

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

CINCUENTA AÑOS DE INVESTIGACIÓN ESPAÑOLA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
EXPLOTACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



DINÁMICAS DE RESISTENCIA-RECHAZO FILIO-PARENTAL - INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA SOBRE REGULACIÓN EMOCIONAL - PROMOVRIENDO LA SENSIBILIDAD
PARENTAL - DIAGNÓSTICO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA - SÍNDROME DE WEST Y TEA

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

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

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

81. Cincuenta años de investigación española en psicología clínica a través de la Web of Science (1971-2020)
Francisco González-Sala y Julia Osca-Lluch
90. Detección de la explotación sexual en la infancia y la adolescencia mediante la evaluación de indicadores de riesgo en España
Beatriz Benavente, Lluís Ballester, Jordi Pich y Noemí Pereda
96. Dinámicas de Resistencia-Rechazo Filio-Parental. Historia conceptual y propuesta de denominación en Español
Fernando Álvarez, Josu Arrospide, Marian Elicegui, Elena Fernández-Markaida, María Luserreta, Begoña Rueda y Aurora Urbano
103. Estudio metamétodo de la investigación cualitativa sobre las estrategias de regulación emocional
Jennifer Pérez Sánchez y Ana R. Delgado
110. Promoviendo la sensibilidad parental con una intervención temprana basada en la evidencia
Marta Benito-Gomez, Pablo Carrera, Franssy Zablah, Caroline Roben y Mary Dozier
117. Prácticas clínicas de comunicación del diagnóstico en oncología pediátrica: una revisión sistemática
Rubby Castro-Osorio, Luisa Arce-Rodríguez, Andrea Navarrete-Pinzón, Paula Pérez-Camero y Juliana Martínez-Castillo
125. Síndrome de West y trastorno del espectro del autismo asociado: una propuesta de protocolo de evaluación e intervención neuropsicológica
Christian López-Cruz, Irene Cano-López, Marta Aliño y Sara Puig-Pérez

Revisión de libros

133. El gran debate de la psicoterapia
The great psychotherapy debate
Bruce Wampold and Zac Imel
Barcelona: Editorial Eleftheria. 2021
Marino Pérez Álvarez
136. La cueva del mono. Las siete piedras de la sabiduría
The monkey's cave. The seven stones of wisdom
Jenny Moix
Barcelona: Plataforma. 2022
Dr. Xavier Montaner Casino

Articles

81. Fifty Years of Spanish Research in Clinical Psychology through the Web of Science (1971-2020)
Francisco González-Sala and Julia Osca-Lluch
90. Detection of Child Sexual Exploitation Through the Evaluation of Risk Indicators in Spain
Beatriz Benavente, Lluís Ballester, Jordi Pich and Noemí Pereda
96. Child-to-Parent Resist-Refuse Dynamics. Conceptual history and proposal of denomination in Spanish
Fernando Álvarez, Josu Arrospide, Marian Elicegui, Elena Fernández-Markaida, María Luserreta, Begoña Rueda and Aurora Urbano
103. A metamethod study of qualitative research on emotion regulation strategies
Jennifer Pérez Sánchez and Ana R. Delgado
110. Promoting parental sensitivity with an evidence-based early intervention
Marta Benito-Gomez, Pablo Carrera, Franssy Zablah, Caroline Roben and Mary Dozier
117. Clinical practices of communicating the diagnosis in pediatric oncology: a systematic review
Rubby Castro-Osorio, Luisa Arce-Rodríguez, Andrea Navarrete-Pinzón, Paula Pérez-Camero and Juliana Martínez-Castillo
125. West syndrome and associated autism spectrum disorder: proposal for a neuropsychological assessment and intervention protocol
Christian López-Cruz, Irene Cano-López, Marta Aliño and Sara Puig-Pérez

Books review

133. El gran debate de la psicoterapia
The great psychotherapy debate
Bruce Wampold and Zac Imel
Barcelona: Editorial Eleftheria. 2021
Marino Pérez Álvarez
136. La cueva del mono. Las siete piedras de la sabiduría
The monkey's cave. The seven stones of wisdom
Jenny Moix
Barcelona: Plataforma. 2022
Dr. Xavier Montaner Casino

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 Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martin Debbané (Université de Genève, Suiza); Paula Elosua (Univ. del País Vasco); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (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 Angel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Angel 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

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 (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc, IBCECS, 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>



Article

Fifty Years of Spanish Research in Clinical Psychology through the Web of Science (1971-2020)

Francisco González-Sala¹ and Julia Osca-Lluch²

¹Universidad de Valencia.

²Instituto de Gestión e Innovación del Conocimiento INGENIO.

ARTICLE INFO

Received: April 13, 2021

Accepted: May 20, 2022

Keywords:

Clinical Psychology
Scientific production
Web of Science
History
Spain

ABSTRACT

A bibliometric study of the Spanish scientific production in Clinical Psychology published in international journals during a period of 50 years (1971-2020) is carried out. There are 3636 papers published in 130 Clinical Psychology journals, which contained 16135 author signatures, corresponding to a total of 8547 authors. 70.76% of the authors are temporary and only 2.01% have participated in the completion of 10 or more papers. It is observed that the increase in the number of Clinical Psychology studies carried out in Spanish institutions is related to the presence of a greater number of Spanish journals of this discipline in the Web of Science, which confirms the degree of maturity that Clinical Psychology has reached in Spain, which is manifested by the increase in the number of papers published in international journals and the increase in the number of Spanish Clinical Psychology journals in WoS.

Cincuenta años de investigación española en psicología clínica a través de la Web of Science (1971-2020)

RESUMEN

Se realizó un estudio bibliométrico de la producción científica española en Psicología Clínica publicada en revistas internacionales durante un periodo de 50 años (1971-2020). Hay 3636 artículos publicados en 130 revistas de Psicología Clínica, que contenían 16135 firmas de autores, correspondientes a un total de 8547 autores. El 70.76% de los autores son temporales y sólo el 2.01% ha participado en la realización de 10 o más trabajos. Se observa que el aumento del número de estudios de Psicología Clínica realizados en instituciones españolas está relacionado con la presencia de un mayor número de revistas españolas de esta disciplina en la Web of Science, lo que confirma el grado de madurez que ha alcanzado la Psicología Clínica en España, lo que se manifiesta en el aumento del número de artículos publicados en revistas internacionales y el aumento del número de revistas españolas de Psicología Clínica en WoS.

Palabras clave:

Psicología Clínica
Producción científica
Web of Science
Historia
España

Introduction

Publication practices in international scientific communication media are, in recent years, one of the hallmarks of research identity of Spanish scientists. These communication practices have led to the relevance of bibliometric studies and their usefulness to detect quality research (Weighman & Butler, 2011). In the Psychology field they are especially abundant, analyzing, among other issues, the degree of internationalization of a country's journals, the research activity of its scientists, the productivity of research in different countries or the situation of a certain specialty.

The interest in scientific production as an index of quality and as a criterion to compare the growth and development of a discipline or area of knowledge has led to the strengthening of bibliometric studies (Riffo, 2011). Bibliometry has been extended and implemented as an essential methodological technique for the evaluation of scientific production and of all the phenomena linked to the communication of science, becoming a fundamental tool to build and know the present and the history of research in various plots of science such as Medicine, Psychology or Education (López Ferrer & Osca-Lluch, 2009).

The scientific production of a given thematic area or field is a good indicator of the progression of research and the generation of knowledge. The analysis of scientific productivity is a need that is related to multiple aspects, such as the financing of universities, the evaluation and promotion of researchers, the financing of research, adaptation to the European Higher Education Area, etc. (Musi-Lechuga et al., 2005). Its bibliometric analysis allows an examination of the way it has been investigated and disclosed. The nature of scientific knowledge is very different according to scientific fields and even specialties. Evaluating the scientific product and the productivity of scientists is not an easy task. To describe the scientific contribution of an investigation, it is necessary to distinguish between quality, importance or relevance and current impact. Quality, per se, is indicative of how well the research may be carried out, either because of the knowledge it provides, because of its methodological correctness or because of the originality with which the project has been designed. Scientific importance or relevance is a quality that refers to the potential influence that research has or may have for the advancement of scientific knowledge and finally, there is the concept of impact, a quality that would interpret the supposed immediate repercussion of a research in a scientific communication system (Camí, 1997).

For the evaluation of the work that scientists do, an extended fact in most cases is to totally or partially reduce scientific activity to the publication of works in specialized journals, estimating the quality of a scientist based on the medium where he published. The impact factor is the most widely used bibliometric index at an international level to evaluate and compare scientific journals and scientific production. It is one of the indicators taken into account when evaluating the quality of a journal and for this reason it is also common, and especially in Spain, to use the impact factor as the main criterion for evaluating the quality of work scientific. Although originally created to determine the influence of scientific journals, today it is used not only as an indicator of their "quality", but is also applied to assess the research articles that they publish, the authors who write them

and the institutions in which they work (Jiménez-Contreras et al., 2010).

Within the field of Clinical Psychology, different bibliometric studies have been carried out that have analyzed some aspects of the Clinical Psychology journals published in Spanish (Agudelo et al, 2003), the one published in Spanish journals (Alcain & Ruiz -Gálvez, 1998), the analysis of some Spanish magazine or the most relevant Ibero-American journals related to Clinical Psychology and health (Ariza & Granados, 2012; Tortosa et al., 2019), knowing the state of the art in the field of Clinical Psychology in Latin America (Bregman et al., 2015) or the trend of published articles on Clinical Psychology in Chile, Latin America and Spain (Riffo, 2011).

The objective of this work is to analyze the international visibility and impact of Spanish research in Clinical Psychology published in international journals indexed in the multi-disciplinary databases of the Web of Science (WoS) in order to know the characteristics and evolution of psychology Spanish clinic in the last 50 years and check if there are changes in the publication habits of its researchers, in its international aspect.

Method

To carry out the study, all the papers published in journals included in the thematic category of Clinical Psychology in the Web of Science databases were selected.

To identify all the Spanish scientific production in this discipline collected in these databases, a search strategy was developed through the combination of the selection of works carried out in Spanish institutions in each of the years analyzed and subsequently selecting those that are classified thematically as Clinical Psychology papers. In this way, the search was limited to the production of researchers whose work center affiliation will be associated with any Spanish institution and for a time window between 1971 and 2020. The search was carried out during the first week of July 2021. All records were exported to a Microsoft Access database. A total of 3,636 records containing 16,135 author signatures were retrieved. Next, the different variants of the authors were unified, checking the coincidence in the workplaces of the different variants.

Various indicators of scientific productivity, collaboration and impact were calculated. The main indicator is the number of published works, which has been applied to authors and journals. Finally, the Journal Citation Reports (JCR) databases were consulted in order to know the position of the journals most used by Spanish researchers in Clinical Psychology.

Results

Spanish scientific production in Clinical Psychology: Papers, authors and signatures

Researchers working in Spanish institutions have published over the period 1971-2020 a total of 3636 papers published in journals collected in any of the WoS databases and classified under the thematic area of Clinical Psychology. The papers contained a total of 16135 signatures corresponding to 8547 authors.

Figure 1 allows us to graphically observe the evolution of Clinical Psychology works published by decade.

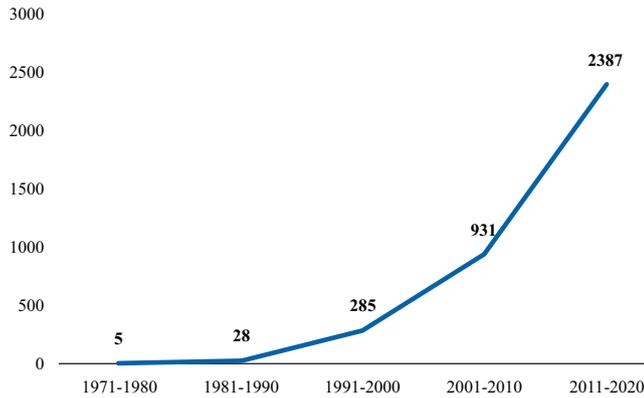


Figure 1. Evolution of the works published per decades.

Looking at the production for years, it is observed that the first work carried out with the collaboration of authors who work in a Spanish institution published in a journal of Clinical Psychology indexed in WoS was in 1966. It is the work entitled *Identification and leadership in group psychotherapy*, carried out by Martí Tusquets, J.L. (Universitat de Barcelona, Spain) and Moll, P. P. (University of Michigan, USA), which was published in the *International Journal of Group Psychotherapy*. It was not until 1977 that new Spanish papers published in Clinical Psychology journals indexed on the Web of Science (WoS) began to be published; however, it was not until 1987 when the number of 10 papers published per year was surpassed and it is from the year 2007 when it is possible to surpass the publication of more than 100 works per year. Table 1 shows the relationship of these first works, together with their authors, journal and year of publication. It should be mentioned that all the papers have been published in English except one that has been published in German.

Table 1. First Spanish works published in Clinical Psychology journals indexed in WoS between 1977 and 1987.

Authors and year	Title	Journal
López Ibor (1977)	<i>Some Characteristics of Depression</i>	<i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i>
Reynolds (1977)	<i>Authority, discipline and School principal</i>	<i>Individual Psychologist</i>
Vila & Beech (1977)	<i>Vulnerability and conditioning in relation to human menstrual cycle</i>	<i>British Journal of Social and Clinical Psychology</i>
Avia & Kanfer (1980)	<i>Coping with aversive-stimulation - The effects of training in a self-management context</i>	<i>Cognitive Therapy and Research</i>
Vila & Beech (1980)	<i>Premenstrual symptomatology - Interaction hypothesis</i>	<i>British Journal of Social and Clinical Psychology</i>
Carrobes et al. (1981)	<i>Shaping and generalization procedures in the EMG-Biofeedback treatment of tension headaches</i>	<i>British Journal of Clinical Psychology</i>
Paniagua & Baer (1981)	<i>A procedural analysis of the symbolic forms of behavior-therapy</i>	<i>Behaviorism</i>
Lobo et al. (1986)	<i>Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population</i>	<i>Psychological Medicine</i>
Arboix et al. (1987)	<i>Auditory ear extinction in lacunar syndromes</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Buigues & Vallejo (1987)	<i>Therapeutic response to phenelzine in patients with panic disorder and agoraphobia with panic attacks</i>	<i>Journal of Clinical Psychiatry</i>
De la Fuente (1987)	<i>Assessment of visual mental-imagery (VMI) in brain-damaged patients</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Junque et al. (1987)	<i>Speed retrieval of short-Term-Memory in Parkinson disease</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Junque et al. (1987)	<i>Reverdible left-ear extinction in normal-pressure hydrocephalus</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Litvan et al. (1987)	<i>Multiple memory deficits in multiple-sclerosis - Exploring the working memory system</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Mayor et al. (1987)	<i>Driving again after stroke - Influence of clinical-variables and reaction-Time performance</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Peña Casanova et al. (1987)	<i>Development and application of a basic and general neuropsychological battery - The Barcelona Test</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Poveda et al. (1987)	<i>Mental-Health-Care in Spain, 1960-1985</i>	<i>International Journal of Mental Health</i>
Vázquez Barquero et al. (1987)	<i>A community mental-health survey in Cantabria - A general description of morbidity</i>	<i>Psychological Medicine</i>
Vendrell et al. (1987)	<i>Auditory Agnosia - CT and anatomic findings (Study of a case)</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Vendrell et al. (1987)	<i>Written word recognition and word-picture matching in aphasic patients</i>	<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>
Vizcarro Guarch et al. (1987)	<i>The role of perceptual laws in the Rorschach test</i>	<i>Journal of Personality Assessment</i>

It is observed that there is a constant rate of work production and an increasing increase in the publication of articles and reviews, especially as of 2010, reaching, in some cases, percentages that exceed 60 percent of all published works.

Documentary typology and Clinical Psychology Journals most used by Spanish authors between 1971 and 2020

In relation to the documentary typology, it is observed that 89.74% (3307 works) are articles and reviews. The original article is the one with the most frequency (86.47%, 3,144 works) and the reviews are revision or updating works, which are generally the most cited, surely due to their approach and the extensive bibliography they provide. The remaining 329 works are divided into 10 other documentary types, with conference abstracts (4.70%, 171 papers) and editorials (1.57%, 57 papers) being the most numerous, followed by letters to the editor (1, 29%, 47 papers), book reviews (.96%, 35 papers), corrections and notes with 6 papers each (.17%) and the remaining 7 papers (.19%) are distributed among others three types of documents: *new item, bibliography and film review*.

Throughout the 50 years analyzed, the 3636 papers were published in 130 different journals. The number of titles has been increasing each year, going from 5 titles in the decade 1971-1980 to 94 in the decade 2011-2020. As can be seen in [Figure 2](#), in general there has been a gradual increase in the number of different journals in which the works have been published, especially in the number of foreign journals, which exceed 5 publications in the period 1971-1980 at 88 in the period 2011-2020. The presence of Spanish Clinical Psychology journals is very limited, although a slight increase can be seen from the decade 1991-2000, going from a single Spanish journal to the 6 journals in the decade 2011-2020.

The scientific works of any discipline are not distributed evenly among a determined number of journals, but it is possible to detect in all subjects a higher concentration of articles in a limited set of journals. [Bradford \(1948\)](#) proposed the study of this phenomenon by arranging the journals in decreasing order of productivity, that is, according to the number of articles that each of them contributes to the discipline in question and trying to identify this distribution. This same distribution is also used to study in which journals researchers working in an institution in the area of Clinical Psychology concentrate their publications throughout the period analyzed. [Table 2](#) shows the list of Clinical Psychology journals where researchers working in Spanish institutions have published 50 percent of the papers during the period 1971-2020. In this case, we observe that the two publications most used by researchers in Clinical Psychology working in Spanish institutions are two Spanish journals, which together account for almost 24 percent of all Spanish production in Clinical Psychology in the last 50 years collected in the databases of the Web of Science (WoS). It is about the journal *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, edited by the Veca Foundation for the Advancement of Behavioral Clinical Psychology (in Spanish *Avance de la Psicología Conductual*) and directed by Professor Vicente E. Carballo (Universidad de Granada) and the *International Journal of Clinical and*

Health Psychology, edited jointly by the Spanish Association of Behavioral Psychology (*Asociación Española de Psicología Conductual* – AEPC, in Spanish language), the Colombian Association for the Advancement of Behavioral Sciences (in Spanish: *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento*, ABA-Colombia) and the Portuguese Association of Behavioral Therapy/Portuguese Society of Behavioral and Cognitive Psychotherapies (in Portuguese: *Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC)/ Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Comportamentais e Cognitivas*) and which is Directed by Professor Juan Carlos Sierra (Universidad de Granada).

However, if we stop to see the evolution of the publication habits of Spanish researchers in Clinical Psychology throughout the period, it is observed that the number of articles published in the different journals has been increasing over time and also the number of journals, but it must be taken into account that some of these journals have not been indexed from the same date in the WoS databases, but some have been incorporated later. When we analyze the Clinical Psychology journals indexed in WoS where researchers working in Spanish institutions have published over the different decades, it is observed that the number of journals used by Clinical Psychology researchers working in Spanish institutions increases, but some of them stand out especially for their contribution to the Spanish dissemination of Clinical Psychology throughout the period analyzed (see [table 2](#)). During the period 1971-1980, as we have indicated previously, Spanish researchers published 5 papers in indexed journals in the thematic category Clinical Psychology of the Web of Science (WoS). It is striking that these 5 works were published in 5 different magazines, 4 of them American and 1 German. However, during the decade 1981-1990, not only did the number of journals where the works have been published increase, but we also found that, of the 15 journals used, there are 2 publications that stand out for being the ones that agglutinate 50% of all production. Subsequently, during the decade 1991-2000, there is a significant increase in production compared to the previous decade, concentrating almost 50% of all production in the Spanish journal *Behavioral Psychology-Psicología conductua*. However, during the period 2001-2010, there is a change in the publication habits of researchers that is accompanied not only by a continuous increase in their production, but also by a greater dispersion in the publication journals, in this case being 6 publications that concentrate just over 50% of the works and among which are two Spanish publications, the *International Journal of Clinical and Health Psychology* (17.94%) and *Behavioral Psychology-Behavioral Psychology* (9.34%). This trend continues during the 2011-2020 decade, where it is observed that there are 9 publications that in this case contribute more than 50% of the Clinical Psychology works carried out with the collaboration of a Spanish institution and among which are 5 Spanish journals: *Behavioral Psychology-Psicología conductua* (12.02%), *International Journal of Clinical and Health Psychology* (8%), *Revista de Psicoterapia* (5.61%), *Clinica y Salud* (4.78%) and *Revista Clínica Contemporánea* (3.52%).

