *Explain Pain*. El efecto placebo se encontraría, por tanto, en un terreno abonado para actuar. La analgesia generada por el efecto placebo es mayor en pacientes de dolor que en personas sanas (Forsberg, Martinussen & Flaten, 2017).

CONSTRUYENDO EL EFECTO PLACEBO

Como se ha comentado el efecto placebo no nace de la nada, debe ser construido de acuerdo con la experiencia personal de cada cual, incluyendo el contexto sociocultural. Ambos elementos, factores personales y sociales, están siempre presentes y deben ser tenidos en cuenta. Si una persona no sabe qué es la morfina, o el Prozac, ni ha tenido experiencia alguna con ellos, no será posible generar ningún efecto placebo específico sobre ellos. Puesto en pasiva, desde el momento que una persona tiene experiencia con un fármaco o con un procedimiento terapéutico específico, cabe la posibilidad de generar el efecto placebo. Nótese que como se dijo acerca de los RTCs, si no se sabe el fármaco que se administra y/o no se tiene experiencia con él, el efecto placebo será mínimo; esto contribuirá al "éxito" del RCT pero desde el momento en que el fármaco entre en circulación los efectos placebo, o nocebo (efectos placebo negativos) también lo harán.

La génesis del efecto placebo (Liu et al., 2017) comienza con la creencia en la eficacia de un tratamiento (directa o indirecta). Continúa con la presencia de un dolor o malestar próximo a aparecer o a aumentar. Se crea, entonces, la expectativa de que el dolor o el malestar puede ser reducido por el efecto placebo, lo que conlleva un reforzamiento negativo del placebo. Son las expectativas de reducción las que generan el efecto placebo. En suma, no hay efecto placebo (1) sin creencia en el tratamiento; (2) sin señales de dolor o malestar susceptibles de ser reducidas. Así, la anticipación del malestar moldea las subsecuentes respuestas placebo. El grado de malestar es un indicador de la intensidad del efecto placebo. Este malestar por otro lado puede verse incrementado por el propio tratamiento cuando éste tiene carácter invasivo (cirugía, etc.); o aversivo (técnicas de exposición). En estos casos cabría hablar de un solapamiento entre el malestar clínico presente y el generado por el procedimiento. Al concluir el generado por la terapia podría producir un efecto de arrastre sobre la percepción sensorial asociada, la clínica. Hay aquí un juego bastante amplio que permite el desarrollo de técnicas terapéuticas singulares, como la desarrollada por Klinger et al. (2017) para el tratamiento de la lumbalgia.

LA CLAVE CONTEXTUAL

Llegados a este punto queda claro que el efecto placebo depende del contexto personal y sociocultural, no en vano la creencia en la eficacia de un determinado tratamiento y/o procedimiento está socialmente determinada. Parte de un acuerdo generalizado y de un conocimiento mutuo, así como de preferencias específicas también aceptadas por todos (Chiffi & Zanotti, 2017). Un ejemplo sorprendente es el meta-análisis de Chen et al. (2017) sobre el efecto placebo en el tratamiento de la fibromialgia. Resulta que tratándose de estudios distintos, como corresponde a un estudio meta-analítico, obtienen una correlación positiva ($r=0,7$; $p<0.0001$) entre el tamaño del efecto del tratamiento principal (el que se supone que es el más sustentado empíricamente) y el tratamiento placebo. Esto es que el tamaño del efecto placebo varía de forma proporcional y positiva al tamaño del efecto del tratamiento elegido. Como quiera que los estudios son independientes sólo cabe suponer que algún tipo de comunicación debe haber existido entre los participantes de los estudios (grupo experimental y grupo placebo) y con una dirección unívoca, a mejor tratamiento aplicado mejor también respuesta del placebo asociado. Interesante, parece haber una conexión por simpatía entre ambos tratamientos.

Los aspectos contextuales son también relevantes a los elementos asociados, que dan valor, a cualquier tratamiento. Los rituales terapéuticos, la misma relación terapéutica es un elemento clásico en la explicación del efecto placebo, del latín *placere* (gustar, agradar, complacer). La calidez y la competencia del médico, por ejemplo, se han mostrado determinantes a la hora de valorar las respuestas a reacciones alérgicas en los pacientes (Howe, Goyer & Crum, 2017). En realidad toda la interacción interpersonal de la que también hay una experiencia personal y social, y que tiene unos efectos sobre la salud, quedaría enmarcada como susceptible de constituirse en tratamiento efectivo y por ende en efecto placebo.

PISTAS PARA MANEJAR EL EFECTO PLACEBO

El efecto placebo tiene múltiples facetas y es ubicuo tanto en la forma de generarse como de potenciarse. Afecta a todo tipo de intervención y su dominio científico es la psicología, pues es ella la relevante a los procesos de condicionamiento, la importancia de lo verbal, las relaciones interpersonales, las expectativas y su cumplimiento. Cabe, por tanto, señalar que toda intervención está impregnada de efecto placebo. La magnitud de éste dependerá de diversos factores. Por ejemplo, el campo del tratamiento del dolor es uno de los más destacados, donde más se ha estudiado el efecto placebo y constatada su eficacia, así como sus efectos perceptivos, comportamentales, cognitivos y fisiológicos. Aquellos campos donde lo funcional o idiopático es más relevante, más importancia juega el efecto placebo.

Con una referencia empírica a estudios sobre el tratamiento de dolor no neoplásico, se han señalado diversos factores que se relacionan con la presencia del efecto placebo (Bishop et al., 2017). Esto nos da pistas sobre qué factores, estando relacionados con el efecto placebo, nos señalan qué es relevante para que un tratamiento sea eficaz. Del extenso trabajo de Bis-

hop et al. (2017) destacaré, por orden de importancia, los 5 primeros factores, a saber: (1^o) que los pacientes conozcan su evolución durante el tratamiento, a través de la información sobre las medidas utilizadas (autoinformes, pruebas, etc.); seguramente esto permitirá conocer en qué medida las expectativas de resultado se cumplen; (2^o) que las personas sepan que su tratamiento forma parte de una investigación, esto es que contribuyen a mejorar el conocimiento sobre el problema y a ayudar a otras personas en el futuro; esto da un sentido de valor al tratamiento y reduce el foco en uno mismo; (3^o) que el tratamiento se ajuste lo más posible a las condiciones y rituales característicos de él (forma de administración, aspecto, apariencia visual, etc.); esto favorecerá una conexión con el tratamiento considerado y aceptado como verdadero, lo que fortalece la creencia necesaria para que se genere el efecto placebo; (4) obtención formal (escrita o verbal) del consentimiento informado del paciente; añade un elemento de veracidad, de información y de compromiso con el tratamiento más adecuado; y (5^o) que el tratamiento se ajuste a unos criterios estrictos de inclusión, atendiendo a la historia clínica de modo que se ajuste al paciente en particular. El lector interesado puede consultar la taxonomía propuesta por Bishop et al. (2017) pues recoge más datos de los seleccionados aquí, y permite entender por qué funcionan los tratamientos.

Las recomendaciones de Klinger y Flor (2013) para favorecer el efecto placebo en el campo del dolor crónico son especialmente interesantes, para comprender qué funciona tanto en el tratamiento médico como psicológico. Así, para recabar los efectos terapéuticos asociados a la intervención señalan: (a) advertir al paciente que preste atención cuando ingiere un fármaco, a su aspecto, sabor, olor y sensaciones que percibe; centrarse con detalle en los elementos de la técnica o terapia asociados a la experiencia positiva en el tratamiento del problema, o problemas similares; (b) tomar los fármacos en condiciones benévolas, junto con otras intervenciones que puedan reducir el dolor, o en momentos en que el dolor tenga menor intensidad; asociar la medida terapéutica a otras positivas la potenciará; (c) los tratamientos reactivan experiencias pasadas, es preciso conocer éstas para potenciar las positivas y minimizar las negativas. Por otro lado, y con respecto a las expectativas relacionadas con el tratamiento, estas autoras siguen: (a) enfatizar los aspectos positivos del tratamiento, explicando de forma realista sus efectos y no sobreestimar los efectos negativos; (b) explicar los mecanismos de acción del tratamiento (recuérdese lo que se dijo acerca de los procedimientos *Explain Pain*); (c) explicar el curso previsible del tratamiento, evitando promesas no realistas.

MATICES

Lo recogido en el apartado anterior así como lo que se concluirá más adelante está sujeto a matices, según el problema objeto de intervención y las características personales del paciente. Esto no invalida la información general facilitada pero sí requiere consideraciones alternativas. Tómese como ejemplo el primer elemento de la taxonomía de Bishop et al. (2017). Es conocido y aceptado el hecho de que los pacientes conozcan su evolución durante el tratamiento, a través de la información sobre las medidas utilizadas (autoinformes, pruebas, etc.) po-

tencia el efecto placebo, Geers et al. (2006) ya lo indicaron, sin embargo esto parece no funcionar para los pacientes de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Curiosamente en estos pacientes el efecto placebo es menor que en otros trastornos de ansiedad (Sugarman, Kirsch y Huppert, 2017), posiblemente debido al exceso de recepción de información. En efecto, la continua observación, además de ser congruente con el TOC, contribuye a que estos pacientes atribuyan la reducción de su malestar a los rituales que ejecutan para reducirlo. Esto dinamiza toda posible atribución externa (antidepresivos, u otras técnicas), con lo que el efecto placebo disminuye. Por otro lado, la rigidez de los rituales y compulsiones los hacen más resistentes al cambio. Esta falta de flexibilidad parece estar relacionada con la cronicidad del trastorno. Este puede ser el caso del TOC, pues frente a otros trastornos de ansiedad tiene una aparición más temprana, lo que conllevaría una mayor cronicidad e inflexibilidad. También en el caso de la fibromialgia se ha observado que las personas con mayor cronicidad generan un menor efecto placebo (Chen et al., 2017). Cabe, por tanto, tener en cuenta que en estos casos promover un aumento de la flexibilidad psicológica no sólo tiene efectos positivos específicamente hablando sino que potenciaría el efecto placebo; y que un exceso en la recepción de información no es positivo sino que contribuye a los patrones de inflexibilidad.

¿QUÉ NOS ENSEÑA EL EFECTO PLACEBO SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS?

De lo visto hasta aquí cabría hacer un resumen de los aspectos que estando relacionados con el efecto placebo, justificarían al menos en parte la eficacia de los tratamientos. Tratamientos en el sentido más general de éstos: médicos, psicológicos, formales, informales, etc. Si bien el conocimiento proviene básicamente de los tratamientos médicos y psicológicos. A modo de decálogo, entre los principales factores están: (1) tratamiento personalizado y ajustado al paciente, con referencias personales concretas y atendiendo a sus creencias y experiencias previas con otros tratamientos similares; (2) información explícita, clara y formalizada del tratamiento, indicación, efectos y fundamentos, así como de su funcionamiento general; (3) información explícita de que el tratamiento propuesto es el más adecuado y recomendado, así como el ajuste de éste a los estándares y procedimientos aceptados y conocidos por la comunidad científica; (4) información continua y precisa sobre el seguimiento del tratamiento; (5) intervención del paciente en las decisiones terapéuticas; (6) aplicación de las técnicas cuando el malestar, dolor o interferencia del problema, es menos intenso o incapacitante; o cuando se prevea una mejoría o se cuente con otras medidas o tratamientos eficaces concurrentes; (7) intervenir para mejorar algo concreto (algo debe estar mal), si hay anticipación de malestar mejor, pues servirá para contrastar las expectativas de resultado; (8) asegurarse de conseguir una mejora, utilizando procedimientos de aproximaciones sucesivas; (9) promover un contexto rico en elementos aceptados como terapéuticos (importancia de los tratamientos multicomponente); y (10) no descartar tratamientos que puedan generar malestar, siempre que esté justificado y pueda ser entendido y asumido por el paciente.

Para finalizar este artículo quiero traer el consenso sobre el uso del efecto placebo y nocebo publicado por *Psychotherapy and Psychosomatics* (Evers, et al., 2018) y que consta de cinco recomendaciones y dos advertencias (ver Tabla 2); en ellas se resumen e integran los conocimientos sobre el tema que han sido considerados en estas líneas.

TABLA 2
RECOMENDACIONES, CONSENSO PSICOTERAPIA 2018
(EVERS ET AL., 2018, PÁG. 206)

1. Considerar el efecto placebo como una parte regular del tratamiento
2. Informar al paciente sobre los efectos placebo y nocebo, para maximizar el primero y reducir el segundo
3. Potenciar la confianza, calidez y empatía, para conseguir 2
4. Entrenar a los profesionales en el uso de 3
5. Optar preferiblemente por placebos abiertos, en lugar de ocultos, siempre que haya evidencia de su eficacia y su prescripción sea legal
6. **No** arriesgar usando tratamientos invasivos para maximizar el placebo
7. **No** considerar el engaño como componente necesario del placebo

REFERENCIAS

- Bishop, F. L., Coghlan, B., Geraghty, A. W., Everitt, H., Little, P., Holmes, M. M., ... Lewith, G. (2017). What techniques might be used to harness placebo effects in non-malignant pain? A literature review and survey to develop a taxonomy. *BMJ Open*, *7*, e015516.
- Chen, X., Zou, K., Abdullah, N., Whiteside, N., Sarmanova, A., Doherty, M., & Zhang, W. (2017). The placebo effect and its determinants in fibromyalgia: meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Rheumatology*, *36*, 1623–1630.
- Chiffi, D. & Zanotti, R. (2017). Knowledge and belief in placebo effect. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *42*, 70-85.
- Evers, A. W. M., Colloca, L., Blease, C., Annoni, M., Atlas, L. Y., Benedetti, F., Bingel, U., Büchel, C., Carvalho, C., Colagiuri, B., Crum, A. J., Enck, P., Gaab, J., Geers, A. L., Howick, J., Jensen, K. B., Kirsch, I., Meissner, K., Napadow, V., ... Kelley, J. M. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: Expert consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*, 204–210.
- Flaten, M.A. (2013). Placebo Responses, Antagonistic Responses, and Homeostasis. In L. Colloca, M. A. Flaten & K. Meissner (Eds.), *Placebo and Pain*. (pp. 103-113). Academic Press.
- Forsberg, J. T., Martinussen, M., & Flaten, M. A. (2017). The placebo analgesic effect in healthy individuals and patients: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *79*, 388–394.
- Geers, A.L., Helfer, S.G., Weiland, P.E., Kosbab, K., 2006. Expectations and placebo response: a laboratory investigation into the role of somatic focus. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*, 171–178.
- Gould, H. M., Atkinson, J. H., Chircop-Rollick, T., D Andrea, J., Garfin, S., Patel, S. M., Funk, S. D., Capparelli, E. V., Penzien, D. B., Wallace, M., Weickgenanta, A. L., Slater, M., & Rutledge, T. (2020). A randomized placebo-controlled trial of desipramine, cognitive behavioral therapy, and active placebo therapy for low back pain. *Pain*, *161*, 1341–1349.
- Howe, L. C., Goyer, J. P., & Crum, A. J. (2017). Harnessing the placebo effect: Exploring the influence of physician characteristics on placebo response. *Health Psychology*, *36*, 1074–1082.
- Kam-Hansen, S., Jakubowski, M., Kelley, J. M., Kirsch, I., Hoaglin, D. C., Kaptchuk, T. J., & Burstein, R. (2014). Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. *Science Translational Medicine*, *6*, 218ra5.
- Klinger, R y Flor, H. (2013). The potential of the analgesic effect in clinical practice - Recommendations for pain management. In L. Colloca, M. A. Flaten & K. Meissner (Eds.), *Placebo and Pain*. (pp. 267-275). Academic Press.
- Leibowitz, K. A., Hardebeck, E. J., Goyer, J. P., & Crum, A. J. (2019). The role of patient beliefs in open-label placebo effects. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *38*, 613–622.
- Liu, T. (2017). Route of placebo administration: Robust placebo effects in laboratory and clinical settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *83*, 451–457.
- Locher, C., Frey Nascimento, A., Kirsch, I., Kossowsky, J., Meyer, A., & Gaab, J. (2017). Is the rationale more important than deception? A randomized controlled trial of open-label placebo analgesia. *Pain*, *158*, 2320–2328.
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, *16*, 807–813.
- Schaefer, M., Sahin, T., & Berstecher, B. (2018). Why do open-label placebos work? A randomized controlled trial of an open-label placebo induction with and without extended information about the placebo effect in allergic rhinitis. *PloS One*, *13*, e0192758.
- Sugarman, M. A., Kirsch, I. y Huppert, J. D. (2017). Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 217–226.
- Vase, L., Riley, J. L., III, & Price, D. D. (2002). A comparison of placebo effects in clinical analgesic trials versus studies of placebo analgesia. *Pain*, *99*, 443–452.
- Verdan, P. J. R., Marzilli, T. S., Barna, G. I., Roquemore, A. N., Fenter, B. A., Blujus, B., & Gosselin, K. P. (2012). Effect of the Power Balance® band on static balance, hamstring flexibility, and arm strength in adults. *Journal of Strength and Conditioning Research*, *26*, 2113–2118.
- Wei, H., Zhou, L., Zhang, H., Chen, J., Lu, X., & Hu, L. (2018). The Influence of Expectation on Nondeceptive Placebo and Nocebo Effects. *Pain Research & Management*, *8459429*.
- Wilder, J. (1962). Basimetric approach (law of initial value) to biological rhythms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *98*, 1211–1220.

¿PSICOTERAPIAS PERJUDICIALES? COMENCEMOS POR LAS MALAS PRÁCTICAS HARMFUL PSYCHOTHERAPIES? LET'S START WITH MALPRACTICE

Guillermo Mattioli

Decano del Colegio Oficial de Psicología de Catalunya

Una vez resuelto el debate eysenckiano sobre la utilidad de la psicoterapia, sobrevino la controversia sobre las eficacias relativas de cada método. Superado parcialmente este último con el traslado de la investigación sobre la eficacia a la de la cualidad de la alianza terapéutica, ha surgido recientemente en España la pregunta sobre la eventual nocividad de algunas psicoterapias. En este texto incluiremos consideraciones tanto en el nivel científico como deontológico como de la práctica profesional de la psicoterapia.

Palabras clave: Psicoterapias nocivas, Ciencia, Deontología, Práctica profesional.

After the Eysenck debate on the usefulness of psychotherapy was resolved, professional psychotherapists witnessed seething controversy over the relative efficacy of each method. Having mostly overcome this argument and moved on from the research on efficacy to that on the quality of the therapeutic alliance, once again clinicians in Spain are observing the issue about the potential harmfulness of some therapeutic treatments. In this text, considerations will be developed both at the scientific and the deontological level, from the point of view of the professional practice of psychotherapy.

Key words: Harmful psychotherapies, Science, Deontology, Professional practice.

¡No pienses, mira!
Ludwig Wittgenstein

La psicoterapia siempre se ha batido alrededor de la mayor o menor científicidad, mayor o menor proporción entre discurso descriptivo y discurso prescriptivo, el peso de la relación "humana" entre pacientes y terapeutas, o el placebo. Y todos los contendientes lo han hecho desde algún ideal que una vez dogmatizado se convierte en un ejemplo de freudiana pulsión de muerte o de objeto fetichista, según los gustos.

Con el auge de los estudios clínicos aleatorizados, la balanza se inclinó decididamente del lado de la ciencia biomédica y algunas psicoterapias fueron declaradas científicamente mejores que otras. Recientemente, con la aparición del modelo contextual (Wampold & Imel, 2015), nuevos desarrollos vuelven a ponerlo todo en duda. A título de ejemplo, citaremos *Conclusions and Recommendations of the Interdivisional Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* (APA divisions 12 & 29, 2011), que comentaremos in extenso más abajo y el artículo *Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy* (Beutler, 2009), describiendo la dificultad de los científicos para proponer un modelo factible de ciencia para superar el ya trilla-

do abismo entre ciencia y práctica y para reconocer la debilidad de las pruebas en que basan algunas de sus creencias sobre la base empírica de los tratamientos. Beutler concluye requiriendo de los científicos la necesidad de un enfoque mucho más amplio a la hora de investigar en psicoterapia.

El péndulo se ha dirigido hacia el otro extremo, apoyando ahora a los profesionales psicoterapeutas que, desde la instauración de los ECA (Ensayos controlados aleatorizados) (*randomized controlled trials*), sentimos que esta *Golden Rule* seguramente respondía más bien a la aspiración de "considerar la psicoterapia como a la aspirina" (Klerman, 1986), lo que se traducía en que cada forma de psicoterapia debía tener ingredientes conocidos, habíamos de saber en qué consistían los mismos y tenían que poderse entrenar y replicar entre terapeutas, como también ser administrados de una manera uniforme dentro de un estudio determinado.

Pero seguramente, tanto de la aspirina como de la psicoterapia, podemos esperar que alguna vez harán bien y otras mal. Este es el objetivo de este artículo, estudiar este tema de la nocividad de las psicoterapias, desde el punto de vista clínico

La psicoterapia no es una ciencia, en todo caso es la aplicación de la psicología, ciencia *soft* vista desde la ciencia natural o extremadamente *hard* si se la considera como lo hacía Dilthey (1949), frontera entre la *Natur-* y la *Geistwissenschaften*. Es una aplicación que se nutre libremente de cualquier campo metafórico: arte, artesanía, antropología, literatura, deportes, ajedrez, en resumen, de todo lo que conenga al servicio de la eficiencia terapéutica a la hora de hablar el lenguaje del cliente, máxima aspiración de todo

Recibido: 9 junio 2020 - Aceptado: 17 julio 2020

Correspondencia: Guillermo Mattioli. Col-legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Rocafort 129. 08015 Barcelona. España.

E-mail: gmattioli@copc.cat

psicoterapeuta que no pretenda enseñar su lenguaje al paciente y dispuesto a descubrir conmovidos alguna palabra nueva entre ambos.

Podríamos considerarla una técnica y, en este sentido, la madre de la ciencia (Charpak y Omnés, 2005; Ridley, 2010). El hombre viene resolviendo problemas técnicos desde las cavernas hasta hoy, desde emboscar al mamut hasta el 5G, mientras la ciencia como la definimos hoy nace digamos que en el siglo XV o XVI, con Nicolas de Cusa o Galileo Galilei. Al revés de lo que parece, la ciencia no es la madre de la técnica sino la hija, la ciencia viene después de la técnica explicando por qué algunas acciones han sido exitosas y otras no.

LA CIENCIA NO ES EL CIELO, ES EL SUELO

En la lucha por la eficacia la aspirina creyó haber ganado, logró algunas victorias pírricas, demostrando eficacias locales a cambio del exterminio de demasiadas variables de la clínica en vivo. Las comparaciones entre tratamientos psicológicos demostraron que las psicoterapias no se comportan como medicamentos. A esta posición llegó la APA (2011), concluyendo que la relación terapéutica genera substanciales contribuciones al resultado de la psicoterapia con independencia del tipo de tratamiento empleado; y es responsable de la mejoría o del empeoramiento del paciente en igual o superior medida que cualquier ingrediente específico. En este texto, la APA desgana una serie de corolarios tales como que las guías de tratamiento deben promover conductas y cualidades del terapeuta que generen una relación terapéutica facilitadora, excluyendo la cual todo esfuerzo por promulgar las mejores prácticas basadas en pruebas resultará gravemente incompleto y potencialmente desorientador. Este es un texto que no tiene desperdicio y su intención política seguramente era la de calmar las hostilidades entre las escuelas teórico clínicas.

Mucho ha llovido desde la teoría de los factores comunes (Rosensweig, 2010; Frank & Frank, 1993), pasando por la guerra entre modelos teórico-clínicos (Saltzman & Norcross, 1990) hasta el movimiento de la integración en psicoterapia (Norcross y Beutler, 2002), este último nacido tanto en la clínica como en la investigación y en la actualidad representado por una copiosa producción bibliográfica. El famoso pájaro Dodo, importado por Rosensweig del País de las Maravillas, ha sido declarado tan vivo como muerto, al punto que ahora quizás se haya convertido en el gato de Schrödinger.

Entremos de lleno en materia. La pregunta es: ¿existen psicoterapias perjudiciales? Y si es el caso, lo son por poca o mala ciencia, o se trata de casos de mala práctica, merecedora de consideraciones éticas y deontológicas más que epistemológicas. ¿Qué relación existe entre buena o mala ciencia y buena o mala psicoterapia, se puede ser buen científico y mal psicoterapeuta, o al revés? O quizás conviene reformularlo todo, comenzando por renunciar al ideal de

la ciencia natural tan útil al modelo biomédico, pero hasta ahora insuficiente para asimilar la psicoterapia a la aspirina.

Un trabajo de Lilienfeld (2007) muy citado desde su aparición, con un título impactante y algunos *disclaimers* tiene la virtud de poner las piezas sobre la mesa, y también la valentía de señalar *a contrario sensu* donde está el problema. Lilienfeld repasa una lista de tratamientos psicológicos que hacen daño y los clasifica en un Nivel I que incluye el a) *Debriefing*, b) la intervención del susto, c) la comunicación facilitada, d) el *rebirthing*, e) las técnicas de recuperación de recuerdos, f) el *counseling* para duelo normal, g) las terapias expresivo-experienciales, h) la residencia en campamentos para trastornos conductuales, i) los programas de tratamiento de drogadictos.

En el nivel II encontramos: a) las intervenciones en grupo de pares para trastornos de conducta y b) la relajación para pacientes con tendencia al pánico

El nivel I es caracterizado como "probablemente perjudicial para algunos individuos" y el II como "posiblemente perjudicial para algunos individuos". En el primer nivel se puede esperar de cualquiera de estos tratamientos resulte perjudicial para alguien, en el segundo no se espera que ocurra, pero tampoco se puede negar algún resultado inesperado en un número infinito de ejemplos.

Esta clasificación se basa según los casos en ECA, metaanálisis, y en varios casos en estudios de sucesos poco probables *a priori* en informes de casos replicados. No es el propósito de este artículo replicar o revisar la bibliografía del artículo de Lilienfeld. Quien lo desee encontrará en Wampold & Imel (2015, pp104-112) un detallado análisis de las referencias en el texto de Lilienfeld, señalando sus debilidades metodológicas.

Como dicen Wampold e Imel, cualquiera puede observar que esta lista no es homogénea y que es difícil considerar psicoterapias a algunos de sus elementos. Un rudo campamento de montaña puede ser una formidable experiencia modificadora para un adolescente traumatizado y violento, y también es posible que un buen susto propinado por un agente de policía, que le describa con algún detalle lo que le va a pasar en la prisión, a un joven delincuente sea suficientemente disuasorio, pero dudo mucho, es decir nada, que consideremos psicoterapia a estos métodos.