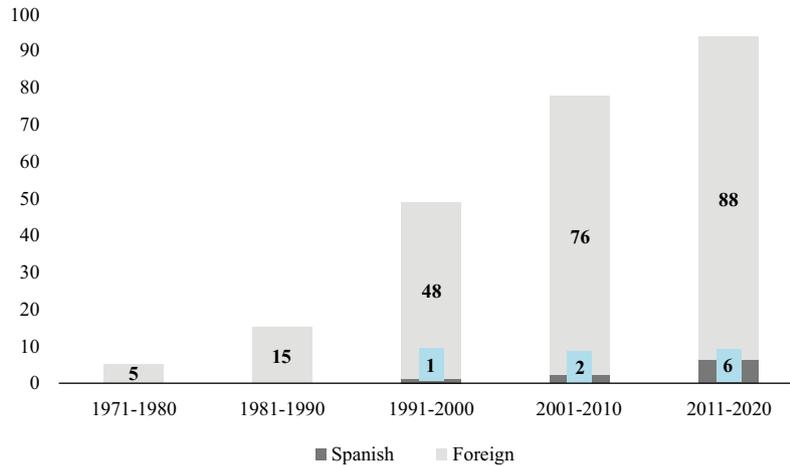


Figure 2.
Evolution of publishing journals.

Table 2.
List of journals most used by Spanish authors (1971-2020).

Journals	Countries	Number of works	%
<i>Behavioral Psychology-Psicología Conductual</i>	Spain	510	14,03
<i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>	Spain	358	9,85
<i>Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-E Avaliacao Psicologica</i>	Argentina	158	4,35
<i>Revista de Psicoterapia</i>	Spain	134	3,69
<i>European Eating Disorders Review</i>	United Kingdom	132	3,63
<i>Journal of Clinical Psychiatry</i>	United States of America	120	3,3
<i>Clinica y Salud</i>	Spain	114	3,14
<i>European Journal of Investigation in Health Psychology and Education</i>	Switzerland	107	2,94
<i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i>	Argentina	97	2,67
<i>Terapia Psicológica</i>	Chile	96	2,64

Table 3 shows the titles of the publications that account for 50% of all scientific production during the different decades, together with the percentage of their production throughout the different decades analyzed.

Psychology journals published in Spain are oriented towards concrete strategies and plans to improve their indexing, which has undoubtedly improved the professionalization of editorial activities with the aim of generating strategies and resources aimed at enhancing the visibility of journals (Tortosa-Pérez et al., 2020). This is observed in the data analyzed in this work, where it should be noted that in the WoS Clinical Psychology subject category there is an increasing presence of Spanish journals, which are achieving a higher degree of visibility, as a consequence of their incorporation into these databases and that it contributes to the dissemination of Spanish research in this discipline.

Autorship and scientific production

Regarding the authorship of the works, the analysis and standardization of the 16185 authorship signatures has allowed the identification of a total of 8347 authors, of which 4287 (51.36%) are men and 4009 (48.03%) are women. There is a total of 51 authors (.61%) that it has not been possible to identify due to lack of data for their identification, all of them being eventual authors, that is, they have only participated in the realization of a single work throughout the entire period analyzed (1971-2020).

Regarding the production of the authors, it is observed that during the study period 70.76% (5906) of the authors are temporary. Among the authors who have done more than one work (29.24% of the total), the most frequent is that they have participated in the realization of 2 works (13.77%, 1099 authors) or 3 works (5.62%, 469 authors). Only 2.01% of the authors (168) have participated in the completion of 10 or more papers during the period studied. If we focus on the individual production of the authors with the highest production, it is observed that there are 16 authors, 8 women and 8 men, who reach a high level of productivity with 30 or more works published in Clinical Psychology journals collected by WoS in the period under study (table 4).

There are 5 authors who stand out for having published more than 50 works. The most productive author over the years analyzed is Fernando Fernández-Aranda, doctor in Psychology, specialist in Clinical Psychology and director of the Eating Disorders Unit of the Department of Psychiatry of the Bellvitge University Hospital (Unidad de Trastornos Alimentarios del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge). In addition, he is a professor in the Department of Clinical Sciences of the Bellvitge Campus of the Faculty of Medicine and Health Sciences of the Universitat de Barcelona (UB) and scientific director of the Bellvitge Biomedical Research Institute (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge -IDIBELL). He is a renowned researcher in the field of eating disorders, and is currently the principal investigator of the Neurosciences program at IDIBELL and group leader and coordinator of the Obesity Subprogram at CIBERobn.

Table 3.

Most used journals by Spanish researchers.

Period 1981-1990	Number of works (%)
<i>Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology</i>	35.71
<i>Psychological Medicine</i>	14.29
13 journals	50.00
Total 15 journals	100.00
Period 1991-2000	
<i>Behavioral Psychology-Psicología Conductual</i>	47.72
<i>Psychological Medicine</i>	5.61
47 journals	46.67
Total 49 journals	100.00
Period 2001-2010	
<i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>	17.94
<i>Journal of Clinical Psychiatry</i>	11.60
<i>Behavioral Psychology-Psicología Conductual</i>	9.34
<i>International Journal of Eating Disorders</i>	4.62
<i>International Psychogeriatrics</i>	4.62
<i>Psychological Medicine</i>	3.87
72 journals	48.01
Total 78 journals	100.00
Period 2011-2020	
<i>Behavioral Psychology-Psicología Conductual</i>	12.02
<i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>	8.00
<i>Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-E. Avaluación Psicológica</i>	5.95
<i>Revista de Psicoterapia</i>	5.61
<i>Clinica y Salud</i>	4.78
<i>European Journal of Investigation in Health Psychology and Education</i>	4.48
<i>European Eating Disorders Review</i>	4.11
<i>Terapia Psicológica</i>	3.81
<i>Revista Clínica Contemporánea</i>	3.52
85 journals	47.72
Total 94 journals	100.00

Susana Jiménez Murcia, doctor in psychology, is Coordinator of the Pathological Gambling and Behavioral Addictions Unit in the psychiatry service of the Bellvitge University Hospital. She is a researcher at IDIBELL and Associate Professor at the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Barcelona. Member of the research group of the Center for Biomedical Research in Network-Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBERObn) of the Carlos III Health Institute.

Roser Granero Pérez, doctor in psychology, is professor of Behavioral Sciences Methodology at the UAB Department of Psychobiology and Methodology. She is a researcher at the CIBERObn Group (Center for Biomedical Research Network on Obesity and Nutrition, Instituto Carlos III, Spain) and at the Department of Psychiatry of the Bellvitge University Hospital.

Cristina Botella Arbona is Professor of Psychology at the Department of Basic, Clinical and Psychobiology Psychology at the Jaume I University of Castellón. She is the director of the Labpsitec group and head of one of the groups belonging to the CIBER action "Physiopathology of Obesity and Nutrition". Director of the "Psychological Assistance Service" of the Jaume I University of Castellón.

Enrique Echeburúa Odriozola, is a professor of Clinical Psychology at the University of the Basque Country (UPV / EHU), a full-time academic at Jakiunde (Basque Academy of Sciences, Arts and Letters) and an elected member of the Spanish Academy of Psychology. He directs the research group in Clinical and Health Psychology (group A of the Basque

University System) and is a member of the Research Group in Mental Health and Psychiatric Assistance of the IIS Biodonostia (Neuroscience Group).

Susana Jiménez Murcia, doctor in psychology, is Coordinator of the Pathological Gambling and Behavioral Addictions Unit in the psychiatry service of the Bellvitge University Hospital. She is a researcher at IDIBELL and Associate Professor at the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Barcelona. Member of the research group of the Center for Biomedical Research in Network-Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBERObn) of the Carlos III Health Institute.

Roser Granero Pérez, doctor in psychology, is professor of Behavioral Sciences Methodology at the UAB Department of Psychobiology and Methodology. She is a researcher at the CIBERObn Group (Center for Biomedical Research Network on Obesity and Nutrition, Instituto Carlos III, Spain) and at the Department of Psychiatry of the Bellvitge University Hospital.

Cristina Botella Arbona is Professor of Psychology at the Department of Basic, Clinical and Psychobiology Psychology at the Jaume I University of Castellón. She is the director of the Labpsitec group and head of one of the groups belonging to the CIBER action "Physiopathology of Obesity and Nutrition". Director of the "Psychological Assistance Service" of the Jaume I University of Castellón.

Enrique Echeburúa Odriozola, is a professor of Clinical Psychology at the University of the Basque Country (UPV / EHU), a full-time academic at Jakiunde (Basque Academy of Sciences,

Arts and Letters) and an elected member of the Spanish Academy of Psychology. He directs the research group in Clinical and Health Psychology (group A of the Basque University System) and is a member of the Research Group in Mental Health and Psychiatric Assistance of the IIS Biodonostia (Neuroscience Group).

Discussion

This work has allowed us to know the evolution of Spanish research in Clinical Psychology over half a century, as reflected in the scientific publications included in the databases of the Web of Science (WoS). The scientific production of a given discipline or subject area is a good indicator of research and the generation of knowledge. All scientific knowledge to be accepted as such must be subjected to scrutiny, validation and critical judgment of the scientific community itself. Furthermore, journals play a unique role in the institutionalizing process of any scientific discipline. Their existence or nonexistence, their number, their internationalization and their positioning in international rankings, help to explain degrees of institutionalization of countries, regions or continents (Tortosa-Pérez et al., 2020).

The results of this work show that the publication of works in journals indexed in the WoS in the category of Clinical Psychology and carried out in collaboration with researchers working in Spanish institutions has had an exponential growth throughout the entire period 1971-2020 and this has been motivated, in part, by the increase in the number of journals included in the WoS indexed in the category of Clinical Psychology in these databases. Until well into the 21st century, the presence of Spanish psychology journals in JCR was practically anecdotal, however, the data shows that the growth in the number of journals in WoS contributes to the visibility of Spanish research among the international community.

In relation to the publication habits of Spanish researchers in Clinical Psychology, it is observed that the number of works has been increasing progressively, especially from the decade 1991-2000, a period in which the Spanish journal Behavioral Psychology-Psicología conductual, plays a fundamental role, since it is in 1994 when their works begin to be indexed in the

WoS. However, during the years 2001-2006 the works published in this journal cease to be indexed in WoS and it is from the year 2007 when they are added to these databases again, where the journal Behavioral Psychology-Behavioral Psychology continues to be included. since then in the thematic category Psychology Clinical in the SSCI database. Since 2009, it has been in quartile 4 in the JCR database (except in 2012, 2013 and 2016, when it was in quartile 3). It currently occupies position 111 of the 131 journals included in the thematic category "Psychology Clinical" in JCR.

During the decade 2001-2010 it is observed that there is another journal that stands out for its contribution to the dissemination of Spanish research, it is the International Journal of Clinical and Health Psychology, whose works began to be included in 2005 in the WoS databases and that since 2007 has been occupying privileged positions in the JCR databases (quartiles 1 and 2). Since 2017, it occupies quartile 1 and is currently located in position 14 of the 131 journals included in the thematic category Psychology Clinical in JCR.

Finally, during the period 2011-2020 we see that these two publications, Behavioral Psychology-Behavioral Psychology and Journal of Clinical and Health Psychology, continue to be the two journals most used by Spanish researchers to publish their work, emphasizing once again Behavioral Psychology- Behavioral psychology as the publication where there is a greater number of published works by authors working in Spanish institutions, the second place being ranked by the International Journal of Clinical and Health Psychology and by journals Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaluación Psicológica, Revista de Psicoterapia and Clínica y Salud. It can be affirmed that this period is characterized by having a high number of articles published in Spanish and Latin American journals, but that, given that many of them have just been incorporated in recent years, their contribution when analyzing the entire period studied unnoticed. Certainly, the incorporation of more Spanish journals to WoS, together with a large number of journals from Hispanic countries, will contribute to improving the ranking of journals from these countries and will give greater visibility to their research and its position in the different rankings.

Table 4.
Most productive authors (1971-2020).

Authors	Institutions	Number of works
Fernández-Aranda, Fernando	Hospital Universitari de Bellvitge and Universitat de Barcelona	78
Jiménez-Murcia, Susana	Hospital Universitari de Bellvitge and Universitat de Barcelona	56
Granero Pérez, Roser	Universitat Autònoma de Barcelona and Hospital Universitari de Bellvitge	54
Botella Arbona, Cristina	Universitat Jaume I	53
Echeburúa, Enrique	Universidad del País Vasco	52
Vieta, Eduard	Universitat de Barcelona and Hospital Clínic de Barcelona	42
Caballo, Vicente E.	Universidad de Granada	41
Menchon, José Manuel	Hospital Universitari de Bellvitge and Universitat de Barcelona	41
Penelo, Eva	Universitat Autònoma de Barcelona	37
Treasure, Janet	Kings Coll London, Dept Psychol Med, London	36
Feixas, Guillem	Universitat de Barcelona	36
Sierra, Juan Carlos	Universidad de Granada	36
Baños, Rosa	Universitat de València	35
Calvete, Esther	Universidad de Deusto	35
Ballester Arnal, Rafael	Universitat Jaume I	35
García-Palacios, Azucena	Universitat Jaume I	30

If we focus on the production of the authors, the high number of eventual authors (70.76%) is striking and, on the other hand, it is also striking that, among the 16 authors with the highest production, it is observed that there is the same number of men as women. The role of the Center for Biomedical Research in Network-Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBERObn) of the Carlos III Health Institute should also be highlighted, since its members are among the researchers with the greatest Spanish production in Clinical Psychology.

For this reason, identifying the differences and similarities in the publishing habits of Clinical Psychology authors between large and medium-sized producers and finding out if there are significant differences based on the sex of the authors, will be the subject of future studies and an analysis of the topics of emerging lines of research, as well as the presence of Spanish authors on the editorial committees of the most prestigious clinical journals.

As a final conclusion, we can affirm that, according to the data provided by the WoS, Spanish Clinical Psychology is reaching a high degree of maturity, which is manifested not only by the increase in the number of papers published in international journals over time, but also due to the increase in the number of Spanish journals in these databases, which will contribute to the expansion of Spanish research in this discipline at an international level and to the recognition of the Spanish contribution to this discipline.

Funding sources

This research has not received specific aid from public sector agencies, commercial sector or non-profit entities.

Conflict of Interest

The authors of this article declare no conflict of interest.

References

- Agudelo, D., Bretón-López, J., & Buéla-Casal, G. (2003). Análisis bibliométrico de las revistas de Psicología Clínica editadas en castellano. *Psicothema*, 15(4), 507–516.
- Alcaín, M.D., & Ruíz-Gálvez, M. (1998). Evolución de las revistas españolas de psicología. *Papeles del Psicólogo*, 70, 35-42.
- Arboix, A., Junque, C., Vendrell, P., & Martí Vilalta, J.L. (1987). Auditory ear extinction in lacunar syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 265.
- Ariza, T., & Reina Granados, M. (2012). Análisis bibliométrico de las revistas iberoamericanas más relevantes afines a la psicología clínica y salud del Journal Citation Reports (2011). *Terapia Psicológica*, 30(3), 89-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300009>
- Avia, M.D., & Kanfer, F.H. (1980). Coping with aversive-stimulation - the effects of training in a self-management context. *Cognitive Therapy and Research*, 4(1), 73-81. <https://doi.org/10.1007/BF01173356>
- Bradford, S. C. (1948). *Documentation*. Crosby Lockwood.
- Bregman, C., López-López, W., & García, F. (2015). La psicología clínica en las publicaciones hispanoamericanas: Un análisis bibliométrico del período 2012-2014. *Terapia Psicológica*, 33(3), 205–219. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300005>
- Buigues, J., & Vallejo, J. (1987). Therapeutic response to phenelzine in patients with panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(2), 55-59.
- Carrobbles, J.A., Cardona, A., & Santacreu, J. (1981). Shaping and generalization procedures i the EMG-Biofeedback treatment of tension headaches. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 49-56. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1981.tb00495.x>
- De la Fuente, E.V. (1987). Assessment of visual mental-imagery (VMI) in brain-damaged patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 272.
- Camí, J. (1997). Impactolatria: diagnóstico y tratamiento. *Medicina Clínica*, 109(13), 525-524. <http://blogs.ujaen.es/cienciabuja/wp-content/uploads/2016/05/Impactolatria.pdf>
- Jiménez-Contreras, E., Torres-Salinas, D., Ruiz-Pérez, R., & Delgado López-Cózar, E. (2010). Investigación de excelencia en España: ¿protagonistas o papeles secundarios? *Medicina Clínica*, 134(2), 76-81. http://eprints.rclis.org/13899/1/Jimenez-Contreras,_Evaristo-Investigacion_de_excelencia_en_Espanna-Medicina_Clinica-2009.pdf
- Junque, C., Peiró, A., Vendrell, P., Vázquez, J., Grau, J.M., & Barraquer, L. (1987). Speed retrieval of short-Term-Memory in Parkinson disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 261.
- Junque, C., Vendrell, P., Arboix, A., Pares, P., & Molet, J. (1987). Reverdible left-ear extinction in normal-pressure hydrocephalus. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(1), 79.
- López Ferrer, M., & Osca-Lluch, J. (2009). Una aproximación a la historia de la psicología en España desde el análisis de redes sociales. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(4), 55-73. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2009-vol-30-n%C3%BAm-4/>
- Litvan, I., Grafman, J., Vendrell, P., Martínez, J.M., Junque, C, Vendrell, J.M., & Barraquer Bordás, L. (1987). Multiple memory deficits in multiple-sclerosis - Exploring the working memory system. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 260-263.
- Lobo, A., Pérez Echeverría, M.J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- López Ibor, J.J. (1977). Some characteristics of depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 25(2), 152-156.
- Mayor, A., Junque, C., Vendrell, P., & Vendrell, J.M. (1987). Driving again after stroke - Influence of clinical-variables and reaction-Time performance. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 275.
- Musi-Lechuga, B., Olivás-Ávila, J.A., Portillo-Reyes, V., & Villalobos-Galvis, F. (2005). Producción de los profesores funcionarios de psicología en España en artículos de revistas con factor de impacto de la Web of Science. *Psicothema*, 17(4), 539-548. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3143>
- Paniagua, F.A., & Baer, D.M. (1981). A procedural analysis of the symbolic forms of behavior-therapy. *Behaviorism*, 9(2), 171-205.
- Peña Casanova, J., Gil, D., Juncadella, M., & Sangorrin, J. (1987). Development and application of a basic and general neuropsychological battery - The Barcelona Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 273.
- Poveda, J.M., García, S., Palomo, E., & Octavio, O. (1987). Mental-Health-Care in Spain, 1960-1985. *International Journal of Mental Health*, 16(1-2), 182-197. <https://doi.org/10.1080/00207411.1987.11449061>

- Reynolds, B. (1977). Authority, discipline, and school principal. *Individual Psychologist*, 14(1), 17-21.
- Riffo Allende, G. (2011). Tendencia de los artículos de psicología clínica en Chile, Latinoamérica y España *Salud & Sociedad*, 2(1), 90-99. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2011.0001.00006>
- Seglen, P. O. (1997). Why the impact factor of journal should not be used for evaluating research. *BMJ*, 314, 497-502. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7079.497>
- Tortosa-Pérez, M., González-Sala, F., Santolaya-Prego de Oliver, J., & Aguilar-Bustamante, C. (2020). The role of the Association of Psychologists-COP in the international ranking of Spanish Psychology (1979-2018). *Anales de Psicología*, 36(1), 12-23. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.1.388691>
- Tortosa, M., Alfaro, E., Martínez-Besteiro, E., & Tortosa, F. (2019). Un análisis sociobibliométrico de la revista profesional Clínica y Salud. *Clínica y Salud*, 30(1), 41-52. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a7>
- Vázquez Barquero, J.L., Díez Manrique, J.F., Peña, C., Aldama, J., Rodríguez, C.S., Arango, J.M., & Mirapeix, C. (1987). A community mental-health survey in Cantabria - A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17(1), 227-241. <https://doi.org/10.1017/s0033291700013118>
- Vendrell, J.M., Junque, C., Vidal, M.J., Ferrer, I., Vendrell, P., Escartín, A., & Pujol, J. (1987). Auditory Agnosia - CT and anatomic findings (Study of a case). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(3), 265.
- Vendrell, J.M., & Vendrell, P. (1987). Written word recognition and word-picture matching in aphasic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(1), 65.
- Vila, J., & Beech, H.R. (1977). Vulnerability and conditioning in relation to human menstrual cycle. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01004.x>
- Vila, J., & Beech, H.R. (1980). Premenstrual symptomatology - Interaction hypothesis. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 73-80. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1980.tb00931.x>
- Vizcarro Guarch, C., Fernández Ballesteros, R., & Fernández Trespalacios, J.L. (1987). The role of perceptual laws in the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 82-94. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_7
- Weightman, A. L., & Butler, C. C. (2011). Using bibliometrics to define the quality of primary care research. *BMJ*, 342, d1083. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1083>

Artículo

Detección de la explotación sexual en la infancia y la adolescencia mediante la evaluación de indicadores de riesgo en España

Beatriz Benavente¹, Lluís Ballester¹, Jordi Pich¹ y Noemí Pereda²

¹Universitat de les Illes Balears.