El *rebirthing* es considerado una terapia perjudicial basándose en el caso de algún paciente (sic) que murió sofocado reviviendo su trauma de nacimiento mientras intentaba abrirse paso a través de una pila de entusiastas copartícipes de esa experiencia grupal. Incluso aceptando que el *rebirthing* sea una psicoterapia (síntoma más relación, más técnica con algún fundamento inteligible) ¿considerarla perjudicial porque una vez alguien murió? En todo caso sería un accidente, o un caso de mala práctica, o un asesinato con psico-coartada, buen argumento para un psico-thriller.

Para hablar de psicoterapia, necesitamos en primer lugar un síntoma, ese malestar que no me explico, aunque me pa-

se el día pensando qué habré hecho para que me pase justamente a mí. Un síntoma es una solución insatisfactoria, transitoria, pero solución al fin, después de todo el paciente hace lo mejor que puede en sus circunstancias biográficas y psíquicas. ¿Eso mejor que puede es un síntoma?, bueno, es trabajo para el psicoterapeuta colaborar para que el paciente descubra ese misterio, y tanto lo hará con estrategias conductuales como introspectivas. Como en los casos anteriores, un programa preventivo de eventuales traumas, como el *debriefing* o el *counseling* para duelo normal será esperablemente beneficioso o dañino alguna vez para alguien, pero estrictamente hablando no es psicoterapia. Por eso la psicoterapia comenzó con las neurosis (Freud) y se fue extendiendo a medida que comenzamos a descifrar los misterios y conflictos emocionales y relacionales para los cuales las adicciones o las alucinaciones, incluso los delirios organizados representaban soluciones. ¿Los estudios sobre eficacia se centran en ansiedad y depresiones? Ninguna sorpresa, estos pacientes no dejan de interrogarse cómo han llegado a estar así. Pero por más trastornado que algún paciente esté, si no se hace alguna pregunta quizás podamos tratarlo de alguna otra manera, pero no hablemos de psicoterapia. Y cuantas primeras entrevistas hacen falta para que un paciente se interroge sintomáticamente es el pan de cada día de muchos profesionales.

Pero dicho todo esto podemos ir al fondo del asunto, los valores del terapeuta que informan su estrategia de cambios. Lilienfeld en este punto es fugazmente diáfano: *"the very definition of a harmful effect may be influenced by value-laden considerations that lie outside the scope of this article"*. Consideraciones cargadas de valores que no son objeto de nuestro estudio, pero ¿es que estamos hablando de otra cosa que de valores cuando hablamos de psicoterapia o más precisamente de cambio psíquico? *"The issues here are again not readily resolved, and hinge on often-unarticulated a priori assumptions regarding what types of change are more or less desirable"* Exactamente, nuestros valores como terapeutas constituyen e informan de nuestros tipos de cambios deseados, así como los de nuestro paciente están en la base y nos informan de los suyos.

Aquí tenemos el verdadero problema, la ciencia biomédica no integra estos valores en sus razonamientos, y si lo hace es para despojarse lo antes posible de los mismos, con todos los ciegos que se requieran para ello. El objeto de la ciencia natural es indiferente a los valores del científico que lo estudia, y el científico respira aliviado al constatarlo. El paciente, por su parte, es extremadamente sensible a los valores de su terapeuta, lo estudiará muy atentamente y puede perdonar cualquier error menos una insinceridad del corazón, especialmente si es psicótico, siempre tan sensible a la autenticidad. Este hecho solamente refleja la importancia que los valores tienen en los conflictos que se expresan en el síntoma (Dios habrá muerto, pero el superyó no) y es posible que, aunque menos, también en el resto de los signos que expre-

san y contribuyen a su padecer. Sea que consideremos al paciente un héroe edípico fallido, un sujeto acobardado ante sus angustias ontológicas, una inteligencia equivocada y presa de sus sesgos, o alguien que se fue enredando en sus nudos relacionales hasta no poder salir del pozo que se había cavado, y detengo esta lista que podría ser casi tan larga como el catálogo de las psicoterapias, tenemos valores en conflicto a todo lo largo del espinel. Sin valores no habría conflictos, desde el principio de supervivencia hasta los debates sobre la afinación del primer violín los valores se infiltran en todos los conflictos, sin los cuales tampoco tendríamos síntomas.

La psicopatología y su psico-tratamiento se aloja en el capítulo de la moral, es un tema moral, en sentido amplio, y seguramente por eso mismo no cabe cómodamente en las estadísticas, los ensayos clínicos y los metaanálisis. No parece que exista una psicoterapia *value-unladen*, compárese con una píldora si se quiere.

La lista de Lilienfeld nos regala un ejemplo flagrante de la influencia de los valores del terapeuta en el caso de la Comunicación facilitada, terapia psico-motora de niños autistas, que ha generado según nuestro autor docenas de denuncias de abuso sexual presuntamente cometido por los padres, en su inmensa mayoría no confirmadas y que Lilienfeld admite como posiblemente inspiradas por la hipótesis causal entre abuso y autismo albergada por los terapeutas. Lo mismo tenemos en el caso de las terapias evocadoras que muy equivocadamente confunden la historia con el pasado. Desde la psicología, ya sabemos que los recuerdos son construcciones en presente, el pasado no es la historia, y la historia siempre se escribe en el presente. Esta diferencia, esencial para la buena práctica es muchas veces ignorada por terapeutas cuyos valores justicieros y rescatadores los llevan frecuentemente a encontrar niños abusados en adultos que no tenían el menor recuerdo de haberlo sido al principio de la terapia (Yapko, 1994) y que entran en colusión con las reivindicaciones contra-transferenciales del terapeuta

Y *let alone*, la clasificación de posiblemente perjudicial (ya no probable) para las técnicas de relajación para pacientes proclives a la ansiedad. Como dice Wampold & Imel, se sospecha aquí una discriminación negativa, si comparamos con los riesgos que la exposición aplicada de manera desmeledada tiene en estos pacientes. Es desde luego más fácil sospechar de las técnicas de relajación que de la ampliamente evidenciada exposición, aunque confieso que no entiendo por qué, ni en un caso ni en el otro. Es difícil criticar la relajación, así como también a la exposición, todas las psicoterapias son de exposición, desde el hacer consciente lo inconsciente hasta superar el asco a la araña.

Para nuestro consuelo, en un artículo presentándose como el nuevo editor de *Clinical Psychological Science* (Lilienfeld, 2017) nuestro autor recupera citando su trabajo anterior estas consideraciones, pero ahora con un foco muy amplia-

do con la intención de tender un puente “en la a menudo bostezante brecha entre ciencia básica y aplicada en los problemas clínicos” y no la de publicar *horse race treatment studies*.

Ya antes de poner el acento en la alianza terapéutica, el Grupo de trabajo sobre práctica basada en la evidencia (APA, 2006), definió dicha práctica como la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica del profesional y ambos en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente.

La historia reciente de esta propuesta ha ido pendulando desde la mejor evidencia disponible, pasando después por la pericia clínica y más recientemente por el contexto de los valores y preferencias del paciente. No es una novedad “hablar el lenguaje del paciente”, es desde antiguo la mayor aspiración de todos los terapeutas, entrar en su mundo, *hablar como él, ver como ven sus ojos y sentirse en su cuerpo*, todo esto ya es una primera y enorme intervención, y la base de la eficacia de todas las siguientes, ninguna psicoeducación no dejará más que una huella autoritaria sin esta condición. Y no se trata solamente del trillado ponerme en su lugar, sino de preguntarme constantemente en qué circunstancias, biográficas o psíquicas yo haría, sentiría o pensaría como mi paciente, quien por cierto, si esto ocurre y hemos llegado a este nivel de colaboración, ya no es para nada un paciente.

Todo esto son valores, en el sentido más axiológico, si se me permite la redundancia, del término, de los suyos y de los míos, sobre el bien y el mal, sobre el amor, el odio y el sentido de la vida, sobre la vida y la muerte y sucesivamente. Si no puedo compartir los suyos, aunque no sean los míos no le seré de gran ayuda, y cualquier técnica será bienvenida por extravagante que parezca si opera en el interior de esta meta-identificación.

Práctica basada en evidencia, evidencia basada en la práctica, tratamientos empíricamente soportados, práctica deliberada, todas estas son etapas mutuamente articuladas de la reflexión sobre la psicoterapia, el peso relativo de aquella tríada: mejor ciencia/pericia/contexto del paciente.

Llegados aquí enfrentemos la pregunta: ¿existen terapias perjudiciales? ¿Y qué relación tiene este perjuicio con la mayor, menor, o peor ciencia?

La respuesta más fácil y obvia es que aún no lo podemos saber, si nos sacudimos del modelo ciencia biomédica, después de haber constatado su insuficiencia para abordar la complejidad de las psicoterapias, solamente nos queda desarrollar otro. El modelo contextual (Wampold & Imel, 2015) parece ser la buena vía, no reniega en absoluto de los ECA ni de los metaanálisis pero los eleva a un nivel superior, donde ya no son la *Golden rule* pero conservando el valor de su aportación.

Pero también tenemos otra opción, que no la anula como tampoco atenta contra las preferencias de los psicólogos seguidores del modelo biomédico de trastorno/tratamiento/ingrediente específico.

Este otro modelo es el de la deontología y la ética profesional. La mala práctica es un caso especial del error. Cualquiera puede equivocarse, pero hay acciones que transgreden principios deontológicos y éticos y si son denunciados reciben la valoración de las comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Como psicoterapeutas podemos ser tan flexibles y creativos como las exigencias de nuestra práctica y nuestras capacidades nos lo demanden, pero como psicólogos la mejor ciencia disponible es una exigencia ineludible, como lo es la formación permanente.

La práctica de la psicoterapia exige una rigurosa ética y los psicólogos psicoterapeutas en práctica privada estamos expuestos a diversos riesgos. Por un lado, la tentación del gurú, especialmente si andamos en apuros económicos y la pérdida de algún paciente nos pone nerviosos y por otro la tentación de la excepcionalidad, es decir del narcisismo. Ambas tentaciones coinciden en buena parte. En nuestro trabajo es antiético disfrutar a costa del paciente, errores técnicos podemos cometer todos, pero aquello que trasciende el error y para lo que se supone que hemos sido pacientes nosotros mismos es para no hacer del paciente objeto de nuestras tendencias, sean sádicas, masoquistas, voyeuristas, exhibicionistas o por el estilo, para no vampirizar sus emociones, para no aprovecharnos de sus angustias o inhibiciones y así sentirnos mejores que ellos. Quizás es por eso que el funcionamiento neurótico sea el que mejor capacita para ser terapeuta, porque tenemos tanto miedo a ser perversos que cuando nos equivocamos sufrimos y corremos a buscar supervisión o el apoyo de los colegas.

Sabemos que existen gurús que se aprovechan de la desesperanza. Muchas personas tienen la capacidad, la disposición e incluso la vocación de entrar en relaciones perversas, tóxicas, de ser víctimas de algún psicópata disfrazado de terapeuta, con y sin título. Los trastornos de apego en la infancia dejan un pozo sin fondo de añoranza de un amor nunca recibido y que nos dejan vulnerables y a veces dispuestos a poner nuestras vidas en manos del carisma de algún terapeuta seductor. En la práctica pública, estas tentaciones también acechan, desde luego, pero como el mercado es diferente, dado que no competimos por clientes sino por plazas laborales, no es exactamente lo mismo, esta diferencia de mercado seguramente produce alguna diferencia en la práctica clínica.

Recapitemos. Comenzamos preguntándonos por la existencia de psicoterapias perjudiciales. La respuesta es que no, o que en todo caso aún no tenemos el sistema de evaluación suficientemente complejo como para dilucidar esto en el nivel científico. Porque la psicoterapia cabalga entre la técnica y la ética, entre los procedimientos de ayuda psicológica y los valores que infiltran tanto los conflictos sintomáticos del paciente como los del terapeuta posición y los métodos del psicoterapeuta. Una buena confluencia entre paciente y profesional requerirá un reconocimiento recíproco, un ajuste entre personas y métodos, quizás no existe la psicoterapia compuesta solamente de factores comunes, algún ingrediente

específico será necesario, pero sin la relación y su alianza terapéutica no tendrá el *momentum* de cambio necesario. Para Norcross y Beutler (2002), el éxito de una terapia descansa en varios factores en el siguiente orden: el paciente, la relación de ayuda, el terapeuta y el método particular de tratamiento. Dicho de manera más abstracta: síntoma, relación, contra-transferencia y finalmente el método. El qué y el cómo de cada tratamiento son difíciles de distinguir. Cada uno de nosotros preferirá algún método o elaborará su propia fórmula y la relación terapéutica que proponga será coherente con dicha elección. O no lo será, como en el caso de aquellos profesionales que desean fervientemente ser fieles a determinada escuela o maestro, sin aceptar que esta ansiada y culposa fidelidad es la fuente principal de su propia resistencia y un previsible freno a sus talentos naturales.

No podemos afirmar que existan malas psicoterapias, pero si constatamos frecuentemente nuestras malas prácticas, en nosotros mismos por comenzar. Supervisamos nuestros casos, es decir a nosotros mismos, y volvemos a terapia con alguna frecuencia. Así constatamos que nuestros éxitos y fracasos se basan en nuestra capacidad de acoger al otro en tanto otro, en escuchar bien para que el paciente pueda hablar mejor.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- APA Divisions 12 & 29 (2011). *Conclusions and recommendations of the Interdivisional Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*. Washington, DC: Author
- Beutler, L. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy *Clinical Psychology Science and Practice*, 16, 301-317. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x
- Charpak, G. & Omnes R. (2005). *Sed sabios, convertíos en profetas*. Barcelona: Anagrama,
- Dilthey, W. (1949). *Introducción a las ciencias del espíritu*. Buenos Aires; Fondo de Cultura Económica
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Klerman, G. L. (1986) *Keynote address. Delivered to the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Wellesley, MA.
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Clinical psychological science: Then and now. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/2167702616673363>
- Norcross, J. & Beutler, L. (2002). *Integrative psychotherapies*. Disponible en: https://www.academia.edu/29181886/Integrative_Psychotherapies
- Ridley, M. (2010). *The rational optimist*. New York: Harper Collins.
- Rosenzweig, S. (2010) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Saltzman, N. & Norcross, J. C. (1990) *Therapy wars: Contention and convergence in differing clinical approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Yapko, M. D. (1994). *Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015) *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2dn ed.)*. New York: Routledge.

PSICOTERAPIAS Y PSEUDOTERAPIAS EN BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. LA CIENCIA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSYCHOTHERAPIES AND PSEUDO-THERAPIES IN SEARCH OF SCIENTIFIC EVIDENCE. SCIENCE AND PROFESSIONAL PRACTICE IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Juan A. Moriana^{1,2,3} y Mario Gálvez-Lara^{1,2,3}

¹Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba (España). ²Instituto Maimónides para la Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). ³Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España)

La psicología está considerada una disciplina científica, pero algunas de sus especialidades, como la psicología clínica, tienen importantes dificultades para aplicar el método científico y trasladar los resultados de la investigación experimental al contexto profesional. Esta situación es especialmente problemática cuando multitud de teorías hacen que proliferen numerosos tratamientos psicológicos y que se sustente la idea (¿equivocada?) de que todos funcionan. El enfrentamiento entre posicionamientos basados en los aspectos comunes de las psicoterapias, en confrontación con los centrados en las técnicas, ha facilitado el camino y la expansión de pseudoterapias y la confusión de la población en general. Todo esto ocurre dentro de un contexto en el que ya existía un importante desencuentro entre la ciencia y la práctica clínica que afecta a muchos ámbitos profesionales de la psicología. El debate sobre los tratamientos y la asunción de que todos son eficaces permite mantener una actitud permisiva ante el uso de cualquier tratamiento, a veces avalados por algunas universidades, colegios profesionales y sociedades científico-profesionales, sin establecer restricciones a la difusión de propuestas pseudocientíficas, que no han sido sometidas a contraste empírico. En este trabajo presentamos un análisis del estado actual del tema y debatimos algunos de los aspectos más importantes.

Palabras clave: Tratamientos psicológicos, Psicoterapias, Pseudoterapias, Psicología basada en la evidencia, Ensayos clínicos aleatorizados.

Psychology is considered to be a scientific discipline, but some of its specialties, such as clinical psychology, have significant difficulties in applying the scientific method, and in transferring the results of experimental research into the professional context. This situation is especially problematic when a multitude of theories fosters the proliferation of numerous treatments, as well as the (erroneous?) idea that all of them work. The confrontation between stances based on the common aspects of psychotherapies and those focused on techniques has opened up a path for pseudo-therapies and their expansion, along with the confusion of the general population. This situation takes place within a context in which there was already significant disagreement between science and clinical practice that impacts many professional areas within psychology. The debate about the efficacy and the assumption that all treatments are effective enables the maintaining of a permissive attitude towards the use of any treatment, sometimes even supported by some universities, professional associations, and scientific-professional societies, without restraints on the dissemination of pseudoscientific proposals that have not yet been empirically tested. This work analyzes the current state and discusses some of its most important aspects.

Key words: Psychological treatments, Psychotherapies, Pseudo-therapies, Based-evidence psychology, Randomized clinical trials.

Only science can distinguish good interventions from bad ones.

(Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004, p. 632)

Recibido: 26 junio 2020 - Aceptado: 13 julio 2020

Correspondencia: Juan A. Moriana. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología. Universidad de Córdoba. Avda. San Alberto Magno s/n, 14071 Córdoba. España. E-mail: jamoriana@uco.es

Uno de los mayores debates de la psicología clínica está centrado en la búsqueda y delimitación de qué tratamientos son mejores para una determinada persona que presenta un problema concreto. Esta situación es especialmente compleja en un ámbito en el que trabajamos con humanos en su hábitat natural, con una enorme diversidad conductual que dificulta el control de muchas de las variables que intervienen en el proceso científico de validación de tratamientos. El principal problema con los objetivos de

las psicoterapias y tratamientos, en general, es que los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs, *Randomized Clinical Trials-RCTs*) pueden demostrar que un tratamiento funciona, pero es mucho más difícil demostrar cómo lo hacen (Cuijpers et al., 2019) o cuales de sus componentes provocan un determinado efecto (Primero y Moriana, 2011). Conocer por qué funcionan los tratamientos psicológicos y qué procesos explican el cambio clínico son preguntas claves difíciles de contestar (Froján, 2011).

La variedad existente de enfoques, modelos y teorías psicológicas ha propiciado el desarrollo de multitud de tratamientos y, aunque una tendencia muy generalizada está dirigida a defender que todos ellos funcionan, la realidad parece ser otra (Chambless y Ollendick, 2001; Kazdin, 2008; Moriana et al., 2017). Muchos de estos tratamientos no solo no funcionan, alcanzando resultados similares a un placebo, sino que pueden llegar a ser perjudiciales. Además, se produce un importante desencuentro entre la ciencia y la práctica clínica cuando comprobamos que no siempre los tratamientos que la ciencia afirma que funcionan son los que se emplean en el ámbito clínico, ni todo lo que hacen los profesionales en sus consultas está contrastado desde la evidencia empírica. Esta brecha afecta profundamente a muchos ámbitos, desde la enseñanza de la psicología en las universidades hasta en la práctica profesional, pasando por la información de la que dispone el ciudadano. A esta situación se une la proliferación de pseudoterapias, originando un importante problema sanitario, económico y profesional. A lo largo de este trabajo vamos a exponer un análisis de la situación actual e intentar proponer algunas recomendaciones y alternativas para centrar el debate y mejorar el proceso de validación de tratamientos psicológicos.

LA PSICOPATOLOGÍA Y EL DIAGNÓSTICO Y SU RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Una parte importante de las dificultades que tenemos para investigar tratamientos psicológicos tiene sus raíces en la propia psicopatología. Según Cuijpers (2019), si realmente aún no sabemos muy bien qué son los trastornos mentales, cómo deberían definirse y cuáles son los mecanismos causales que conducen a ellos, ¿cuáles deberían ser los objetivos de los tratamientos y cómo podemos medir sus resultados?

Casi toda la investigación, y en especial los ECAs, se han centrado en la reducción de síntomas como variable principal, en congruencia con la dominancia de los sistemas de diagnóstico categoriales DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e ICD (*International Classification of Diseases*). Sin embargo, se cuenta con escasa información sobre otras variables como los resultados percibidos por el paciente, resultados intermedios, desenlaces negativos, resultados económicos y otras variables relacionadas.

A pesar de que los trastornos mentales son uno de los pro-

blemas de salud pública más importantes, no disponemos de pruebas objetivas o parámetros para establecer con exactitud si existe un trastorno mental, ni tampoco existen umbrales claros para determinar cuándo un paciente tiene un trastorno y cuándo no (Cuijpers, 2019). La mayoría de los psicólogos trabajan con personas "normales", no necesariamente enfermas, que presentan problemas que no deberían considerarse "trastornos mentales" (Primero y Moriana, 2011). En esta línea, estudios realizados en contextos aplicados muestran que entre un tercio y la mitad de los pacientes no pueden diagnosticarse con el DSM porque sus problemas no encajan o porque tienen niveles sub-umbral para distintas categorías (Stirman et al., 2003; Westen et al., 2004). Por lo tanto, aunque parece una necesidad tener que contar con un sistema de clasificación y poder nombrar estos fenómenos, quizás deberíamos proponer otros términos en los casos en los que no haya diagnósticos bien conformados (p. ej. problemas de la vida, problemas psicosociales, malestar...), que facilitarían la normalización de estos eventos, y evitaran el estigma y la "psicopatologización" de la vida cotidiana.

Para algunos psicólogos, los trastornos mentales deberían considerarse como dimensiones a lo largo de las cuáles se posiciona el individuo (p. ej. neuroticismo-estabilidad) (Castro, 2011). Sin embargo, en muchos casos, tampoco pueden circunscribirse en exclusiva solo a una cuestión de posicionamiento a lo largo de una dimensión, sino también a otras variables igualmente relevantes como los malestares, incomprendiones, amenazas, vacíos, motivaciones u objetivos vitales. Debido a estas razones, los sistemas de evaluación y diagnóstico tradicionales (DSM e ICD) han recibido numerosas críticas y propuestas de mejora (Barlow et al., 2013; Kazdin, 2008; Wampold, 2007).

En este contexto, han surgido nuevas propuestas alternativas a la psicopatología, evaluación y diagnóstico tradicional, como la teoría de redes (Blanco et al., 2019), los modelos transdiagnósticos (Sauer-Zavala et al., 2017), los *Research Domain Criteria* (RDoC) (Cuthbert, 2014), la *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP) (Kotov et al., 2017), el Marco de Poder Amenaza y Significado (Marco PAS) (Johnstone y Boyle, 2018), otras opciones muy utilizadas en la práctica clínica como el análisis funcional (Froján, 2011), o las más de ochenta teorías de cambio psicológico (Michie et al., 2014). Aunque muchas de ellas podrían ser incluso complementarias, la realidad es que la asunción de unas u otras implica no solo la utilización de un lenguaje específico, sino también una particular interpretación de las bases del comportamiento humano.

Todos estos sistemas tienen ventajas y limitaciones. Sin embargo, la necesidad de clasificar y comunicarnos hace evidente que tendremos que optar por alguno. Pero si ya tenemos desacuerdos y dificultades hasta para nombrar nuestros problemas, imaginen para buscar un tratamiento para algo que ni si quiera sabemos muy bien qué es.

LOS POSICIONAMIENTOS ENFRENTADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Aunque existen multitud de opiniones y acepciones al respecto, hay un continuo entre dos posicionamientos tradicionalmente enfrentados, que defienden, por un lado, los aspectos contextuales, basados en las relaciones o “factores comunes” de las psicoterapias y, por otro lado, los basados en las “técnicas” específicas de tratamiento.

En el primero de ellos, uno de sus representantes más relevantes ha sido Wampold (1997; 2007; 2015). Este autor defiende que lo que prevalece en la eficacia de los tratamientos son los factores comunes referidos al paciente, al terapeuta, a la relación entre ambos, o al proceso terapéutico en sí, más que a los componentes específicos de cada técnica. Un reciente metaanálisis de 84 estudios sobre intervenciones psicológicas en depresión sugiere la posibilidad de que el efecto beneficioso de la terapia psicológica se pueda deber a factores comunes a todas las terapias (Palpacuer et al., 2017). Este planteamiento ha sido defendido por todo tipo de organizaciones profesionales y corrientes terapéuticas, más centradas en el desarrollo del individuo y en su crecimiento personal, que en trastornos y diagnósticos concretos.

Dentro de este marco, el “veredicto del pájaro Dodo” en psicología (Wampold, 1997) defiende la equivalencia de psicoterapias: “todas ganan y todas merecen premios”, es decir, no hay diferencias significativas de eficacia entre los tratamientos. Esta hipótesis ha sido defendida por unos (Pérez-Álvarez, 2019) y criticada por otros (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017), que dudan de su plausibilidad (Ehlers et al., 2010; Lilienfeld, 2007). ¿Cómo puede ser cierto que “todos los tratamientos ganen o sirvan”, si la mayoría de los tratamientos no han sido investigados en condiciones controladas?

Existen razones sociopolíticas que explicarían la persistencia del veredicto del Dodo, ya que el eslogan “todos ganan” permite mantener una actitud permisiva ante el uso de cualquier tratamiento, sin restricciones ni penalizaciones a la difusión de actividades pseudocientíficas, que aún no han sido sometidas a contraste empírico, y que podrían tener efectos perjudiciales de forma directa o indirecta.

En el otro polo del continuo está la postura que defiende que el éxito terapéutico se debe, principalmente, a la técnica utilizada y da protagonismo a los procedimientos terapéuticos manualizados que hayan demostrado su eficacia en estudios controlados. Autores como Chambless y Hollon (1998) o Kazdin (2008) defienden que entre toda la multitud de intervenciones que desarrollan y ofertan los psicólogos, es poco realista pensar que todas son efectivas. Habrá intervenciones que en mayor o menor medida serán eficaces, otras que serán ineficaces e incluso habrá algunas que sean contraproducentes o generen efectos perjudiciales.

Como indica Kazdin (2018), para la mayoría de las recomendaciones y declaraciones sobre tratamientos basados en la evidencia (TBEs), se considera que un tratamiento tiene apoyo empírico si cumple la mayor parte de los siguientes criterios: 1) comparaciones del tratamiento con una condi-

ción de control, 2) asignación aleatoria de los participantes al tratamiento y a la condición de control, 3) especificación cuidadosa de la población, 4) uso de manuales de tratamiento que especifiquen con detalle el procedimiento terapéutico, 5) múltiples medidas de cambio terapéutico, 6) diferencias estadísticamente significativas al final del periodo de intervención entre el tratamiento y la condición de control, y 7) replicación de los resultados por un investigador o equipo de investigación independiente que pueda reproducir los hallazgos obtenidos en el estudio original.