²Universidad de Barcelona.

INFORMACIÓN

Recibido: Febrero 13, 2022

Aceptado: Mayo 12, 2022

Palabras clave:

Explotación sexual
Infancia
Detección
Evaluación
Factores de riesgo

Keywords:

Sexual exploitation
Childhood
Detection
Evaluation
Risk factors

RESUMEN

La explotación sexual infantil y adolescente en España es un problema que requiere de una detección temprana de sus víctimas. Son escasas las herramientas que permitan llevar a cabo esta detección y no se dispone de ninguna en lengua española. En este estudio se presenta una herramienta para la valoración del riesgo de sufrir explotación sexual en menores desde los 11 años mediante la selección de aquellos indicadores que mejor la predicen. A partir de una revisión sistemática de publicaciones en Europa, se preparó una batería de indicadores, los cuales fueron estudiados y filtrados en una consulta a expertos mediante panel Delphi para generar el primer instrumento que fue sometido a valoración en una segunda fase de consulta con profesionales considerados como pares. El diseño final se acabó de perfilar por cuatro expertos de universidades españolas. La herramienta de detección del riesgo de explotación sexual en la infancia y adolescencia EDR-ESIA ha demostrado ser un buen instrumento de detección y cribado, para su aplicación en servicios educativos, de atención primaria de salud y servicios sociales de nuestro país.

Detection of Child Sexual Exploitation Through the Evaluation of Risk Indicators in Spain

ABSTRACT

Child sexual exploitation in Spain is a problem that requires the early detection of victims. There are few tools that enable this detection, and none are available in Spanish. This study presents a tool for assessing the risk of suffering sexual exploitation in minors from 11 years of age, by selecting the indicators that best predict it. Based on a systematic review of publications in Europe, a battery of indicators was prepared, then studied and filtered via consultation with experts using a Delphi panel to create the first instrument, which was then evaluated in a second phase consultation with professionals considered as peers. The final construct was completed by four experts from Spanish universities. The tool for detecting the risk of sexual exploitation in childhood and adolescence, EDR-ESIA, has proven to be a good detection and screening instrument, for application in educational services, primary health care, and social services.

Introducción

La explotación sexual infantil y adolescente (ESIA) es una violación fundamental de los derechos de los niños y niñas y una forma grave de victimización sexual donde coexisten el abuso y la agresión sexual junto a la explotación económica de las y los menores (Estes y Weiner, 2002). Se trata de un tipo de victimización sexual en la infancia en la que una persona o grupo aprovecha una situación de desequilibrio de poder para coaccionar, manipular o engañar a un niño, niña o adolescente a cambio de algo que la víctima pueda querer o necesitar, o bien a cambio de un aumento de estatus o posición en el grupo social (Beckett et al., 2017). Un elemento clave en la definición de la ESIA refiere al menor utilizado no sólo como objeto sexual sino también como objeto comercial (Miller-Perrin y Wurtele, 2017), lo que supone unas diferencias a tener en cuenta respecto a otras formas de victimización sexual en las necesidades de intervención y tratamiento de estas víctimas (Cole et al., 2016).

Si bien se ha considerado la ESIA como una práctica vinculada a países en vías de desarrollo, ya fuera para la explotación de los menores dentro de estos países, o para su transporte a países desarrollados para ser explotados sexualmente allí, actualmente se reconoce que es un problema también en Europa (Benavente et al., 2021b). Así, estudios recientes han empezado a analizar el fenómeno en España (véase Pereda et al., 2021), que se configura tanto como un país con menores que son explotados sexualmente dentro de la región, como un país de tránsito y/o exportación, según informes del Observatorio de Infancia (2017) y otras fuentes oficiales del Estado Español (Ley 26/2015).

Debido a la escasez de estudios sobre ESIA, la identificación de las víctimas sigue siendo difícil para los profesionales y la sociedad en general (Felner y DuBois, 2017; Marcus et al., 2012). Esta dificultad se debe en parte al carácter oculto y clandestino en el que se suele consumir la explotación sexual, pero también a la falta de una herramienta de detección estandarizada y validada para su uso en entornos donde se atiende a niños, niñas y adolescentes vulnerables, lo que obstaculiza gravemente la capacidad para una detección temprana de las víctimas y así poder ofrecer una atención específica (Greenbaum y Crawford-Jakubiak, 2015).

Si bien los pocos estudios que existen indican que hay más niñas que niños víctimas de ESIA en Europa y que la edad promedio se sitúa entre los 13 y los 15 años, ningún joven es inmune a la explotación sexual (Averdijk et al., 2020). La ESIA se da en todos los grupos étnicos y niveles socioculturales (Berelowitz et al., 2012), si bien la cualidad de menor migrante no acompañado supone un riesgo añadido a valorar (Digidiki y Bhabha, 2018). A su vez, se ha encontrado que las experiencias previas de victimización sexual en la infancia suponen un alto riesgo de explotación (De Vries y Goggin, 2020), así como mantener relaciones sexuales tempranas y de riesgo (Lalor y McElvaney, 2010). Haber tenido contacto con el sistema de protección y/o justicia juvenil es otro de los factores de riesgo a considerar, vinculado con experiencias previas de victimización y desprotección en las familias de origen (Panlilio et al., 2019). El consumo de alcohol y drogas es también un factor de riesgo muy relevante que, a su vez, facilita que la víctima permanezca en la situación de explotación (Franchino-Olsen, 2021). Las

fugas y encontrarse en situación de sinhogarismo es un factor de riesgo constatado (Klatt et al., 2014). Los explotadores no sólo son personas desconocidas para el menor, sino que también pueden serlo los miembros de su propia familia, profesionales de su entorno y otros cuidadores (Beckett, 2011; Brayley et al., 2014). La necesidad de vínculos y pertenencia conduce a muchos adolescentes a ser más influenciados por sus iguales, *loverboys* o incluso sus propios familiares e implicarse en situaciones de explotación (Reed et al., 2019).

En los últimos años, se han desarrollado distintas herramientas de cribado dirigidas a ayudar a los profesionales en la identificación de menores víctimas o en riesgo de ESIA. La mayoría se han desarrollado en el Reino Unido y los Estados Unidos de América y se basan en una lista de indicadores de riesgo o factores de vulnerabilidad relacionados con la ESIA. El uso de este tipo de herramientas facilita a los profesionales la toma de decisiones, estableciendo el nivel de intervención dependiendo de si los indicadores sugieren que la o el menor está en riesgo de ser explotado sexualmente o puede estar siéndolo (Brown et al., 2016).

La ESIA constituye un problema grave para la salud de las víctimas ya que están expuestas a un mayor riesgo de sufrir lesiones, infecciones de transmisión sexual, abuso de sustancias, afecciones médicas crónicas que no son tratadas, problemas de alimentación y desnutrición, trastorno de estrés posttraumático, depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental que pueden provocar incluso el suicidio o la tentativa de realizarlo (Greenbaum y Crawford-Jakubiak, 2015; Lanctôt et al., 2020). Sin embargo, estos jóvenes tienen grandes dificultades para reconocer las situaciones de abuso y maltrato en las que se encuentran, siendo aún mayor la protección que debe brindárseles por parte de aquellos profesionales con los que mantengan contacto (Stativa, 2000). Los estudios indican que la mayoría de las víctimas han sido atendidas en los servicios de salud en uno u otro momento de su infancia, además de estar escolarizados, mientras son objeto de la explotación (Greenbaum et al., 2018). Resulta, por ello, crucial que el personal de salud y educación, así como el de servicios sociales, adquieran un conocimiento profundo del problema y estén preparados para identificar, intervenir y prevenir la ESIA (Franklin y Smeaton, 2017).

Desarrollo de la EDR-ESIA

Conocer los factores de riesgo de la ESIA es fundamental para una detección precoz de los casos y el desarrollo de estrategias de prevención (Franklin et al., 2018). Así, como respuesta a los casos de explotación que se hicieron públicos en el año 2020 en Mallorca, y que han supuesto la implementación de mejoras en la detección de estos casos y en la intervención con sus víctimas, se diseñó una herramienta de detección del riesgo de explotación sexual en niñas, niños y adolescentes. Esta herramienta ha recibido el nombre de Eina de Detecció del Risc d'Explotació Sexual en la Infància i la Adolescència (EDR-ESIA).

Se trata de un instrumento exploratorio y breve, ya que está diseñado para aplicarse en los servicios que tienen contactos regulares con menores de edad, como el sistema sanitario, educativo y de servicios sociales, cuyo tiempo es limitado. Obviamente, una prueba con mayor potencia tendría que aplicarse

en un contexto de exploración especializado y, probablemente, incluir muchos más ítems, pero esto dificultaría el uso entre los profesionales que deben realizar la detección temprana. No se trata de una prueba de diagnóstico de la ESIA, sino de un instrumento capaz de detectar de una manera rápida y sencilla posibles situaciones de riesgo de ESIA en servicios sociales, educativos y sanitarios normalizados. Su papel es el de alertar ante aquellos casos en los que se obtengan altas puntuaciones, iniciando el proceso de estudio y análisis que permita confirmar si se está produciendo una situación de explotación.

Para iniciar el proceso de diseño de la herramienta, se realizó una revisión sistemática, complementada por un estudio de los instrumentos disponibles (Benavente et al., 2021b). El método de validación inicial supuso tres fases de consulta: (1) un panel Delphi de expertos, (2) una revisión por pares, y (3) una revisión final por expertos, como muestra la [Tabla 1](#).

Tabla 1.
Fases de validación del instrumento de detección del riesgo de ESIA.

Revisión sistemática internacional	Se seleccionaron aquellos estudios que incluían instrumentos específicos para la detección y/o valoración de la ESIA, descartando los que se centraban en tráfico de menores con otros fines. Las herramientas consultadas están actualmente en uso en otros países y algunas de ellas se encuentran validadas empíricamente (Armstrong, 2017). Los ítems aparecidos con más frecuencia en estas herramientas fueron agrupados por categorías: identificación del menor, estructura familiar, nivel escolar, consumo de sustancias, problemas con la ley, aspecto físico, salud, relaciones interpersonales, pertenencias, información que aporta (Benavente et al., 2021b).
Consulta Delphi internacional para contrastar la primera propuesta	Se realizó una consulta mediante panel de expertos Delphi donde participaron de las dos rondas completas 22 expertos nacionales e internacionales. Se consensuaron acuerdos sobre la relevancia de ciertos indicadores, conductas o comportamientos para predecir el riesgo de sufrir ESIA o de estar sufriendola. Dicho panel contó no sólo con la opinión de expertos académicos, sino también de profesionales que trabajan en instituciones dedicadas a la atención e intervención directa con jóvenes víctimas de ESIA (Benavente et al., 2021a). Fruto de ello, se elaboró un borrador de la herramienta con los ítems resultantes de la consulta Delphi, más aquellos encontrados en la revisión bibliográfica de las herramientas de detección que existen en la actualidad (Armstrong, 2017; Polaris Project, 2019).
Consulta de expertos profesionales nacionales, implicados en procesos de intervención social con menores	Se reunió a 36 informantes cualificados en grupos de trabajo, tras recibir un borrador de la herramienta. Los profesionales realizaron las indicaciones pertinentes para la adaptación del instrumento a la realidad actual de los niños, niñas y adolescentes que son atendidos en sus servicios y, por tanto, propuestas de mejora del instrumento.
Consultation of national research experts	En esta última fase participaron cuatro expertos investigadores de diferentes universidades nacionales (Universidad de Barcelona, Universidad de las Islas Baleares, Universidad de Oviedo y Universidad del País Vasco) quienes revisaron la herramienta definiéndose así la cuarta y última versión de la misma.

Descripción de la EDR-ESIA

La versión final de la herramienta EDR-ESIA se compone de 88 ítems a cumplimentar por el profesional, recogidos de los informes, historia clínica y/o expedientes del menor repartidos en cuatro apartados: (1) Identificación del menor y la familia (22

ítems), (2) Indicadores diana de ESIA (13 ítems), (3) Indicadores de riesgo subdivididos, a su vez, en: (a) Indicadores de riesgo significativo, (b) Indicadores de riesgo medio, (c) Otros indicadores de riesgo con 12 ítems cada subcategoría (hasta 49 ítems en el total de indicadores) y (4) Vulnerabilidades del menor (17 ítems).

Se ha considerado para la utilización durante la fase de validación empírica, y para facilitar el criterio de decisión del profesional, otorgar puntuación sólo a los ‘Indicadores diana de ESIA’ que se incluyen en la [Tabla 2](#).

Tabla 2.
Indicadores diana de ESIA seleccionados

1. Obtención de bienes a cambio de sexo.
2. Captador/a de otras/os menores para explotación sexual.
3. Posesión injustificada de dinero, joyas, móviles u otros objetos de valor.
4. Menor de 13 años activa/o sexualmente.
5. Relaciones sexuales de riesgo.
6. Implicación en actividad sexual online.
7. Infecciones de transmisión sexual de repetición.
8. Conocidas/os y/o amigas/os relacionadas con la explotación sexual.
9. Relación con personas y lugares cercanos a la prostitución.
10. Relaciones con amigas/os y/o parejas mayores que la/el menor (más de 5 años de diferencia).
11. Relaciones y/o encuentros por internet con desconocidos.
12. Abuso/dependencia de alcohol y/o otras drogas.
13. Lesiones físicas de origen desconocido de forma reiterada.

Para facilitar su cumplimentación, cada uno de los ítems de indicadores de riesgo se definen en la misma herramienta y se indica cómo puntuarlos según el grado en que se manifiestan. La puntuación para cada uno de estos ítems se indica como leve: 1; moderado: 2; grave: 3, considerándose como resultado final la siguiente puntuación >9 puntos: riesgo establecido; 6-9 puntos: riesgo probable; 1-5 puntos: a criterio profesional.

Se calcularon los valores de sensibilidad y especificidad generando 507 casos diferentes, mediante un procedimiento de simulación de situaciones de explotación sexual y de situaciones limítrofes, con combinaciones de situaciones diferentes. Se sometieron a la identificación con los 13 indicadores diana. Solo en los casos en los que se obtenían más de 9 puntos se consideraba positiva la identificación de ESIA, correspondiendo a los niveles más altos de “riesgo establecido en la escala”. Dichas situaciones se valoraron también con un gold estándar construido a partir de la identificación coincidente como caso de ESIA en tres escalas de referencia internacional, de tal manera que solo se consideraba identificado como un verdadero caso de ESIA cuando la identificación era coincidente entre las tres escalas. Estas escalas son la Commercial Sexual Exploitation-Identification Tool (CSE-IT) de Basson (2017), el Sexual Exploitation Risk Assessment Framework (SERAF) de Clutton y Coles (2007) y la guía del Kent and Medway Safeguarding Children Board (2017).

Aplicando los criterios para interpretar pruebas diagnósticas a la situación de ESIA, la sensibilidad se ha definido como la probabilidad de clasificar correctamente a una persona en una situación ESIA, configurando la capacidad de la escala para

detectar la ESIA (Pérez et al., 2021). En la estimación realizada la probabilidad es alta, igual a un 94,87%, tomando como referencia aquella situación con más de 9 puntos, de acuerdo al umbral establecido anteriormente.

La especificidad se ha definido como la probabilidad de clasificar correctamente a una persona que no padece ESIA (Trevethan, 2017). Es decir, la probabilidad de que para una persona que no se encuentra en una situación de ESIA se obtenga un resultado negativo (igual o inferior a 9 puntos), dejando esas situaciones en condiciones de determinar el nivel de riesgo a partir de otras exploraciones o del criterio profesional experto. En la estimación realizada, la probabilidad es alta, aunque menor a la de la sensibilidad, igual a un 82,91%.

Se han calculado también los valores predictivos como medidas de la capacidad discriminante. El valor predictivo positivo consiste en la probabilidad de encontrarse en una situación efectiva de ESIA si se obtiene un resultado positivo en la escala. El resultado es igual al 86,62%. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que una persona con un resultado negativo en la escala (inferior o igual a 9 puntos), esté realmente en una situación dudosa. En este caso la probabilidad es de un 93,27%.

Discusión

La ESIA es un problema que hemos empezado a afrontar en España recientemente, de forma similar a lo que ha sucedido en el resto de países europeos (Benavente et al., 2021), para el que los profesionales necesitan herramientas y recursos. Existe un amplio consenso sobre la necesidad de un diagnóstico temprano de la ESIA para la protección efectiva de sus víctimas (Felner y DuBois, 2017). Por ello, es urgente desarrollar herramientas que aumenten la capacidad de detección profesional y que ésta pueda hacerse de forma precoz, dada las dificultades de manejo y de gestión de los casos de ESIA por parte de los profesionales encargados del cuidado de las y los menores en nuestro país.

Si bien existen algunos instrumentos similares al que se presenta en este artículo en el ámbito internacional (Basson, 2017; Clutton y Coles, 2007; Kent and Medway Safeguarding Children Board, 2017), estas iniciativas son escasas, provienen de países angloparlantes, y no existe ningún recurso parecido en lengua española al que puedan tener acceso profesionales de nuestro país. Así, los resultados de este primer estudio de validación de la herramienta EDR-ESIA, realizado en varias fases y comparado con los tres instrumentos internacionales más reconocidos en este ámbito, muestran que los profesionales españoles pueden disponer de un instrumento capaz de predecir con un elevado grado de acierto situaciones de alto riesgo de ESIA en menores de 11 años o más.

La EDR-ESIA tiene como finalidad su aplicación en servicios de atención primaria de educación, salud y servicios sociales. El uso de una herramienta común es un importante avance en este ámbito que proporcionará a los profesionales implicados en la atención de las y los menores un instrumento de trabajo, compartido y accesible, con el que se intenta reducir al máximo el componente de subjetividad. Con esta herramienta común se intenta poner el foco en situaciones que al presentarse de forma aislada no revierten una gran importancia, pero que, al

darse de forma conjunta, conforman unos riesgos ante los que cualquier persona en contacto con la infancia y la adolescencia debe estar alerta.

Las características de los indicadores considerados, permiten concluir que no existe un funcionamiento diferencial en relación a diferentes individuos en la misma situación, ya que el lenguaje descriptivo permite poco margen para las evaluaciones distorsionadas. Técnicamente, se trata de observaciones de los profesionales de situaciones que pueden ser descritas (Anguera et al., 2018). Las declaraciones de las personas analizadas son secundarias, respecto de dichas observaciones, por lo que el margen de distorsión es casi inapreciable, es decir, si la situación se puede documentar, el indicador funciona siempre de la misma manera en sujetos diferentes. De esta forma, se facilita y favorece una detección precoz y, por tanto, un trabajo de prevención más eficaz. Sin embargo, cabe tener en cuenta que si bien la obtención de una alta puntuación en los indicadores clave del instrumento indica que el menor se encuentra en una situación de riesgo probable de ESIA, no existe una certeza de que sea así. Por el contrario, el hecho de obtener bajas puntuaciones en los indicadores clave del instrumento no significa tampoco que ese menor se encuentre libre de riesgo. En este sentido, una baja puntuación puede deberse a falta de colaboración o atención por parte del profesional que lo cumplimenta, y por ello las puntuaciones no tienen porqué reflejar el riesgo real en todos los casos. La creación de un nuevo instrumento supone, además, formar a los profesionales en las particularidades de la ESIA en España, sensibilizarlos ante la importancia de la detección temprana de estas situaciones, en las consecuencias que puede suponer para el o la joven y también generar dispositivos de supervisión. La ESIA es un problema multicausal y complejo, que no responde a soluciones sencillas (Pereda et al., 2021).

La ESIA es un problema sobre el que queda mucho que hacer en nuestro país. Estudios futuros en este ámbito deben incluir la visión de las víctimas y los factores de riesgo y motivaciones que aluden para implicarse en situaciones de explotación, respetando los principios éticos y de protección de los niños, niñas y adolescentes (Pereda, 2019). Cabe también valorar la eficacia de EDR-ESIA aplicada a una muestra de profesionales de diferentes regiones de España, y reconocer la existencia de un problema que, como se está viendo, afecta a todas las comunidades autónomas de nuestro país.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue presentar la escala EDR-ESIA, desarrollada para mejorar la detección de situaciones de riesgo de ESIA en nuestro país. La escala final, comparada con los escasos instrumentos internacionales actuales (Basson, 2017; Clutton y Coles, 2007; Kent and Medway Safeguarding Children Board, 2017) y con las investigaciones llevadas a cabo en este ámbito (Armstrong, 2017; Brown et al., 2016; Felner y DuBois, 2017), ha demostrado incluir los indicadores más relevantes para la identificación de la ESIA y ser fácilmente aplicable en el contexto de los servicios en contacto con menores. La escala EDR-ESIA supone un instrumento prometedor, con una buena validez de contenido, viable y operativo para cribar situaciones de ESIA en España.

La herramienta cumple las funciones de valoración del riesgo de ESIA, de registro de la actuación que se recomienda según la valoración del riesgo actual y de alerta ante las situaciones de riesgo a las autoridades competentes. Así, se trata de un recurso para aquellos profesionales españoles que detecten una situación de vulnerabilidad y/o de riesgo en menores vinculada con posibles situaciones de explotación y supone un avance frente a un tema que estamos empezando a afrontar en nuestro país y para el que se necesitan más investigaciones y estudios.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- Anguera, M. T., Blanco-Villasenor, A., Losada, J. L., y Portell, M. (2018). Pautas para elaborar trabajos que utilizan la metodología observacional. *Anuario de Psicología*, 48(1), 9-17. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Armstrong, S. (2017). Instruments to identify commercially sexually exploited children: Feasibility of use in an emergency department setting. *Pediatric Emergency Care*, 33(12), 794-799. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001020>
- Averdijk, M., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2020). Longitudinal risk factors of selling and buying sexual services among youths in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior*, 49(4), 1279-1290. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01571-3>
- Basson, D. (2017). *Validation of the Commercial Sexual Exploitation-Identification Tool (CSE-IT)*. West Coast Children's Clinic. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24834.38086>
- Beckett, H. (2011). *Not a world away: The sexual exploitation of children and young people in Northern Ireland*. Barnardo's Northern Ireland. https://www.researchinpractice.org.uk/media/2492/child_sexual_exploitation_practice_tool_2017_open_access.pdf
- Beckett, H., Holmes, D., & Walker, J. (2017). *Child sexual exploitation: Definition & guide for professionals: extended text*. University of Bedfordshire. <http://hdl.handle.net/10547/623178>
- Benavente, B., Ballester, L., Pich, J., & Pereda, N. (2021a). Risk factors for commercial sexual exploitation of children and adolescents: Results of an international Delphi panel. *Psicothema*, 33(3), 449-455. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.480>
- Benavente, B., Díaz-Faes, D. A., Ballester, L., & Pereda, N. (2021b). Commercial sexual exploitation of children and adolescents in Europe: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838021999378>
- Berelowitz, S., Firmin, C., Edwards, G., & Gulyurtlu S. (2012). *I thought I was the only one. The only one in the world*. The Office of the Children's Commissioner's Inquiry into Child Sexual Exploitation In Gangs and Groups. <http://www.brightonandhovelscb.org.uk/wp-content/uploads/CSEGG-Appendix-A1.pdf>
- Brayley, H., Cockbain, E. and Gibson, K. (2014). *Rapid evidence assessment: The sexual exploitation of boys and young men*. UCL, Barnardo's and Natcen <http://assets.mesmac.co.uk/images/Rapid-evidence-assessment-the-SE-of-BYM.pdf?mtime=20160108190046>
- Brown, S., Brady, G., Franklin, A., Bradley, L., Kerrigan, N., & Sealey, C. (2016). *Child sexual abuse and exploitation: Understanding risk and vulnerability*. Early Intervention Foundation. <https://www.eif.org.uk/report/child-sexual-abuse-and-exploitation-understanding-risk-and-vulnerability>
- Clutton, S., & Coles, J. (2007). *Sexual exploitation risk assessment framework: A pilot study*. Barnardo's Cymru. <https://www.iicsa.org.uk/key-documents/26534/view/BRD000284.pdf>
- Cole, J., Sprang, G., Lee, R., Cohen, J. (2016). The trauma of commercial sexual exploitation of youth: A comparison of CSE victims to sexual abuse victims in a clinical sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(1), 122-146. <https://doi.org/10.1177/0886260514555133>
- Digidiki, V., & Bhabha, J. (2018). Sexual abuse and exploitation of unaccompanied migrant children in Greece: Identifying risk factors and gaps in services during the European migration crisis. *Children and Youth Services Review*, 92, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.040>
- Estes, R. J., & Weiner, N. A. (2002). *Commercial sexual exploitation of children in the U.S. and Mexico*. University of Pennsylvania. https://abolitionistmom.org/wp-content/uploads/2014/05/Complete_CSEC_0estes-weiner.pdf
- Felner, J., & DuBois, D. (2017). Addressing the commercial sexual exploitation of children and youth: A systematic review of program and policy evaluations. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(2), 187-201. <https://doi.org/10.1177%2F1524838021999378>
- Franchino-Olsen, H. (2021). Vulnerabilities relevant for commercial sexual exploitation of children/domestic minor sex trafficking: A systematic review of risk factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 99-111. <https://doi.org/10.1177/1524838018821956>
- Franklin, A., Brown, S., & Brady, G. (2018). The use of tools and checklists to assess the risk of child sexual exploitation: Lessons from UK practice. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(8), 978-997. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1510453>
- Franklin, A., & Smeaton, E. (2017). Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK. *Children and Youth Services Review*, 73, 474-481. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.009>
- Greenbaum, J., & Crawford-Jakubiak, J. (2015). Committee on Child Abuse and Neglect. Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: Health care needs of victims. *Pediatrics*, 135, 566-574. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-4138>
- Greenbaum, V. J., Dodd, M., & McCracken, C. (2018). A short screening tool to identify victims of child sex trafficking in the health care setting. *Pediatric Emergency Care*, 34(1), 33-37. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000602>
- Kent and Medway Safeguarding Children Board. (2017). *Safeguarding children at risk of sexual exploitation. Risk assessment toolkit*. <https://www.proceduresonline.com/kentandmedway/chapters/contents.html>
- Klatt, T., Cavner, D., & Egan, V. (2014). Rationalising predictors of child sexual exploitation and sex-trading. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 252-260. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.019>
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>
- Lancôt, N., Reid, J. A., & Laurier, C. (2020). Nightmares and flashbacks: The impact of commercial sexual exploitation of children among female adolescents placed in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 100, 104195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104195>
- Marcus, A., Riggs, R., Horning, A., Rivera, S., Curtis, R., & Thompson, E. (2012). Is child to adult as victim is to criminal? Social policy and street-based sex work in the USA. *Journal of Sex Research and Social Policy*, 9, 153-166. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0070-1>

- Miller-Perrin, C., & Wurtele, S. K. (2017). Sex trafficking and the commercial sexual exploitation of children. *Women & Therapy, 40*(1-2), 123-151. <https://doi.org/10.1080/02703149.2016.1210963>
- Panlilio, C. C., Miyamoto, S., Font, S. A., & Schreier, H. M. (2019). Assessing risk of commercial sexual exploitation among children involved in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect, 87*, 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.021>
- Pereda, N. (Dir.). (2019). *Guía práctica para la investigación ética en violencia contra la infancia y la adolescencia*. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).
- Pereda, N., Codina, M., y Kanter, B. (2021). Explotación sexual comercial infantil y adolescente: Una aproximación a la situación en España. *Papeles del Psicólogo*. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2966>
- Pérez, I., Taito-Vicenti, I. Y., González-Xuriguera, C. G., Carvajal, C., Franco, J. V. A., Loézar, C. (2021). Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. *Medwave, 21*(07). <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.07.8432>
- Polaris Project. (2019). *The U.S. National Human Trafficking Hotline*. <https://polarisproject.org/resources/us-national-human-trafficking-hotline-statistics/>
- Observatorio de la Infancia (2017). Actuaciones para la detección y atención de víctimas de trata de seres humanos (TSH) menores de edad. Anexo al protocolo marco de protección de víctimas de TSH. https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Anexo_Protocolo_Marco_Menores_Victimas_TSH_aprobado_por_Pleno1_12_2017.pdf
- Reed, S. M., Kennedy, M. A., Decker, M. R., & Cimino, A. N. (2019). Friends, family, and boyfriends: An analysis of relationship pathways into commercial sexual exploitation. *Child Abuse & Neglect, 90*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.016>
- Stativa, E. (Coord.) (2000). Survey on child abuse in residential care institutions in Romania. <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Survey%20on%20Child%20Abuse%20in%20Residential%20Care%20in%20Romania.pdf>
- Trevethan, R. (2017). Sensitivity, specificity, and predictive values: Foundations, pliabilitys, and pitfalls in research and practice. *Frontiers in Public Health, 5*, 307. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>
- De Vries, I., & Goggin, K. E. (2020). The impact of childhood abuse on the commercial sexual exploitation of youth: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(5), 886-903. <https://doi.org/10.1177/1524838018801332>

Artículo

Dinámicas de Resistencia-Rechazo Filio-Parental. Historia conceptual y propuesta de denominación en Español

Fernando Álvarez, Josu Arrospide, Marian Elicegui, Elena Fernández-Markaida, María Lusarreta, Begoña Rueda y Aurora Urbano

Grupo de Trabajo sobre las Dinámicas de Resistencia y Rechazo Filio-Parental. Bizkaiko Psikologia Elkargoa/
Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, España.

INFORMACIÓN

Recibido: Abril 5, 2021

Aceptado: Febrero 18, 2022

Palabras clave:

Dinámicas de resistencia-rechazo filio-parental
Dinámicas familiares disfuncionales
Conflicto familiar
Rechazos justificados
Rechazos injustificados
Maltrato infantil
Alienación parental
Interferencias parentales
Trauma
Control parental de acceso o guardabarreras

Keywords:

Resist-refuse dynamics
Parent-child contact problems
Dysfunctional family dynamics
Family conflict, Justified rejection
Unjustified rejection
Child abuse
Parental alienation
Parental interference
Trauma
parental gatekeeping

RESUMEN

Las Dinámicas de Resistencia y Rechazo Filio-Parental conforman un patrón relacional disfuncional complejo, que se hace visible mediante actitudes y conductas de rechazo de hijos e hijas a mantener una relación afectiva con alguno de los progenitores, mostrando habitualmente una fuerte cercanía al otro. Tienen su máxima expresión durante las separaciones y divorcios, especialmente si son judicializados por vía contenciosa, por lo que mantienen importantes implicaciones, tanto para la Psicología Clínica como para la Psicología Forense. El presente trabajo revisa la evolución histórica de los modelos explicativos, proponiendo para el ámbito hispanohablante un término y una definición útiles para analizar, comprender, intervenir y evaluar este tipo de dinámicas familiares.

Child-to-Parent Resist-Refuse Dynamics. Conceptual history and proposal of denomination in Spanish

ABSTRACT

Resist-Refuse Dynamics or Parent-Child contact problems constitute a complex dysfunctional relational pattern, which is made visible through the child's attitudes and behaviors of refusing to maintain an affective relationship with one of the parents, usually showing a strong alliance with the other. These problems and dynamics are most seen during family conflicts, especially if these conflicts are litigated, in which case they have important implications, both for clinical psychology and forensic psychology. The present work reviews the historical evolution of the explanatory models, providing for Spanish-speaking areas a useful term and definition for the analysis, understanding, intervention, and assessment of these kinds of family dynamics.

Nota del autor

La autoría de este artículo es de profesionales de la psicología pertenecientes al Bizkaiko Psikologia Elkargoa / Colegio de Psicología de Bizkaia.

El rechazo de un o una menor a mantener relación con alguno de sus progenitores se ha explicado, durante las últimas décadas por medio de diferentes constructos teóricos con la intención de lograr avances en el conocimiento científico, psicoterapéutico, de gestión de conflictos, en la legislación y en el ámbito judicial. Sin embargo, estas concepciones se basaron inicialmente en perfiles de posibles rechazos, los cuales no abarcaban toda la casuística. Además, estas denominaciones hacían referencia a supuestas causalidades atribuidas a estos hechos, lo cual distorsionaba los intentos de un acercamiento objetivo al fenómeno. Al no existir otra denominación más general y neutral, el uso de un concepto o término daba lugar a que se identificase un rechazo con una determinada causalidad.

Estas primeras explicaciones y terminologías, parciales y sesgadas atribuían causalidades en su denominación, y fueron apoyadas cada una por distintos movimientos sociales que, aún hoy, presionan al sistema judicial familiar. Dentro de este tipo, se observan al menos tres tendencias¹: una que se centra en situaciones de maltrato intrafamiliar (a la mujer y a los hijos e hijas); otra que lo hace sobre las dinámicas familiares y la alienación parental cuando existen problemas de conyugalidad, separación o divorcio, y/o de disputa sobre la custodia de las y los hijos; y una tercera que defiende que el rechazo es simplemente un acto de voluntad de las y los menores, que forma parte de sus derechos, y se intenta que se centre la atención sobre todo en las necesidades que tienen las y los menores, las repercusiones de estas dinámicas familiares en sus vidas, así como su derecho a que su opinión sea tenida en cuenta.

Centrándonos en lo que ocurre en España, la situación actual es demasiado confusa y controvertida socialmente, tanto que hacía mediados de 2021 se publicó una ley² mediante la cual se establece que no se pueden tomar en consideración “planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental”.

Así, los distintos perfiles profesionales que intervienen con familias y menores pueden sentirse desorientados o cohibidos por variadas y lógicas razones, en diferentes momentos: el deber analizar lo más objetivamente posible las diversas dinámicas familiares, al establecer ciertas hipótesis de trabajo que exceden a su formación académica, al intervenir profesionalmente con sus pacientes o clientes marcando líneas de acción, y al evaluar los resultados de esas intervenciones.

El presente artículo intenta, por una parte, realizar un recorrido histórico por las problemáticas que presentan estas familias y, por otra, aportar un término y una definición teórica de estos fenómenos, para el ámbito de lengua hispana y acorde con los consensos actuales logrados en el ámbito anglosajón, que

sean neutrales y útiles para analizar, comprender, intervenir y evaluar la situación de aquellas familias en las que se presentan problemas de contacto de un progenitor con sus hijos o hijas.

El constructo teórico que proponemos se denomina en castellano (español): *Dinámicas de resistencia y rechazo filio-parental* (en adelante DRRFP). En el presente artículo, tras una revisión histórica de los diferentes conceptos y términos asociados a estas dinámicas y utilizados por la literatura científica, explicaremos la justificación de nuestra propuesta, ofreciendo una definición que pretende completar e integrar las diversas dinámicas de resistencia y rechazo filio-parental.

Evolución histórica de los abordajes de las DRRFP

En 1924, la Sociedad de las Naciones (o Liga de las Naciones) aprobó una Declaración de los Derechos del Niño³ que ya en su principio 3 decía “El niño debe ser el primero en recibir alivio en momentos de angustia”, y posteriormente otra Declaración en 1959 incluía diez principios de los cuales el sexto establece que:

“El niño (o niña), para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá de separarse al niño de corta edad de su madre”.

Lo anterior, sin embargo, no fue suficiente para proteger los derechos de la infancia, ya que legalmente, esta Declaración no partía con carácter obligatorio.

El *Maltrato infantil* en sus diferentes manifestaciones, algunas de ellas innegables por la evidencia de los hechos, se estudia sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX (Santos, 2002). En estos casos se entendía que el rechazo de las hijas o hijos a mantener contacto con ese progenitor o progenitores era algo a lo que se encontraba explicación en el propio hecho del maltrato. En ocasiones la atribución de la responsabilidad resultaba polémica, ya que el progenitor o progenitores maltratadores podrían alegar que el hecho en sí era una forma efectiva o tradicional de educar dado el comportamiento del o la menor.

En las últimas décadas ha tomado fuerza otra visión complementaria a la anterior, que especifica que el maltrato infantil, tal y como aparece en la legislación española⁴, también se ejerce, por ejemplo, al ser las y los niños testigos de la violencia de género o de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar e, incluso, en los casos de difusión de datos privados.

Lo que habitualmente solía preocupar a las instituciones y al profesional, era la situación del maltrato en sí y su efecto en las víctimas, no la situación de aislamiento de un progenitor por la resistencia o el rechazo de sus hijos o hijas a tener contacto con el padre o la madre maltratador. De igual forma, en caso de separación o divorcio, la custodia de la descendencia habitualmente se otorgaba casi exclusivamente a las madres, siendo infrecuentes las disputas judiciales entre los progenitores padres por la misma. En el caso de resistencia y rechazo de un o una menor al contacto con

1 Seminario impartido por Matthew Sullivan (2020) en Barcelona con el título: Understanding, Evaluating and Responding to the Resist/ Refuse Dynamics. Organizado por el Col legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

2 Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, artículo 1. apartado 2

3 https://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_los_Derechos_del_Ni%C3%B1o

4 Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, artículo 1. apartado 2.

un progenitor (generalmente el padre), se atribuía a problemas en el ejercicio de la parentalidad, entre las principales razones motivados por maltrato, abusos sexuales o abandono (Polak & Moran, 2017). Es en la actualidad cuando los rechazos por este tipo de causas ha pasado a denominarse *Rechazos justificados*.

Por otro lado, en los años 50, 60 y en la década de los años 70, en terapeutas vinculados a la Terapia Familiar Sistémica se abre otra vía de estudio y terminología sobre las resistencias y rechazos filioparentales. La mayoría de estos profesionales provenían del trabajo terapéutico con la infancia y/o con la esquizofrenia. Serían explicaciones más relacionadas con lo que ahora se denominan *Rechazos injustificados* (como la alienación parental) o con situaciones híbridas (parte del rechazo es justificado y parte es injustificado). Se presenta a continuación el recorrido conceptual propuesto por estos autores y autoras en orden cronológico.

En 1956 se destaca el concepto *Doble Vínculo*, propuesto por Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, & John Weakland (1956), el cual surge al intentar explicar la forma de comunicación en familias en las que estuviera presente la esquizofrenia de algún miembro, y que aplicado a familias con rupturas conflictivas podría manifestarse por mensajes cruzados, como por ejemplo decir “tienes que ir con tu padre (o madre)” a la vez que por el tono o la expresión no verbal se entiende “me enfadaré si vas con tu padre (o madre)”. Para el o la menor, a quien le une un fuerte vínculo con ese progenitor, no habría escapatoria posible y siempre actuaría mal, pues tendría que desobedecer para no enfadarle, por lo que no iría a visitar al otro progenitor, o enfadarle al obedecerle e ir.

A su vez Theodore Lidz y sus colaboradores (1957) proponen abordar el *Cisma marital* como el efecto a largo plazo de una escalada asimétrica, un conflicto marital en el que ninguna de las partes cede implicando finalmente a las y los hijos que a su vez participan de esta dinámica lo cual podría derivar en algún tipo de esquizofrenia.

A finales de los años 60 surge el concepto de *Triángulo* propuesto por Murray Bowen (1966), en el contexto de tratar el tema de la dificultad de individuación de las y los menores en ciertas familias. Posteriormente, en la década siguiente Salvador Minuchin (1974) plantea el concepto de *Triangulación*, y más tarde Jay Haley (1976) el *Triángulo perverso*, a la complejidad de las relaciones diádicas en las parejas que acaban incorporando a un hijo o hija en medio del conflicto.

También en los años 70 Ivan Boszormenyi-Nagy y Geraldine M. Spark (1973) hablan de *Lealtades invisibles, los Conflictos de lealtad y el Libro de cuentas* (deudas y méritos de cada miembro familiar), términos propuestos para definir cuando el rechazo que un menor puede sentir hacia un progenitor choca con la lealtad que le debe, o por el contrario, verse reforzado por la lealtad que debe al otro progenitor.

En línea con lo explicado, Judith S. Wallerstein y Joan B. Kelly (1976) tratan sobre los efectos del divorcio en el ajuste infantil, y describieron la oposición observada en los hijos o hijas a mantener un régimen de comunicación y estancias con el progenitor no custodio, comportamiento denominado *Alienamiento patológico o Alianza profana (Unholy alliance)* entre uno de los progenitores e hijo o hija, en oposición al otro progenitor, y al hijo o hija como rechazadores. Por su parte, Landrum S. Tucker y Thomas P. Cornwall publicaron un caso de psicosis de una madre que influía en el hijo en contra del padre, que denominaron *Folie a Deux* (locura

de dos), y Roy Meadow describió el *Síndrome de Munchausen por poderes*, concepto relacionado con el rechazo filio-parental en la medida que uno de los progenitores arriesga la salud de su propio hijo o hija, inventándose síntomas falsos o provocando síntomas reales para evitar que tenga contacto con el otro progenitor (Molina & Capdevila, 2019).