La aparición de los primeros listados de TBEs (denominados inicialmente “tratamientos empíricamente validados”) generó bastante polémica (Chambless y Ollendick, 2001). En este sentido, Estupiñá (2012) señala que los listados fueron criticados por tres razones principales: 1) el término “tratamiento empíricamente validado” puede sugerir que el resto de tratamientos son inválidos o ineficaces; 2) el enfoque aplicado en la elaboración de los listados favorece las terapias conductuales o cognitivo-conductuales sobre otros paradigmas clínicos menos centrados en procedimientos de estandarización como la manualización del tratamiento; y 3) los listados de tratamientos están planteados desde la hipótesis de que el elemento activo del tratamiento psicológico es la técnica, lo que va en contra de las corrientes psicológicas que plantean que el agente activo de la terapia es la relación terapéutica.

Con el objetivo de hacer frente a la polémica generada desde la aparición de los listados de TBEs, la *American Psychological Association* (APA) propuso la definición de “práctica basada en la evidencia” (PBE) como “la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (APA, 2006, p. 273). Por lo tanto, el concepto de PBE podría entenderse como un proceso de toma de decisiones formado por tres pilares (Spring, 2007): 1) la evidencia científica disponible; 2) la pericia clínica, que es el resultado de la combinación de la formación académica acumulada, la capacitación y la experiencia clínica; y 3) las preferencias del paciente, que incluyen factores tales como las características del cliente, el contexto, la disposición al cambio o el grado de apoyo social.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN PSICOLOGÍA. A LO QUE TODOS ASPIRAMOS Y MUCHAS VECES NO CONSEGUIMOS

La ciencia básica y la ciencia aplicada tienen unas diferencias ostensibles en lo que respecta al control de variables. Mientras que la básica utiliza el control experimental, preferiblemente en laboratorio, con medidas objetivas, la ciencia aplicada trabaja frecuentemente en contextos reales con personas, sujetos únicos con miles de particularidades y singularidades difíciles de controlar, y con numerosas variables que modulan o contaminan los efectos principales de las variables en estudio.

En lo que respecta a la investigación de tratamientos psicológicos, existe una pirámide de evidencias científicas que compartimos con la medicina y otras disciplinas. Dentro de esta pirámide destacan los ECAs y los metáanálisis como el

estándar de oro de la evidencia. Los ECAs son considerados el diseño más adecuado para demostrar que una intervención es efectiva (Akobeng, 2005). En este tipo de estudios, los pacientes son asignados de forma aleatoria a varias condiciones de intervención o control, siendo esta última un tratamiento habitual, un placebo o lista de espera. Aunque la existencia de uno o dos ECAs con un diseño metodológico de calidad suele ser un requisito para alcanzar los primeros niveles de evidencia, es recomendable que los resultados de los ensayos individuales sean respaldados por estudios meta-analíticos. Más abajo, en la pirámide existen otras aproximaciones (p. ej. los estudios de caso único o el consenso entre expertos) que suelen complementar la evidencia de los ECAs y metaanálisis, pero, que por sí solos, no justificarían la validez de un tratamiento psicológico.

Algunos autores sugieren que el hecho de que los ECAs sean apropiados para la investigación en medicina no implica que necesariamente sean la forma más adecuada de investigar los resultados de la psicoterapia (Westen y Morrison, 2001), planteando que no deberían ser el "estándar de oro" de la investigación en psicología clínica al no aportar mayor evidencia que los estudios cualitativos (Gyani et al., 2015).

Esto ha dado lugar a una situación en la que numerosas modalidades psicoterapéuticas presentan muy pocas evidencias científicas en estudios controlados, dadas las dificultades para manualizar tratamientos con grandes dosis de individualización. Sin embargo, estas dificultades no les eximen de la responsabilidad y necesidad de evaluar sus resultados, como han intentado hacer desde modelos psicodinámicos (Steiner et al., 2017), humanistas (Mullings, 2017) o sistémicos (Van der Pol et al., 2017). Por lo tanto, estas terapias deberían hacer todo lo posible por aplicar fundamentos científicos para demostrar empíricamente los mecanismos que subyacen a sus cambios terapéuticos.

Por el contrario, los tratamientos de corte cognitivo y conductual, con mayor tradición y facilidad para manualizar técnicas y paquetes de tratamiento, han validado numerosas terapias en ensayos controlados. Esta situación ha dado lugar a que en la mayoría de los listados de tratamientos eficaces promovidos por instituciones científico-profesionales proliferen las recomendaciones de tratamientos de tipo cognitivo y conductual, frente a otros modelos mucho menos representados.

HASTA LOS MODELOS CIENTÍFICOS TIENEN PROBLEMAS

Con el aumento de los ECAs y los metaanálisis a partir de los años 80, surgieron organizaciones como *Cochrane Collaboration*, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), o la *American Psychological Association* (APA), que lideraron la iniciativa de revisar y difundir listas de tratamientos, guías de TBEs, ECAs y revisiones sistemáticas. Estas instituciones crearon sus propios criterios y procedimientos de evaluación, dando lugar a la coexistencia, hoy en día, de numerosos sistemas para graduar la calidad de la evidencia de las diferentes intervenciones psicológicas.

No es propio de una disciplina científica como la psicología que cada organización tenga sus propios criterios de evidencia y sistemas para determinar qué tratamientos se deben recomendar y cuáles no. Teniendo en cuenta que todos estos criterios estaban basados en ECAs y revisiones sistemáticas, era de esperar que las recomendaciones acerca de los tratamientos de elección para los distintos trastornos pudieran ser similares, o muy parecidas. Sin embargo, la realidad es otra. Moriana et al. (2017) revisaron un total de 135 tratamientos psicológicos para 23 trastornos mentales en población adulta, comparando el nivel de recomendación y acuerdo entre los listados de tratamientos, guías, ECAs y metaanálisis de la División 12 de APA (*Society of Clinical Psychology*), Cochrane, NICE y la *Australian Psychological Society*. Estos autores llegaron a la conclusión de que el nivel de acuerdo entre estas instituciones era menor de lo esperado, apareciendo numerosas discrepancias y contradicciones entre sus recomendaciones. En un estudio similar, Gálvez-Lara et al. (2018) compararon un total de 137 tratamientos para 17 trastornos mentales en población infantil y adolescente, utilizando también las recomendaciones de las instituciones revisadas en el estudio anterior (en el caso de APA, se revisaron las recomendaciones de la División 53, *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*). Los resultados indicaron que el desacuerdo entre organizaciones en población infantil era aún mayor que en población adulta.

Los hallazgos de los dos estudios anteriores sugieren la presencia de una falta de consenso acerca del significado de la evidencia científica, que podría ser malinterpretada. En este sentido, casi todos los profesionales de la psicología aluden a los TBEs, defendiendo que lo que hacen en la práctica clínica está basado en la evidencia, aunque sospechamos que esta afirmación está sobredimensionada. Por esta razón, la comunidad científica debería promover un consenso internacional para establecer criterios y procedimientos de evaluación comunes que ayuden a determinar qué terapias psicológicas tienen un efecto beneficioso para los pacientes y cuáles carecen de pruebas suficientes que abalen su eficacia.

A pesar de que los ECAs son la opción más indicada para validar tratamientos psicológicos, presentan importantes limitaciones derivadas de su aplicación al estudio del comportamiento humano, entre las que podemos destacar:

1. Sesgos en la selección de la muestra. Las muestras no representan el paciente habitual de la práctica clínica (Gyani et al., 2015), no cumplen criterios mínimos de severidad de síntomas (Stirman et al., 2003), o excluyen pacientes que presentan comorbilidad, de forma que los resultados obtenidos en situaciones controladas no pueden ser extrapolados a contextos habituales de tratamiento (McLeod et al., 2017), existiendo importantes diferencias entre ambas (Weisz et al, 1995).
2. Sesgos asociados al terapeuta (personalidad, estilo, alianza, disponibilidad...) y al terapeuta-investigador (Fonagy y Clark, 2015).

3. La muerte experimental es muy elevada (estimada entre el 20-30%; Wood et al., 2004).
4. Utilización de criterios diagnósticos y síntomas según DSM/ICD (casi de forma exclusiva), sin tener en cuenta los mecanismos de acción y cambio de los tratamientos (Dozois, 2013), ni otros objetivos como obtener trabajo, encontrar amigos o vivienda.
5. Se utilizan una multitud de instrumentos de medida para un mismo constructo (Cuijpers, 2019), que en ocasiones presentan bajos niveles de validez y fiabilidad.
6. Se estima que solo en un 45% de los ensayos en psicología se aplica evaluación ciega, cuando en medicina suele ser un 98% (Huhn et al., 2014).
7. En los ECAs el tratamiento "personalizado", aunque deseable, presenta limitaciones, ya que no es fácil manualizar tratamientos de forma flexible como para que puedan adaptarse al individuo sin perder un sentido homogéneo o común entre las intervenciones (Moriana y Martínez, 2011).
8. Efectos adversos de la terapia psicológica. Los efectos negativos de algunas psicoterapias y tratamientos son una realidad. Al igual que existen efectos secundarios en las terapias farmacológicas, las psicológicas también pueden generar efectos adversos, como los que se han indicado para las terapias de recuperación de recuerdos reprimidos, el *debriefing*, las técnicas de renacimiento o las intervenciones para infundir miedo (Berk y Parker, 2009; Lilienfeld, 2007). Incluso un número importante de pacientes adultos que participan en ensayos clínicos de psicoterapias (entre un 5 y un 10%) terminan peor que al inicio del tratamiento (Lambert y Ogles, 2004).
9. Dificultades para medir y controlar los efectos comunes a las diferentes terapias, como pueden ser la pericia clínica, la alianza terapéutica, la empatía, el carisma, habilidades del terapeuta, etc. (Stewart et al., 2012).
10. Como ocurre en otros ámbitos de la psicología, los ECAs también tienen problemas de replicación, sesgos de publicación (tendencia a publicar resultados positivos y no los negativos), "lealtad" al modelo psicoterapéutico del investigador, y prácticas de investigación cuestionables como la fabricación y falseamiento de datos. La psicología es una de las disciplinas más propensas a publicar resultados positivos (Aarts, 2015; Waters et al., 2020).
11. Se publican demasiados ensayos clínicos de baja calidad metodológica. Muchos ECAs en psicología no se registran previamente en un repositorio. Las revistas no controlan ni revisan la veracidad de muchos de los datos, y los autores no los facilitan de forma abierta, transparente y anónima. Muchas revistas no requieren informe sobre aprobación de las investigaciones por comités éticos. Además, las revistas, autores e instituciones utilizan frecuentemente criterios de evidencia diferentes.

LA APARICIÓN DE LAS PSEUDOTERAPIAS

Aunque llevan con nosotros desde siempre, la situación ha

empeorado con la fulgurante entrada en escena de las pseudoterapias. Muchas de ellas están disfrazadas de científismo y exprimen al máximo el efecto placebo, el *be-friendly* (ser amable o tratar al paciente como a un amigo), el carisma (y la manipulación) y las habilidades terapéuticas aplicadas a personas pre-dispuestas, algunas de ellas incluso desesperadas.

Se considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento ni en la evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad. Se basan en teorías que parecen científicas y muy lógicas, siendo los falsos terapeutas verdaderos especialistas en explicar de forma sencilla y para todos los públicos, teorías no contrastadas de una forma mucho más didáctica de lo que somos capaces de hacerlo muchos psicólogos, profesores y científicos.

Según la Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP), muchas personas acuden a curanderos y pseudoterapeutas porque el paciente se encuentra en una situación emocional de debilidad, porque requiere de una serie de necesidades que no están cubiertas por el sistema sanitario público o, simplemente, porque alguien lo ofrece como eficaz. Así mismo, las visitas a pseudoterapeutas se mantienen por comportamientos supersticiosos, casualidades, placebo, carisma, por compañía ante la soledad o, sencillamente, por estar en disposición de pagar porque alguien le preste atención.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó un documento en el que identificaba y analizaba 139 técnicas en el ámbito de las terapias naturales, de las cuales solo una parte (según el documento) tiene influencia directa sobre la salud y el resto van fundamentalmente dirigidas al "bienestar o confort del usuario". En este informe se afirma que la evidencia científica disponible sobre su eficacia es muy escasa y si bien en la mayoría de los casos estas terapias son inocuas, no están completamente exentas de riesgos. Precisamente, por esta razón, y aun en el supuesto caso de que fueran "inocuas", el ciudadano tendría el derecho de ser informado por la administración de las evidencias de una actividad ofertada como sanitaria, para que cada persona decidiera si finalmente quiere hacer uso de ella. Pero quizás, más apropiado que hacer un listado de pseudoterapias sería más pertinente hacer un listado de terapias eficaces con sus correspondientes niveles de evidencia.

Hay muchas terapias que se encuentran en sus inicios, en fases experimentales, en las que todavía no han tenido tiempo para la demostración empírica con estudios controlados. ¿Qué pasaría entonces con las nuevas terapias psicológicas? ¿Podrían quedar clasificadas como pseudoterapias? Podría darse el caso de que una nueva y moderna terapia psicológica antes de contar con ECAs u otras evidencias a su favor se clasifique como pseudoterapia. Por esta razón, lo más importante sería ir actualizando y publicitando aquellos tratamientos que aportaran evidencias y analizar su nivel y su correspondiente evolución. También, en algunas ocasiones, podría cambiarse la denominación "tratamiento" por otras

con otras implicaciones (p.ej. actividades no científicas ni sanitarias que podrían aumentar el bienestar personal).

¿POR QUÉ MUCHOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA NO UTILIZAN TBES?

Numerosos estudios sugieren que los hallazgos obtenidos por parte de la investigación tienen poco impacto sobre la práctica clínica, no llegando a consolidarse del todo en los ámbitos aplicados (Barlow et al., 2013; Fernández-Álvarez et al., 2020; Gálvez-Lara et al., 2019). Además, según Kazdin (2018, p. 82), "la mayoría de los tratamientos en uso no están respaldados por la evidencia y muchos tratamientos apoyados no son de uso generalizado".

La existencia de una brecha entre la investigación científica y la psicología clínica aplicada ha sido puesta de manifiesto por multitud de autores (Castonguay et al., 2013; Kazdin, 2018; Lilienfeld, 2010). Esta situación, además de ser una limitación profesional para el investigador y el clínico, puede tener un impacto negativo en el bienestar del paciente, porque si los resultados de la investigación no son aplicados a la práctica diaria, los pacientes no se podrán beneficiar del conocimiento acumulado ni de sus evidencias (Tasca et al., 2015).

Existen varios argumentos que podrían explicar las razones por las cuáles los psicólogos aplicados no usan o valoran los resultados derivados de la investigación científica. Los psicólogos clínicos sienten, a menudo, que los hallazgos de la investigación no reflejan la realidad de la práctica clínica (Tasca et al., 2015), por lo que, debido a la diferencia existente entre intervenir bajo condiciones controladas e intervenir en situaciones cotidianas, dichos hallazgos no pueden ser extrapolables a contextos de tratamiento habituales (McLeod et al., 2017).

Algunos terapeutas sugieren que existe una incompatibilidad entre centrarse en la alianza terapéutica y basar la práctica clínica en los resultados de la investigación, considerando que la alianza terapéutica es más importante que la técnica usada (Stewart et al., 2012). Además, afirman que no usan tratamientos manualizados debido a que los consideran muy rígidos, lo que iría en detrimento de la alianza terapéutica (Gyani et al., 2015).

A pesar del ingente esfuerzo realizado por las diferentes organizaciones para trasladar la información aportada por la investigación a los diferentes actores involucrados (p. ej. a través de la publicación de listados y guías de tratamiento de forma online), la mayoría de los avances en el terreno de los tratamientos psicológicos se divulgan a través de revistas científicas, pudiendo ocasionar que esa información no llegue a los sectores profesionales aplicados (Echeburúa et al., 2010). En este sentido, en una encuesta realizada a psicólogos clínicos, el 32% de los encuestados nunca leía revistas científicas (Beutler et al., 1995) y preferirían leer materiales que se centran en cómo practicar una determinada técnica (Stewart y Chambless, 2007). Una encuesta en la misma línea que la anterior, dio como resultado que las publicacio-

nes científicas eran la fuente de información menos útil para la práctica clínica, por detrás de la experiencia clínica acumulada y la consulta o supervisión profesional (Safran et al., 2011). Estos resultados han sido replicados por varias encuestas (Stewart et al., 2012; Stewart et al., 2018), por lo que podemos afirmar que la mayoría de los psicólogos clínicos se basan en su experiencia clínica o en la de sus compañeros para tomar sus decisiones de tratamiento, más que en los resultados aportados por la ciencia a través de las revistas científicas.

PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LOS ECAS Y DE LA INVESTIGACIÓN EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Entre tal magnitud de datos contradictorios, críticas, posicionamientos rígidos y dogmáticos quizás solo cabe apelar a la flexibilidad y humildad para reconocer las limitaciones de la psicología clínica aplicada e intentar adoptar posturas que puedan contribuir al desarrollo de nuestra disciplina desde un enfoque científico-experimental.

Creemos que todas las aproximaciones tienen postulados válidos, ventajas y limitaciones. Los efectos comunes de las psicoterapias y variables basadas en la interacción terapeuta-paciente y contexto son una realidad innegable, y tienen su efecto. Aunque quizás no esté lo suficientemente estudiado desde abordajes experimentales. Por otro lado, los enfoques centrados en las técnicas son necesarios porque, también cumplen una importante función y son una de las alternativas más plausibles de las que disponemos, aunque sea susceptible de mejoras.

Quizás, una posición integracionista con la ciencia como común denominador podría apoyar tanto los modelos basados en los aspectos comunes como los centrados en las técnicas, intentando que ambos posicionamientos se esfuercen por adoptar el método científico como vehículo para demostrar sus presupuestos y convertirlos realmente en evidencias. Si lo mejor que tenemos son los ECAs, y tienen muchas limitaciones, también debemos intentar trabajar en nuevos abordajes y métodos que aporten elementos más precisos a nuestros constructos, variables y medidas.

Algunas propuestas de mejora de los ECAs e investigación en tratamientos psicológicos, en general, podrían tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Incorporar la perspectiva de los pacientes (Cuijpers, 2019), que deberían ser mucho más consultados, involucrados e informados en todo lo relativo a la investigación y tratamientos implicados con su salud.
2. Intentar conseguir que las muestras sean realmente representativas. Potenciar las evaluaciones externas y el cegamiento de los evaluadores de los ECAs.
3. Intentar estudiar mejor los efectos comunes de las psicoterapias, en especial los asociados al terapeuta.
4. Establecer protocolos para aumentar la adherencia al tratamiento y los seguimientos.
5. Evaluar unidades de análisis simples que determinen por qué un determinado componente de un tratamiento es

- eficaz y potenciar la psicología clínica experimental y la traslación de sus resultados al ámbito aplicado.
6. Incorporar medidas psicofisiológicas (RDoC) y otras variables tanto cuantitativas como cualitativas, objetivas y subjetivas (calidad de vida, malestar subjetivo, etc.).
 7. Fomentar listados o bancos de recursos de evaluación que informen sobre las evidencias de los instrumentos (fiabilidad, validez).
 8. Construir redes de investigación orientadas a la práctica (Fernández-Álvarez et al., 2020).
 9. Respecto a la manualización de tratamientos, establecer un límite flexible entre concretar aspectos comunes o esenciales de las técnicas que sean compatibles con la individualización del tratamiento.
 10. Una alternativa a los grupos de lista de espera sería los grupos "be-friendly", donde el psicólogo adopta una postura amigable y de escucha durante un tiempo similar al del grupo experimental. Aumentar el número de brazos del ECA y añadir más grupos experimentales puede aumentar la calidad de los ensayos.
 11. La validación de tratamientos no solo debería considerar exclusivamente ECAs sino también otro tipo de estudios y diseños (diseños de caso único, de pocos sujetos).
 12. Recomendar el registro previo del protocolo de estudio (p. ej. clinicaltrials.gov; anzctr.org.au). Permitir que los datos estén disponibles en "open repositories" (p. ej. www.osf.io), lo que también beneficiaría la realización de metaanálisis y la transparencia en general.
 13. Potenciar el papel de instituciones externas a las que desarrollan el ECA para que supervisen el seguimiento y la calidad y facilitar las colaboraciones entre organismos y centros de investigación para garantizar un aumento de la potencia y un tamaño de muestra adecuado.
 14. Fomentar el desarrollo y uso de estándares de diseño y medición (Ryan et al., 2019). Por ejemplo:
 - ✓ CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). <http://www.consort-statement.org/>
 - ✓ PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). <http://www.prisma-statement.org>
 - ✓ EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency of Health Research). <http://www.equator-network.org/toolkits/peer-reviewing-research/>
 15. Que la comunidad científica adopte los mismos criterios para graduar la evidencia. Uno de los más utilizados es el sistema GRADE (Balshem et al., 2011) o el recientemente propuesto por Tolin y su equipo (Tolin 2020, Tolin et al., 2015).
 16. Potenciar instituciones que informen sobre evidencias y faciliten información que ayude al clínico a tomar una decisión para mejorar la elección de tratamientos (p. ej. Cochrane Collaboration, NICE; un ejemplo de buenas prácticas en España es Psicoevidencias; <https://www.p psicoevidencias.es/>).

En cuanto al papel y relevancia de las publicaciones científicas, Waters et al. (2020), plantean la adopción de "prácticas

de publicación de calidad" (*Quality Publication Practices-QPP*, lo que implicaría que investigadores, clínicos, revistas, instituciones sanitarias y organismos científico-profesionales se alineen en pro del aumento de la calidad de las publicaciones sobre tratamientos psicológicos. Aunque la mejora de las prácticas de publicación en revistas es un objetivo importante, todo no puede basarse exclusivamente en los artículos científicos. Las monografías, guías de tratamientos, guías de práctica clínica y las webs actualizadas deberían cobrar mayor protagonismo en la divulgación de tratamientos psicológicos.

CONCLUSIONES

Una de las claves más importantes del tema tratado en este artículo está relacionada con la educación y la información que tienen los ciudadanos en general, y los profesionales en particular, pasando por estudiantes, profesores y otros colectivos como asociaciones y colegios profesionales. ¿Cómo pueden saber qué tratamientos son eficaces? ¿Qué y cómo enseñamos en nuestras universidades?

En este sentido, consideramos necesario que los programas de formación universitaria (grado y posgrado), así como aquellos que acrediten o cualifiquen profesionalmente (Máster en Psicología General Sanitaria o P.I.R.), incluyan entre sus contenidos no solo cómo realizar ciertas terapias paso a paso, sino cómo y dónde encontrar información sobre TBEs que le sea útil al estudiante en el futuro profesional y cómo distinguir entre pseudoterapias y tratamientos con diferentes niveles de apoyo empírico. En consecuencia, una buena capacitación debería permitir al psicólogo actualizarse sobre los avances en tratamientos psicológicos, potenciando los beneficios que la formación continua tendría para los pacientes. Las guías clínicas, los listados y revisiones para valorar hasta qué punto un tratamiento es eficaz, aunque tengan limitaciones, son una medida necesaria y recomendable para mantener informados y actualizados a estudiantes clínicos, gestores-políticos y usuarios.

En lo que respecta a la población general, sería necesario aumentar sus conocimientos sobre los tratamientos psicológicos que están basados en la evidencia. Para ello, el Estado, las universidades y los colegios y asociaciones profesionales deberían facilitar y contribuir a la divulgación de la cultura científica en materia de tratamientos psicológicos. Así mismo, el ciudadano debería estar informado acerca de las pseudoterapias y de sus posibles efectos, incluso de la inocuidad. En el caso de que este tipo de actividades se ofrecieran a la población, en su descripción o recomendación deberían incluirse mensajes parecidos a los que informan de los efectos secundarios, síntomas adversos o contraindicaciones de los fármacos: *"este tipo de intervención no cuenta con evidencias científicas contrastadas, por lo que no podemos afirmar que sea eficaz para resolver su motivo de consulta. Parte de su efecto y posible bienestar podría deberse al efecto placebo (actividad que careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto favorable si la persona que lo recibe está convencida de que po-*

see realmente tal acción) y a otras circunstancias como su capacidad de sugestión, dependencia, desesperación, paso del tiempo, etc. Usted es libre de su consumo, pero le sugerimos que pregunte antes a su médico de familia y a otros profesionales colegiados e independientes y se informe bien antes de decidir si poner todas sus esperanzas y recursos en dicho procedimiento”.

En el ámbito de la psicología española quizás abusemos de un modelo basado en el adoctrinamiento, en intentar inculcar determinadas ideas o creencias y atacar ferozmente las que sean contrarias a nuestros posicionamientos. Esto debería llevar a plantearnos si por el contrario sería mejor migrar a un modelo basado en la educación, lo que implicaría desarrollar en nuestros alumnos, profesionales y ciudadanos la capacidad de análisis y crítica reflexiva, exponiendo de forma clara y accesible distintos puntos de vista que proporcionen todas las herramientas para tomar una decisión libre, lo más objetiva posible y fundamentada, con independencia de manipulaciones y adoctrinamientos.

En conclusión, no solo el psicoanálisis y la psicología humanista tienen problemas para demostrar la eficacia de sus actuaciones. Los modelos científicos también tienen importantes dificultades y muchos retos por delante. Quizás se acerque el momento de que más que criticarse los unos a los otros, cada uno intente mirar hacia sí mismo, con una cierta dosis de autocritica y hacer todo lo posible por contribuir a la mejora de la psicología como disciplina científica.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Aarts, A. A., Anderson, J. E., Anderson, C. J., Attridge, P. R., Attwood, A., Axt, J., et al. (2015). Psychology. Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), <http://dx.doi.org/10.1126/science.aac4716>.
- Akobeng, A. K. (2005). Understanding randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 840-844. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.058222>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ... Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Berk, M. y Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794. <https://doi.org/10.1080/00048670903107559>
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J. y Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984-994. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.984>
- Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1): 87-106.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W. y McAleavy, A. (2013). Practice oriented research: Approaches and applications. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 43-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Cuijpers, P. (2019). Targest and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18, 276-285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M. y Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 21-30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>
- Cuthbert, B. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13, 28-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0031125>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D.M. y Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>
- Estupiñá, F. J. (2012). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica. En F. J. Labrador y M. Crespo (Coors.). *Psicología basada en la evidencia* (pp. 47-59). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez-Penedo J. M. y Youn, S. J. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41(2),

- 81-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psciol2020.2932>
- Fonagy, P. y Clark, D. (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 Bulletin*, 39, 248-251. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22 (3), 201-204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., Sánchez-Raya, A. y Moriana, J. A. (2018). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 21, 366-387. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J. y Moriana, J. A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30(3), 115-122. <https://doi.org/10.5093/cly-sa2019a12>
- González-Blanch, C. y Corral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psciol2017.2828>
- Gyani, A., Shafran, R., Rose, S. y Lee, M. (2015). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 436-448. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001069>
- 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 metaanalyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706-715. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112/>
- Johnstone, L. y Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Overview.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations and next steps. *American Psychologist*, 66, 685-698. <https://doi.org/10.1037/a0024975>
- Kazdin, A. E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery*. New York: Oxford University Press.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Wright, A.G.C. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- 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.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Psychological Science*, 2, 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49, 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.024>
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M., Jensen-Doss, A., Hogue, A., Kendall, P. C. y Weisz, J. R. (2017). Benchmarking treatment adherence and therapist competence in individual cognitive-behavioral treatment for youth anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. doi: 10.1080/15374416.2017.1381914
- Michie S, Atkins L y West R. (2014) *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions*. London: Silverback Publishing.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M. y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morrow-Bradley, C. y Elliott, R. (1986). The utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. Melbourne: PACFA.
- Palpacuer, C., Gallet, L., Drapier, D., Reymann, J., Falissard, B. y Naudet, F. (2017). Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.015>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psciol2019.2877>
- Primero, G. y Moriana, J. A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 189-207. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i2.2107>
- Ryan, K. M., Zimmer-Gembeck, M. J., Neumann, D. L. y Wa-

- ters, A. M. (2019). The need for standards in the design of differential fear conditioning and extinction experiments in youth: A systematic review and recommendations for research on anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *112*, 42-62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.009>
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J. y DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(4), 357-371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: a search for consensus. *Behavior Therapy*, *48*(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Steiner, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. y Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, *174*, 943-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 267-281. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. y Stirman, S. W. (2018). Decision making and the use of evidence-based practice: Is the three-legged stool balanced? *Practice Innovations*, *3*(1), 56-67. <https://doi.org/10.1037/pri0000063>
- Stewart, R. E., Stirman, S.W. y Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*, 100-109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. y Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 963-972. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.963>
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. y Salkovskis, P. M. (2007). "Contents May Vary": A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*(3), 273-282. <https://doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, *52*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0038252>
- Tolin, D. F. (2020). Advances in the identification of empirically supported psychological treatments. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *00*:e12356. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12356>
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D. y Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *22*(4), 317-338. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L. y Vermeiren, R. R. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems. A meta analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*, 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, *7*, 21-43. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331853>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, *62*, 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Waters, A. M., LeBeau, R. T., Young, K. S., Dowell, T. L. y Ryan, K. M. (2020). Towards the enhancement of quality publication practices in clinical psychological science. *Behaviour Research and Therapy*, *124*, 103499. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103499>
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63* (5), 688-701. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.688>
- Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 875-899. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.875>
- Westen, D., Novotny, C. M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*, 631-663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Wood, A.M., White, I.R. y Thompson, S.G. (2004) Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, *1*, 368-376. <https://doi.org/10.1191/1740774504cn032oa>



EL DIAGNÓSTICO DE ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS EN EL DSM-5 Y LA CIE-11: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA CLÍNICOS

THE DIAGNOSIS OF VIDEO GAME ADDICTION IN THE DSM-5 AND THE ICD-11: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR CLINICIANS

Xavier Carbonell

FPCEE Blanquerna

El trastorno de juego por internet (conocido como adicción a videojuegos) se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente y recurrente que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo por un periodo de 12 meses. El objetivo del presente análisis del estado de la cuestión es comentar los retos y oportunidades del DSM-5 y la CIE-11 para su diagnóstico dada su actualidad y su rápida evolución. Para ello se revisan las posibles adicciones tecnológicas que no están incluidas en el DSM-5, sus ventajas y retos y oportunidades y se comentan algunos de ellos: gravedad de los síntomas y del trastorno, el riesgo de patologizar la vida cotidiana, edad de la población afectada, los juegos freemium y los pay-to-play, los e-Sports y la cartera de servicios de salud.

Palabras clave: Trastorno de juego por internet, Video game addiction, DSM-5, CIE-11.

Internet gaming disorder (IGD) (formerly known as video game addiction) is characterized by a pattern of persistent and recurring video game behavior leading to clinically significant impairment or distress for a period of 12 months. The objective of the following state-of-the-art analysis is to comment on the challenges and opportunities of the DSM-5 and ICD-11 regarding the diagnosis of IGD that is still being developed. With this purpose in mind, possible technological addictions that are not included in the DSM-5 are reviewed and some of their advantages, challenges, and opportunities are commented on, including severity of effects, age of the most affected population, freemium vs. pay-to-play games, the risk of pathologizing daily life, e-Sports, and the health services portfolio.

Key words: Internet gaming disorder (IGD), Gaming disorder (GD), Video game addiction, DSM-5, ICD-11.

El objetivo del presente análisis del estado de la cuestión es comentar los retos y oportunidades que la inclusión del *internet gaming disorder* en la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y del *gaming disorder* en la CIE-11 (World Health Organization, 2018) supone para el diagnóstico de adicción a videojuegos. Antes de empezar, sin embargo, es necesario tener en cuenta algunas limitaciones de nuestro trabajo. En primer lugar, la evolución trepidante de este entretenimiento dejará obsoletos muchos videojuegos y como ya ha sucedido con *Tetris*, que en el verano de 2019 cumplió 35 años y *Pong* o con la clásica video consola *Game Boy*. En segundo lugar, hemos de tener presente que no se ha alcanzado el pleno consenso entre los investigadores y, por tanto, se mantiene la controversia sobre la conceptualización y el diagnóstico de la adicción a videojuegos (Aarseth et al., 2016; Griffiths et al., 2016, 2017; Kardefelt-Winther, 2015). Todo ello obligará a revisar nuestras consideraciones que corren el riesgo de ser superadas por los avances tecnológicos.

El DSM-5, fiel a los principios de las ediciones anteriores, hereda sus críticas y virtudes y deviene una fuente de retos para clínicos e investigadores. Empezaremos por lo que el DSM-5 no considera una adicción. Y lo que este manual omite es mucho. En esta lista de posibles adicciones conductuales podrían figurar las compras, el tango (Targhetta et al., 2013), la danza (Maraz et al., 2015), el tarot (Grall-Bronnec et al., 2015; Tomás, 2019), el bronceado (Nolan & Feldman, 2009), Harry Potter (Rudski et al., 2009), el estudio (Atroszko et al., 2015), el trabajo (Orosz et al., 2015; Quinones & Griffiths, 2015), la cirugía estética (Suissa, 2008), hablar (Bostrom & Harrington, 1999; McCroskey & Richmond, 1993, 1995), los juegos de mesa de Star-Wars (Calvo et al., 2018) y otras conductas de las que se han publicado artículos científicos señalando sus posibles consecuencias de tipo adictivo. Sin embargo, solo la adicción al sexo, al ejercicio y a las compras merecen un comentario específico del DSM-5 cuando en la página 481 declara que "No hay suficiente evidencia para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones del curso de la enfermedad necesarias para identificar estas conductas como trastornos mentales". No nos detendremos a valorar si el DSM está en lo cierto y nos centraremos en tres adicciones tecnológicas excluidas explícitamente del DSM-5.

Recibido: 19 diciembre 2019 - Aceptado: 21 abril 2020

Correspondencia: Xavier Carbonell. FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. C/ Císter, 34. 08022 Barcelona. España.

E-mail: xaviercs@blanquerna.url.edu



- ✓ *Non-Internet computerized games*: “Podrían incluirse pero han sido menos investigados” (p. 796). Es decir, no contempla los videojuegos sin conexión a Internet pero al mismo tiempo abre la puerta con la expresión ‘podrían incluirse’.
- ✓ Redes sociales online como Facebook y Pornografía en línea: “No se consideran análogas al *Internet Gaming Disorder*” (p. 797). Sin duda, el debate sobre la capacidad adictiva de las redes sociales no es un debate cerrado. Nosotros defendemos que no es adecuado utilizar el término adicción en relación a las redes sociales y que utilizar el marco de la adicción para explicar su uso intensivo es excesivamente reduccionista (Carbonell & Panova, 2017).
- ✓ Adicción a Internet: “El uso recreacional o social de internet no es un trastorno” (p. 796). El DSM es muy escueto en este punto y no profundiza en explicaciones sobre la tecnología con la que se inició la era moderna de las adicciones tecnológicas (Griffiths, 1995; Kraut et al., 1998; Young, 1998). En nuestra opinión, el DSM-5 toma esta decisión porque Internet no es más que el medio que nos permite acceder a las aplicaciones y páginas web (Carbonell et al., 2012). El problema puede ser apostar en línea pero no lo es Internet.

Hay una cuarta adicción tecnológica sobre la que existe abundante literatura científica que no se menciona en el DSM-5: la adicción al teléfono móvil. Desde nuestro punto de vista, el móvil es una plataforma, que al igual que Internet, permite el acceso a *apps*, páginas *web* de compañías aéreas, predicción del tiempo, redes sociales, pornografía, videojuegos, apuestas, extractos bancarios, etc. pero el problema, si existe, no puede estar en el medio que utilizamos para acceder a esa información y/o comunicación. Sería algo así como confundir la adicción al alcohol con la adicción al vaso o a la botella, que son los recipientes que utilizamos para conservar o ingerir el alcohol (Panova & Carbonell, 2018).

Lo que no se puede negar es que el teléfono inteligente ha conseguido que muchas conductas sean más accesibles. Si antes se debía esperar a llegar a casa para consultar las redes sociales en el ordenador ahora es posible, llevarlo a cabo inmediatamente, en la absoluta privacidad, inmediatamente y en una gran variedad de lugares. De alguna forma, se puede comparar el móvil, con el cigarrillo. El formato cigarrillo es un producto industrial de los más exitosos del siglo XX cuyo precio, disponibilidad y facilidad de uso ha popularizado el consumo de nicotina donde ni el puro ni la pipa ni el rapé ni el tabaco mascado podrían haber llegado. Sin embargo, el cigarrillo no es el problema, si lo es la nicotina. Es decir, el teléfono inteligente incrementa el riesgo adictivo de algunas conductas que se pueden ejecutar cómodamente y ser reforzadas inmediatamente pero ni el móvil ni Internet son el problema. Ello sin olvidar que el móvil es una plataforma en constante evolución y que el problema se

sitúa en el uso de alguna de sus aplicaciones y no en la plataforma en sí como sucede con el ordenador personal. *Computer addiction* (Shotton, 1989) es un término que ha quedado anticuado porque se centraba en el dispositivo y no en sus usos.

Según Goodman (1990), la adicción define una condición por la cual un comportamiento problemático se caracteriza por un fallo recurrente para controlar el comportamiento y por continuar el comportamiento a pesar de las consecuencias negativas significativas. Los síntomas de adicción propuestos por Griffiths son la modificación del estado de ánimo, la tolerancia, la prominencia, los síntomas de abstinencia, el conflicto y la recaída (Griffiths, 1995, 2005). Sin embargo, las descripciones de estos criterios pueden cubrir un amplio espectro de severidad, que puede ser más o menos significativo. Recientemente, Saunders et al. (2017) declararon que en el borrador de la CIE-11, las características principales de la dependencia de sustancias son (a) un fuerte impulso interno para consumir la sustancia, junto con una capacidad deteriorada para controlar ese consumo; (b) prioridad al consumo de la sustancia que a otras actividades; y (c) persistencia de su consumo a pesar del daño y las consecuencias adversas. Según Carbonell et al. (2008) los elementos diagnósticos esenciales de las adicciones son la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales. La dependencia psicológica incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible (*craving*), la polarización o focalización atencional, la modificación del estado de ánimo (sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de la conducta; placer o alivio o incluso euforia mientras se realiza la conducta; agitación o irritabilidad si no es posible llevar a cabo la conducta) y la incapacidad de control e impotencia. Los efectos perjudiciales tienen que ser graves y alterar tanto el ámbito intrapersonal (experimentación subjetiva de malestar) como el interpersonal (trabajo, estudio, finanzas, ocio, relaciones sociales, problemas legales, etc.). Específicamente, sobre la adicción conductual, Kardefelt-Winther et al. (2017) propusieron una definición de dos componentes: (a) deterioro funcional significativo o angustia como consecuencia directa del comportamiento y (b) persistencia en el tiempo. Por lo tanto, podemos resumir la definición teórica de la adicción a partir de sus diversas fuentes en dos puntos clave: (a) el daño (grave), el deterioro o las consecuencias negativas y (b) la dependencia psicológica (deseo, focalización y pérdida de control) y física (tolerancia y abstinencia) que conduce a perpetuar la conducta.

Como es conocido, para el DSM-5 la característica esencial de la adicción a los videojuegos en línea es la participación recurrente y persistente durante muchas horas en videojuegos, normalmente grupales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo por un periodo de 12 meses (American Psychiatric Association, 2013). Estos criterios contemplan síntomas sociales, psicológicos e incluso tolerancia y abstinencia.

Para la CIE-11, el trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persis-



tente o recurrente (“juegos digitales” o “videojuegos”), que puede ser en línea (es decir, por internet) o fuera de línea. Es decir, a diferencia del DSM considera, al igual que para el trastorno por juego de apuestas, que los videojuegos fuera de línea (sin conexión a Internet) también son adictivos. Según la Organización Mundial de la Salud el trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por: a) Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); b) Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y c) Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. Al igual que el DSM-5, requiere un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico.

Las dos clasificaciones nosológicas parecen tener las propiedades psicométricas adecuadas (Montag et al., 2019), aunque el enfoque de la OMS podría ser más útil para el clínico porque hace hincapié en los dos aspectos básicos de una adicción (Sánchez-Carbonell et al., 2008): a) Dependencia psicológica, observada en la pérdida de control, el deseo intenso, la fluctuación estado ánimo y la focalización; y b) Consecuencias graves, intrapersonales (físicas y/o psicológicas) y/o interpersonales (académicas, laborales, familiares, económicas, legales, ...). Parece, por tanto, que ambos sistemas coinciden con la excepción de que para la CIE-11 el trastorno puede darse también en videojuegos que no se conectan a Internet.

VENTAJAS

Sin duda, la primera aportación del DSM y de la CIE-11 es separar el grano de la paja, lo que es un trastorno de lo que es una preocupación social, lo que es una adicción de lo que es un malestar transitorio. Pese a sus limitaciones, los criterios del DSM-5 y de la CIE-11 son el primer paso para distinguir entre diferentes videojugadores por entretenimiento, con alto compromiso, problemáticos, profesionales y adictos.

Gracias a los criterios se han empezado a desarrollar herramientas diagnósticas para ayudar a clínicos e investigadores en su diagnóstico. Entre estos test podemos destacar el Internet Gaming Disorder Scale- 20 (Pontes & Griffiths, 2015) adaptado al castellano (Fuster et al., 2016), el Internet Gaming Disorder Scale- short form – 9 (Pontes & Griffiths, 2015) y su adaptación española (Beranuy et al., 2020) y el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Videojuegos (CERV) (Chamarro et al., 2014). También se puede consultar la revisión de los instrumentos de medida para jóvenes y adolescentes según criterios DSM-5 (Bernaldo-de-Quirós et al., 2019). Pese al avance que suponen siguen siendo necesarios más estudios con población clínica (Bernaldo-de-Quirós et al., 2019).

RETOS Y OPORTUNIDADES

Vamos a detenernos ahora en algunos de los retos que, a nuestro modo de ver, plantea el diagnóstico de la adicción a videojuegos

Gravedad de los síntomas. Es necesario que las consecuen-

cias sean graves. En esencia, cuando comparamos el deterioro físico debido a sustancias como el alcohol, la cocaína o la heroína, con el deterioro debido a los videojuegos, emerge una diferencia importante: las consecuencias físicas de los videojuegos son menos graves que las del consumo de sustancias, tanto que podría hacer que pasáramos por alto el problema. En cuanto al deterioro funcional se debe investigar su intensidad y compararlo con el que causan las drogas pero, hasta el momento, la mayoría de estudios para validar escalas de adicción son transversales y utilizan muestras no clínicas de jugadores plenamente integrados, resaltando la necesidad de utilizar muestras clínicas (Kuss & Griffiths, 2012; Torres-Rodríguez et al., 2018).

Gravedad del trastorno. A diferencia de lo que ocurre con el trastorno por dependencia de sustancias, el DSM-5 no establece una gradación entre leve, moderado o grave. Esta gradación parece especialmente importante en una conducta en la que el continuum normalidad – patología es tan evidente

Patologizar la vida cotidiana. Un riesgo evidente es el de patologizar a millones de video jugadores en todo el mundo (Griffiths et al., 2017; Kardefelt-Winther, 2015) Por ejemplo, la onicofagia es un hábito inadecuado con consecuencias perjudiciales (Ghanizadeh & Shekoochi, 2011; Tanaka et al., 2008) que comparte algunos síntomas de una adicción conductual (por ejemplo, pérdida de control, incapacidad de abstinencia) pero, a falta de consecuencias graves, no se considera un trastorno mental. No conviene patologizar la vida cotidiana (Billieux et al., 2015; Frances & Widiger, 2012; Petry & O’Brien, 2013). Un caso similar podría ser la ‘adicción al chocolate’ que no conviene equiparar a la de las sustancias que alteran el sistema nervioso central (Petry & O’Brien, 2013).

Los videojuegos evolucionan. Los videojuegos están en permanente evolución y esta evolución está apoyada por una poderosa industria. Las mecánicas de juego, es decir, las acciones de los jugadores para modificar la posición y características concretas de todos los objetos y entornos de un juego en un momento preciso en el tiempo varían en función de la tipología del videojuego y han evolucionado tanto o más que los gráficos. Poco tiene que ver entre sí videojuegos de entretenimiento como PONG, Pokemon Go, Call of Duty o World of Warcraft (Carbonell, 2017).

La importancia del avatar. Hasta mediados de esta década los artículos científicos se interesaban por la adicción a videojuegos tipo Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (MMORPG) como el World of Warcraft (Fuster et al., 2014; Smahel et al., 2008). En estos, el jugador crea un avatar que le representa en el juego y que tiene un aspecto y unas cualidades que pueden provocar una identificación y que este vivir la vida de este avatar sea más reforzante que la vida diaria aburrida o fracasada o solitaria (Li et al., 2013). Sin embargo, la popularidad de este tipo de juegos ha descendido y ha dejado paso a juegos en equipo, por ejemplo, el League of Legends, o individuales, por ejemplo Fortnite, en los que se puede competir en estadios y retransmitir los enfrentamientos por televisión en streaming.



¿Consecuencias cambiantes? Si hemos puesto de manifiesto que los videojuegos evolucionan es lógico que evolucionen sus consecuencias. Recurriendo a un paralelismo con la adicción a sustancias, no se esperan los mismos síntomas de una adicción a la heroína de una adicción al tabaco porque tienen las mismas consecuencias sobre la salud ni el bienestar individual o social. Algo similar podría ocurrir con los videojuegos, los síntomas de la adicción a un videojuego en el que está en juego la identidad como el *World of Warcraft* podrían no ser comparables con los de un videojuego en equipo. Necesitamos distinguir las consecuencias que pueden tener los diferentes videojuegos para diseñar las intervenciones eficaces para videojuegos de muy diversa índole.

Edad de la población afectada. El DSM-5 y la CIE-11 están pensados para adultos. Sin embargo, la gran mayoría de consultantes son familiares de adolescentes con lo que corremos el riesgo de aplicar criterios para adultos a adolescentes y niños y no utilizar los criterios verdaderamente relevantes para detectar esta sintomatología en los adolescentes relevantes para los adolescentes. Otro reto en relación a la edad de la población afectada es la estabilidad del trastorno. Mientras que en el caso de los adultos los 12 meses que se requieren para el diagnóstico son útiles para distinguir un trastorno mental de un malestar transitorio, en niños y adolescentes este periodo de tiempo puede ser demasiado extenso. Sin embargo, se hace difícil establecer de forma clara y precisa lo que es un jugador social, excesivo, problemático y adictivo especialmente en adolescentes y jóvenes (Bernaldo-Quirós et al., 2019; Carbonell et al., 2016). Una alternativa sería recurrir a usar herramientas diagnósticas que permitan una evaluación de la gravedad con puntuaciones normalizadas, sin recurrir a criterios diagnósticos (Bernaldo-Quirós et al., 2019).

Tiempo invertido. No es tan importante el tiempo que se invierte en jugar como las consecuencias negativas que se pueden derivar (Charlton & Danforth, 2007, 2010; Wood & Griffiths, 2007). El tiempo dedicado a jugar impide el desarrollo de otras actividades y puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales (Snodgrass et al., 2011). Esta aparente contradicción se refleja también en los criterios del DSM-5 y de la CIE-11; en ninguno de los dos casos se utiliza el tiempo que se juega como criterio diagnóstico, algo similar ocurre con los criterios para el diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias que no recogen la cantidad de sustancia consumida.

Etiqueta diagnóstica y estigma. Algunos críticos argumentan que una etiqueta diagnóstica puede marcar el desarrollo de un adolescente. Hay que ser muy cautos antes de establecer un diagnóstico mental que acompañara a esa persona a lo largo de su vida y que puede ser más incapacitante que el propio trastorno. En muchos casos, será más beneficioso evitar utilizar una etiqueta diagnóstica para no patologizar y estigmatizar la vida de un adolescente y aceptar que estamos atendiendo a una posible etapa de su desarrollo.

Controversia y consenso. Tampoco debemos olvidar que todavía hay problemas con el diagnóstico de abuso de sustan-

cias y que estamos en los orígenes de un posible trastorno en constante evolución. Por ejemplo, en el DSM-5, la cafeína es una sustancia que produce intoxicación y abstinencia, pero no se considera que el consumo excesivo de cafeína provoque un trastorno por consumo de sustancias como alcohol, nicotina o cannabis. Curiosamente, el trastorno por consumo de cafeína también aparece en la Sección 3 ("Condiciones para estudios posteriores"), justo en las páginas previas al IGD (APA, 2013, p. 792). Y eso que conocemos desde hace muchos años los efectos de la cafeína y se han podido observar sus efectos en multitud de medios y de personas (Addicott, 2014; Budney & Emond, 2014). Si todavía la cafeína genera estas dudas, es lógico que también suceda con los videojuegos (Griffiths et al., 2016, 2017).

Video game industry against Internet Gaming Disorder: The match of the century. Cuando se utiliza la expresión el partido del siglo se puede referir al encuentro que enfrentó a Boris Spasky y Bobby Fisher en Reikiavik en 1972 o la pelea que enfrentó a Muhammad Ali y Joe Frazier en 1971. El reto para los profesionales de la salud es enfrentarse al diagnóstico teniendo en cuenta que para llegar ser un videojugador profesional es necesario invertir muchas horas entrenando y compitiendo. Es necesario distinguir entre el "alto compromiso" propuesto por Charlton y Danforth (2007, 2010) y los comportamientos adictivos. Obviamente, un principiante de *League of Legends* necesita un período de entrenamiento y práctica para convertirse en profesional. ¿Cómo debemos referirnos a este período de tiempo: ¿alto compromiso?, ¿uso problemático?, ¿pre-profesional?, ¿aficionado?, ¿jugador profesional? Sin duda, debemos preguntarnos si aplicaríamos los mismos criterios diagnósticos a un jugador de eSports que de bridge.

Tres millones de dólares están en juego. Esta es la cifra que ganó en julio de 2019 Kyle Giersdorf, un videojugador de 16 años, más conocido por su seudónimo Bugha (Del Palacio, 2019). Y más cuando la industria del entretenimiento y de la televisión invierte en Las Vegas buscando un cliente potencial más joven tanto como alternativa al público que acude a un combate de boxeo como al que apuesta en los casinos. Se hace conveniente huir de un posible enfrentamiento con la industria para buscar vías de colaboración constructivas pero que al mismo tiempo superen el modelo de 'jugador responsable' o 'bebedor responsable' que la industria construyó para los juegos de azar y el consumo de alcohol.

Los e-Sports deporte de exhibición en Tokio 2020. Este debate tiene lugar cuando estaba previsto que los eSports fueran deporte de exhibición en Tokio 2020. Según el diario Marca, se repartirán 500.000 dólares en premios en dos torneos: uno de *Rocket League* (fútbol con vehículos) y otro de *Street Fighter V* (peleas) (Redacción, 2019). Si los Juegos Olímpicos hubieran comenzado el 24 de julio de 2020, las finales de estas competiciones electrónicas se hubieran llevado a cabo en el Zepp Diver City de Tokio del 22 al 24 de julio, justo para empalmar con el gran evento. A mayor abundamiento, clubs de fútbol profesional como Real Madrid



(Mateo, 2018; Redacción Marca, 2019), Barcelona (Redacción, 2018) y Valencia (Wikipedia, 2019) y Sevilla están preparando su participación en competiciones de eSports. Aquí, el papel de las instituciones deportivas puede ser trascendental. Conviene recordar a este respecto que el bridge y el ajedrez son deportes sin actividad física que pertenecen a la *Association of IOC Recognised International Sports Federations* (ARISF, 2020) una organización constituida y reconocida por el Comité Olímpico Internacional cuyos miembros son federaciones deportivas internacionales que no compiten en los Juegos Olímpicos de ni de verano ni de invierno entre las que figuran, además de los dos mencionados, y entre otros la pelota vasca, las carreras de orientación o el polo. Por ejemplo, la actividad del ajedrecista es eminentemente cognitiva y puede aumentar el nivel de concentración, mejorar el trabajar bajo presión, desarrollar la capacidad de recordar, ejercitar la orientación espacio-temporal y la concentración, facilitar la gestión de resolución de problemas y generar capacidad analítica (González, 2017).

Contexto cultural y adaptación social. No podemos olvidar el lugar y el momento en que se juega. Algunos países asiáticos, como Taiwán, Corea del Sur y China, son más propensos al diagnóstico de los jóvenes inmersos en videojuegos porque la sociedad (y sus psicólogos y psiquiatras), tienen una consideración más estricta de pérdida de tiempo y rendimiento académico que en los países occidentales. En segundo lugar, ¿aplicaríamos los mismos criterios diagnósticos a un jugador de ajedrez que a un jugador de *Fortnite* o de *League of Legends*? Necesitaremos algunos años para comprender en su globalidad como afectan los videojuegos a sus seguidores.

Comorbilidad. Se ha apuntado que los adictos adolescentes tienen más riesgo de estar diagnosticados de depresión y de conducta desafiante (Jo et al., 2019). Hasta el momento, no se ha reportado comorbilidad con consumo o adicción a drogas. Es importante estar atento a otros posibles trastornos primarios o secundarios. Ligado a la comorbilidad está el reto de establecer tipologías de adictos a las que llegaremos cuando avancemos en la comprensión del trastorno (Jo et al., 2019; Martín-Fernández et al., 2016).