Ya en los años 80 en Estados Unidos se reforma la legislación posibilitando de una manera más evidente la custodia compartida de hijas e hijos en caso de divorcio y Judith S. Wallerstein y Joan B. Kelly (1996) observaron cómo se incrementaban las disputas judiciales por conseguir esa custodia. Además estimaron que la prevalencia de hijos estrechamente aliados con sus madres y participantes en la campaña de denigración y rechazo hacia sus padres que era de un 25% en casos de separación y divorcio. La expresión Tiempo de visita (*Visitation time*) utilizada en ámbitos judiciales, más tarde fue sustituida por Tiempo de parentalidad (*Parenting Time*), y de los conflictos sobre el mismo surgen las Interferencias al tiempo de parentalidad (*Parenting time interferences*), también llamadas Interferencias parentales (*Parental interferences*) (González, 2016).

Hacia finales de los años 80 Richard Gardner definió el *Síndrome de alienación parental (S.A.P.)* como una alteración surgida casi exclusivamente en el contexto de disputa por la custodia de la descendencia y que posteriormente caracterizó mediante la descripción de una serie de síntomas. John W. Jacobs se refirió al *Síndrome de Medea* aludiendo a que la madre, y en ocasiones el padre, descargaba sus frustraciones con agresividad hacia la prole, llegando incluso a utilizar ésta como un instrumento de poder y venganza hacia su expareja (Tejedor, 2015).

En esta década de los 80 es cuando Michael White y David Epton proponen las teorías y técnicas basadas en la narrativa, por las que cuantas más historias alternativas sean capaces de generar las familias, más posibilidades tienen sus miembros de crecer, individuarse, y desarrollar sus capacidades emocionales e intelectuales. En 1989 Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini, & Anna Maria Sorrentino (1990) publicaron el libro *Los juegos psicóticos en la familia* relacionando las problemáticas comunicación y dinámicas que se dan en ciertas familias y la formación de psicosis en edades juveniles (Pereira, 1994). En las familias con DRRFP parece que estas opciones se reducen, al presentar visiones más rígidas, quizás porque ampliar las opciones podría suponer aceptar narrativas de la otra parte con la que se está en conflicto.

El 20 de noviembre de 1989 se logró aprobar el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño⁵, cuyo cumplimiento sería obligatorio para todos los países que la ratificasen, entre ellos está España, convirtiéndose en Ley en 1990. En su Artículo 9 en los tres primeros apartados dice:

“1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse

5 <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>

una decisión acerca del lugar de residencia del niño. 2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones. 3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.”

Hoy, la Convención ya ha sido aceptada por todos los países del mundo excepto Estados Unidos.

En la década de los 90, en un intento de explicar las dinámicas familiares y los roles de coparentalidad, entendiéndose que en ciertas mujeres existía un intento de reforzar o salvaguardar su identidad como madres, Sara M. Allen y Alan J. Hawkins propusieron el constructo teórico *Control materno de acceso* (*Maternal gatekeeping*). Estos autores consideraban que en esas madres se observaban una serie de creencias y comportamientos que lograban inhibir la colaboración de los hombres en el cuidado del hogar y de la prole (Austin et al., 2013). Esta idea derivaba del concepto *Controlador de acceso* (*Gatekeeper*) que ya Kurt Lewin en 1943 propuso, y que describía cómo las madres eran las que controlaban la alimentación en las familias y los padres controlaban las finanzas domésticas.

En la década de los 2000 Joan B. Kelly y Janet R. Johnston explicaron el rechazo filio-parental centrando la atención más en el niño o niña, y describieron al *niño alienado* (*alienated child*) como “alguien que expresa de manera libre y persistente sentimientos negativos e irracionales de ira, odio, rechazo o miedo hacia uno de sus progenitores, sentimientos desproporcionados según la experiencia real que el niño mantiene con el progenitor rechazado”. A su vez intentan con su *Modelo multifactorial* recoger toda una serie de factores posibles explicativos de la conducta del rechazo del o la menor a un progenitor; factores que irían desde los relacionados con el progenitor rechazado, los del progenitor favorito, los relacionados con el conflicto o la ruptura conyugal, los propios del o la menor, la relación con hermanos, así como los referidos a la familia extensa o las instituciones y profesionales que intervienen (Kelly & Johnston, 2001).

Así mismo, estas investigadoras establecen un continuo en las relaciones filio-parentales, que van desde 1. una relación normal, en la que las hijas e hijos quieren estar con ambos progenitores, o incluso puede existir una afinidad con uno de ellos; 2. en el siguiente estado se detecta ambivalencia de los deseos de las hijas e hijos, pues a veces muestran alianza con uno de los progenitores y/o alejamiento del otro progenitor debido a relaciones previas de maltrato; 3. el tercer estado es aquel en el que no existe ambivalencia, sino un rechazo continuo a uno de los progenitores, que puede ser debido a una alienación parental y/o por un alejamiento del progenitor rechazado debido a los maltratos que éste infrinja al hijo o hija (Kelly & Johnston, 2001).

Por su parte Amy Baker y Douglas Darnall identificaron una serie de estrategias de los progenitores alienadores para poner a la descendencia en contra del otro progenitor y de su familia extensa, tales como: hablar mal del otro progenitor, limitar o interferir en el tiempo de crianza o en las comunicaciones con el hijo o hija, manipulación emocional, alianza poco saludable, etc. (Molina & Capdevila, 2019).

Aceptando en gran medida y cuestionando a la vez parte de los planteamientos de Kelly y Johnson, dos investigadoras, Jo-Anne M. Stoltz y Tara Ney (2002), profundizando en planteamientos sistémicos responden que las respuestas los niños o niñas no son necesariamente irracionales, pues pueden estar ajustadas al contexto en el que viven. Es decir, no son el problema sino el intento de solución de una situación muy compleja con paradigmas enfrentados (la colaboración parental y el apego vs. la rivalidad ante la custodia) en la que muchos sistemas se ven implicados en distintas dinámicas (familiar, escolar, asistencial, clínica, judicial, etc.). Estas autoras defienden no etiquetar lo que sucede, con el objetivo de no distorsionar el abordaje del conflicto, es decir, que no implique, de principio, la asunción de un diagnóstico. También reevalúan el problema utilizando el término *Resistencia a la visita* (*Resistance to visitation*), que definen como “cualquier conjunto de conductas por parte del niño o niña, progenitores, y otros envueltos en el conflicto que llevan al cese o significativo impedimento de visita con el progenitor no custodio”.

Como ayuda al abordaje de la psicología forense del fenómeno, Benjamin B. Garber (2007) propone una denominación más descriptiva y neutral, sin atribuir causalidades, así como también Stoltz y Ney hablan de dinámicas familiares proponiendo el término *Resistencias y rechazos a las visitas del niño/a* (*Child's visitation resistance and refusal – VRR*). Con ello se pretende también que no se identifique automáticamente, el rechazo del menor al contacto con un progenitor con una intervención de alienación promovida por el otro progenitor.

Por lo tanto, se empieza ya a intentar nombrar y abordar las resistencias y rechazos filio-parentales de una manera más neutral y auténticamente sistémica, sin denominar a éste fenómeno de forma que pueda condicionar desde el principio su comprensión y, por lo tanto, la posible intervención. Se entiende que son posibles tanto las situaciones de maltrato como las dinámicas familiares, coparentales o conyugales conflictivas, a veces con más peso de unas o de otras, y en otras ocasiones, en situaciones híbridas.

En 2006 Leslie M. Drozd propone el término de *Control de acceso protector* (*Protective gatekeeping*) por el que un progenitor limita el acceso del otro a sus hijos o hijas, ya que cree que hay razones fundadas para limitar la involucración y tiempo de parentalidad del otro progenitor, debido al riesgo de daño emocional o físico sobre el niño o niña. Para Liz Trinder sería un *Control de acceso justificado* (*Justified gatekeeping*) (Austin et al., 2013).

Ya en la década de 2010, Barbara Fidler y Nick Bala (2010) en un artículo que titulan “Niños/as que se resisten al contacto post-separacional con un progenitor”, utilizan la expresión *Problemas de Contacto entre Progenitor e Hijo/a* (*Parent-Child Contact Problems – PCCP*). Éste es uno de los dos términos más utilizados en la actualidad en el ámbito anglosajón, sobre todo en aquellos profesionales que participan en la Association of Family Conciliation and Courts (en adelante AFCC), el cual intenta ser neutral, sistémico y que no hace referencia a una causalidad determinada.

Al mismo tiempo Steven Friedlander y Margorie G. Walters (2010) distinguieron los rechazos según provinieran de un *Distanciamiento realista* (*Realistic strangement*) o de una *Relación enredada* (*Enmeshment*). El distanciamiento realista

sería un deterioro de la relación progenitor e hijo o hija como resultado de las limitaciones y carencias del progenitor rechazado, como consecuencia de la existencia de violencia de pareja, abuso o maltrato, estilos de crianza excesivamente rígidos o distantes, pasivos, inmaduros o narcisistas, dificultades para controlar ira o decepción, mostrarse ambivalentes en la relación con sus hijos o hijas, o culpabilizar del rechazo al otro. La relación enredada sería aquella en la que las fronteras psicológicas entre el progenitor e hijo o hija están poco definidas, mezclándose sus identidades y roles.

Varios autores (Austin, Pruett, Kirkpatrick, Flens, & Gould, 2013) proponen redefinir y nombrar el término *Control materno de acceso* (*Maternal gatekeeping*) de una manera más neutra para desvincularlo de la idea de que sólo lo ejercen las madres, planteando el término *Control parental de acceso* (*Parental gatekeeping*), para definir dinámicas en las que cualquier progenitor podría participar situándose en un punto dentro de un continuo, que va desde un control parental de acceso muy *facilitador* (apoyar y propiciar el contacto con el otro progenitor), a un control parental de acceso muy restrictivo (desaprobar y obstaculizar el contacto de los hijos o hijas con el otro progenitor).

Complementando lo anterior, otros autores (Saini, Drozd, & Olesen, 2017) añaden la distinción de control parental de acceso de tipo adaptativo y no adaptativo. El adaptativo, por un lado, se produce cuando los progenitores buscan alentar y apoyar el sentido de seguridad y bienestar de sus descendientes, pudiendo ser adaptativo *facilitador* cuando alienta el contacto; o bien adaptativo *restrictivo* el que limitaría o impediría el contacto con el otro progenitor por ejercer éste una parentalidad inadecuada (el que Leslie M. Drozd llamaba protector) (Thomas & Holmes, 2019). Por otro lado, el control parental de acceso no adaptativo, puede ser *desadaptativo facilitador* cuando se refiere a la abdicación de un progenitor que permite que el hijo o hija esté con el otro progenitor sin tener en cuenta el impacto de este contacto en el bienestar y sentimientos de aquel o aquella; o puede ser *desadaptativo restrictivo* que obstruye, impide o interfiere en el contacto de manera injustificada, motivado por su incapacidad para separar sus propios sentimientos de ira y/o traición, lo que daría lugar a dinámicas como la Alienación Parental. Como quinta opción estaría el control parental de acceso inconsistente, aquel que se ejerce a veces de manera adaptativa, y otras veces de manera desadaptativa.

Pero no todo depende del comportamiento de los progenitores. También hay que tener en cuenta las vulnerabilidades del o la menor (Drozd, Olesen & Saini, 2013), siendo relevante este aspecto si antes de los cinco años ha tenido problemas de temperamento (emocionales), si ha estado expuesto a trauma, si ha tenido una infancia adversa o, por último, si tiene estrategias de comportamiento autculparias o evitativas.

Posteriormente Margorie G. Walters y Steven Friedlander (2016), utilizaron también conceptos con perspectiva sistémica al hablar de *Dinámicas de rechazo y resistencia* (*Resist-refuse dynamics – RRD*), aunque en inicio se referían a aquellas dinámicas relacionadas con la alienación parental. Sin embargo, la mayor parte de profesionales del ámbito anglosajón lo utilizan actualmente de manera que este término comprende todo tipo de rechazos, por lo que sería equivalente a los *Problemas de contacto entre progenitor e hijo o hija* (*Parent-child contact*

problems – PCCP). Ambos términos se usan indistintamente en la actualidad en ámbitos profesionales en países anglosajones (Fidler & Bala, 2020).

En España, por un lado, surgen los estudios de Francisco Granados hacia finales de los años ochenta cuando estudió las familias con situaciones de alta conflictividad en los divorcios y, por otro, Marta Ramírez, Pilar de Luís y Vicente J. Ibáñez hacia mediados de los noventa y relacionado con la mentalización, comparan las situaciones familiares de alienación parental con el *Síndrome de Estocolmo*. Hacia 2005 se empezó a utilizar en España el término Síndrome de alienación parental por Ramón Arce, Francisca Fariña y Dolores Seijo, a la vez que Asunción Tejedor, estando ya este término casi en desuso en Estados Unidos. Más tarde, en 2013, Asunción Tejedor, Asunción Molina y Nuria Vázquez adoptan el término Interferencias parentales (Molina y Capdevila, 2019). Las Interferencias Parentales comprenden a la Alienación Parental como un subtipo de éstas, no como términos equivalentes (González, 2016). Juan Luís Linares (2015) con una perspectiva más sistémica propuso el concepto de *Prácticas alienadoras familiares* como sustitución del término y concepto Alienación parental, si en esa dinámica familiar hubiera un *manipulador exitoso* y un *manipulador fracasado*.

También en España, en 2021 se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia⁶, la cual en su artículo 11 habla sobre el derecho de las y los menores a ser escuchados, para lo cual se plantea la necesidad de capacitación profesional a las personas que les atienden y, en su tercer apartado: “3. Los poderes públicos tomarán las medidas necesarias para impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración.” En el artículo 26 que trata de la prevención en el ámbito familiar, en el apartado 3.a) añade:

“En ningún caso las actuaciones para promover la parentalidad positiva deben ser utilizadas con otros objetivos en caso de conflicto entre progenitores, separaciones o divorcios, ni para la imposición de la custodia compartida no acordada. Tampoco debe ser relacionada con situaciones sin aval científico como el síndrome de alienación parental.”

Hacia una definición operativa

El rechazo a la interacción filio-parental ha sido objeto de amplia controversia social, científica, jurídica y clínica sobre todo estas tres últimas décadas. Sea por la complejidad del tema a abordar, sea por los intereses de las distintas partes en casos de disputas familiares judicializadas, o por cuestiones ideológicas de defensa de unos colectivos u otros, existe actualmente una desorientación entre las y los profesionales sobre cómo proceder al abordar una situación en la que existe resistencia y rechazo de las y los menores al contacto con un progenitor.

Por este importante argumento, el primer paso debería ser contemplar la elaboración y posteriormente generalizar el uso de un constructo y una terminología que tuvieran un encaje adecuado en la metodología científica, que partieran de la neutralidad, que

⁶ BOE» núm. 134, de 5 de junio de 2021, páginas 68657 a 68730 <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

Referencias

fuesen observables y medibles, que no se refiriesen a causalidades y que, generasen un consenso inter e intraprofesional, por las razones que mostramos a continuación.

Las DRRFP, eclosionan o se intensifican principalmente en procesos de separación familiar altamente conflictivos, suelen conllevar la intervención del sistema judicial, aunque mantienen también implicaciones en otros ámbitos de intervención, como el clínico (por expresión somática del rechazo y el posible tratamiento de las consecuencias emocionales en los implicados), el sistema de protección (medidas protectoras de un o una menor en situación de desamparo o riesgo de maltrato), los contextos de tratamiento familiar (para minimizar el conflicto familiar) o el sistema educativo (expresión del ajuste infantil).

El consenso profesional actual, al menos en el ámbito anglosajón tal como se refleja en los términos utilizados en el último congreso celebrado en junio de 2021 por la AFCC⁷ sobre esta problemática o en el libro de Abigail M. Judge y Robin M. Deutsch (2017) sobre este tema, es que de modo general resulta más acertado definir y referirse a este fenómeno en términos de Problemas de contacto entre las y los menores con un progenitor (Fidler & Bala, 2010) o como Dinámicas de resistencia y rechazo expresado por el hijo o hija hacia uno de sus progenitores (Walters & Friedlander, 2016).

Por lo tanto, en el abordaje inicial de estas familias el fenómeno a tratar no se denominaría en función de la ocurrencia de conductas, actitudes o supuestas intenciones que muestran una, otra o ambas figuras parentales, pues pudieran tener diferentes explicaciones y no necesariamente generar rechazo del hijo o hija hacia un progenitor.

La denominación y definición la estableceríamos más acertadamente en función de los resultados observables y medibles que esos sucesos y dinámicas familiares tienen en la relación entre las y los menores con sus progenitores, esto es, las resistencias y rechazos a relacionarse con un progenitor por parte de las y los hijos. Se trata de un fenómeno al que en español también podemos añadir *Filio-parental*, tal como también se determinó al definir y nombrar la *Violencia filio-parental (VFP)* por parte de Roberto Pereira (2006), término que en la actualidad está ampliamente utilizado.

En este sentido, de forma operativa, proponemos nombrar a este fenómeno como “Dinámicas de Resistencia y Rechazo Filio-Parental (DRRFP)”⁸ (Álvarez et al., 2022; Arrospide, J., 2021, 2022) y definirlo como

“Un patrón relacional disfuncional complejo en el que participan todos y cada uno de los componentes de la unidad familiar (si bien con distinto nivel de implicación y responsabilidad), que se expresa mediante actitudes y conductas de oposición del o la menor a mantener una relación afectiva con alguno de los progenitores, que denominamos rechazado, mostrando habitualmente una fuerte alianza con el otro progenitor, que denominamos preferido”.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

7 <https://www.afccnet.org/58thannualconference/>

8 [https://es.wikipedia.org/wiki/Din%C3%A1micas_de_Resistencia_y_Rechazo_Filio-Parental_\(DRRFP\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Din%C3%A1micas_de_Resistencia_y_Rechazo_Filio-Parental_(DRRFP))

- Álvarez, F., Arrospide, J., Elicegui, M., Fernández-Marcaida, E., Lusarreta, M., Rueda, B. & Urbano, A. (2022). DRRFP: Dinámicas de resistencia y rechazo filio-parentales. Intervención y tratamientos eficaces [RRD: Child-to-parent resist refuse dynamics. Effective intervention and treatments]. *Mosaico*, 80, 158-169.
- Arrospide, J. (2021). La ruptura de pareja [The breakup of the couple]. In M. Checa (Ed.), *De las interferencias parentales a la violencia filio-parental. Manual práctico para un abordaje terapéutico [From parental interference to child-to-parent violence. A practical manual for a therapeutic approach]* (pp. 47-76). Morata.
- Arrospide, J. (2022). Dinámicas de resistencia y rechazo filio-parental, Violencia filio-parental y Covid-19 [Child-to-parent resist refuse dynamics, child-to-parent violence, and Covid-19]. In A. Abadías (Coord.), *Violencia filio-parental: entre la “patología del amor” y la pandemia [Child-to-parent violence: between the “pathology of love” and the pandemic]* (pp.125-147). Bosch.
- Austin, W. G., Pruett, M. K., Kirkpatrick, H. D., Flens, J. R., & Gould, J. W. (2013). Parental gatekeeping and child custody/child access evaluation: Part 1: Conceptual framework, research, and application. *Family Court Review*, 51(3), 485–501. <https://doi.org/10.1111/fcre.12045>
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251–264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Harper & Row.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7(5), 345–374. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(66\)80065-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(66)80065-2)
- Drozd, L. M., Olesen, N. W., & Saini, M. A. (2013). *Parenting plan and child custody evaluations: Using decision trees to increase evaluator competence and avoid preventable errors*. Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange.
- Fidler, B. J., & Bala, N. (2010). Children resisting postseparation contact with a parent: Concepts, controversies, and conundrums. *Family Court Review*, 48(1), 10–47. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2009.01287.x>
- Fidler, B. J. & Bala, N. (2020). Concepts, controversies and conundrums of “alienation:” Lessons learned in a decade and reflections on challenges ahead. *Family Court Review*, 58, 2. 576–603. <https://doi.org/10.1111/fcre.12488>
- Friedlander, S., & Walters, M. G. (2010). When a child rejects a parent: Tailoring the intervention to fit the problem. *Family Court Review*, 48(1), 98–111. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2009.01291.x>
- Garber, B. (2007). Conceptualizing visitation resistance and refusal in the context of parental conflict, separation and divorce. *Family Court Review*, 45(4), 588 – 599. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2007.00173.x>
- González, I. (2016). Las interferencias Parentales y la Alienación Parental en el contexto jurídico español: Revisión de sentencias judiciales en materia de guarda y custodia [Parental interference and parental alienation in the Spanish legal context: Review of court rulings on custody and guardianship]. PhD thesis. *Universidad de Valencia*.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy*. Jossey-Bass.