Repercusión económica. Aunque en algunos juegos se puede gastar mucho dinero la consecuencia negativa de la pérdida económica es muy relativa. Sin duda, el juego de apuestas es mucho más fácil de diagnosticar debido a las pérdidas económicas y a las consecuencias psicológicas y sociales consecuentes aunque en algunos juegos *freemium* y *pay-to-play* y *play-to-win* se puede gastar mucho dinero real, tal como comentamos a continuación.

¿Y qué pasa con los juegos *freemium* y *pay-to-play* y *play-to-win*? *Freemium* (contracción en inglés de las palabras *free* y *premium*) es un modelo de videojuego que funciona ofreciendo servicios básicos gratuitos, mientras se cobra dinero por otros servicios más avanzados o especiales (por ejemplo, los disfraces del *Fortnite*). Estos micropagos o microtransacciones son de uso único y se tiene que volver a pagar para, por ejemplo, “comprar” moneda virtual para el juego, o una caja de botín, cofre o caja sorpresa de contenido aleatorio (*loot box* tal como

se conoce en inglés); por lo tanto, los juegos gratuitos a menudo no son completamente gratuitos. ¿Y con los juegos *pay-to-play*? En estos juegos se paga por jugar, por mantener activa la cuenta o por jugar dentro de otro juego. Por último, en el modelo *pay-to-win* más frecuente en los juegos casuales de móvil y redes sociales en el que para mejorar la experiencia o para ganar se tiene que pagar; es una forma de cambiar el tiempo necesario para progresar por dinero (Carbonell et al., 2016; Miguel, 2019). Es en estos modelos donde las fronteras entre el *gaming* (los video juegos) y el *gambling* (juego de apuestas) tienden a desvanecerse porque hay adultos y jóvenes que pueden gastar cantidades importantes de dinero real.

Potencial adictivo offline frente al online. Pese a que la OMS considera que la adicción fuera de línea es posible cada vez se hace más difícil entender un videojuego que de alguna forma no sea en línea, sea para interactuar durante el juego, comentar su ranking en redes sociales o visionarlo en *streaming* (televisión por Internet que retransmite acontecimientos frecuentemente deportivos o musicales, en directo o en diferido). Un videojuego de ‘consola’ o *offline* tiene un principio y un final y los diseñadores calculan el tiempo que un jugador medio necesita invertir para ‘superar las pantallas’. En estos videojuegos, independientemente de su modalidad, el jugador acostumbra a jugar en solitario contra una inteligencia artificial o en multi-jugador en partidas cooperativas o competitivas que suelen aglutinar entre dos y 64 jugadores. Estallo et al. (2001) analizaron el potencial adictivo de estos juegos y concluyeron que era bajo. Sin embargo, la capacidad adictiva de los video juegos en línea es mayor. Por ejemplo, los *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games* (MMORPG) presentan mundos complejos y persistentes cohabitados por miles de usuarios. En estos mundos la interacción con otros jugadores es el mejor modo de progresar y, en consecuencia, tienen sistemas específicos que rigen la formación de grupos o clanes con los mismos objetivos que implican una presión social de jugar (Carbonell et al., 2016).

Perspectiva de género. La incorporación de la mujer hace necesario una perspectiva de género para abordar el diagnóstico y tratamiento de la adicción a videojuegos como ha sucedido con las adicciones a sustancias. La industria tiene un especial interés en que las mujeres se incorporen en la misma proporción que los hombres a los videojuegos para doblar el número de clientes potenciales

Otras plataformas de juego. La incorporación de la *tablet* y el teléfono inteligente como plataformas de juego es un reto para los diseñadores pero también para los clínicos. La plataforma (tableta, teléfono inteligente, ordenador, videoconsola) puede influenciar en cómo se manifiestan los síntomas y la rapidez de instauración.

Incorporar el tratamiento de la adicción a los videojuegos a la cartera de salud. Y, por último, y a lo mejor lo más importante, es que cuando la CIE-11 sea oficial en 2022, el trastorno por juego será considerada oficialmente un trastorno y como tal deberá ser atendido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y de las compañías aseguradoras.



EN ESENCIA

El valor de este análisis del estado de la cuestión radica en aportar un punto de vista a un tema novedoso y controvertido. En el DSM-5, como ustedes saben, se pueden subrayar dos hitos importantes para las adicciones conductuales. El primero es incluir el *Gambling Disorder* (juego patológico en la traducción oficial al castellano) en el mismo nivel que las adicciones a sustancias. El DSM siempre había sido reacio a reconocer que las adicciones conductuales son un trastorno mental, a este efecto, se puede recordar que en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR se incluía el juego patológico en el apartado de "Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados". El *Gambling Disorder* se incluye en el capítulo *Substance-related and addictive disorders* con el argumento de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas y producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por sustancias.

El segundo hito es la inclusión del *internet gaming disorder* (IGD) en la sección tercera, la de los diagnósticos que necesitan más investigación (p.795-798). Por su parte, la OMS da un paso más y reconoce plenamente el *gaming disorder* en la CIE-11.

Sin duda, incorporar la adicción a videojuegos en los manuales diagnósticos nos va a permitir mejorar el diagnóstico y tratamiento de las adicciones tecnológicas (Montag et al., 2019; Petry & O'Brien, 2013). Parece, por tanto, que la primera aportación del DSM-5 y de la CIE-11 es que nos ayudaran a discernir entre trastorno y preocupación social. Los criterios permitiran distinguir entre los videojugadores por entretenimiento, con alto compromiso, problemáticos, profesionales y adictos y ya se han empezado a desarrollar herramientas diagnósticas contrastadas.

La adicción a videojuegos es un desafío especialmente interesante para los clínicos porque es necesario responder a los retos sobre la gravedad de los síntomas y el trastorno, las tipologías de jugadores y de adictos, la comorbilidad, la evolución de los videojuegos, el contexto y la adaptación social y en la que, la novedad del trastorno, la presión social y la industria van a dificultar llegar a un consenso sobre su diagnóstico y tratamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara la ausencia de conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deleuze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., Haagsma, M. C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Nielsen, R. K. L., Prause, N., ... Van Rooij, A. J. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 1-4. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
- Addicott, M. A. (2014). Caffeine use disorder: A review of the evidence and future implications. *Current Addiction Reports*, 1(3), 186-192. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0024-9>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- ARISF. (2020). *Association of IOC Recognised International Sport Federations*. <https://www.arisf.sport/>
- Atroszko, P. A., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Pallesen, S. (2015). Study addiction – A new area of psychological study: Conceptualization, assessment, and preliminary empirical findings. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 75-84. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.007>
- Beranuy, M., Machimbarrena, J. M., Vega-Osés, M. A., Carbonell, X., Griffiths, M. D., Pontes, H. M., & González-Cabrera, J. (2020). Spanish validation of the internet gaming disorder scale-short form (IGDS9-SF): Prevalence and relationship with online gambling and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Sánchez-iglesias, I., & Labrador, F. J. (2019). Instrumentos de medida del trastorno de juego en internet en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5: una revisión sistemática. *Adicciones, online first*. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1277>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119-123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Bostrom, R. N., & Harrington, N. G. (1999). An exploratory investigation of characteristics of compulsive talkers. *Communication Education*, 48, 73-80. <https://doi.org/10.1080/03634529909379154>
- Budney, A. J., & Emond, J. A. (2014). Caffeine addiction? Caffeine for youth? Time to act! *Addiction*, 109(11), 1771-1772. <https://doi.org/10.1111/add.12594>
- Calvo, F., Carbonell, X., Oberst, U., & Fuster, H. (2018). May the passion be with you: The addictive potential of collectible card games, miniatures, and dice of the Star Wars universe. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 727-736. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.73>
- Carbonell, X. (2017). From Pong to Pokemon Go, catching the essence of the Internet Gaming Disorder diagnosis. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 124-127. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.010>
- Carbonell, X., Fuster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 82-89.
- Carbonell, X., & Panova, T. (2017). A critical consideration of social networking sites' addiction potential. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 48-57. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1197915>
- Carbonell, X., Torres-Rodríguez, A., & Fuster, H. (2016). El



- potencial adictivo de los videojuegos. In *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar on-line?* (pp. 83–103). Pirámide.
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Miralles, R., Ortega-Gonzalez, R., Lopez-Morrón, M. R., Bata-lla-Martínez, C., & Toran, P. (2014). El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV): Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Addicciones*, 26(4), 303–311.
- Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531–1548. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.07.002>
- Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2010). Validating the distinction between computer addiction and engagement: Online game playing and personality. *Behaviour & Information Technology*, 29(6), 601–613. <https://doi.org/10.1080/01449290903401978>
- Del Palacio, G. (2019, July 30). Kyle Giersdorf "Bugha", el millonario de 16 años que ganó el Mundial de Fortnite | Videojuegos. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/tecnologia/videojuegos/2019/07/30/5d3f278021efa0641f8b4637.html>
- Estallo, J. A., Masferrer, M. C., & Aguirre, C. (2001). Efectos a largo plazo del uso de videojuegos. *Apuntes de Psicología*, 19(1), 161–174.
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109–130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder-20 (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior*, 56, 215–224. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.050>
- Fuster, H., Chamarro, A., Carbonell, X., & Vallerand, R. J. (2014). Relationship between passion and motivation for gaming in players of Massively Multiplayer Online Role-Playing Games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(5), 292–297. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0349>
- Ghanizadeh, A., & Shekoohi, H. (2011). Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Research Notes*, 4(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-116>
- González, M. (2017). *El juego del ajedrez, ¿Es considerado como un deporte?* <https://deportesaludable.com/deportes/juego-del-ajedrez-considerado-deporte/>
- Goodman, M. D. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addictions*, 85(1), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Grall-Bronnec, M., Bulteau, S., Victorri-Vigneau, C., Bouju, G., & Sauvaget, A. (2015). Fortune telling addiction: Unfortunately a serious topic about a case report. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 27–31. <https://doi.org/10.1556/JBA.4.2015.1.7>
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14–19.
- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Lopez-Fernandez, O., & Pontes, H. M. (2017). Problematic gaming exists and is an example of disordered gaming. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 296–301. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.037>
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., Müller, K., Dreier, M., Carras, M., Prause, N., King, D. L., Aboujaoude, E., Kuss, D., Pontes, H. M., Lopez Fernandez, O., Nagygyorgy, K., Achab, S., Billieux, J., Quandt, T., ... Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction*, 111(1), 167–175. <https://doi.org/10.1111/add.13057>
- Jo, Y. S., Bhang, S. Y., Choi, J. S., Lee, H. K., Lee, S. Y., & Kweon, Y.-S. (2019). Clinical characteristics of diagnosis for Internet Gaming Disorder: Comparison of DSM-5 IGD and ICD-11 GD diagnosis. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 945. <https://doi.org/10.3390/jcm8070945>
- Kardefelt-Winther, D. (2015). A critical account of DSM-5 criteria for internet gaming disorder. *Addiction Research & Theory*, 23(2), 93–98. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.935350>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Muraige, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *The American Psychologist*, 53(9), 1017–1031.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Li, D. D., Liau, A. K., & Khoo, A. (2013). Player-avatar identification in video gaming: Concept and measurement. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.09.002>
- Maraz, A., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). An empirical investigation of dance addiction. *PLoS ONE*, 10(5), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125988>
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Addicciones*, 29(2), 125–133. <https://doi.org/10.20882/addicciones.890>



- Mateo, J. A. (2018). *Florentino confirma la llegada del Real Madrid a los esports*. Xataka. <https://esports.xataka.com/analisis/florentino-confirma-llegada-real-madrid-a-esports>
- McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1993). Identifying compulsive communicators: The talkaholic scale. *Communication Research Reports*, 10(2), 107–114.
- McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1995). Correlates of compulsive communication: Quantitative and qualitative characteristics. *Communication Quarterly*, 43(1), 1–8.
- Miguel, E. (2019). *Qué son las loot boxes de los juegos modernos y por qué las acusan de fomentar la ludopatía en los chavales*. Magnet Xataka. <https://magnet.xataka.com/preguntas-notan-frecuentes/que-son-las-loot-boxes-de-los-juegos-modernos-y-por-que-las-acusan-de-fomentar-la-ludopatia-en-los-chavales>
- Montag, C., Schivinski, B., Sariyska, R., Kannen, C., Demetrovics, Z., & Pontes, H. M. (2019). Psychopathological symptoms and gaming motives in Disordered Gaming — A psychometric comparison between the WHO and APA diagnostic frameworks. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1691), 1–18. <https://doi.org/doi:10.3390/jcm8101691>
- Nolan, B. V., & Feldman, S. R. (2009). Ultraviolet tanning addiction. *Dermatologic Clinics*, 27(2), 109–112. <https://doi.org/10.1016/j.det.2008.11.007>
- Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Analyzing Models of Work Addiction: Single Factor and Bi-Factor Models of the Bergen Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7>
- Panova, T., & Carbonell, X. (2018). Is smartphone addiction really an addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 252–259. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.49>
- Petry, N. M., & O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108(7), 1186–1187. <https://doi.org/10.1111/add.12162>
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
- Quinones, C., & Griffiths, M. D. (2015). Addiction to work: A critical review of the workaholism construct and recommendations for assessment. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health*, 53(10), 48–59. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150923-04>
- Redacción FC Barcelona. (2018, February 27). El FC Barcelona jugarà una competició d'eSports. *FC Barcelona*. <https://www.fcbarcelona.cat/ca/noticies/718109/el-fc-barcelona-jugara-una-competicio-desports>
- Redacción FC Barcelona. (2019, April 9). El equipo galáctico con el que sueña Florentino Pérez. *Marca*. <https://www.marca.com/esports/2019/04/09/5cac5cc3ca474149688b45ac.html>
- Redacción Marca. (2019, April 9). El equipo galáctico con el que sueña Florentino Pérez. *Marca*. <https://www.marca.com/esports/2019/04/09/5cac5cc3ca474149688b45ac.html>
- Rudski, J. M., Segal, C., & Kallen, E. (2009). Harry Potter and the end of the road: Parallels with addiction. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 260–277. <https://doi.org/10.1080/16066350802334595>
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿Moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149–160.
- Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 227–237. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000332>
- Shotton, M. A. (1989). *Computer addiction. A study of computer dependency*. Taylor & Francis. <https://doi.org/0-203-21063-8> Master e-book ISBN
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: Connections between addiction and identifying with a character. *Cyberpsychology & Behavior*, 11(6), 715–718. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0210>
- Snodgrass, J. G., Lacy, M. G., Dengah, H. J. F., Fagan, J., & Most, D. E. (2011). Magical flight and monstrous stress: Technologies of absorption and mental wellness in Azerbaijan. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(1), 26–62. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9197-4>
- Suissa, A. J. (2008). Addiction to cosmetic surgery: Representations and medicalization of the body. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 619–630. <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9164-2>
- Tanaka, O. M., Vitral, R. W. F., Tanaka, G. Y., Guerrero, A. P., & Camargo, E. S. (2008). Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134(2), 305–308. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2006.06.023>
- Targhetta, R., Nalpas, B., & Perney, P. (2013). Argentine tango: Another behavioral addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 2(3), 179–186. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.007>
- Tomás, M. C. (2019). Adicción al tarot: ¿mito o realidad? *Revista Española de Drogodependencias*, 44(2), 13–25.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., & Oberst, U. (2018). Internet gaming disorder in adolescence: Psychological characteristics of a clinical sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 707–718. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.75>
- Wikipedia. (2019). *Valencia Club de Fútbol eSports*. https://es.wikipedia.org/wiki/Valencia_Club_de_Fútbol_eSports
- Wood, R., & Griffiths, M. D. (2007). Time loss whilst playing video games: Is there a relationship to addictive behaviours? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5, 141–149.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. World Health Organization (WHO). <https://icd.who.int/>
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(3), 237–244. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO

CONSEQUENCES OF CHRONIC INTRA-FAMILY ABUSE IN CHILDHOOD: DEVELOPMENTAL TRAUMA

Isabel María Cervera Pérez¹, Concepción López-Soler², Mavi Alcántara-López², Maravillas Castro Sáez², Visitación Fernández-Fernández² y Antonia Martínez Pérez²

¹Unidad de Salud Mental Comunitaria Huércal-Overa. ²Universidad de Murcia

Los traumas tempranos y repetidos en el contexto de las relaciones de apego impactan de una manera dramática en el desarrollo de los niños/as, generando una diversidad de manifestaciones psicopatológicas complejas, que se incluyen en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un diagnóstico nuevo denominado Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). Los objetivos del presente trabajo fueron, por un lado, ofrecer una revisión de la sintomatología postraumática que se desarrolla por la exposición a estos eventos traumáticos, y, por otro, recapitular la evidencia empírica existente del TEPT-C o Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD). Los resultados de los estudios revisados confirman la presencia de síntomas extensos y heterogéneos, así como graves alteraciones en la autorregulación (afectiva, cognitiva y conductual), que se ajustan a un TEPT Complejo o TTD, por lo que los datos existentes apoyarían la validez de dichos diagnósticos.

Palabras clave: Trauma complejo, Trastorno traumático del desarrollo, Maltrato.

Repeated and early attachment trauma has a huge impact on children's development, producing a wide range of psychopathology, which is included as a new diagnosis called complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) in the 11th revision to the World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD-11). The aim of this study is to provide a review of the posttraumatic symptomatology caused by exposure to complex traumatic events and to summarize the existing empirical evidence on CPTSD and developmental trauma disorder (DTD). The results of the reviewed studies confirm the presence of extensive and heterogeneous symptoms, as well as serious affective, cognitive, and behavioral self-regulation alterations, which correspond to complex PTSD or DTD. Therefore, the current data support the validity of these diagnostic proposals.

Key words: Complex trauma, Developmental trauma disorder, Abuse.

El concepto de trauma hace referencia a las consecuencias de la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a nuestra supervivencia o bienestar. Las reacciones ante situaciones vitales adversas son muy diversas y variadas. Allen, Fonagy, and Bateman (2008), propusieron una clasificación especialmente relevante al organizar los eventos potencialmente traumáticos según la naturaleza e implicación interpersonal del estresor. Diferencian entre estresores *impersonales* (por ej. catástrofes naturales); *interpersonales*, si el estresor proviene de la conducta deliberadamente intencional o imprudente de otro ser humano (por ej. accidentes, violencia comunitaria o guerras); y estresores que aparecen en el contexto de relaciones de apego (*attachment trauma*). Es decir, todas aquellas situaciones de violencia y negligencia a las que un menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidados primarios básicos (por ej., maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia, abandono o ser testigo directo de violencia entre los padres).

Se ha confirmado que las experiencias repetidas de maltrato durante la infancia actúan como estresores habituales, y generan disfunciones duraderas en los principales sistemas neuroreguladores, como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y consecuencias fisiopatológicas significativas (Boeckel, Viola, Daruy-Filho, Martínez, & Grassi-Oliveira, 2017), así como alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales fundamentales (Rooij et al., 2020; Teicher & Samson, 2016). Esto se relaciona con la presencia de déficits en el funcionamiento cognitivo y dificultades en la autorregulación afectiva y conductual, lo que implica un mayor riesgo para desarrollar problemas académicos y múltiples psicopatologías (Karam et al., 2014; Perkins & Graham-Bermann, 2012).

En este sentido, Cook et al. (2005) señalaron que dichos traumas se caracterizan por ser crónicos, interpersonales, de inicio en etapas tempranas, y afectar a todas las áreas de funcionamiento. Desde hace décadas se evidenció la insuficiencia del diagnóstico de TEPT para explicar la amplia gama de síntomas resultantes de estos traumas (Herman, 1992). El porcentaje de menores que desarrolla TEPT, según criterios oficiales, tras la exposición a traumas complejos es bajo y la mayoría cumple criterios para otros muchos diagnósticos como por ejemplo Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno Negativista Desafiante, TDAH o depresión

Recibido: 31 enero 2020 - Aceptado: 20 abril 2020

Correspondencia: Concepción López-Soler. Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Campus de Espinardo. 30100 Murcia. España. E-mail: clopezs@um.es

(Humpherys et al., 2020; Klasen, Gehrke, Metzner, Blotevogel, & Okello, 2013; Scheeringa & Zeanah, 2008), sintomatología subclínica diversa o alteraciones emocionales y conductuales, que son muy frecuentes en menores tutelados con problemas de salud mental (González-García et al., 2017; Martín, González-García, Fernández del Valle, & Bravo, 2020).

El concepto de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo o TEPT-C), fue originalmente propuesto por Herman (1992), con la finalidad de proporcionar un diagnóstico alternativo para supervivientes a una exposición traumática repetida y prolongada, cuyos síntomas más graves eran diferentes a los recogidos en los diagnósticos para TEPT del DSM. El TEPT-C describe, más completa y apropiadamente, la psicopatología resultante de la exposición a traumas complejos en adultos, e incluye un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental en menores (Courtois, 2004). Estos se expresan en la alteración de seis dominios de funcionamiento: regulación de los impulsos y afectos, atención y consciencia, autopercepción, relaciones con los otros, somatización y sistema de significados (Van der Kolk, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Este nuevo constructo no fue reconocido en el DSM-IV (APA, 1994), ni en su Texto Revisado (APA, 2000), como un trastorno distinto al TEPT, sino como Trastorno por Estrés Extremo no Especificado (DESNOS). Si bien obtuvo apoyo empírico (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013; Van der Kolk et al., 2005, Karatzias et al, 2018), no fue incluido

en la última versión DSM (APA, 2013). Recientemente, la CIE-11 (OMS, 2018) lo ha confirmado como diagnóstico, especificando que debe cumplir requisitos de TEPT, además de problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; así como dificultades para mantener las relaciones y sentirse cerca de los demás.

Desde mediados de los 90 se multiplicaron los estudios en población infanto-juvenil sobre las consecuencias del maltrato en el ámbito familiar, contemplando el diagnóstico de TEPT-C como opción diagnóstica casi una década después.

El maltrato está asociado a síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (TEPT) en menores, sin embargo tampoco parece que los criterios diagnósticos sean apropiados para infancia, ya pocos cumplen todos los criterios, aumentando la prevalencia cuando se emplean criterios alternativos (Fernández, 2014; Martínez, 2015; Scheeringa et al., 2003).

Van der Kolk et al. (2005, 2009), postularon el Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD o Developmental Trauma Disorder), para el trauma complejo en infancia. El TTD incluye múltiples síntomas en diferentes áreas (apego, biología, regulación del afecto y autorregulación, consciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto), que suelen derivarse de la exposición repetida al trauma interpersonal en la infancia (Cook et al., 2005), (Tabla 1).

Un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor. Como indica

TABLA 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO

- A. Exposición. Ha experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos durante al menos un año comenzando en la infancia/adolescencia temprana, incluyendo: A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal. A.2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.
- B. Desregulación afectiva y fisiológica. Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con regulación activación (arousal), incluyendo al menos dos de los siguientes ítems:
 - B.1. Incapacidad modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización.
 - B.2. Perturbaciones regulación funciones corporales (por ejemplo, perturbaciones persistentes sueño, alimentación y control esfínteres; hiper/hiporreactividad al tacto y sonidos; desorganización transición entre rutinas).
 - B.3. Conciencia/reconocimiento disminuidos o disociación de sensaciones/emociones/estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad reconocimiento emociones).
 - B.4. Dificultad descripción de emociones/estados corporales (estados internos o comunicar necesidades -hambre o evacuación/eliminación-).
- C. Desregulación atencional y conductual. Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con mantenimiento atención, aprendizaje o afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres ítems:
 - C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo mala interpretación de señales de seguridad/peligro.
 - C.2. Deterioro capacidad de auto-protección, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda emociones intensas (conductas sexuales riesgo, descontrol impulsivo, subestimación riesgo, dificultad comprensión reglas, para planificación conducta y anticipación de consecuencias).
 - C.3. Intentos desajustados de auto-calma (balanceos, otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva, consumo sustancias).
 - C.4. Autolesión habitual (intencional/automática) o reactiva (cortarse, golpearse cabeza, quemarse, pellizcarse).
 - C.5. Incapacidad para iniciar/mantener conducta dirigida a un objetivo (dificultades para planificar/completar tareas, abulia).

Galán (2020), es determinante la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos, y para la comunicación y las relaciones interpersonales.

Los estudios sobre el TEPT-C en menores tutelados indican problemas de salud mental en todos los dominios evaluados y síntomas de estrés postraumático, dificultades emocionales y conductuales, más conductas de riesgo y dificultades en el funcionamiento diario (González-García et al., 2017; Martín et al., 2020).

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de las investigaciones empíricas sobre las consecuencias psicológicas de traumas interpersonales en infancia, adolescencia y primera juventud, así como analizar la validez del nuevo diagnóstico de Trauma Complejo.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo cualitativo, si bien se tuvieron en cuenta algunas de las propuestas para revisiones sistemáticas y meta-análisis (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Estrategia de búsqueda y selección

Se completó una búsqueda en bases de datos de literatura electrónica de Ciencias de la Salud, que incluyó: Tripdatabase, PSICODOC, MedLine, ScienceDirect, PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES y Web of Science. Se limitó a los estudios empíricos disponibles en texto completo, publicados en inglés y castellano entre enero de 2005 y marzo de 2020.

Los términos de búsqueda fueron: "trauma complejo", O "trastorno por estrés postraumático complejo", O "trastorno traumático del desarrollo", O "trauma del desarrollo", O "maltrato infantil", en catellano. "Complex trauma", OR "complex posttraumatic stress disorder", OR "complex PTSD", OR "developmental trauma disorder", OR "child maltreatment", OR "child abuse". Además, se realizaron múltiples búsquedas avanzadas incluyendo la combinación de dos o más términos (P. Ej., "trauma symptoms or posttraumatic effects AND childhood abuse/childhood neglect).

Para su inclusión se consideró cualquier estudio empírico (ensayo de control aleatorio (ECA), cuasi-experimental, transversal y longitudinal; casos control y de cohortes) si informaba

TABLA 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (Continuación)

- D. Desregulación del self (sí mismo) y relacional. Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con identidad personal e involucración en relaciones, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:
 - D.1 Preocupación intensa por seguridad del cuidador u otros significativos (incluyendo actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultad en tolerancia al reencuentro con éstos después de una separación.
 - D.2 Persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.
 - D.3 Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en relaciones cercanas con adultos/iguales (incluye expectativa de ser victimizado por otros).
 - D.4 Reactividad física o agresión verbal (impulsiva, no intencionalmente coercitiva/manipuladora) hacia pares/cuidadores/otros adultos.
 - D.5 Intentos inapropiados (excesivos/promiscuos) de tener contacto íntimo (incluido pero no limitado a intimidad física/sexual) o excesiva dependencia hacia iguales/adultos en búsqueda de seguridad/reaseguro. D.6 Deterioro capacidad de regular la activación empática (falta de empatía, intolerancia o excesiva respuesta a las expresiones de estrés/perturbación de otros).

- E. Espectro de Síntomas Postraumáticos. Exhibe al menos un síntoma en al menos dos de tres clusters (B, C y D) de síntomas del TEPT.

- F. Duración del trastorno (Criterios B, C, D y E): al menos 6 meses.

- G. Dificultades o deterioro funcional. Causa malestar clínicamente significativo o deterioro/incapacidad en al menos dos áreas:
 - ESCOLAR: bajo rendimiento o abandono escolar, problemas disciplina, inasistencia, conflictos con profesores, problemas aprendizaje (no explicado por trastorno neurológico).
 - FAMILIAR: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego, búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física/emocionalmente a familiares, incumplimiento de responsabilidades familiares.
 - GRUPO DE PARES: aislamiento, conflicto físico/emocional persistente, violencia o actos inseguros, estilos de interacción/afiliación inadecuados para edad.
 - LEGAL: arrestos/reincidencia, condenas/cárcel, violación libertad condicional, aumento en gravedad delitos, delitos contra otros, desinterés por ley o convenciones morales.
 - SALUD: enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo sistemas digestivo, neurológico (síntomas conversivos, analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo/sensorial, dolores cabeza severos o dolor crónico/fatiga.
 - VOCACIONAL (aplicable a jóvenes que buscan trabajo o trabajan): desinterés en trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación a capacidades, incapacidad para avanzar.

Nota: Tomado de Van der Kolk et al. (2009).

acerca de síntomas postraumáticos y/o efectos complejos, u otras consecuencias postraumáticas, derivados de la exposición a eventos traumáticos de carácter interpersonal, incluyendo abuso sexual, físico, emocional, negligencia, y presenciar violencia doméstica, en la pareja o contra la mujer. Poniendo el énfasis en las experiencias tempranas y duraderas de maltrato por parte de cuidadores principales. Además, la muestra representativa debía encontrarse entre los 0 y los 25 años de edad ($N \geq 30$).

Se excluyó la literatura gris (P. Ej., tesis, capítulos de libro, cartas al editor y documentos teóricos/de opinión), las revisiones sistemáticas y los meta-análisis.

Se realizó una recopilación inicial de todos los títulos y resúmenes de los artículos, y se efectuó una selección de texto completo para todos los resultados que se ajustaban a los criterios de inclusión.

Extracción de datos

Se extrajeron los siguientes datos de cada estudio: (a) número de participantes; (b) rango de edad; (c) tipo de trauma infantil; (d) presencia de trauma o múltiples traumas repetidos en el tiempo; (e) efectos del trauma y diagnóstico.

RESULTADOS

En todos los estudios revisados los resultados apuntaron la presencia de sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas en un gran porcentaje de los menores que habían sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia. Spinazzola et al. (2005), López-Soler (2008), Van Meter, Handley, and Cicchetti (2020), y Villalta et al. (2020), reportaron específicamente alteraciones en la regulación de los afectos y las relaciones interpersonales, síntomas centrales en el trauma complejo. Además, López-Soler (2008) encontró que también predominaban la desesperanza, y la ambivalencia en las relaciones, lo que se relaciona con los problemas de apego. Otros autores informaron de alteraciones, sintomatología, o diagnóstico conjunto de TEPT y TTD (Spinazzola, Van der Kolk, & Ford, 2018; Stolbach et al., 2013; Van der Kolk, Ford, & Spinazzola, 2019), mientras que otras investigaciones detectaron alteraciones emocionales graves y/o conductuales en diferentes grupos de menores expuestos a maltrato intrafamiliar desde etapas tempranas (López-Soler et al., 2012; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013), así como alteraciones internalizantes y/o externalizantes (Geerson, et al., 2011; Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012; Lansing, Plante, Beck, & Ellenberg, 2018; Martín et al., 2020; Tarren-Sweeney, 2013). En todos ellos y en otros trabajos (por ej., Kiesel et al., 2014), observaron además dificultades en el funcionamiento diario en diferentes ámbitos (colegio, ocio, relaciones con iguales, etc.). Esta problemática se expresó a lo largo de la infancia, hasta la primera juventud (Beal et al., 2018; Porto-Faus, Leite de Moraes, Reichenheim, Borges da Matta, & Taquette, 2019), o la vida adulta (Delgi-Espositi, Pinto, Humpherys, Sale, & Bowes, 2020), en personas que habían sufrido diferentes tipos de maltrato.

Wamser-Nanney and Vandenberg (2013), compararon sintomatología en menores expuestos a violencia interpersonal, con interrupciones en la protección y el cuidado, con expuestos a otro tipo de traumas y confirmaron que el primer grupo presentó más problemas conductuales como ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades de carácter sexual.

En investigaciones sobre menores expuestos a violencia hacia sus madres por parte de su pareja o expareja, se ha constatado un mayor riesgo de ser víctimas de otros eventos traumáticos graves, incluyendo agresiones físicas y sexuales, lo cual contribuye al incremento de la tasa de diagnóstico de TEPT y otros síntomas internalizantes y externalizantes (Alcántara, López-Soler, Castro, & López, 2013; Graham-Bermann et al., 2012). En niños y adolescentes con traumas graves y crónicos se observó una comorbilidad alta de otras alteraciones distintas al TEPT, que forman parte de los síntomas de desregulación presentes en el TEPT-C, lo que se relaciona con déficit en las funciones ejecutivas (Op den Kelder, Ensink, Overbeek, Maric, y Lindauer (2017).

Los estudios que comparan menores con historia de trauma, según criterios de exposición TTD, con otro tipo de experiencias traumáticas, confirmaron diferencias clínicas sustanciales entre ambos grupos, presentando los primeros mayor probabilidad de alteraciones propias de un TEPT-C infantil o un TTD (Cloitre et al., 2009; McClelland et al., 2009; Stolbach et al., 2009; Stolbach et al., 2013; Zhang, Zhang, & Ding, 2019). Menores tutelados comparados con menores que han sufrido abusos equivalentes, pero no separados de sus padres o de uno de ellos, desarrollan igualmente trauma complejo, pero la evolución y complicaciones del mismo es más grave en los tutelados (Zhang et al., 2019). Spinazzola et al. (2018), informaron que el TTD y TEPT se asocian con agresiones y/o abuso físico, violencia familiar, maltrato emocional, negligencia y cuidadores discapacitados. Adolescentes víctimas de abuso sexual mostraron alta prevalencia de TTD así como TEPT (Villalta et al., 2020). Los estudios confirman que ambos tipos de reacciones postraumáticas presentan alta comorbilidad (Ver Tabla 2).

CONCLUSIONES

El maltrato, los abusos y el abandono durante la infancia pueden considerarse sucesos traumáticos que interrumpen el desarrollo cerebral normal y que pueden incluso llegar a producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales. Estos efectos neurobiológicos parecen desempeñar un papel relevante, junto con otros factores ambientales y genéticos, en el desarrollo posterior de diversas psicopatologías, tanto a corto como a largo plazo.

Los resultados que se desprenden de los estudios revisados apoyan el enorme potencial traumático de eventos que ocurren en el contexto diario de las relaciones de apego, que implican unos cuidados y protección inexistentes o inapropiados a los menores por parte de los adultos responsables. Las investigaciones han encontrado evidencia acerca de que este tipo de sucesos traumáticos generan, tanto en adultos co-

TABLA 2
ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON TEPTC O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Estudio	Muestra	Resultados
Spinazzola et al. (2005)	N = 1699 Edad: 2-21 años, NCTSN. Víctimas múltiples/prolongados traumas graves (maltrato físico y/o psicológico, exposición violencia doméstica, abuso sexual o negligencia) en etapa temprana.	Más 50% alteraciones 6 dominios CPTSD: regulación afectos, procesamiento información, autoconcepto, conducta, relaciones interpersonales y biología.
López Soler (2008)	N = 44 Edad: 6-15 años. Menores tutelados que habían sufrido experiencias repetidas de maltrato intrafamiliar.	Más 50% indicadores TEPT complejo: alteraciones en afectos/impulsos, consciencia, en la relación con acogedores/educadores/iguales, distorsiones autopercepción/percepción maltratadores, depresión, ansiedad, autolesiones, abuso sustancias, comportamientos riesgo y desesperanza.
Cloitre et al. (2009)	N = 152 (clínicos) Edad: 3-17 años. Víctimas abuso sexual, negligencia, maltrato emocional, físico, testigo violencia pareja. Convivían con cuidadores sustitutos.	La exposición a trauma acumulativo predijo la complejidad de los síntomas.
Kiesel et al. (2009)	N = 4272 Edad: 0-18 años. Tutelados Servicio Infancia Illinois. 1. Niños/as sufrieron traumas (≥2) perpetrados por cuidadores principales 2. Habían experimentado traumas que no cumplían todos los criterios anteriores.	G1 mayor número síntomas TEPT, dificultades emocionales y conductuales, conductas riesgo y deterioro funcional.
Greeson et al. (2011)	N = 2251 Edad: 0-21 años. Menores tutelados, habían experimentado 5.8 (media) eventos traumáticos complejos.	Exposición a traumas complejos predijo problemas conductuales, internalizantes, síntomas TEPT y diversos diagnósticos clínicos.
López Soler et al. (2012)	N = 42 Edad: 6-16 años. Tutelados, expuestos a situaciones de maltrato intrafamiliar crónico.	Sensibilidad ansiedad e ira rasgo altas, sintomatología depresiva y bajo control ira.
Graham-Bermann et al. (2012)	N = 120 Edad: 4-6 años. Violencia de género y otros tipos de violencia intrafamiliar.	38% menores expuestos a violencia género sufrieron otros eventos traumáticos intrafamiliares (abuso físico y sexual). Presentaron más síntomas TEPT y problemas internalizantes/externalizantes.
Alcántara et al. (2013)	N = 91 Edad: 6-17 años. Violencia de género.	Problemas internalizantes (ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas) y externalizantes (agresividad).
Stolbach et al. (2013)	N = 214 Edad: 3-17 años. 1. Niños con criterios A- TTD. 2. Controles: no cumplían estos criterios.	31% G1 cumplieron criterios diagnóstico completo TTD, frente 6% G2. 97% G1 cumplió criterios TEPT. Diferencias significativas inter-grupos en 11 de 15 síntomas TTD.
Tarren-Sweeney (2013)	N = 347 Edad: 4-11 años. Tutelados, distintos grados de maltrato.	Problemas de apego. 35% alteraciones internalizantes/externalizantes subclínicas; 20% sintomatología compleja relacionada con apego y trauma.
Wamser-Nanney, & Vandenberg (2013)	N = 336 Edad: 3-18 años. 1. Menores con criterios A- TTD 2. Control (sin criterios A- TTD)	G1 más problemas conductuales, ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades sexuales. No diferencias significativas TEPT inter-grupos.
Kiesel et al. (2014)	N = 1823 Edad: 0-20 años. Menores tutelados NCTSN. 1. Víctimas traumas perpetrados por cuidadores principales. 2. Traumas no perpetrados figuras primarias.	G1 mayor riesgo ocurrencia/gravedad problemas clínicos/funcionales: TEPT, disociación, depresión, problemas apego, académicos, TDAH, suicidabilidad/autolesiones, abuso sustancias, conductas sexualizadas y criminalidad.
Hengartner et al. (2015)	N = 1170 Edad: 20-41 años. Expuestos a un evento traumático en la infancia	Personalidad ansiosa asociada a abuso emocional; extraversión, abandono emocional y afabilidad a negligencia emocional.
Carliner et al. (2016)	N = 9956 Adolescentes: 13-18 años. Violencia intrafamiliar	El abuso sexual, la negligencia emocional y el entorno adverso del hogar, predijeron los síntomas de depresión, TEPT y conductas autolesivas.
Marshall (2016)	N = 2899 Niñas: 13-18 años.	Los eventos potencialmente traumáticos en la infancia estuvieron asociados con el riesgo de consumo de drogas ilícitas y alteraciones diversas en adolescencia.

mo en menores, una diversidad de manifestaciones psicopatológicas que exceden la sintomatología exclusiva de TEPT, y que afectan a la regulación afectiva, cognitiva y conductual.

Con el objetivo de mejorar el diagnóstico del impacto de traumas complejos, surgieron dos nuevas propuestas diagnósticas, la de TEPT-C y TTD, equivalente al TEPT Complejo, pero específico para población infantil. Desde ese momento se ha acumulado numerosa evidencia científica que respalda la consistencia, validez y utilidad clínica de dichos diagnósticos (Achterhof, Huntjens, Meewisse, & Kiers, 2019; Ford, Spinazzola, van der Kolk, & Grasso, 2014), lo que ha conducido a la inclusión del TEPT Complejo en la CIE-11 (OMS, 2018).

En menores, el diagnóstico de TTD permite constatar el impacto de sucesos en el apego que determinan problemas para lograr unas competencias evolutivas normales relacionadas con aspectos centrales de su desarrollo, y les impide tener un funcionamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida y bienestar mental.

Las implicaciones para la evaluación, el diagnóstico y la mejora de la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos son muy importantes. El impacto no es solo clínico, abarca también aspectos cruciales del apego y condiciones de tutela y adopción, ya que las rupturas afectivas previas y las nuevas condiciones del cuidado y protección, así como de las condiciones postraumáticas del/la menor, permiten entender más

TABLA 2
ESTUDIOS REVISADOS SOBRE SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON TEPT O TTD EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (Continuación)

Estudio	Muestra	Resultados
Wong et al. (2016)	N = 389. Edad: 13-25 años. Menores sin hogar.	La violencia interpersonal se asoció con síntomas externalizantes y síntomas de TEPT. Se relacionaron positivamente entre sí y se desarrollaron conjuntamente a lo largo del tiempo.
Barboza et al. (2017)	N = 280 Edad: 8-15 años. Jóvenes maltratados tutelados	Vivir un evento traumático en la pubertad predijo trastornos de ansiedad, antes de la pubertad trastornos depresivos y que el trauma sea recurrente y/o en primaria predijo el diagnóstico TEPT.
Hyland et al. (2017)	N = 171 persona expuestas a trauma	Validación de la ICD-11 PTSD-CPTSD, mediante variables criterio.
Op den Kelder et al. (2017)	N = 119 Edad: 9-17 años. Grupo TEPT (N = 41); Grupo trauma complejo (N = 38) y Grupo control (N = 40)	Jóvenes expuestos a traumas complejos más déficit en funciones ejecutivas que jóvenes con TEPT o control.
Beal et al. (2018)	N = 151 Edad: 16-22 años. Tutelados, víctimas de tragedias inesperadas, inestabilidad o violencia familiar.	Violencia familiar se asoció a peor bienestar psicológico y calidad vida, inestabilidad familiar y consumo tabaco/marihuana.
Lansing et al. (2018)	N = 107 Edad: 16-18 años. Violencia intrafamiliar.	Maltrato físico mayor probabilidad síndromes internalizantes y externalizantes en chicos; y maltrato emocional a más frecuencia síndromes externalizantes en chicas.
Spinazzola et al. (2018)	N = 236 Edad: 7-18 años. Muestra multicultural. Violencia familiar comunitaria/ intrafamiliar.	TTD se asocia con violencia familiar/comunitaria y discapacidad cuidadores; TEPT a agresión/abuso físico.
Porto-Faus et al. (2019)	N = 699 Edad: 15-18 años. Violencia intrafamiliar.	Abuso emocional y sexual y negligencia física aumentan violencia/delinuencia adolescente. Abuso físico y abandono emocional son factores de riesgo.
Van der Kolk et al. (2019)	N = 236 Edad: 7-18 años. Violencia comunitaria/itrafamiliar; otros traumas.	TEPT y TTD son altamente comórbidos. Comorbilidad TTD con trastorno pánico, trastorno conducta, TAS y TDAH. Comorbilidad TEPT con depresión mayor y TAG.
Zhang et al. (2019)	N = 382 Edad: 13-18 años. Niños chinos (182 abandonados por sus padres y 200 convivían con ellos).	Al comienzo del abandono no hay diferencias emocionales ni conductuales. Posteriormente, niños abandonados desarrollan TTD.
Delgi-Espositi et al. (2020)	N = 8088 Estudio longitudinal (medición desde los 7 a 50 años). Maltrato intrafamiliar	Experimentar múltiples tipos maltrato aumentó riesgo de conductas antisociales en infancia y adultez.
Villalta et al. (2020)	N = 99 chicas, víctimas agresión sexual. Edad: 13-17 años.	59% cumplió criterios TEPT; 41% TTD, que correlacionó con TEPT, desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas interpersonales.
Van Meter et al. (2020)	N = 416 Edad: 5-12 años (197 maltratados; 219 no maltratados) Muestra multicultural.	Maltrato se asoció con mayor resolución de conflictos centrado emoción y menor resolución centrada problema. Afrontamiento centrado en emoción, mayor riesgo conductas externalizantes.

Nota: NCTSN: The National Child Traumatic Stress Network; G1: Grupo 1; G2: Grupo 2; TAS: Trastorno de Ansiedad de Separación; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

las dificultades en los procedimientos de acogida y adopción nacional e internacional, al modificarse todo el sistema de relaciones afectivas. La comprensión del trauma complejo permite y exige necesariamente generar un marco de referencia específico en los tratamientos psicológicos con menores expuestos a abusos y negligencia por parte de sus cuidadores.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

Las referencias marcadas con un asterisco (*) contienen los estudios incluidos en la revisión:

- Achterhof, R., Huntjens, R., Meewisse, M.L., & Kiers, H. (2019). Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: Cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1698223. doi: 10.1080/20008198.2019.1698223
- * 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. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. doi: 10.6018/analesps.29.3.171481
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- * Barboza, G.E., Dominguez, S., & Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse and Neglect*, 72, 370-382. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.09.007.
- * Beal, S.J., Wingrove, T., Mara, C.A., Lutz, N., Noll, J.G., & Greiner, M.V. (2018). Childhood adversity and associated psychosocial function in adolescents with Complex Trauma. *Child and Youth Care Forum*, 48, 305-322. doi: 10.1007/s10566-018-9479-5.
- Boeckel, M., Viola, T., Daruy-Filho, L., Martínez, M., & Grasi-Oliveira, R. (2017). Intimate partner violence is associated with increased maternal hair cortisol in mother-child dyads. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 18-24. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.09.006
- * Carliner, H., Keyes, K.M., McLaughlin, K.A., Meyers, J.L., Dunn, E.C., & Martins, S.S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.010
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- * Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., ... & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Courtois, C.A. (2004). Complex Trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 41, 412-425. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.86
- * Delgi-Espositi M., Pinto, S.M., Humpherys, K.L., Sale, R.D., & Bowes, L. (2020). Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104281. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104281.
- Fernández, M.V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39453>
- Ford, J.D., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Grasso, D. (2014). Developmental Trauma Disorder (DTD) field trial: I. Evidence of reliability, structure, and validity of the DTD Semi-structured Interview (DTD-SI). Paper presented at the *International Society for Traumatic Stress Studies Annual Convention*, Miami, FL.
- Galán-Rodríguez, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How does attachment theory improve our clinical practice? A time for summing-up]. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 41(1), 66-73. doi: 10.23923/pap.psicol2020.2917
- * Geerson, J.K., Briggs, E.C., Kisiel, C.L., Layne, C.M., Ake, G.S., Ko, S.J., ... Fairbank, J.A. (2011). Complex Trauma and mental health in children and adolescent placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Fernández del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 70, 100-106. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.12.011.
- * Graham-Bermann, S., Castor, L.E., Miller, L.E., & Howell, K.H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 393-400. doi: 10.1002/jts.21724

- *Hengartner, M.P., Cohen, L.J., Rodgers, S., Müller, M., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2015). Association between childhood maltreatment and normal adult personality traits: Exploration of an understudied field. *Journal of Personality Disorders, 29*(1), 1-14. doi: 10.1521/pe-di_2014_28_143.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 271-286. doi: 10.1002/jts.2490050305
- *Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D.W. & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*, 1-9. doi: 10.1037/tra0000114
- Humpherys, K.L., LeMolot, J., Wear, J.G., Piersiak, H.A., Lee, A., & Gotlib, I.H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 102*, 104361. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104361.
- Karam, E.G., Friedman, M.J., Hill, E.D., Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., & Petukhova, M. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety, 31*(2), 130-142. doi: 10.1002/da.22169
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Brewink, C. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology, 8*, 1418103. doi: 10.1080/20008198.2017.1418103
- *Kisiel, C., Fehrenbach, T., Stolbach, B., Briggs, E., Layne, C., & Liang, L.J. (2014). Examining child sexual abuse in relation to complex patterns of trauma exposure: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, 29-39. doi: 10.1037/a0037812
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M., & Okeillo, J. (2013). Complex Trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 22*, 698-713. doi: 10.1080/10926771.2013.814741
- *Lansing, A.E., Plante, W.Y., Beck, A.N., & Ellenberg, M. (2018). Loss and grief among persistently delinquent youth: The contribution of adversity indicators and psychopathy-spectrum traits to broadband internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 11*(3), 375-389. doi: 10.1007/s40653-018-0209-9
- *López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*(3), 159-174. doi: 10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057
- *López-Soler, C., Fernández, V., Prieto, M., Alcántara, M.V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología, 28*(3), 780-788. doi: 10.6018/analesps.28.3.140441
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J.F., & Bravo, A. (2020). Detection of behavioral and emotional disorders in residential child care: Using a multi-informant approach. *Children and Youth Services Review, 108*, 104588. doi: 10.1016/j.chilyouth.2019.104588
- *Marshall, A.D. (2016). Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(1), 25-32. doi: 10.1016/j.jaac.2015.10.004.
- Martínez, A.M. (2015). *Perfil externalizante e internalizante, y estrés postraumático en menores expuestos a violencia de género: Características y comorbilidad*. (Tesis doctoral publicada online por DIGITUM y TDX). Universidad de Murcia, Murcia, España. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47129>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*, 264-269. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- *Op den Kelder, R., Ensink, J.B.M., Overbeek, G., Maric, M., & Lindauer, R.J.L. Executive function as a mediator in the link between single or complex trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Quality of Life Research, 26*(7), 1687-1696. doi: 10.1007/s11136-017-1535-3.
- Perkins, S., & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition. *Aggression and Violent Behavior, 17*(1), 89-98. doi: 10.1016/j.avb.2011.10.001
- *Porto-Faus, D., Leite de Moraes, C., Reichenheim, M.E., Borges da Matta Souza, L.M., & Taquette, S.R. (2019). Childhood abuse and community violence: Risk factors for youth violence. *Child Abuse & Neglect, 98*, 104182. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104182
- Rooij, S. J. H., Smith, R. D., Stenson, A. F., Ely, T. D., Yang, X., Tottenham, N., ... Jovanovic, T. (2020). Increased activation of the fear neurocircuitry in children exposed to violence. *Depression and Anxiety, 37*(4), 303-312. doi: 10.1002/da.22994
- Scheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2008). Reconsideration of harm's: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 508-518. doi: 10.1080/15374410802148178
- *Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S., ... Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 433-439. doi: 10.3928/00485713-20050501-09
- *Spinazzola, J., Van der Kolk, B., Ford, J.D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 631-642. doi: 10.1002/jts.22320

- *Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 1-9. doi: 10.1002/jts.21826
- *Tarren-Sweeney, M. (2013). An investigation of complex attachment and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry & Human Development, 44*(6), 727-741. doi: 10.1007/s10578-013-0366-x.
- Teicher, M.H., & Samson, J.A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(3), 241-266. doi: 10.1111/jcpp.12507
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- *Van der Kolk, B., Ford, J.D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1562841. doi: 10.1080/20008198.2018.1562841
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., ... Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma diagnosis for children and adolescents in DSM V*. Recuperado de www.traumacenter.org.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- *Van Meter, F., Handley, E.D., & Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104323. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104323
- *Villalta, L., Khadr, S., Chua, K., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R.M., ... Smith, P. (2020). *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1710400. doi: 10.1080/20008198.2019.1710400.
- *Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B.R. (2013). Empirical support for the definition of a Complex Trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 671-678. doi: 10.1002/jts.21857
- World Health Organization (2018). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision (ICD-11). Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- *Wong, C.F., Clark, L.F., & Marlotte, L. (2016). The impact of specific and Complex Trauma on the Mental Health of Homeless Youth. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(5), 831-854. doi: 10.1177/0886260514556770
- * Zhang, Y., Zhang, J., & Ding, C. (2019). Investigating the association between parental absence and developmental trauma disorder symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 32*(5), 733-741. doi: 10.1002/jts.22446



LA EVALUACIÓN MULTI-INFORMANTE EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ESTUDIO DE REVISIÓN

MULTI-INFORMANT EVALUATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDER: A REVIEW STUDY

Raúl Tárraga-Mínguez y Pilar Sanz-Cervera

Universidad de Valencia

Para poder realizar el diagnóstico del trastorno del espectro autista (TEA) se requiere de la evaluación por parte de diferentes informantes. Sin embargo, en ocasiones, se producen ciertas discrepancias entre evaluadores. Con el objetivo de aportar luz a las posibles discrepancias entre informantes, este trabajo incluye una revisión actualizada de la literatura para examinar el grado de acuerdo entre diferentes informantes en lo que respecta a la sintomatología característica del TEA en niños y adolescentes (hasta los 17 años de edad). Se analizaron un total de 20 estudios, en los que los niveles de correlación entre las evaluaciones realizadas por diferentes informantes fueron moderados o bajos. Gran parte de los estudios incluidos en la presente revisión obtuvieron que un mayor grado de acuerdo entre informantes fue asociado con menor sintomatología, mayor CI y mejores resultados en habilidades cognitivas y adaptativas. Considerando estos resultados, es necesario continuar investigando en aspectos contextuales que pueden estar condicionando los resultados de las evaluaciones multi-informantes.

Palabras clave: Acuerdo entre informantes, Evaluación multi-informante, Revisión sistemática, Trastorno del espectro autista (TEA).

In order to establish a diagnosis of autism spectrum disorder (ASD), assessment by different informants is required. Sometimes, however, there are certain discrepancies between evaluators. With the aim of shedding light on possible discrepancies between informants, this work includes an updated review of the literature to examine the degree of agreement between different informants regarding the characteristic symptomatology of ASD in children and adolescents (up to 17 years of age). A total of 20 studies were analyzed, in which the levels of correlation between the evaluations carried out by different informants were moderate or low. A large part of the studies included in this review obtained that a greater degree of agreement among informants was associated with lower symptoms, a higher IQ, and better results in cognitive and adaptive skills. Considering these results, it is necessary to continue investigating contextual aspects that may be conditioning the results of multi-informant evaluations.

Key words: Autism spectrum disorder (ASD), Informant agreement, Literature review, Multi-informant assessment.

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la presencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, así como dificultades persistentes en comunicación e interacción social en diversos contextos (DSM-5; APA, 2013). El hecho de que en los criterios diagnósticos del TEA se remarque la necesidad de la presencia de la sintomatología en diversos contextos, hace necesario que para realizar el diagnóstico se deba recurrir a una evaluación por parte de diferentes informantes, que se relacionen con las personas con TEA en diferentes contextos, siendo los casos más habituales la evaluación por parte de la familia y del profesorado.