- Judge, A. & Deutsch, R. (ed) (2017). *Overcoming parent-child contact problems: Family-based interventions for resistance, rejection, and alienation*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190235208.001.0001>
- Kelly, J. B., & Johnston, J. R. (2001). The alienated child: A reformulation of parental alienation syndrome. *Family Court Review*, 39(3), 249–266.
<https://doi.org/10.1111/j.174-1617.2001.tb00609.x>
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S. & Terry, D. (1957). The Intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry* 114 (3), 241-8.
<https://doi.org/10.1176/ajp.114.3.241>
- Linares, J.L. (2015). *Prácticas alienadoras familiares: El “Síndrome de Alienación Parental reformulado” [Alienating family practices: “Parental Alienation Syndrome reformulated”]*. Gedisa Editorial.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Harvard U. Press.
- Molina, A. & Capdevilla, C. (2019). Coordinación de coparentalidad cuando los niños y niñas se resisten o rechazan el contacto con uno de sus progenitores [Coordination of co-parenting when children resist or refuse contact with a parent]. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 49 (3). 147-155.
- Polak, S., & Moran, J. A. (2017). The current status of outpatient approaches to parent-child contact problems. In A. M. Judge & R. M. Deutsch (Eds.), *Overcoming parent-child contact problems: Family-based interventions for resistance, rejection, and alienation* (pp.63-90). Oxford University Press.
- Pereira, R. (1994). Revisión histórica de la Terapia Familiar [Historical review of Family Therapy]. *Revista Psicopatología*, 14(1), 5-17.
- Pereira, R. (2006). Violencia Filio-Parental: Un fenómeno emergente [Child-to-parent violence: An emerging phenomenon]. *Mosaico*, 36, 1-4.
- Saini, M., Drozd, L. & Olesen, N. (2017). Adaptive and maladaptive gatekeeping behaviors and attitudes: Implications for child outcomes after separations and divorce. *Family Court Review*, 55 (2), 260-272.
<https://doi.org/10.1111/fcre.12276>
- Santos, M.(2002). Los malos tratos a la infancia: juristas reformadores y el debate sobre la patria potestad en el Código Civil español (1889-1936) [Child abuse: reforming jurists and the debate on custody in the Spanish Civil Code (1889-1936)]. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, 209-232.
- Selvini, M., Cirilo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia [Psychotic games in the family]*. Paidós.
- Stoltz, J-A. M. & Ney, T. (2002). Resistance to visitation. Rethinking parental and child alienation. *Family Court Review*, 40 (2), 220-231.
- Tejedor, A. (2015). *El Síndrome de Alienación Parental. Una forma de maltrato [Parental Alienation Syndrome. A form of abuse]*. Madrid: EOS.
- Thomas, C. R., & Holmes, E. K. (2020). Are father depression and masculinity associated with father perceptions of maternal gatekeeping? *Journal of Family Psychology*, 34(4), 490–495.
<https://doi.org/10.1037/fam0000604>
- Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1976). The effects of parental divorce: Experiences of the child in later latency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(2), 256–269.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1976.tb00926.x>
- Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1996). *Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce*. Basic Books. p. 121. ISBN 978-0-465-08345-9.
- Walters, M. G., & Friedlander, S. (2016). When a child rejects a parent: Working with the intractable resist/refuse dynamic. *Family Court Review*, 54(3), 424–445. <https://doi.org/10.1111/fcre.12238>

Artículos

Estudio metamétodo de la investigación cualitativa sobre las estrategias de regulación emocional

Jennifer Pérez Sánchez¹ y Ana R. Delgado¹

¹ Universidad de Salamanca (España).

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 16, 2021

Aceptado: Febrero 15, 2022

Palabras clave:

Análisis temático
Estrategias de regulación emocional
Integridad metodológica
Metaanálisis cualitativo
Revisión metamétodo

RESUMEN

Los estudios metamétodo describen procedimientos y examinan si los análisis empleados son los adecuados para un ámbito de investigación, que en este caso es la regulación emocional cuya relevancia psicológica ha aumentado en los últimos años. El objetivo de este trabajo es el análisis metamétodo de las investigaciones cualitativas sobre las estrategias de regulación emocional. El análisis se realizó a partir de la lectura de resúmenes y de textos completos partiendo de 317 publicaciones. Al aplicar los criterios de inclusión, la muestra final contó con 25 estudios. Se halló coherencia entre los métodos de análisis y el foco de los estudios. La entrevista semiestructurada fue el procedimiento común para la recogida de datos y el análisis temático el método más utilizado. El consenso entre investigadores fue el control de calidad habitual. Para avalar la integridad metodológica se recomienda a los investigadores cualitativos proporcionar más información sobre los procedimientos y enfoques.

A metamethod study of qualitative research on emotion regulation strategies

ABSTRACT

Metamethod studies describe procedures and examine whether the analyses used are appropriate for an area of research, in this case emotion regulation, which has increased in relevance within the field of psychology in recent years. The objective of this study is to carry out a metamethod analysis of qualitative research on emotion regulation strategies. The analysis was based on the reading of abstracts and full texts from 317 publications. When the inclusion criteria were applied, the final sample consisted of 25 studies. Findings indicated consistency between the methods of analysis employed and the focus of the studies. The semi-structured interview was the most common procedure for data collection and thematic analysis the most used method. Consensus among the investigators was the most widespread quality control. To support methodological integrity, it is recommended that qualitative researchers provide more information on procedures and approaches.

Keywords:

Emotion regulation strategies
Metamethod review
Methodological integrity
Qualitative meta-analysis
Thematic analysis

La lectura de metaanálisis ya es habitual entre los psicólogos. Suele darse por hecho que se refieren a estudios cuantitativos, aunque no sea el caso ya que existen metaanálisis cualitativos de diversos tipos (Levitt, 2020; Paterson et al., 2001; Zhao, 1991). Se trata de métodos de agregación de análisis cuyo uso principal es la detección de tendencias en los objetivos y resultados de las investigaciones. También pueden enfocarse hacia los métodos, técnicas, procedimientos, enfoques epistemológicos e incluso valores (Levitt, 2020); conocer la perspectiva desde la que trabaja un investigador permite seleccionar los hallazgos que deben ser cuestionados, si fuera el caso.

Cuando se trata de investigación cualitativa, los métodos de agregación se denominan *metaanálisis cualitativos o metátesis* (p.ej., Paterson et al., 2001). Y cuando se centran en analizar los métodos que se han utilizado en los estudios empíricos revisados, se emplea el adjetivo *metamétodo*. Uno de los objetivos principales de los estudios *metamétodo* es documentar la estandarización de los usos en un campo de investigación; también resultan útiles para mostrar las limitaciones de los diferentes métodos (Levitt, 2020).

Los estudios *metamétodo* son poco conocidos pese a su interés para nuestra disciplina dado el notable crecimiento de la investigación cualitativa sobre temas psicológicos (Delgado, 2013; Kidd, 2002; Levitt et al., 2018; Wertz, 2014). En los estadios iniciales de un programa de investigación, es clave contar con una detallada descripción de los fenómenos objeto de estudio. De no ser así, las observaciones requeridas para generar y poner a prueba las teorías sustantivas partirán de las intuiciones del experto o de las teorías implícitas en el lenguaje ordinario. El hecho de no abordar un fenómeno no se reconoce como un error metodológico (Laudan, 2000), aun sabiendo que una descripción cuidadosamente documentada podría servir para detectar limitaciones en las teorías dominantes o descubrir la existencia de mecanismos desconocidos (Rozin, 2009). Esta es la razón principal por la que los métodos cualitativos, cuyo uso es común entre los psicólogos (Delgado, 2013; Kidd, 2002; Madill & Gough, 2008; Wertz, 2014), resultan de interés para el científico y no solo, como podría pensarse, para el profesional.

Claro que el papel de los métodos cualitativos no se agota en el contexto de descubrimiento: la clasificación de los fenómenos o sus propiedades, en general, y el estudio de la experiencia subjetiva, en particular, son otros usos frecuentes en la práctica y en la investigación psicológica (Delgado, 2010). Existen guías para evaluar la calidad de estos estudios que instan a reportar técnicas, enfoques epistemológicos y valores del investigador si se consideran relevantes para la interpretación de los resultados (Levitt, 2020; Levitt et al., 2018). Sin embargo, todavía es habitual hallar artículos que no informan adecuadamente del procedimiento seguido, limitándose a citar referencias de uno u otro enfoque o a mencionar el programa comercial de software empleado para organizar códigos y generar figuras.

De lo dicho anteriormente se deriva que los estudios *metamétodo* serán de especial relevancia cuando estén dirigidos a analizar investigaciones sobre nuevos constructos relativos a la experiencia subjetiva cuya complejidad requiera una detallada descripción. Este es el caso de la regulación emocional (RE), que refiere al intento de influir sobre nuestras emociones, el momento o el modo en el que se experimentan o expresan (McRae &

Gross, 2020). Son varios los modelos, clasificaciones y términos asociados a estrategias de RE (Braunstein et al., 2017; McRae et al., 2012; Nook et al., 2021). Por ejemplo, en el modelo del proceso (Gross, 1998), el más extendido, las estrategias regulativas pueden clasificarse en cinco familias: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue atencional, cambio cognitivo y modulación de la respuesta.

La inadecuada selección e implementación de las estrategias regulativas (p. ej., valorar positivamente el consumo y abuso de sustancias como estrategia adaptativa) puede derivar en diferentes formas de psicopatología. También los errores en la identificación de una situación que requiere regulación emocional y en la monitorización del proceso regulativo pueden dar lugar a manifestaciones psicopatológicas (Sheppes et al., 2015). En el ámbito de la intervención, la mejora de la capacidad para regular emociones se asocia a la mejora de síntomas clínicos de trastornos como la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos de la alimentación y el trastorno límite de la personalidad, por lo que se plantea que los tratamientos dirigidos a mejorar la RE podrían estar contribuyendo a la reducción de diversas patologías psicológicas (Sloan et al., 2017).

Desde una perspectiva cuantitativa, ya es posible encontrar revisiones de los test de RE más empleados, test que, en muchos casos, se refieren a variadas estrategias sin mencionar su procedencia teórica (Pérez-Sánchez et al., 2020a), preguntando simplemente por la frecuencia de uso (McRae & Gross, 2020; Naragon-Gainey et al., 2017). Especialmente estudiadas han sido ciertas técnicas específicas, como la supresión y la reevaluación. Las investigaciones llevadas a cabo mediante la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) y el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), los test más empleados en la evaluación de la RE en adultos, han mostrado que sus puntuaciones tienen propiedades psicométricas adecuadas (Pérez-Sánchez et al., 2020b). Lo mismo puede decirse del *Emotion Regulation Checklist* (ERC) para la evaluación de la RE en niños y adolescentes (Pérez-Sánchez et al., 2022).

No cabe duda de que los test psicométricos permiten cuantificar la relación entre variables y hacer predicciones relativas a criterios de interés, además de servir como apoyo en la toma de decisiones (Muniz & Fonseca-Pedrero, 2019). Sin embargo, dada la compleja naturaleza de la RE, su estudio se ha abordado también mediante métodos cualitativos. De ahí que nuestro objetivo haya sido llevar a cabo el estudio *metamétodo* de las investigaciones cualitativas sobre las estrategias de RE desde comienzos del siglo XXI.

Método

Procedimiento y materiales

La búsqueda se realizó el 27 de julio de 2021 en Web of Science y en Scopus. La estrategia de búsqueda fue la siguiente: (((“emotion regulation strategies” OR “situation selection” OR “situation modification” OR “attention deployment” OR “cognitive change” OR “response modulation” OR “reappraisal” OR “suppression”))) AND ((“qualitative analysis” OR “thematic analysis” OR “content analysis” OR “framework analysis” OR “grounded theory” OR “phenomenological analysis” OR “narrative analysis” OR “life history research” OR “conversation analysis” OR “discourse

analysis” OR “ethnography”))). Los filtros aplicados fueron: a) el año de publicación (en las dos últimas décadas), b) en el ámbito de la psicología y c) en inglés.

Como puede verse en la **Figura 1**, se obtuvieron 317 estudios a partir de los criterios de selección. En primer lugar, se encontraron 63 títulos duplicados. Seguidamente, de los 254 resúmenes examinados se descartaron 145 por los siguientes motivos: 4 estaban publicados en un idioma diferente del inglés, 120 contenían una palabra clave que no se correspondía con las establecidas en la estrategia de búsqueda (p. ej., viral suppression) y en 21 la metodología era experimental, psicométrica o de revisión/síntesis.

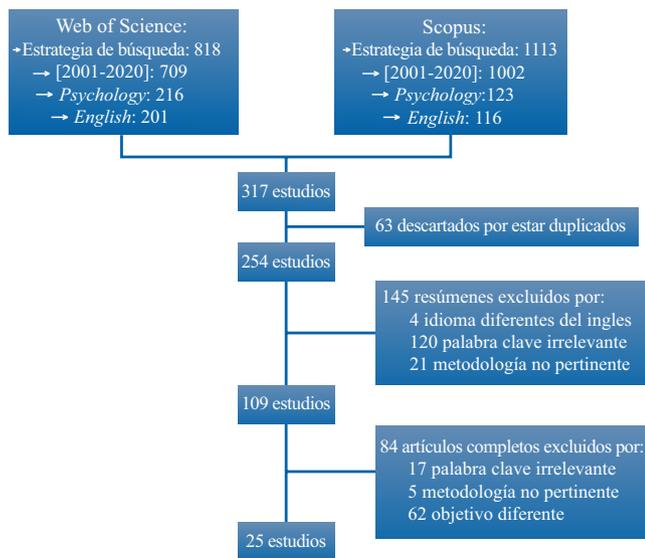


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda y selección de los estudios.

Los 109 estudios restantes se revisaron a través del texto completo. Se retiraron 84 artículos dado que en 17 las palabras clave no se correspondían con las establecidas en el plan de búsqueda (p. ej., viral suppression o inmune suppression, ya que no se refieren a la estrategia de RE denominada supresión), en 5 la metodología era experimental, psicométrica o se utilizaba una técnica cualitativa para denominar variables experimentales, y en 62 los objetivos no se adecuaban a los del estudio metamétodo.

Finalmente se seleccionaron los 25 artículos en los que se empleaba la metodología cualitativa para investigar las estrategias de la RE en diferentes áreas de la psicología. Pueden encontrarse estos artículos precedidos por un asterisco en la lista de referencias bibliográficas.

Análisis de los datos

En la fase inicial, los 254 resúmenes obtenidos se registraron en una base de datos para determinar si efectivamente se referían a investigaciones cualitativas sobre estrategias de regulación emocional, ya que los motores de búsqueda utilizan palabras clave que no siempre corresponden a los contenidos de interés para los objetivos de los investigadores. Partiendo de la información obtenida de los resúmenes, se seleccionaron 109 estudios que

se analizaron a texto completo para continuar eliminando las investigaciones que no fueran relevantes para nuestro objetivo, como se ha señalado en el apartado anterior

Para los 25 artículos finalmente seleccionados, se registró información sobre: a) el año de publicación, b) el número de participantes, c) el método de análisis cualitativo, la guía y el enfoque empleado, d) el formato de recogida de datos, e) los criterios de calidad metodológica, f) el área de estudio, g) las estrategias de regulación emocional y h) el objetivo o foco del estudio.

Los datos susceptibles de categorización fueron codificados por las autoras con el fin de conocer la prevalencia de los distintos métodos, el ámbito de estudio, etc.; los desacuerdos se discutieron hasta obtener consenso. Un estudio metamétodo requiere además el análisis de la coherencia entre las técnicas empleadas y el foco de los estudios. De ahí que se incluyan los resultados de los análisis junto con la discusión de los mismos en un solo apartado.

Resultados y discusión

La estrategia de búsqueda se planificó para incluir los estudios publicados en el siglo XXI. Una vez aplicados los criterios de selección, puede verse que la mayoría de los textos seleccionados para el análisis proceden de la segunda década.

En lo referente a las muestras, en la mayoría de los estudios participaron entre 1 y 66 sujetos. En dos artículos se superó la centena (Speights et al., 2020; Stanley et al., 2012). Y únicamente en un estudio la muestra estaba compuesta por posts en lugar de personas (Stevens & Wood, 2019). Los participantes en las investigaciones fueron en su mayoría mujeres.

En cuanto a la **recogida de datos**, el reclutamiento de los participantes se realizó principalmente de manera presencial (Tabla 1), en universidades, hospitales, colegios, espacios deportivos o en el hogar de los participantes. La recogida no presencial se llevó a cabo mediante contacto telefónico, por correo electrónico o en plataformas digitales. En tercer lugar, también se puede observar que la recogida de los datos se llevó a cabo casi siempre de manera oral. Fueron 21 estudios los que emplearon entrevistas, conversación o preguntas abiertas dentro del formato oral. Todos los estudios que emplearon la teoría enraizada o el análisis del discurso como método de análisis de los datos emplearon este formato. En 3 estudios se recurrió a la modalidad escrita y en 1 se recogió la información a partir del método de grupo focal (que no se ha incluido como oral para resaltar que se trata de un método de recogida de los datos bien diferenciado de la entrevista individual). La entrevista semiestructurada es el método elegido por prácticamente todos los investigadores en este campo.

Cabe destacar que en 6 estudios se señaló el criterio de saturación, procedente de la corriente de teoría enraizada y muy discutido actualmente (Braun & Clarke, 2021a; 2021b). Pese a su apariencia de objetividad, depende de la impresión por parte del analista de que se ha alcanzado un punto en el que ya no aparecen nuevos temas o insights. Braun y Clarke (2021a) han señalado que la saturación ha terminado por servir, intencionalmente o no, como recurso retórico para justificar el tamaño de muestra; esto es problemático para enfoques como el reflexivo, propuesto por estas autoras, en el que se considera que los temas o contenidos del análisis no son realidades objetivas que esperan a ser descubiertas

por los investigadores, sino construcciones en las que los valores, categorías, intereses, etc., se combinan con los textos analizados para dar lugar a temas y subtemas fieles al objeto de estudio.

En relación con los **métodos de análisis**, se encontró que, en 13 estudios (Courvoisier et al., 2011; Gibbons & Groarke, 2018; Littlewood et al., 2018; Martinent et al., 2015; Normann & Hoff Esbjørn, 2020; Porter et al., 2016; Ringnes et al., 2017; Robbins & Vandree, 2009; Stevens & Wood, 2019; van der Horst et al., 2019; Van Doren et al., 2020; Wang et al., 2013; Willén, 2015), se había empleado el análisis temático (en 4 de estos casos el estudio cualitativo formaba parte de un diseño mixto), en 8 el análisis de contenido (Drageset et al., 2010; Gumuchian et al., 2017; Haver et al., 2014; Kurki et al., 2015; Moscovich et al., 2013; Stanley et al., 2012; Timraz et al., 2019; Williams, 2013), en 3 la teoría enraizada (grounded theory) (Lam et al., 2017; Morse et al., 2014; Speights et al., 2020) y en 1 el análisis del discurso (Ellis & Cromby, 2012). Según se informaba en los artículos, las indicaciones utilizadas para llevar a cabo el análisis temático fueron en general las propuestas por Braun & Clarke (2006) en su artículo pionero. Para el análisis de contenido, la referencia usual fue Hsieh & Shannon (2005). En el caso de la teoría enraizada se utilizaron diversas referencias, principalmente Strauss & Corbin (1998) y Glaser (1978), representativas de las dos primeras vertientes en las que se bifurcó el procedimiento original de esta corriente metodológica. Clásica es también la referencia proporcionada en los artículos para fundamentar el análisis del discurso (Edwards & Potter, 1992). En cuanto al *software*, 5 estudios utilizaron alguna versión de NVivo y solo 2, Atlas.ti. Los estudios que reportaron el uso de programas informáticos para realizar el análisis de los datos solían emplear una metodología basada en el análisis de contenido cualitativo. Como indicábamos en la introducción, es todavía común utilizar referencias o mencionar un programa comercial de software para justificar el método, sin reflexionar sobre la integridad metodológica de la investigación. ¿Se han seleccionado procedimientos coherentes con el fenómeno que se estudia tal y como se concibe desde el enfoque empleado (Levitt et al., 2018; Málaga & Delgado, 2020)? Si no es así, el criterio de fidelidad a la materia objeto de estudio podría no alcanzarse.

Y siguiendo con la integridad metodológica, solo algunos estudios señalaron el **enfoque** utilizado, complementando la información sobre el método de análisis, aunque no siempre adecuadamente. Por ejemplo, decir que se utilizó un enfoque “glaseriano”, “inductivo” o “exploratorio” no añade información sobre la orientación ontológica o epistemológica que han imprimido a la investigación sus autores; en el primer caso, además, el método empleado –teoría enraizada (junto a la referencia de Glaser, 1978)– incluye el enfoque, a diferencia de lo que ocurre en el análisis temático estándar, que puede usarse como método “agnóstico” y por tanto requeriría ser complementado por un enfoque adecuado al objetivo si se desea hacer una investigación cualitativa de calidad. En este sentido, el enfoque fenomenológico se hizo explícito en 2 artículos clasificados en la categoría de análisis temático (Gibbons & Groarke, 2018; Robbins & Vandree, 2009). El construccionismo social se mencionó en un único caso (Gumuchian et al., 2017).

En cuanto al registro de los términos que describían la calidad o **rigor** metodológico, cabe resaltar que 5 estudios –en su mayoría, análisis de contenido– mencionaron el término *trustworthiness*. Se trata de un concepto general que ha de acompañarse de

criterios de calidad específicos. En la **Tabla 2** se observa que el consenso entre investigadores fue el procedimiento más empleado para conseguir integridad metodológica. En 6 artículos, este criterio se complementó con otros, tales como coherencia con estudios previos (*coherence*), comprobación con los participantes (*member checking*), reflexividad (*reflexivity*), auditoría (*audit trail*) o enraizamiento en los datos mediante ejemplos textuales (*grounding*). Solo 4 de las investigaciones no proporcionaron indicadores de calidad. Sin embargo, la mayoría hicieron referencia a cuestiones muy básicas como el consenso, que no siempre es considerado relevante para un análisis temático o de contenido cualitativo (Braun & Clarke, 2021a; 2021b). Por ejemplo, quienes se encuadran en enfoques discursivos (en contraste con los experienciales; Reicher, 2000), encuentran que criterios como el consenso o acuerdo entre codificadores son herederos de una filosofía positivista que no refleja adecuadamente la orientación epistemológica de gran parte de los investigadores actuales.

Para analizar la coherencia entre el método de análisis empleado y el objetivo o foco de la investigación se recogieron el **ámbito** de aplicación (categorizado como clínico/no clínico), **las estrategias de regulación emocional empleadas y el foco del estudio**. En la **Tabla 3** se observa que el estudio de la regulación emocional mediante metodología cualitativa es habitual en el ámbito clínico. De los 10 artículos clasificados en el ámbito clínico, 4 se referían a pacientes que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama, 2 estaban vinculados a los trastornos de ansiedad y el resto a temas variados (abuso sexual, trastorno límite de la personalidad, esclerosis o espondilosis).

Tabla 1.
Método de análisis de los datos en función del reclutamiento y de la recogida de los datos.

	Análisis de datos				Total
	Análisis temático	Análisis de contenido	Teoría enraizada	Análisis del discurso	
Reclutamiento					
Presencial	8	5	0	0	13
No presencial	1	2	2	0	5
No facilitado	4	1	1	1	7
Recogida de los datos					
Oral	11	6	3	1	21
Escrita	2	1	0	0	3
Grupo focal	0	1	0	0	1

Tabla 2.
Frecuencia del método de análisis de los datos en función del control de calidad.

Control de calidad	Análisis de datos				Total
	Análisis temático	Análisis de contenido	Teoría enraizada	Análisis del discurso	
Consenso	10	5	0	0	15
Consenso + CO	0	1	1	0	2
Consenso + CP	0	0	1	0	1
Consenso + GD	0	1	0	0	1
Consenso + CO + CP	1	0	0	0	1
Consenso + RE + AU	0	1	0	0	1
No facilitado	2	0	1	1	4
Total	13	8	3	1	25

Nota: AU= auditoría; CO= coherencia; CP= comprobación con los participantes; ED= enraizamiento en los datos; RE= reflexividad.

Tabla 3.
Frecuencia del método de análisis de los datos en función del área y de las estrategias de regulación emocional.

Área	Análisis de datos				Total
	Análisis temático	Análisis de contenido	Teoría enraizada	Análisis del discurso	
Clínica	4	4	2	0	10
No clínica	9	4	1	1	15
Estrategias					
RE	9	5	2	0	16
Afrontamiento	3	3	1	0	7
Supresión	1	0	0	1	2

Nota: RE = Regulación emocional.

Los 15 estudios restantes se clasificaron en el ámbito no clínico ya que sus objetivos se centraban en el estudio de la regulación emocional en investigaciones en áreas académicas (básica, social y educativa) o en aplicaciones en diversos campos (p.ej., forense). También las estrategias de regulación emocional consideradas variaron. Destacan, por una parte, agrupaciones generales de estrategias de regulación emocional (como las familias propuestas en el modelo del proceso; Gross, 1998) y, por otra, técnicas más específicas como la supresión, la evitación, la reevaluación, el apoyo social, el pensamiento positivo o la conciencia. En 7 estudios se hizo referencia a estrategias de afrontamiento entre las que se incluían también la supresión, la evitación, la reevaluación y la búsqueda de apoyo, junto a la distracción, la aceptación o las técnicas de relajación. Por último, solo 2 estudios se centraron en una única estrategia de regulación emocional: la supresión. Desde el punto de vista teórico, las denominadas estrategias de afrontamiento suelen estudiarse vinculadas al manejo del estrés y no al de las emociones. Sin embargo, se observa que las estrategias concretas catalogadas como estrategias de afrontamiento son también estrategias de RE y esto es así tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa.

La fidelidad al objeto de estudio, valorada mediante la coherencia entre los enfoques/ métodos y el objetivo o foco de los estudios, fue satisfactoria. En general, los análisis de contenido, que suelen ser epistemológicamente más conservadores, se propusieron describir, examinar o explorar las estrategias de RE en distintos ámbitos. Solo uno de estos estudios, que mencionaba el enfoque del construccionismo social (Gumuchian et al., 2017), se planteó como objetivo la comprensión de las estrategias de afrontamiento, objetivo que parece más acorde con un acercamiento fenomenológico. El único análisis del discurso se centró en los estilos expresivos asociados a la inhibición emocional (Ellis & Cromby, 2012). En las tres investigaciones que emplearon la metodología de la teoría enraizada también hay coherencia método/ objetivos, ya que se centraron en buscar posibles explicaciones –factores, influencias...–, bien fundamentadas en los datos. El foco de los análisis temáticos fue muy similar al de los análisis de contenido cualitativo. Es de resaltar la fidelidad al objeto de estudio mostrada por el enfoque fenomenológico del análisis temático de Robbins y Vandree (2009), centrado en entender la experiencia de suprimir la risa.

La combinación de análisis temático y enfoque fenomenológico no es otra cosa que el método fenomenológico descriptivo, cuyo papel en la Psicología científica, y más concretamente en la investigación de la experiencia emocional, es de destacar (Delgado, 2010; 2013; Wertz, 2014).

En conclusión, el estudio metamétodo de la investigación cualitativa sobre las estrategias de RE refleja el creciente interés por el estudio de este constructo psicológico en los últimos años. La entrevista semiestructurada ha sido el procedimiento habitual para la recogida de los datos; el análisis temático, el método más común. En general, la elección del método de análisis ha sido consistente con el objetivo del estudio. En futuras investigaciones, convendría justificar la elección de los métodos cualitativos en función del enfoque adoptado. También se recomienda emplear –y describir– métodos de control de calidad coherentes con objetivos y enfoques. Finalmente, en relación con las estrategias de RE, cabe esperar que futuros estudios contribuyan a mejorar la descripción y clasificación de las técnicas regulativas en distintos contextos.

Conflicto de intereses y financiación

No existe ningún conflicto de interés en la elaboración de este artículo. La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

(El signo * precede las referencias correspondientes a los artículos analizados.)

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021a). Conceptual and design thinking for thematic Analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26. <https://doi.org/10.1037/qp0000196>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021b). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: A multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545-1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- * Courvoisier, D. S., Agoritsas, T., Perneger, T. V., Schmidt, R. E., & Cullati, S. (2011). Regrets associated with providing healthcare: qualitative study of experiences of hospital-based physicians and nurses. *PLoS ONE*, 6(8), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023138>
- Delgado (2010). Metodología especial, métodos cualitativos y conceptos abstractos [Special methodology, qualitative methods, and abstract concepts]. *Psicothema*, 22(3), 509-512.
- Delgado, A.R. (2013). Why include phenomenological analysis in a Research Methods course? *Psicothema*, 25(2), 227-231. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.180>
- * Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>

- * Ellis, D., & Cromby, J. (2012). Emotional inhibition: a discourse analysis of disclosure. *Psychology & Health, 27*(5), 515-532. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.584623>
- Edwards, D., & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. Sage.
- * Gibbons, A., & Groarke, A. (2018). Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 35*, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.003>
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Sociology Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- * Gumuchian, S. T., Peláez, S., Delisle, V. C., Carrier, M. E., Jewett, L. R., El-Baalbaki, G., Fortune, C., Hudson, M., Körner, A., Kwakkenbos, L., Bartlett, S. J., & Thombs, B. D. (2017). Understanding coping strategies among people living with scleroderma: a focus group study. *Disability and Rehabilitation, 40*(25), 3012-3021. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1365954>
- * Haver, A., Akerjordet, K., & Furunes, T. (2014). Wise Emotion Regulation and the Power of Resilience in Experienced Hospitality Leaders. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism, 14*(2), 152-169. <https://doi.org/10.1080/15022250.2014.899141>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kidd, S. A. (2002). The role of qualitative research in psychological journals. *Psychological Methods, 7*(1), 126-138. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.126>
- * Kurki, K., Järvelä, S., Mykkänen, A., & Määttä, E. (2015). Investigating children's emotion regulation in socio-emotionally challenging classroom situations. *Early Child Development and Care, 185*(8), 1238-1254. <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.988710>
- * Lam, W. W., Yoon, S. W., Sze, W. K., Ng, A. W., Soong, I., Kwong, A., Suen, D., Tsang, J., Yeo, W., Wong, K. Y., & Fielding, R. (2017). Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: a qualitative study. *Psycho-oncology, 26*(2), 255-261. <https://doi.org/10.1002/pon.4116>
- Laudan, L. (2000). Is epistemology adequate to the task of rational theory evaluation? In R. Nola & H. Sankey (Eds.), *After Popper, Kuhn and Feyerabend. Recent issues in theories of scientific method* (pp. 165-175). Kluwer.
- Levitt, H. M. (2020). Reporting a qualitative meta-analysis: Key features. In H. M. Levitt, *Reporting qualitative research in psychology: How to meet APA Style Journal Article Reporting Standards* (pp. 91-109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000179-008>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist, 73*(1), 26-46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- * Littlewood, M., Dagnan, D., & Rodgers, J. (2018). Exploring the emotion regulation strategies used by adults with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities, 64*(3), 204-211. <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1466510>
- Madill, A., & Gough, B. (2008). Qualitative research and its place in psychological science. *Psychological Methods, 13*(3), 254-271. <https://doi.org/10.1037/a0013220>
- Málaga, A., & Delgado, A.R. (2020). Death row last statements: a phenomenological analysis. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology, 54*(1), e982. <https://doi.org/10.30849/ripij.v54i1.982>
- * Martinent, G., Ledos, S., Ferrand, C., Campo, M., & Nicolas, M. (2015). Athletes' regulation of emotions experienced during competition: A naturalistic video-assisted study. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 4*(3), 188-205. <https://doi.org/10.1037/spy0000037>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000703>
- McRae, K., Ciesielski, B., & Gross, J.J. (2012). Unpacking cognitive reappraisal: Goals, tactics, and outcomes. *Emotion, 12*(2), 250-255. <https://doi.org/10.1037/a0026351>
- * Morse, J. M., Pooler, C., Vann-Ward, T., Maddox, L. J., Olausson, J. M., Roche-Dean, M., Colorafi, K., Madden, C., Rogers, B., & Martz, K. (2014). Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. *Oncology Nursing Forum, 41*(4), 350-359. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.350-359>
- * Moscovitch, D. A., Chiupka, C. A., & Gavric, D. L. (2013). Within the mind's eye: Negative mental imagery activates different emotion regulation strategies in high versus low socially anxious individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(4), 426-432. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.002>
- Muniz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test [Ten steps in the construction of a test]. *Psicothema, 31*(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T.P., & Chacko, T.P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 384-427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- Nook, E.C., Satpute, A.B., & Ochsner, K.N. (2021). Emotion naming impedes both cognitive reappraisal and mindful acceptance strategies of emotion regulation. *Affective Science, 2*, 187-198. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00036-y>
- * Normann, N., & Hoff Esbjørn, B. (2020). How do anxious children attempt to regulate worry? Results from a qualitative study with an experimental manipulation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*, 207-222. <https://doi.org/10.1111/papt.12210>
- Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canam, C., Jillings, C. (2001). *Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*. Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412985017>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2020a). Análisis de los instrumentos empleados en la investigación empírica de la regulación emocional [Analysis of instruments used in empirical research on emotional regulation]. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 14*(1), 165-174. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.216>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2020b). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación emocional. *Papeles del Psicólogo, 41*(2), 116-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2931>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A.R., & Prieto, G. (2022). Evaluación del Emotion Regulation Checklist para niños y adolescentes [Evaluation of the Emotion Regulation Checklist for children and adolescents]. *Psicología: Teoría e Pesquisa, 38*.

- * Porter, C. M., Ireland, C. A., Gardner, K. J., & Eslea, M. (2016). Exploration of emotion regulation experiences associated with borderline personality features in a non-clinical sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(8),1-11. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0040-6>
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry. Some comments on Elliott, Fischer, and Rennie. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 1-6.
- * Ringnes, H. K., Stålsett, G., Hegstad, H., & Danbolt, L. J. (2017). Emotional forecasting of happiness: Emotion regulation strategies among members of end-time focused Jehovah's Witnesses. *Archiv für Religionspsychologie / Archive for the Psychology of Religion*, 39(3), 312-343. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341341>
- * Robbins, B. D., & Vandree, K. A. (2009). The Self-Regulation of Humor Expression: A Mixed Method, Phenomenological Investigation of Suppressed Laughter. *The Humanistic Psychologist*, 37, 49-78. <https://doi.org/10.1080/08873260802394533>
- Rozin, P. (2009). What kind of empirical research should we publish, fund, and reward? A different perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 435-439. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01151.x>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P.K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- * Speights, S. L., Bochantin, J. E., & Cowan, R. L. (2020). Feeling, Expressing, and Managing Emotions in Work-Family Conflict. *Journal of Business and Psychology* 35, 363-380. <https://doi.org/10.1007/s10869-019-09626-x>
- * Stanley, D. M., Lane, A. M., Beedie, C. J., Friesen, A. P., & Devonport, T. J. (2012). Emotion regulation strategies used in the hour before running. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(3), 159-171. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2012.671910>
- * Stevens, E., & Wood, J. (2019). "I Despise Myself for Thinking about Them." A Thematic Analysis of the Mental Health Implications and Employed Coping Mechanisms of Self-Reported Non-Offending Minor Attracted Persons. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(8), 968-989. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1657539>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2^a. ed.). Sage Publications, Inc.
- * Timraz, S., Lewin, L., Giurgescu, C., & Kavanaugh, K. (2019). An Exploration of Coping with Childhood Sexual Abuse in Arab American Women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(3), 360-381. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1538174>
- * van der Horst, A. Y., Trompetter, H. R., Pakvis, D., Kelders, S. M., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. T. (2019). Between hope and fear: A qualitative study on perioperative experiences and coping of patients after lumbar fusion surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 35, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.07.003>
- * Van Doren, N., Shields, S. A., & Soto, J. A. (2020). Emotion Regulation Training in a First-Year Experience Course: A Qualitative Analysis of Students' Experiences. *Journal of College Student Psychotherapy*, 35(4), 377-392. <https://doi.org/10.1080/87568225.2020.1740067>
- * Wang, X. L., Chan, C. L., Shi, Z. B., & Wang, B. (2013). Mental health risks in the local workforce engaged in disaster relief and reconstruction. *Qualitative Health Research*, 23(2), 207-217. <https://doi.org/10.1177/1049732312467706>
- Wertz, F. J. (2014). Qualitative inquiry in the history of psychology. *Qualitative Psychology*, 1(1), 4-16. <https://doi.org/10.1037/qup0000007>
- * Willén, H. (2015). Challenges for divorced parents: Regulating negative emotions in post-divorce relationships. Australian and New Zealand *Journal of Family Therapy*, 36(3), 356-370. <https://doi.org/10.1002/anzf.1115>
- * Williams, A. (2013). A study of emotion work in student paramedic practice. *Nurse Education Today*, 33(5), 512-517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.03.003>
- Zhao, S. (1991). Metatheory, Metamethod, Meta-Data-Analysis: What, Why, and How? *Sociological Perspectives*, 34(3), 377-390. <https://doi.org/10.2307/1389517>

Artículo

Promoviendo la sensibilidad parental con una intervención temprana basada en la evidencia

Marta Benito-Gomez¹, Pablo Carrera¹, Franssy Zablah¹, Caroline Roben¹ y Mary Dozier¹

¹ University of Delaware (USA).

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 16, 2021

Aceptado: Febrero 15, 2022

Palabras clave:

Attachment and Biobehavioral
Catch-Up
Parentalidad
Apego
Sistema de Protección al Menor
Programas Basados en la Evidencia

Keywords:

Attachment and Biobehavioral
Catch-Up
Parenting
Attachment
Child Protection System
Evidence-Based Programs

RESUMEN

Las experiencias tempranas son clave como cimientos de las trayectorias de desarrollo. Sufrir adversidad temprana está relacionado con dificultades en regular el comportamiento, las emociones y la fisiología. Las intervenciones que promueven la sensibilidad parental pueden proteger a los niños de las consecuencias negativas de la adversidad temprana y promover trayectorias de desarrollo positivas. Una de estas intervenciones es Attachment & Biobehavioral Catch-up (ABC), un programa de visitas domiciliarias basado en la evidencia que promueve un cuidado sensible y contingente. En este artículo, revisamos los objetivos de la intervención ABC y su eficacia. Describimos también la supervisión de la fidelidad al programa y su diseminación, incluida la implementación de ABC en diversos contextos y con familias de habla hispana en Estados Unidos. Por último, discutimos el potencial de implementar ABC en España y Latinoamérica como una innovación en el campo de la intervención familiar y la protección a la infancia.

Promoting parental sensitivity with an evidence-based early intervention

ABSTRACT

Early caregiving experiences set the stage for children's developmental trajectories. Children who experience early adversity are more likely to show difficulties regulating their behaviors, emotions, and physiology than children who do not experience adversity. Parenting interventions designed to enhance parental sensitivity and responsiveness can buffer children from the detrimental effects of early adverse experiences and ultimately enhance child outcomes. One such intervention is Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), an evidence-based home visiting program developed to enhance parental sensitivity and responsive care. In this paper, we review the intervention objectives and effectiveness of ABC. We then describe efforts made to supervise the fidelity and dissemination of ABC, including its implementation in diverse cultural contexts and with Spanish-speaking families in the United States. Lastly, we discuss the potential of ABC as a novel intervention to be implemented within the child welfare system in Spain and Latin America.

En los primeros años de vida se establecen los cimientos del desarrollo socio-emocional, cognitivo y neurobiológico, por lo que la exposición al estrés crónico y adversidad temprana durante este periodo sensible tiene consecuencias especialmente negativas en el desarrollo (Knudsen, 2004; Shonkoff et al., 2012; Sroufe et al., 2010). Un cuidado sensible en la infancia temprana, por otro lado, promueve un apego seguro y una regulación comportamental y fisiológica adaptativa, patrones que están relacionados con una miríada de resultados positivos a largo plazo (Feldman, 2012; Groh et al., 2017). Por lo tanto, los programas basados en la evidencia enfocados en mejorar la sensibilidad parental son una manera eficaz de promover el desarrollo infantil, especialmente para niños¹ que han sufrido adversidad temprana (Campbell et al., 2014).