En numerosas ocasiones, los resultados de estas evaluaciones, a partir de la información que proporcionan las familias y los profesores sobre un mismo estudiante, presentan notables diferencias (De Los Reyes, 2011). De hecho, numerosos estudios han mostrado que los niveles de correlación entre las evaluaciones realizadas por diferentes informantes suelen ser de moderados a bajos (Jepsen, Gray & Taffe, 2012; Kane, Abbacchi & Constantino, 2009; Mattila et al., 2009). Estas diferencias en la valoración de los estudiantes con TEA, podrían ser achacadas a factores como el error de medida, posibles diferencias en las interpretaciones de las preguntas por parte de los informantes, las expectativas del evaluador, la frecuencia de interacción de los informantes con la persona con TEA, o las diferencias en la estructura del entorno, como por ejemplo un entorno escolar (estructurado) versus el ambiente familiar (no estructurado) (Achenbach, 2011).

A pesar de que la evaluación multi-informante se ha estudiado ampliamente en el caso de población con problemas de salud mental (ver metaanálisis de: De Los Reyes et al., 2015), en el caso del TEA, hasta la fecha, solamente hay un metaanálisis, que incluye 49 estudios, en el que se ha revisa-

Recibido: 28 octubre 2019 - Aceptado: 26 marzo 2020

Correspondencia: Raúl Tárraga-Mínguez. Universidad de Valencia. Dpto. Didáctica y Organización Escolar. Avda. Tarongers, 4. 46022 Valencia. España. E-mail: raul.tarraga@uv.es

.....

Agradecimientos: Este estudio ha recibido financiación económica por parte de la AEI y FEDER (Proyecto EDU-2016-78867R).





do de un modo cuantitativo el posible acuerdo en la valoración de problemas emocionales, conductuales y habilidades sociales en niños y jóvenes no solo con diagnóstico de TEA, sino también con discapacidad intelectual (Stratis & Lecavalier, 2015). Los resultados de este meta-análisis evidencian un grado de acuerdo entre informantes moderado, obteniendo al igual que en otros estudios previos, un grado de acuerdo significativamente más alto en problemas externalizantes que en problemas internalizantes y en habilidades sociales (De Los Reyes et al., 2015).

Considerando el limitado número de estudios de revisión y el tiempo transcurrido desde el metaanálisis de Stratis & Lecavalier (2015), el objetivo del presente estudio fue proporcionar una revisión de estudios actualizada para examinar el grado de acuerdo entre diferentes informantes en lo que respecta a la sintomatología característica del TEA. El análisis del grado de acuerdo entre informantes en el caso del TEA es un aspecto especialmente relevante que cabe estudiar en profundidad debido a que ciertas características del contexto (por ejemplo, las condiciones estímulares) pueden modular la gravedad de la sintomatología, y pueden dificultar que los aprendizajes que los niños con TEA realizan en un contexto determinado se extrapolen a otro contexto diferente (Stratis & Lecavalier, 2015).

MÉTODO

Los artículos incluidos en esta revisión fueron seleccionados a partir de una búsqueda en las bases de datos PsycInfo y Scopus. Se buscó en el título, resumen o palabras clave de estas bases una combinación del término *autis** con alguno de los siguientes términos: *agree**, *concord**, *discrepanc**, *informant**, *interrat**, *multi-inform** y *multiple inform**.

Las búsquedas se limitaron a: a) artículos de revista (excluyendo otro tipo de publicaciones); b) trabajos publicados entre enero de 2014 y diciembre de 2018 (dado que el metaanálisis de Stratis & Lecavalier (2015) ya incluye una revisión de la literatura de años anteriores) y c) adicionalmen-

te, en PsycInfo se limitó la edad de los participantes a niños o adolescentes (hasta 17 años de edad).

El total de resultados obtenidos en las dos bases de datos fue de 706 artículos (273 en PsycInfo y 433 en Scopus). Tras excluir los resultados duplicados esta cifra se redujo a 460.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual en las revistas: *Autism*, *Journal of Autism and Developmental Disorders* y *Research in Autism Spectrum Disorders*, lo que añadió 8 nuevos artículos. Finalmente, también se rastreó la bibliografía de los artículos cuyo contenido se relacionaba directamente con el contenido de la revisión, añadiendo 4 artículos más.

Se excluyeron los trabajos que: a) no realizaran una comparación de resultados entre informantes, b) no tuvieran como participantes a sujetos con diagnóstico de TEA, y c) tuvieran participantes mayores de 18 años.

Tras aplicar estos criterios de exclusión, se obtuvieron un total de 20 artículos que fueron el objeto de la presente revisión. El proceso de búsqueda se resume en la figura 1.

En la gran mayoría de los trabajos participan como informantes: 1) los padres o cuidadores primarios; 2) los propios sujetos con TEA; y 3) los maestros de los niños participantes. No obstante, en algunos de los trabajos, no intervinieron los maestros, sino que participaron los profesionales del ámbito clínico o investigadores; pero en todos los casos informaron las familias.

RESULTADOS

La tabla 1 incluye información detallada de los 20 artículos seleccionados en relación a: a) autores y año de publicación; b) descripción de los participantes; c) instrumentos utilizados; d) objetivos; e) resultados; y f) principales conclusiones.

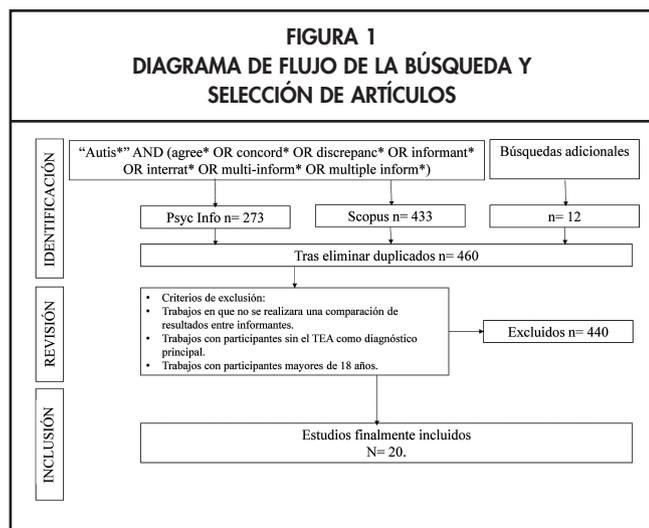
DISCUSIÓN

En línea con los resultados obtenidos en investigaciones previas, en prácticamente todos los estudios incluidos en la presente revisión, los niveles de correlación entre las evaluaciones realizadas por diferentes informantes fueron moderados o bajos (Jepsen, Gray & Taffe, 2012; Kanne, Abbacchi & Constantino, 2009; Mattila et al., 2009); a excepción del estudio de Azad et al. (2016), en el que se obtuvieron niveles de correlación elevados, pero solamente en el caso de niños con sintomatología TEA más severa, no en los casos de niños con sintomatología menos severa.

Gran parte de los estudios incluidos en la presente revisión también obtuvieron que un mayor grado de acuerdo entre informantes fue asociado con menor sintomatología, mayor CI y mejores resultados en habilidades cognitivas y adaptativas por parte de los niños o adolescentes con TEA (Burrows et al., 2018; Dickson et al., 2018; Kaat & Lecavalier, 2015; Lopata et al., 2016; Magiati et al., 2014; Ooi et al., 2016; Stratis & Lecavalier, 2017).

Del mismo modo que el clásico metaanálisis de Achenbach, McConaughy y Howell (1987), en el estudio de Ung et al. (2017), el único trabajo incluido en la presente revisión en el

FIGURA 1
DIAGRAMA DE FLUJO DE LA BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



**TABLA 1
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN**

Autor/es (año)	N	Instrumentos	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Azad et al. (2016)	Padres y profesores de 123 niños con TEA (5-8 años).	<i>Social Responsiveness Scale</i>	Evaluar la concordancia entre padres y profesores en la valoración de conducta social de una muestra de niños con TEA a principio y final de un curso escolar; y analizar si esta concordancia varía en función del grado de severidad de la sintomatología TEA.	Las correlaciones en la valoración de padres y profesores fueron altas en el caso de niños con sintomatología TEA más severa, pero no en los casos de niños con sintomatología menos severa.	En el caso de niños con sintomatología menos severa es necesario analizar los motivos de la discrepancia obtenida entre evaluadores.
Burrows et al. (2018)	144 niños con TEA (12.79 años) y 135 niños sin TEA (13.32 años), y sus padres.	<i>Social Anxiety Scale</i> (versiones autoinforme y padres).	Analizar el grado de acuerdo entre autoinforme de ansiedad social en niños con TEA y la valoración de ansiedad por parte de los padres; e identificar factores que afectan a esta concordancia.	En el caso del grupo TEA, no se obtuvieron diferencias significativas entre las medidas de autoinforme y la valoración de los padres. Un mayor grado de acuerdo fue asociado con mejores resultados en habilidades adaptativas y menor sintomatología TEA. Factores demográficos como edad, CI verbal y género no se relacionaron con el grado de acuerdo.	Los resultados obtenidos presentan implicaciones relevantes para la práctica clínica, ya que un mayor entendimiento de la ansiedad social que presentan los niños con TEA por parte de sus padres, permite una mayor implicación y una mejora en la eficacia del tratamiento.
Dickson et al. (2018)	Padres y profesores de 246 niños con TEA (edad al inicio del seguimiento longitudinal: 5.58 años).	1) <i>Vineland Adaptive Behavior Scales</i> . 2) <i>Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory</i> .	Evaluar de manera longitudinal la concordancia entre padres y profesores del funcionamiento adaptativo y sintomatología autista de niños con TEA.	La concordancia en las valoraciones de padres y profesores fue variable, pero consistente a lo largo del tiempo. La severidad de la sintomatología TEA y las habilidades cognitivas de los niños influyeron en el grado de concordancia.	Se subraya la conveniencia de tener en cuenta otros factores clínicos asociados al TEA en la evaluación del funcionamiento adaptativo.
Hume et al. (2018)	547 adolescentes con TEA (16.1 años), sus padres o cuidadores primarios y sus profesores.	1) <i>Secondary School Success Checklist</i> (versiones para adolescentes, padres y profesores). 2) <i>Social Responsiveness Scale-2</i> . 3) <i>Vineland Adaptive Behavior Scale-II</i> (version profesores)	Comparar la percepción de un grupo de adolescentes con TEA, sus padres y profesores en las habilidades para la transición de etapa educativa.	Los adolescentes valoraron sus habilidades para la transición como significativamente mejores que padres y profesores. Los profesores valoraron las habilidades de los adolescentes significativamente mejor que los padres.	Las habilidades para la transición de etapa educativa son un factor clave para el éxito en la adaptación a entornos educativos. Es conveniente evaluar estas habilidades, como solución de problemas, planificación y autodefensa, desde diferentes perspectivas.
Kaat y Lecavalier (2015)	46 niños con TEA (12.4 años) y sus padres.	1) <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i> . 2) <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i>	Evaluar la fiabilidad y validez del <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i> y el <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i> en la valoración de padres y autoinformes de niños con TEA.	La fiabilidad de los dos instrumentos fue buena intragrupo, pero baja entre los grupos. La correlación entre la medida de autoinforme y la valoración de los padres fue mayor en los casos de CI más alto, mayores habilidades cognitivas y sintomatología TEA menos severa.	La convergencia entre valoración de padres y autoinforme de ansiedad es baja, lo que quizá limite la validez del autoinforme de ansiedad en TEA, especialmente cuando la sintomatología TEA y las dificultades intelectuales son mayores.
Larsen et al. (2018)	Padres y cuidadores de 27 niños con TEA y de 25 niños sin diagnóstico (grupo de comparación) entre 36-64 meses de edad.	Los padres y cuidadores recibían un listado de 73 síntomas propios del TEA (extraídos de instrumentos estandarizados de cribado). Los participantes debían marcar los síntomas que recordaban que estaban presentes en los niños entre los 12 y 24 meses de edad.	Evaluar el grado de acuerdo entre padres y cuidadores profesionales en la valoración retrospectiva de sintomatología TEA a edades tempranas (12-24 meses).	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de padres y de cuidadores, por lo que se obtuvo un buen grado de acuerdo entre informantes.	Los cuidadores y profesionales de educación infantil pueden jugar un rol relevante en la identificación temprana de la sintomatología TEA.



TABLA 1
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autor/es (año)	N	Instrumentos	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Lerner et al. (2017)	Padres y profesores de 283 niños con TEA (10.5 años).	<i>Child and Adolescent Symptom Inventory (CASI-4R)</i> .	Examinar si el grado de discrepancia entre padres y profesores sobre severidad de sintomatología TEA puede contribuir a identificar subgrupos de TEA clínicamente útiles.	Emergieron 4 subgrupos que oscilaron desde gran discrepancia entre informantes a ausencia relativa de discrepancia.	El grado de discrepancia entre padres y profesores sobre la severidad de sintomatología TEA puede proporcionar información clínicamente valiosa que incluso puede llevar al establecimiento de subgrupos discretos con utilidad clínica mediante un procedimiento eficaz en términos de coste-resultados.
Lopata et al. (2016)	Padres y profesores de 120 niños (8.78 años) con TEA de alto funcionamiento.	<i>Developmental Social Disorders Scale of the BASC-2</i> (padres y profesores).	Comparar la valoración entre padres y profesores de la subescala de trastornos del desarrollo social del BASC-2 en una muestra de niños con TEA.	Las correlaciones entre informantes fueron bajas aunque significativas. Las diferencias entre evaluadores aumentaban a medida que aumentaban las puntuaciones y cuando la percepción de la sintomatología TEA era mayor.	En los casos de mayor sintomatología TEA es posible que aumenten las divergencias entre evaluadores.
Macari et al. (2018)	Padres y evaluadores clínicos de 137 niños con alto riesgo de TEA (con hermanos mayores con TEA), (12.46 meses); y 76 niños con bajo riesgo de TEA (sin precedentes de TEA en hermanos), (12.34 meses).	1) <i>First Year Inventory</i> . 2) <i>Mullen Scales of Early Learning</i> . ADOST.	Comparar la valoración de padres y clínicos en comunicación social de niños con alto y bajo riesgo de TEA a los 12 meses de edad.	Padres y clínicos valoraron la conducta de los niños de manera similar. La valoración de padres y clínicos se ve afectada por el formato de los ítems de evaluación.	Los ítems de elección múltiple bien diseñados ofrecen información más rica y resultados menos dispares entre evaluadores que las escalas tipo Likert.
Magiati et al. (2014)	38 niños con TEA (12 años, 10 meses) y sus cuidadores primarios.	<i>Spence Children's Anxiety Scale</i> (versiones para cuidadores y autoinforme)	Analizar el grado de concordancia en la valoración de ansiedad entre las medidas de autoinforme de los propios niños y la valoración de sus cuidadores primarios.	Hubo un acuerdo moderado entre ambas valoraciones de la ansiedad. La mayor presencia y gravedad de sintomatología TEA se asociaba con menores niveles de concordancia entre informantes.	Los autores concluyen que el instrumento utilizado para valorar la ansiedad es adecuado para población con TEA.
McDonald et al. (2016)	Padres y profesores de 118 niños con TEA de alto funcionamiento (8.74 años).	<i>Behavior Assessment System for Children-2nd Edition (BASC-2)</i> (versiones para padres y profesores).	Analizar el grado de concordancia entre padres y profesores en la valoración de síntomas externalizantes, internalizantes y habilidades adaptativas en una muestra de niños con TEA de alto funcionamiento.	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de padres y profesores en las puntuaciones del BASC-2 y sus subescalas, excepto en la escala de hiperactividad. Sí hubo diferencias en la escala de habilidades adaptativas; el profesorado valoró significativamente mayores estas habilidades respecto a los padres. La correlación de la valoración de padres y profesores en las puntuaciones del BASC-2 y sus subescalas fue estadísticamente significativa y de magnitud moderada.	La concordancia entre padres y profesores de este estudio fue superior a la hallada por otros estudios, excepto en el caso de la valoración de las habilidades adaptativas.
Möricke et al. (2016)	124 madres y 119 padres de niños (4-5 años) pertenecientes a una cohorte de población general en Holanda.	1) <i>Social Communication Questionnaire</i> 2) <i>Autism-spectrum Quotient</i>	Analizar la presencia de sesgo en la valoración de la sintomatología TEA por parte de padres y madres.	Hubo un índice de acuerdo aceptable en la valoración de madres y padres respecto a sus hijos. No hubo evidencia de la presencia de este sesgo en la evaluación de los niños, pero sí en la autoevaluación de sintomatología TEA de los propios padres.	Es aconsejable involucrar múltiples informantes al realizar la evaluación de rasgos autistas y hacer uso de medidas para controlar posibles sesgos.
Ooi et al. (2016)	70 niños con TEA (11.21 años) y sus padres.	<i>Spence Children's Anxiety Scale</i> (versión padres y autoinforme).	Analizar el grado de acuerdo entre la valoración de ansiedad por parte de una muestra de niños con TEA y sus propios padres; e identificar factores que pueden afectar el grado de acuerdo.	Los niños aportaron una valoración de ansiedad significativamente superior a la aportada por sus padres. Se obtuvieron correlaciones significativas en las escalas de: ansiedad por separación, social y generalizada, así como para la puntuación global; pero la correlación no fue significativa en las escalas de: ataques de pánico y obsesivo-compulsivo. El grado de acuerdo fue mayor en las escalas correspondientes a conductas claramente observables. También fue mayor cuanto mayor era el CI verbal del niño y cuanto menor era el estrés parental. A mayor estrés parental se obtuvieron mayores discrepancias en ansiedad social.	Es necesario incluir medidas de autoinforme de ansiedad para completar la valoración de las familias.



TABLA 1
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN (Continuación)

Autor/es (año)	N	Instrumentos	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Ozonoff et al. (2018)	N= 230. Padres e investigadores de 147 niños con alto riesgo de TEA (con hermanos mayores con TEA); y 83 niños con bajo riesgo de TEA (sin precedentes de TEA en hermanos). Edad al inicio de la investigación: 3.2 meses. En la última evaluación se realizó el diagnóstico de TEA a 32 niños de los 230 participantes.	Seguimiento longitudinal a los 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 36 meses. Evaluación de acuerdo a 3 variables: 1) Informante: padres o investigadores. Instrumento utilizado: <i>Early Development Questionnaire, ADI-R</i> . 2) Perspectiva temporal: prospectiva (evaluación en cada visita) o retrospectiva (evaluación a los 36 meses). 3) Tipo de evaluación: dimensional o categórica.	Determinar la frecuencia de la existencia de un patrón de desarrollo típico inicial seguido de un patrón de pérdida de habilidades previamente adquiridas en niños con TEA (regresión autista). Para ello se manipularon varias variables, entre ellas el informante (padres o investigadores).	La existencia de este patrón de desarrollo típico seguido de un patrón de desarrollo regresivo fue muy común en los participantes. No hubo diferencias significativas en esta valoración entre padres e investigadores. Las diferencias entre evaluadores fueron mayores cuando se evaluó el inicio de la sintomatología de manera retrospectiva que cuando se evaluó de manera prospectiva. También fueron mayores cuando las preguntas se plantearon de manera categórica que cuando fueron dimensionales.	La presencia de un patrón de desarrollo regresivo fue la regla más que la excepción. Puede ser un patrón infraindicado en la investigación debido a la metodología empleada hasta ahora para detectarlo.
Sacrety et al. (2018)	Padres y profesionales del ámbito clínico de 188 niños de una cohorte con alto riesgo de presencia de TEA (hermanos pequeños de niños con TEA). Evaluados a los 12 y 18 meses.	Padres: <i>Autism Parent Screen for Infants (APSI)</i> . Clínicos: <i>Autism Observation Scale for Infants (AOSI)</i> . (ambas medidas parten del mismo modelo y comparten 19 ítems).	Examinar el grado de acuerdo entre padres y clínicos en la valoración de sintomatología TEA a edades tempranas (12 y 18 meses) en una muestra de niños con alto riesgo de TEA.	El acuerdo entre padres y clínicos en la valoración de la sintomatología TEA fue bajo (correlaciones entre -.01 y .23), siendo más capaces los padres de detectar posibles síntomas.	Los padres pueden detectar algunos comportamientos basados en sus observaciones diarias con mayor facilidad que los clínicos durante las breves evaluaciones clínicas.
Stadnick et al. (2017)	Cuidadores primarios y profesores de 141 niños con TEA (9.07 años) que recibían apoyo de salud mental.	Cuidadores: 1) <i>Eyberg Child Behavior Inventory</i> . 2) <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview, Parent Version</i> . Profesores: 3) <i>Sutter-Eyber Student Behavior Inventory-Revised</i> .	Analizar el grado de acuerdo de cuidadores y profesores en la valoración conductual de niños con TEA que reciben apoyo de salud mental; y analizar si las comorbilidades psiquiátricas de los niños afectan a este acuerdo.	La concordancia de la valoración de cuidadores y profesores fue baja, pero estadísticamente significativa. Los cuidadores valoraron los problemas de conducta como más severos que los profesores en los casos en que el niño presentaba comorbilidades al TEA, especialmente de trastornos externalizantes. No hubo diferencias significativas en los casos en que no había comorbilidades.	La información proporcionada por diferentes informantes es relevante para el planteamiento de las intervenciones. Las diferencias entre informantes pueden explicarse en parte por la presencia de diagnósticos comórbidos.
Stratis y Lecavalier (2017)	403 familias de niños con TEA (125.42 meses) y sus hermanos sin TEA (129.9 meses).	Padres y profesores: 1) <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> . 2) <i>Social Responsiveness Scale</i> . 3) <i>Broad Autism Phenotype Questionnaire</i> .	Analizar el grado de concordancia entre padres y profesores en la valoración de problemas emocionales y conductuales, además de sintomatología TEA en estudiantes con TEA y sus hermanos sin diagnóstico; e identificar factores predictores de concordancia en la valoración de padres y profesores.	La concordancia en la valoración entre padres y profesores fue mayor para el grupo de niños con TEA que para sus hermanos sin TEA. Se identificaron escasos predictores del grado de concordancia. Únicamente se detectó que a mayor sintomatología TEA reportada por los padres, mayores diferencias en la valoración en las tres variables analizadas.	La concordancia entre padres y profesores se situó en el rango bajo a moderado. Es necesario continuar investigando para identificar más predictores del grado de concordancia.
Teglasi et al. (2017)	Padres y profesores de 73 niños con TEA (70.04 meses).	1) <i>Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF)</i> . 2) <i>Social Skills Improvement System Social Skills Scale (SSIS)</i> .	Analizar el grado de concordancia entre padres y profesores en la valoración de la competencia social y funcionamiento ejecutivo en una muestra de niños con TEA.	Las correlaciones de las puntuaciones de padres y profesores fueron significativas, aunque bajas (.24 en el BRIEF y .18 en el SSIS).	Las diferencias en la valoración de padres y profesores pueden ser explicadas por la diferente relevancia de los constructos evaluados en los diferentes contextos (casa y escuela).
Thompson y Winsler (2018)	Padres y profesores de 257 niños con TEA (4.58 años), de población con nivel económica bajo y con diversidad étnica y cultural.	<i>Devereaux Early Childhood Assessment</i>	Evaluar el grado de acuerdo entre padres y profesores de educación infantil en la valoración de habilidades sociales y problemas conductuales de un grupo de niños con TEA.	Las correlaciones en la valoración de habilidades sociales de padres y profesores fueron moderadas y significativas, pero cercanas a cero en la valoración de problemas de conducta. Los padres valoraron más positivamente que los profesores las habilidades sociales y problemas de conducta de sus hijos.	Es necesario tener en cuenta que los padres de niños con TEA pueden ofrecer una visión más positiva (en comparación a los profesores), en la valoración de habilidades sociales y problemas de conducta de sus hijos.
Ung et al. (2017)	Edades 2-5: Padres y profesores de 26 niños con TEA (4.08 años) y 21 niños sin TEA (4.38 años). Edades 6-10: Padres y profesores de 32 niños con TEA (7.47 años) y 21 niños sin TEA (7.71 años).	Padres: 1) <i>Child Behavior Checklist</i> . Profesores: 2) <i>Teacher Report Form</i> .	Analizar el grado de concordancia entre padres y profesores en la valoración de problemas de conducta internalizantes y externalizantes en niños con y sin diagnóstico de TEA.	En los niños más pequeños con TEA (2-5 años), hubo diferencias significativas entre padres y profesores en la valoración de problemas de conducta relacionados con reacción emocional, quejas somáticas, sintomatología depresiva y dificultades atencionales. En niños más mayores (6-10 años), se sumaron a estas, nuevas diferencias en la valoración de problemas externalizantes.	Existe un grado de concordancia moderado entre padres y profesores en la valoración de la conducta de niños con y sin TEA. Las mayores diferencias se dan en niños más mayores, en comparación con niños más pequeños.



que se tuvo en cuenta la edad, se obtuvieron mayores diferencias en el grado de concordancia en niños más mayores, en comparación con niños más pequeños. Estas diferencias parecen sugerir que conforme avanza la edad de los sujetos con TEA, se agrandan las diferencias en su conducta en diferentes contextos, o al menos en la percepción de esta conducta por parte de padres y profesores, unas diferencias que pueden explicarse por los cambios en las exigencias académicas y sociales en el ambiente escolar en edades más avanzadas, o a la existencia de un diferente impacto de las intervenciones en los contextos escolar y familiar.

Tal y como habíamos planteado en las hipótesis, en línea con la literatura previa (Achenbach et al., 1987; De Los Reyes et al., 2015; Duhig, Renk, Epstein y Phares, 2000; Stratis & Lecavalier, 2015), los estudios que analizan aspectos conductuales, también obtuvieron un mayor grado de acuerdo entre informantes en las escalas correspondientes a conductas claramente observables (McDonald et al., 2016; Ooi et al., 2016; Ung et al., 2017).

En algunos de los estudios analizados, como el de Stadnick et al. (2017), los cuidadores valoraron los problemas de conducta, especialmente de trastornos externalizantes, como más severos que los profesores, en los casos en que el niño presentaba comorbilidades al TEA. En la misma línea, McDonald et al. (2016) obtuvieron que el profesorado valoró las habilidades adaptativas mejor que los padres; y Hume et al. (2018) también obtuvieron que los docentes valoraron las habilidades para la transición de etapa educativa de un grupo de adolescentes como significativamente mejores que sus propios padres. Thompson & Winsler (2018), por el contrario, obtuvieron que los padres valoraron más positivamente que los profesores las habilidades sociales y los problemas de conducta de sus hijos.

Es posible que los padres de niños con TEA ofrezcan una visión más positiva, en comparación a sus profesores, posiblemente por el hecho de que los docentes pueden comparar el grado de desarrollo de muchos más niños de la misma edad, mientras que los padres no tienen tantas oportunidades para poder comparar. No obstante, en algunos casos, como vemos a partir de los trabajos de Stadnick et al. (2017), de McDonald et al. (2016) o de Hume et al. (2018), se obtiene una peor valoración por parte de los padres, lo cual puede deberse a diferentes factores, entre ellos el estrés parental, un aspecto que, pese a su relevancia, no suele tenerse en cuenta en los estudios multi-informantes. De hecho, en el estudio de Ooi et al. (2016), el único estudio de la presente revisión que considera la influencia del estrés parental, se obtuvo un grado de acuerdo entre informantes mayor cuanto menor era el estrés parental de los progenitores.

Estas discrepancias entre informantes, como se propone en *The ABC Model* (De Los Reyes & Kazdin, 2005), ponen de manifiesto la necesidad de considerar aspectos contextuales, de manera que factores como el nivel de estrés parental de los padres o la experiencia de los propios docentes con alumnos con TEA son aspectos que se deberían considerar a la hora de realizar una evaluación multi-informante.

Respecto a la evaluación multi-informante entre padres y profesionales del ámbito clínico, Sacrey et al. (2018) obtuvieron que los padres son más capaces que los clínicos para detectar posibles síntomas característicos del trastorno, ya que pueden detectar algunos comportamientos basados en sus observaciones diarias con mayor facilidad que los profesionales (que disponen de menos oportunidades para observar a los niños). Este resultado, no obstante, cabe ser reconsiderado, ya que tal y como apuntan Macari et al. (2018), es posible que la valoración de padres y profesionales del ámbito clínico se vea afectada por el formato de los ítems de evaluación, otro factor relevante que se debería tomar en consideración al analizar los resultados obtenidos en las evaluaciones multi-informantes.

En cuanto al patrón de involución respecto a la pérdida de habilidades previamente adquiridas por parte de los niños con TEA, Ozonoff et al. (2018), en línea con estudios previos, sugieren un patrón de involución más común de lo que se podría pensar (Thurn, Manwaring, Luckenbaugh, Lord & Swedo, 2014). En este estudio se obtuvo que las diferencias entre evaluadores fueron mayores cuando se evaluó el inicio de la sintomatología de manera retrospectiva que cuando se evaluó de manera prospectiva, y cuando las preguntas se plantearon de manera categórica que cuando fueron dimensionales. Según los mismos autores, estos resultados pueden ser debidos a que las clasificaciones categóricas, que inherentemente requieren una comparación con el funcionamiento anterior y también requieren un juicio de todo o nada (presencia o ausencia de un fenómeno), son discriminaciones más difíciles de hacer que las clasificaciones de frecuencia del comportamiento actual. Estos resultados poseen una implicación práctica importante a la hora de seleccionar las pruebas de evaluación.

En conclusión, en la mayoría de los estudios se ha encontrado un acuerdo moderado-bajo entre informantes, obteniendo un mayor grado de acuerdo en los casos en los que o bien la sintomatología TEA es menor, o bien los niños presentan un mayor CI y/o mejores resultados en habilidades cognitivas y adaptativas. Además, se obtiene mayor grado de acuerdo entre informantes al evaluar conductas claramente observables. Las diferencias que se obtienen entre informantes es posible que se deban a factores contextuales como el nivel de estrés parental o la propia experiencia de los docentes, además de las diferencias observadas en la formulación de las pruebas de evaluación, aspectos que cabe tener en cuenta al realizar una evaluación multi-informante.

En la presente revisión se han hallado algunas limitaciones, como la heterogeneidad en las características de los participantes, sin tener en cuenta en la mayoría de los estudios el grado de severidad del TEA y la posibilidad de coocurrencia con diagnósticos comórbidos; el uso de diferentes herramientas de evaluación en los diferentes estudios, y también entre informantes en un mismo estudio; y la ausencia de análisis de factores contextuales que pueden condicionar los resultados de las evaluaciones, como por ejemplo el nivel de estrés parental, o la experiencia de los profesionales en la interven-



ción de niños con TEA. A pesar de que se ha realizado una revisión de veinte estudios en los últimos cinco años (una cantidad razonablemente amplia), cabe considerar que el objetivo de algunos estudios no se circunscribía únicamente al estudio del grado de acuerdo entre informantes sobre sintomatología TEA (en algunos estudios este era solamente uno de los objetivos dentro de un estudio más general). Esta heterogeneidad en el objetivo de estudio ha permitido realizar un análisis global que futuras investigaciones deberían estudiar en profundidad considerando cada uno de los objetivos específicamente, además de analizar en mayor profundidad las diferentes fuentes de información, ya sea un análisis del grado de acuerdo entre padres y maestros, entre padres y niños, entre padres y clínicos, entre padres e investigadores, u otras posibles combinaciones.

La evaluación multi-informante permite obtener de una manera sencilla una valoración no solo de informantes presentes en diferentes contextos, sino de informantes que conviven en un mismo contexto, como es el caso de los dos progenitores. Este aspecto de poder comparar las valoraciones realizadas por parte de ambos padres permite reducir la influencia de posibles sesgos en la evaluación, un aspecto poco estudiado hasta la fecha (en la presente revisión, de hecho, tan solo se incluyó el estudio de Möricke et al. (2016).

Debido a las discrepancias en la evaluación multi-informante y la importancia de esta en el diagnóstico de trastornos como el TEA (un diagnóstico que se realiza otorgando un gran peso a la valoración conductual), es necesario continuar investigando acerca de las diferentes variables que influyen en el grado de acuerdo de diferentes evaluadores sobre la conducta de un mismo sujeto.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses en el contenido del artículo.

REFERENCIAS

Las referencias marcadas con un asterisco (*) señalan los estudios incluidos en la revisión:

- Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 80-86. doi: 10.1080/15374416.2011.533416
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- *Azad, G. F., Reisinger, E., Xie, M. & Mandell, D. S. (2016). Parent and teacher concordance on the Social Responsiveness Scale for children with autism. *School Mental Health*, 8(3), 368-376. doi: 10.1007/s12310-015-9168-6

- *Burrows, C. A., Usher, L. V., Becker-Haimes, E. M., McMahon, C. M., Mundy, P. C., Jensen-Doss, A. & Henderson, H. A. (2018). Profiles and correlates of parent-child agreement on social anxiety symptoms in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2023-2037. doi: 10.1007/s10803-018-3461-9
- De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9. doi: 10.1080/15374416.2011.533405.
- De Los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E. & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858. doi: 10.1037/a0038498.
- *Dickson, K. S., Suhrheinrich, J., Rieth, S. R. & Stahmer, A. C. (2018). Parent and teacher concordance of child outcomes for youth with autism Spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1423-1435. doi: 10.1007/s10803-017-3382-z
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K. & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 435-453. doi: 10.1093/clipsy.7.4.435
- *Hume, K., Dykstra Steinbrenner, J., Sideris, J., Smith, L., Kucharczyk, S. & Szidon, K. (2018). Multi-informant assessment of transition-related skills and skill importance in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*, 22(1), 40-50. doi: 10.1177/1362361317722029
- Jepsen, M. I., Gray, K. M. & Taffe, J. R. (2012). Agreement in multi-informant assessment of behaviour and emotional problems and social functioning in adolescents with Autistic and Asperger's Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1091-1098. doi: 10.1016/j.rasd.2012.02.008
- *Kaat, A. J. & Lecavalier, L. (2015). Reliability and validity of parent and child-rated anxiety measures in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(10), 3219-3231. doi: 10.1007/s10803-015-2481-y
- Kanne, S. M., Abbacchi, A. M. & Constantino, J. N. (2009). Multi-informant ratings of psychiatric symptom severity in children with autism spectrum disorders: The importance of environmental context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6), 856-864. doi: 10.1007/s10803-009-0694-7
- *Larsen, K., Aasland, A. & Diseth, T. H. (2018). Brief re-



- port: Agreement between parents and day-care professionals on early symptoms associated with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1063-1068. doi: 10.1007/s10803-017-3355-2
- *Lerner, M. D., De Los Reyes, A., Drabick, D. A., Gerber, A. H. & Gadow, K. D. (2017). Informant discrepancy defines discrete, clinically useful autism spectrum disorder subgroups. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(7), 829-839. doi: 10.1111/jcpp.12730
- *Lopata, C., Donnelly, J. P., Jordan, A. K., Thomeer, M. L., McDonald, C. A. & Rodgers, J. D. (2016). Brief report: Parent-teacher discrepancies on the developmental social disorders scale (BASC-2) in the assessment of high-functioning children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(9), 3183-3189. doi: 10.1007/s10803-016-2851-0
- *Macari, S. L., Wu, G. C., Powell, K. K., Fontenelle, S., Macris, D. M. & Chawarska, K. (2018). Do parents and clinicians agree on ratings of autism-related behaviors at 12 months of age? A study of infants at high and low risk for ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1069-1080. doi: 10.1016/j.rasd.2014.01.015
- *Magiati, I., Chan, J. Y., Tan, W. L. J. & Poon, K. K. (2014). Do non-referred young people with Autism Spectrum Disorders and their caregivers agree when reporting anxiety symptoms? A preliminary investigation using the Spence Children's Anxiety Scale. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(5), 546-558. doi: 10.1016/j.rasd.2014.01.015
- Mattila, M. L., Jussila, K., Kuusikko, S., Kielinen, M., Linna, S. L., Ebeling, H., ... y Moilanen, I. (2009). When does the Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) predict autism spectrum disorders in primary school-aged children? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(8), 499-509. doi: 10.1007/s00787-009-0044-5
- *McDonald, C. A., Lopata, C., Donnelly, J. P., Thomeer, M. L., Rodgers, J. D. & Jordan, A. K. (2016). Informant discrepancies in externalizing and internalizing symptoms and adaptive skills of high-functioning children with autism spectrum disorder. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 467. doi: 10.1037/spq0000150
- *Möricke, E., Buitelaar, J. K. & Rommelse, N. N. (2016). Do we need multiple informants when assessing autistic traits? The degree of report bias on offspring, self, and spouse ratings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 164-175. doi: 10.1007/s10803-015-2562-y
- *Ooi, Y. P., Weng, S. J., Magiati, I., Ang, R. P., Goh, T. J., Fung, D. S. & Sung, M. (2016). Factors influencing agreement between parent and child reports of anxiety symptoms among children with high-functioning autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28(3), 407-424. doi: 10.1007/s10882-016-9481-5
- *Ozonoff, S., Gangi, D., Hanzel, E. P., Hill, A., Hill, M. M., Miller, M., ... y Iosif, A. M. (2018). Onset patterns in autism: Variation across informants, methods, and timing. *Autism Research*, 11(5), 788-797. doi: 10.1002/aur.1943
- *Sacrey, L. A. R., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J., Smith, I. M., Roberts, W., ... y Garon, N. (2018). Parent and clinician agreement regarding early behavioral signs in 12 and 18 month old infants at risk of autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(3), 539-547. doi: 10.1007/s10803-017-3081-9
- *Stadnick, N., Chlebowski, C. & Brookman-Frazee, L. (2017). Caregiver-teacher concordance of challenging behaviors in children with autism spectrum disorder served in community mental health settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1780-1790. doi: 10.1007/s10803-017-3101-9
- Stratis, E. A. & Lecavalier, L. (2015). Informant agreement for youth with autism spectrum disorder or intellectual disability: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1026-1041. doi: 10.1007/s10803-014-2258-8.
- *Stratis, E. A. & Lecavalier, L. (2017). Predictors of parent-teacher agreement in youth with autism spectrum disorder and their typically developing siblings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2575-2585. doi: 10.1007/s10803-017-3173-6
- *Teglasi, H., Ritzau, J., Sanders, C., Kim, M. J. & Scott, A. (2017). Explaining discrepancies in assessment protocols: Trait relevance and functional equivalence. *Psychological Assessment*, 29(12), 1517-1530. doi: 10.1037/pas0000447
- *Thompson, B. & Winsler, A. (2018). Parent-Teacher Agreement on Social Skills and Behavior Problems Among Ethnically Diverse Preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3163-3175. doi: 10.1007/s10803-018-3570-5
- Thurm, A., Manwaring, S. S., Luckenbaugh, D. A., Lord, C. & Swedo, S. E. (2014). Patterns of skill attainment and loss in young children with autism. *Development and Psychopathology*, 26(1), 203-214. doi: 10.1017/S0954579413000874
- *Ung, D., Boone, D. M., McBride, N., Howie, F., Scalli, L. & Storch, E. A. (2017). Parent and teacher agreement of behavior problems in youth diagnosed with and without Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 370-380. doi: 10.1007/s10826-016-0566-7





ANTONIO PARDO. IN MEMORIAM

Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento¹

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

eduardo.estrada@uam.es

En las primeras semanas de marzo de 2020, un tsunami entró en nuestras vidas arrasando con muchas cosas que, por conformar nuestro día a día, dábamos por sentadas. Una de las pérdidas más importantes que esta marea ha causado para la Psicología española y latinoamericana, y en concreto para la Metodología de las Ciencias del Comportamiento, es la muerte del profesor Antonio Pardo Merino. Antonio falleció la madrugada del 7 de abril de 2020. Era catedrático de Metodología en la Universidad Autónoma de Madrid. Comunicador y docente extraordinario, ha dejado tras de sí más de 35 años de trayectoria profesional, una abundante y revolucionaria producción académica, un recuerdo imborrable en miles de estudiantes, y un colosal sentimiento de desolación en sus compañeros y su familia.



Antonio Pardo nació en Iniesta, un pequeño municipio en la provincia de Cuenca. Desde pequeño destacó como un estudiante brillante. Gracias a ello, a los nueve años fue admitido en el Seminario Menor de Uclés. Unos años después continuó sus estudios en el Seminario Mayor de Cuenca.

Sin embargo, la vida le deparaba un destino distinto al de ordenarse sacerdote. Con 19 años, abandonó el seminario y comenzó a preparar su acceso a la universidad. Ese verano conoció a Puri. Con ella comenzó un noviazgo que algunos años después se convertiría en matrimonio, y que duró hasta el final de sus días. El curso siguiente comenzó los estudios de Filosofía y Letras, con grado en Psicología, en la Universidad Pontificia Comillas en Madrid. En el colegio mayor conoció a Julio Olea. Su afición por cantar juntos (casi siempre

Antonio a la guitarra) los llevó a forjar una gran amistad. Sus vidas estuvieron entrelazadas desde entonces. Con los años, ambos se convirtieron en figuras de referencia de la psicometría y del análisis de datos.

En 1983, por su magnífico desempeño académico, obtuvo el Premio Extraordinario Fin de Carrera. Esto le procuró su primer, aunque modesto, salario como académico. Un poco después, en 1988, defendió su tesis doctoral. En 1985 había comenzado a trabajar como Profesor Colaborador en la UNED. En 1987 pasó a ser Profesor Ayudante en la UAM, para después ganar allí una plaza de Profesor Titular en 1989. En esta institución desarrolló el resto de su carrera académica.

Curiosamente, al inicio de la carrera universitaria, Antonio tenía una formación matemática limitada. En sus propias palabras, sabía "hacer quebrados" a duras penas. Sus dificultades con las asignaturas de la carrera con contenido estadístico le obligaron a estudiar por su cuenta todo lo que no le habían enseñado previamente. Tan bien se le dio la tarea que, para el final de aquel curso, sus compañeros le buscaban para que les explicara el temario. Posiblemente, fue entonces cuando Antonio descubrió su excepcional capacidad para transmitir conocimiento a otras personas. El año siguiente se vio explicando la estadística de primero y segundo y, poco a poco, se fue labrando una cierta fama entre sus compañeros (y algún profesor) como excelente docente. Esta forma atípica de acercarse a la estadística ayuda a entender el enfoque académico y docente que después abandonó.

El profesor Pardo supuso una revolución en la enseñanza del análisis de datos. Tal vez debido a su formación filosófica previa, siempre buscó una perspectiva global de los problemas. Consideraba que la Psicología, en tanto que ciencia empírica, construye su conocimiento a base de formular y contrastar hipótesis, y debe recurrir constantemente a los datos empíricos para legitimar las explicaciones que propone. Y la herramienta por excelencia para analizar esos datos es la estadística aplicada. Se representaba el proceso investigador como la construcción de un edificio: la teoría es el plano, y con cada hipótesis contrastada se pone un nuevo ladrillo.

En lugar de centrar sus clases en las peculiaridades matemáticas de los modelos, dedicaba su esfuerzo a hacer entender a sus estudiantes por qué el conocimiento psicológico debe considerarse científico, y cuál es el rol del método esta-

¹ Eduardo Estrada, Ricardo Olmos, José Manuel Caperos, Francisco J. Abad, Juan Botella, Yone Castro, Ludgerio Espinosa, Hilda Gambará, Carmen García, Eduardo García-Garzón, Jesús Garrido, Beatriz Gil Gómez-Liaño, Orfelio G. León, Jose Hector Lozano, Lorena Martín, Alejandro Martínez-Mingo, Agustín Martínez-Molina, Andres Mejía, Manuel Monroy, Nacho Montero, Pablo Nájera, Miguel Núñez, Vicente Ponsoda, María Quirós, Javier Revuelta, Miguel A. Ruiz, Rafael San Martín, Susana Sanz-Velasco, Rodrigo Schames, Miguel A. Sorrel, Manuel Suero y Carmen Ximenez





dístico en la construcción de dicho conocimiento: un paso fundamental del proceso, pero no un fin en sí mismo. De ahí que, de acuerdo con Tukey, prefiriera hablar de *análisis de datos*, en lugar de términos más clásicos en España como *psicoestadística* o *psicología matemática*. Esta convicción vertebró su trabajo en las dos áreas por las que alcanzó mayor reconocimiento: sus clases y sus manuales.

De las distintas facetas que componen la labor de un profesor universitario, la que más intensamente disfrutó fue la de docente. Más de treinta y cinco promociones de estudiantes se beneficiaron de su pasión por la enseñanza, y de su capacidad excepcional para iluminar ideas complejas en las mentes de su audiencia. Se cuenta que el renacentista Miguel Ángel Buonarrotti decía que él simplemente liberaba las esculturas eliminando el mármol sobrante que las ocultaba. De una manera similar, Antonio "tallaba" el conocimiento identificando los elementos esenciales del problema, eliminando todo lo accesorio y comunicándolo a los demás con precisión y belleza. Entendía el análisis como una labor artesana, acometida con esmero y rigor. Así, sus clases eran pequeñas obras pulidas durante los años. En una asignatura como el análisis de datos, y en un contexto como los estudios de psicología, conseguía entretener -de hecho, divertir- a los alumnos. El contraste de hipótesis se entendía lanzando monedas; el modelado estadístico, dibujando en la pizarra la pipa (que no era una pipa) de René Magritte. Figuras como Fisher, Cohen, Pearson y Kendall desfilaban sobre la tarima para ser ensalzadas o criticadas, según tocaba. Con su personal estilo, inspiró vocaciones metodológicas en varias generaciones que interiorizaron su particular visión, no solo de la estadística, sino también sobre cómo concebirla y enseñarla.

Los manuales de análisis de datos que escribió junto a sus compañeros constituyen obras de referencia para la enseñanza del análisis de datos en muchas de las universidades del ámbito hispano. Estos manuales gozan de gran difusión, incluso en áreas alejadas de la psicología, porque nunca pierden de vista quién es el lector y qué necesita. Y el lector siempre se siente guiado; sabe qué camino recorre y comprende por qué da cada paso. Estos textos producen una complicidad inusitada cuando se trabajan aspectos tan formales, a la vez que transmiten sencillez, rigor y profundidad. Llama la atención el cuidado puesto en cada uno de ellos. Su primer manual, escrito a los 30 años junto a Rafael San Martín, ya destaca por su robustez conceptual y técnica. Desde aquel hasta los tres últimos volúmenes, escritos en colaboración con el propio Rafael y con Miguel Ángel Ruiz, el análisis de cualquier párrafo revela el mimo con que escogía cada término. Su entusiasmo por la precisión del lenguaje llegó a desesperar a algún que otro colaborador, pero contribuyó a convertir sus libros en obras rotundas. A ellos se sumó una extensa producción de artículos científicos.

Antonio encarnaba una rara conjunción de calidez huma-

na, generosidad desmedida, fulgor intelectual, capacidad de trabajo y compromiso ético. En él es difícil disociar lo académico de lo personal. Para quien esto escribe, su trabajo entronca con el concepto aristotélico de *praxis*. Era una enciclopedia viva del análisis de datos. Impresionaba verlo contestar "al vuelo" a preguntas sobre cualquier problema estadístico: el planteamiento de las hipótesis, los supuestos requeridos, la mejor estrategia analítica en esta o en aquella situación. Este vastísimo conocimiento, sumado a su pasión por divulgarlo y a su generosidad para con los demás, le llevó a ser la figura de referencia a la que consultar cualquier duda estadística, en cualquier estudio, casi en cualquier momento. En ocasiones, bromeaba diciendo que, si hubiera cobrado un euro a cada persona que le preguntaba algo, se hubiera hecho millonario. Era muy habitual encontrarlo acompañado de algún estudiante, doctorando o investigador (tanto de su Facultad como de otros centros) al que estuviera resolviendo alguna duda y, de paso, contando algún chiste.

Compaginó su dedicación docente con un esforzado trabajo de gestión académica. A lo largo de los años ocupó los cargos de secretario académico de su departamento, subdirector del departamento y secretario académico de la Facultad. Su labor de gestión contribuyó a construir un entorno de trabajo agradable y humano para él, sus compañeros, los estudiantes y el PAS. Como Vicedecano de Investigación e Infraestructuras de la Facultad de Psicología, promovió distintas acciones de mejora de la Facultad de Psicología. Una de ellas fue la habilitación de un nuevo espacio para la cafetería. Hoy esa cafetería es el centro de la vida social de la facultad. Antonio estaba especialmente orgulloso de ello; entendía la enorme relevancia de estos espacios en las relaciones informales que tejen nuestras vidas.

Entre 2007 y 2009 tuvo un papel destacado en la creación del Máster Oficial de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Salud. Este título se imparte conjuntamente por la UAM, la UCM y la UNED. Antonio fue el primer coordinador en la UAM. Como tal, llevó la iniciativa desde su institución cuando se realizaron las primeras conversaciones, se firmaron los convenios, y se idearon el plan de estudios y la mayoría de las guías docentes. Hoy en día, este máster es la principal opción formativa en metodología en nuestro entorno. Entre sus egresados se cuentan numerosos académicos que hoy son profesores universitarios en países como Chile, México, Reino Unido y, por supuesto, España. También profesionales de perfiles variados, tales como investigadores en hospitales y laboratorios médicos, investigadores de mercados o desarrolladores de test.

En definitiva, Antonio nos ha dejado un legado maravilloso compuesto por su manera de entender la ciencia y por su manera de entender la vida. Su fallecimiento deja un hueco imposible de llenar para su familia, compañeros y amigos. Intentaremos asumirlo como probablemente lo haría él: con fortaleza, serenidad y, a ser posible, cantando con una guitarra.



Solicita

TU CORREO ELECTRÓNICO

cop.es

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

¡Infórmate en tu Colegio!



MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

C/ Conde de Peñalver, 45 - 3ª Planta
28006 Madrid - España
Tels.: +34 91 444 90 20
Fax: +34 91 309 56 15
E-mail: secop@cop.es
Web: www.cop.es

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

SOLICITUD

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Sólo para
residentes fuera
del territorio
español

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

FORMA DE PAGO: 20 euros (25 dólares USA)

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

Tarjeta de crédito: Visa MasterCard American Express

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

Firma

C/ Conde de Peñalver, 45 - 3ª Planta • 28006 Madrid - España • Tels.: +34 91 444 90 20 • Fax: +34 91 309 56 15 • E-mail: secop@cop.es • Web: www.cop.es



FOCAD *INFÓRMATE*

Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

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

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

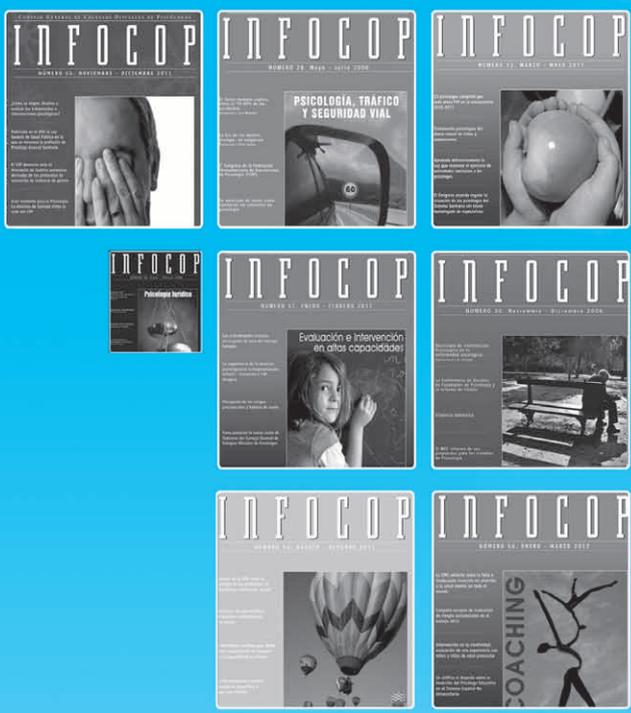


FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA

FOCAD

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

www.focad.es



CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

INFOCOP

REVISTA DE PSICOLOGÍA

¡Todos los números publicados en la web!

www.infocop.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.



Consejo General de la Psicología ESPAÑA

C/ Conde de Peñalver, 45 - 3ª planta • 28006 Madrid
E-mail: secop@cop.es • Web: www.cop.es
Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ÁLAVA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001
Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla
Espinosa y Cárcel, 17, acc. C.
41005 Sevilla
E-mail: servicioscentrales@copao.es • Web: www.copao.es

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL



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

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

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE BIZKAIA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE CASTILLA-LA MANCHA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA CASTILLA Y LEÓN



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE CATALUNYA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CEUTA



Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001
Ceuta
C/ Salud Tejero, nº 16 Oficina nº 5.
Vivero de Empresas de la Cámara de Comercio de Ceuta
51001 Ceuta
E-mail: copce@cop.es • Web: www.copceuta.org

Teléf.: 856 20 80 01

COL·LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA COMUNITAT VALENCIANA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE GIPUZKOA



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE LES ILLES BALEARS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE MADRID



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS MELILLA



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

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE NAVARRA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LAS PALMAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001
Murcia
C/ Almirante Churruga, 1
30007 Murcia
E-mail: dmurcia@cop.es • Web: www.colegiopsicologos-murcia.org

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS LA RIOJA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



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

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