Existen varias intervenciones tempranas basadas en la evidencia que promueven un cuidado sensible, algunas de las cuales han mostrado tanto mejoras en la sensibilidad parental como resultados positivos en el desarrollo infantil (ver meta-análisis de Mountain et al., 2017). Varios meta-análisis sugieren que las intervenciones breves y que se centran específicamente en cambiar las conductas parentales son las más eficaces (e.g., Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Mountain et al., 2017). Considerando las consecuencias negativas de la adversidad temprana en el desarrollo infantil, los menores atendidos por el sistema de protección al menor (SPM) están en especial necesidad de un cuidado sensible, y, por lo tanto, se beneficiarían particularmente de este tipo de intervenciones (Muzi & Pace, 2021; Shonkoff et al., 2012).

A pesar de la importancia y necesidad de intervenciones tempranas basadas en la evidencia en el campo de la protección infantil, en España las intervenciones en este campo suelen enfocarse en niños de más edad. Intervenir con niños y sus familias lo más tempranamente posible es especialmente importante ya que resulta más complicado remediar las consecuencias negativas de la adversidad temprana cuando los menores son más mayores que con intervenciones tempranas dirigidas a objetivos específicos (Arruabarrena & Paúl, 2012). En Latinoamérica, los programas de intervención temprana se enfocan a menudo en la salud perinatal y la reducción de la mortalidad infantil, y el alcance, financiación y calidad de estas intervenciones varía significativamente entre países, como es de esperar (Cardia et al., 2016). Los programas basados en la evidencia que se enfocan específicamente en proteger a la infancia del impacto negativo de la adversidad temprana, por tanto, son escasos. Además, mientras que en algunos países anglosajones y escandinavos ha habido un esfuerzo notable en integrar programas basados en la evidencia para la infancia y familias en el SPM y otros servicios de apoyo a las familias, en España son aún pocos los programas basados en la evidencia en este campo. Cabe recalcar algunas excepciones, como la implementación de Triple P y SafeCare en el País Vasco (de Paul et al., 2015), o programas psicoeducativos -mayoritariamente grupales- de parentalidad positiva, tanto centrados en el acogimiento familiar y el apoyo a procesos como la reunificación (e.g., “Caminar en familia”; Balsells et al., 2015) como dirigidos a familias atendidas por los servicios sociales (Rodrigo, 2016).

En esta revisión introducimos el programa Attachment & Biobehavioral Catch-up (ABC), una intervención breve de visitas domiciliarias, basada en la evidencia y diseñada para mejorar la sensibilidad parental con niños que han sufrido adversidad

temprana. Creemos que la introducción de esta intervención puede suponer una innovación en el campo de la intervención social, además de un nuevo recurso de utilidad en los servicios para familias en situación de riesgo psicosocial. Aunque no estamos tan familiarizados con los complejos y diversos contextos de intervención familiar e infantil en países Latinoamericanos, creemos que intervenciones breves centradas en mejorar la sensibilidad parental como ABC pueden ser también un recurso útil en estos países (Cardia et al., 2016). Apoyando esta idea, existe evidencia empírica sobre la eficacia de ABC en mejorar la sensibilidad parental en familias Latinas en Estados Unidos (Berlin et al., 2019), así como sobre su relevancia cultural (Aparicio et al., 2016). ABC, por tanto, es una intervención novedosa con el potencial de ayudar a la infancia y familias necesitadas de servicios en España y Latinoamérica al promover la sensibilidad parental y, como consecuencia, el desarrollo infantil.

Attachment and biobehavioral catch-up: una intervención basada en el apego y en la neurobiología

La literatura científica acerca de los efectos del apego seguro en el desarrollo es extensa: la seguridad en el apego predice patrones óptimos de desarrollo neurológico, de regulación del estrés, y de salud mental en general (véase Schore, 2001). Los niños que han sufrido adversidad temprana (por ejemplo, estrés crónico, abuso, rupturas en la relación con sus padres, madres o cuidadores), por otro lado, tienen mayor probabilidad de desarrollar patrones de apego desorganizados, en comparación con niños que no han sufrido adversidad temprana (Dozier et al., 2001; van IJzendoorn et al., 1999). Desafortunadamente, los patrones de apego desorganizados son un factor de riesgo para problemas internalizantes y externalizantes durante la niñez, y para la psicopatología de manera más general durante la adolescencia (Groh et al., 2017). Por tanto, hay una gran necesidad de implementar programas de intervención que ayuden a disminuir los factores de riesgo asociados con las experiencias de adversidad temprana.

ABC, una intervención basada en la teoría del apego y en la literatura acerca de la neurobiología del estrés, fue creada con el propósito de promover tres comportamientos parentales que son especialmente relevantes para los cuidadores de niños que han sufrido adversidad: 1) dar cariño y atención para fomentar la seguridad y organización en las relaciones de apego; 2) seguir la iniciativa para apoyar el desarrollo de la regulación fisiológica, emocional, y conductual; y 3) evitar comportamientos intrusivos y atemorizantes.

Dar cariño y atención

Es más probable formar relaciones de apego seguro y organizado cuando los cuidadores son sensibles y emocionalmente disponibles a las necesidades de sus bebés, particularmente en momentos de malestar (de Wolff & van IJzendoorn 1997). Por ejemplo, un padre que le pregunta a su hijo “¿estás bien?” después de que su hijo se cae, o una madre que abraza a su bebé cuando está llorando. Sin embargo, hay muchas barreras que pueden limitar a los cuidadores en su habilidad de responder de manera sensible. En primer lugar, los niños que tienen experiencias de adversidad temprana tienden a no mostrar que necesitan ser confortados o a incluso rechazar a los cuidadores adultos, y, como resultado, sus cuidadores responden

¹ En este artículo se ha empleado el masculino genérico por motivos de economía del lenguaje, entendiéndose que tanto niños como padres engloba a ambos géneros en cada caso.

de manera similar al no proveerles cariño y atención cuando lo necesitan (Stovall-McClough & Dozier, 2004). En segundo lugar, a los cuidadores que tienen altos niveles de estrés parental o una historia de apego inseguro les puede resultar difícil responder de manera sensible (Pereira et al., 2012). Por lo tanto, un objetivo central de ABC es promover el apego seguro y organizado en niños que han sufrido adversidad temprana, apoyando a padres a responder con cariño y atención a sus niños, particularmente cuando estos no lo susciten o cuando esta respuesta parental sensible no venga de manera espontánea para los cuidadores.

Seguir la iniciativa y deleitarse

Como se señaló anteriormente, las experiencias de adversidad temprana pueden moldear el desarrollo neurobiológico. De hecho, se ha demostrado que el sistema de respuesta al estrés puede verse alterado en bebés humanos y primates que son separados de sus padres (Bernard & Dozier, 2010; Bruce et al., 2009; Levine, 2001). El desarrollo normativo de la regulación fisiológica tiene un rol crucial para los niños pequeños ya que sienta las bases para el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional y conductual (Posner & Rothbard, 2000). Durante la infancia, los bebés dependen de sus cuidadores como entes co-reguladores de la fisiología y comportamiento (Hofer, 2006), y las habilidades de autorregulación se desarrollan principalmente mediante interacciones contingentes y responsivas con cuidadores adultos (Shonkoff et al., 2012). Por lo tanto, otro objetivo de la intervención ABC es fomentar la autorregulación en los niños mediante interacciones en las que los cuidadores sigan la iniciativa de sus hijos y se deleiten o disfruten de esas interacciones. Por ejemplo, una niña puede estar jugando con un camión y el padre puede seguir la iniciativa y decir “¡Oh aquí viene la conductora!” mientras se deleita sonriéndole y aplaudiéndole.

Evitar comportamientos intrusivos y atemorizantes

Experiencias estresantes y de adversidad severa como la pobreza, la discriminación, y dificultades de salud física o mental pueden obstaculizar que los adultos atiendan a las necesidades infantiles de manera sensible y contingente (Mesman et al., 2012). Además, los cuidadores con un historial de trauma no tratado o altos niveles de estrés parental tienen mayor probabilidad de comportarse de manera atemorizante con sus niños (por ejemplo, con gritos, golpes y amenazas; Jacobvitz et al., 2006). Este tipo de comportamientos parentales pueden ser particularmente perjudiciales para los niños que han experimentado adversidad temprana, ya que éstos son quienes más necesitan cuidados responsivos y sensibles. Por lo tanto, un tercer objetivo de ABC es reducir los comportamientos intrusivos o atemorizantes, ya que este tipo de comportamientos pueden poner en riesgo la capacidad de desarrollar patrones de apego seguro y organizado (Schuengel et al., 1999) y la autorregulación (Bernard & Dozier, 2010).

Resumen de la intervención ABC

ABC es un programa de diez visitas domiciliarias que fue originalmente creado para ayudar a familias de acogida con bebés de entre 6 y 24 meses de edad. Actualmente, el programa ABC ha sido adaptado para familias atendidas por el SPM, familias

con niños adoptados internacionalmente, y familias con niños de entre 24 y 48 meses de edad. Los profesionales que han sido formados en el programa ABC, llamados *coaches* parentales, presentan contenido guiado por un manual que se centra en los tres objetivos claves de la intervención. Las familias que participan en el programa también ven videos de otras familias para ilustrar conceptos y conductas objetivo de la intervención. Uno de los objetivos centrales de ABC es modificar conductas parentales en el mismo ambiente en el que ocurren, el hogar, con la idea de que estos cambios se mantengan a largo plazo. En la *Tabla 1* se muestra un resumen de los contenidos tratados en cada sesión.

Tabla 1.

Resumen de las sesiones de la intervención ABC

Sesión de la Intervención	Tema
Sesiones 1 y 2	Dar atención y cariño incluso cuando el niño no lo elicit
Sesiones 3 y 4	Seguir la iniciativa del niño y deleitarse
Sesión 5	Reducir las conductas intrusivas y sobre-estimuladoras
Sesión 6	Reducir las conductas atemorizantes
Sesiones 7 y 8	Identificar y superar las voces del pasado
Sesiones 9 y 10	Consolidar el cambio y celebrar el progreso

Comentarios en-el-momento

En el programa ABC, los comentarios “en-el-momento” (ITM por sus siglas en inglés) son el principal mecanismo que modifica las conductas parentales. Estos comentarios en vivo proporcionan feedback inmediato y ayudan a dirigir la atención del padre a las conductas objetivo de la intervención. Además, estos comentarios incluyen descripciones detalladas de las conductas objetivo y resaltan el efecto a largo plazo que estas conductas tienen en el desarrollo infantil. El coach parental tiene una oportunidad para comentar cada vez que el padre hace una de las conductas objetivo (sigue la iniciativa con deleite o da cariño y atención). Por ejemplo, si el niño pretende que está comiendo un helado, y la madre dice, “¡Qué rico está el helado!” el coach parental podría decir, “ella hizo como si estuviera comiendo un helado y tu dijiste, ‘Qué rico está el helado!, ¡estás siguiendo su iniciativa! Estos pequeños momentos le ayudan a desarrollar la auto-regulación.” Uno de los aspectos únicos del programa ABC es que los *coaches* parentales tienen que realizar como mínimo un comentario por minuto durante cada sesión de 60 minutos de duración. La frecuencia y calidad de los comentarios ITM están relacionadas con cambios positivos en las conductas parentales (Caron et al., 2016).

Eficacia de ABC

La eficacia de ABC ha sido estudiada en varios ensayos clínicos aleatorizados con familias biológicas atendidos por el SPM (Bernard et al., 2012), familias de acogida (Bick & Dozier, 2013; Lind et al., 2017), familias con niños adoptados internacionalmente (Yarger et al., 2020), y familias con niños inscritos en el programa Early Head Start, un programa subvencionado por el gobierno estadounidense dedicado a promover el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional en la infancia (Aparicio et al., 2016). Los resultados de estos ensayos han demostrado efectos positivos tanto en los padres como en los niños que recibieron el programa ABC, en comparación a un programa control centrado en el desarrollo de lenguaje y motor.

Beneficios en los cuidadores adultos

En cada uno de estos ensayos, ABC ha demostrado ser eficaz en mejorar la sensibilidad y calidez parental, así como en disminuir conductas intrusivas. En un estudio con padres y madres atendidos por el SPM, los que recibieron ABC mostraron mayor sensibilidad durante una interacción de juego con su bebé, y estos cambios se mantuvieron tres años después (Yarger et al., 2016). Resultados parecidos se han encontrado con familias adoptivas (Yarger et al., 2020) y de acogida (Bick & Dozier, 2013). Además, padres que recibieron ABC también han demostrado desarrollar narrativas relacionadas con el apego más coherentes (Raby et al., 2021) y una mayor atención a las emociones en bebés, evaluado mediante electroencefalograma (Bernard, Simons et al., 2015).

Beneficios en el desarrollo infantil

Además de estos efectos positivos en las conductas parentales, la intervención ABC ha demostrado efectos positivos a corto y largo plazo en un abanico amplio de áreas del desarrollo infantil. Un estudio con familias atendidas por el SPM encontró que los bebés en el grupo que recibió ABC mostraron un menor porcentaje de apego desorganizados (32% frente al 57%) y desarrollaron patrones de apego seguro con más frecuencia que los del grupo que recibió una intervención control (52% frente a 33%; Bernard et al., 2012), evaluado mediante la Situación Extraña (Ainsworth et al., 1978). Estos resultados se mantienen a largo plazo, ya que varios años después, cuando los niños tenían nueve años, los que recibieron la intervención ABC mostraron más seguridad en el apego percibida, evaluada mediante la Escala de Seguridad de Kerns (Zajac et al., 2020).

ABC también ha demostrado eficacia en mejorar la regulación fisiológica en los niños que reciben la intervención. Los bebés atendidos por el SPM cuyos cuidadores recibieron ABC mostraron un patrón diurno de cortisol más normativo y regulado, con valores de cortisol más altos al despertar y un descenso más pronunciado a lo largo del día que los bebés en el grupo control (Bernard, Dozier et al., 2015). Los efectos de la intervención en el sistema de regulación del estrés siguieron siendo evidentes tres (Bernard, Dozier, et al., 2015) y siete años después de haber recibido la intervención (Garnett et al., 2020). También se han encontrado beneficios de ABC en la regulación del sistema nervioso autónomo infantil, sugiriendo que ABC ayuda a promover patrones saludables de regulación del sistema nervioso autónomo en niños que han sufrido adversidad temprana (Tabachnick et al., 2019).

Además, ABC ha mostrado también beneficios en áreas como las funciones ejecutivas (Lewis-Morrarty et al., 2012; Lind et al., 2017), lenguaje (Raby et al., 2019) o la metilación de ADN (Hoye et al., 2020). En definitiva, la evaluación de eficacia de la intervención subraya cómo promover la sensibilidad parental en los primeros años tiene efectos positivos en múltiples niveles de observación y áreas del desarrollo, que se extienden -al menos- hasta la infancia media.

Implementación de ABC en contextos comunitarios

Dada la eficacia demostrada de la intervención ABC, el siguiente paso era que el programa estuviera disponible para organizaciones y agencias cuyo objetivo es ayudar a familias que viven en

comunidades con bajos recursos, tanto a nivel nacional como internacional. Uno de los aspectos clave para mantener la eficiencia al implementar una intervención a nivel comunitario es la fidelidad al modelo (Hulleman & Cordray, 2009). Para asegurar este aspecto, EB Caron, una investigadora del equipo ABC, desarrolló un sistema de codificación que cuantifica la frecuencia y calidad de los comentarios ITM que los *coaches* parentales hacen en cada sesión de ABC (Caron & Dozier, 2014). Este sistema forma parte del proceso de formación e implementación y consiste en la revisión de videos y codificación de comentarios ITM y conductas parentales. El uso de este método asegura que los *coaches* parentales sean capaces de identificar y comentar sobre las conductas parentales de forma correcta y consistente con los objetivos de ABC. Resultados de nuestros ensayos clínicos y esfuerzos iniciales de implementación de ABC en contextos comunitarios demuestran que los comentarios ITM son uno de los aspectos críticos a la hora de mantener la fidelidad de ABC, ya que una mayor frecuencia y calidad de los comentarios predicen un mayor cambio en las conductas parentales (Caron et al., 2016).

Creemos que el uso de un sistema de codificación y monitorización de la fidelidad es clave a la hora de implementar ABC tanto en EEUU como internacionalmente. Por ejemplo, la evaluación de la sensibilidad parental usando medidas observacionales mostró efectos positivos de la intervención -con un tamaño de efecto grandecundo ABC se implementa en contextos comunitarios ($d = 0.83 - 0.8$; Roben et al., 2017) e incluso cuando se implementa la versión virtual de ABC (Roben et al., 2022; Schein et al., 2022). De hecho, los tamaños de efecto son tan grandes como los mostrados en nuestros ensayos clínicos, lo que sugiere que el programa ABC puede ser administrado en diferentes contextos sin perder eficiencia.

Implementación de ABC en distintos contextos y culturas

Aunque el mecanismo de cambio de ABC -fomentar la sensibilidad parental como manera de promover un apego seguro y una buena autorregulación- es, a grandes rasgos, universal (Mesman et al., 2016), los cuidados parentales no ocurren en el vacío. La cultura juega un papel importante al influir, entre otros elementos en: al influir, entre otros aspectos, en las creencias y comportamientos parentales, la aceptación de la intervención por parte de las familias, o su apertura a aspectos de la administración de la intervención (como las visitas domiciliarias o los comentarios ITM; Castro et al., 2004; Kumpfer et al., 2012). Por lo tanto, el contexto socio-cultural en el que las familias se encuentran debe ser considerado cuando se implementa ABC en lugares con culturas diversas, tanto dentro de EEUU como en otros países. Esta es una manera de maximizar la validez ecológica de la intervención, y por tanto, su alcance, el compromiso de los participantes y su eficiencia (Cabassa & Baumann, 2013; Gonzales et al., 2016).

En el momento de escribir este artículo, ABC se encuentra en 9 países: EEUU, Canadá, Sudáfrica, Taiwán, Australia, Suecia, Noruega, Alemania y Rusia. El proceso de adaptación de la intervención a esos diversos contextos se ha llevado a cabo mediante una estrecha colaboración con los equipos y agencias locales, como se detalla en Costello y colegas (2021). Dada la diversidad étnica y cultural en EEUU, hemos tenido que abordar también el reto de implementar ABC de una forma culturalmente sensible dentro de este país. Un ejemplo es el trabajo que hemos

realizado para adaptar la intervención ABC a familias Latinas en EEUU, incluyendo la traducción de los materiales o la creación de grupos de apoyo a *coaches* bilingües en los que se discuten aspectos culturales de la implementación.

Una línea adicional en este sentido es el desarrollo de una guía de buenas prácticas para agencias que busquen implementar ABC en lugares con distintas culturas o lenguas, tanto dentro de EEUU como internacionalmente. Este marco operativo pretende mantener el equilibrio entre fidelidad y adaptación conservando los componentes clave de ABC (por ejemplo, centrarse en la sensibilidad parental, formato breve de visitas domiciliarias, o los comentarios ITM) a la vez que se incorporan valores y prácticas culturales que puedan facilitar la implantación de ABC en diferentes contextos culturales. Creemos que este enfoque -basado en las buenas prácticas en diseminación internacional y en adaptaciones culturales de intervenciones basadas en la evidencia- permite implementar ABC con humildad cultural y de manera sensible, a la vez que se mantiene la fidelidad al modelo y se asegura su eficiencia (E scoffery et al., 2019; Gonzales et al., 2016).

Conclusiones y líneas futuras

ABC es una intervención de visitas domiciliarias para familias con bebés y niños pequeños, basada en la evidencia y creada en base a la teoría del apego y la neurobiología del estrés. Con un formato breve de 10 sesiones, ABC ha demostrado eficacia en alcanzar su objetivo central de promover la sensibilidad parental mediante el uso de varias técnicas, incluyendo los comentarios ITM (considerados el ingrediente activo de la intervención; Dozier & Bernard, 2019).

ABC ha demostrado resultados positivos en varios ensayos clínicos aleatorizados en un abanico impresionante de áreas -tanto de los cuidadores adultos como de los niños-, entre ellas la sensibilidad parental, la seguridad y organización en el apego de los niños, y su regulación fisiológica y comportamental (por ejemplo, Bernard et al., 2012; Bernard, Dozier et al., 2015). Estos efectos de la intervención son evidentes en diferentes niveles de observación biológicos y comportamentales (por ejemplo, patrones de cortisol diurnos, funciones ejecutivas, control inhibitorio, etc.) y se mantienen años después de haber recibido la intervención (Korom et al., 2021). Más allá de esta evaluación de eficacia en condiciones controladas, ABC ha mostrado un efecto comparable en mejorar la sensibilidad parental cuando se implementa en condiciones reales y diversas de intervención (Roben et al., 2017), lo que atribuimos a la intensiva supervisión de fidelidad durante el año de formación (Caron et al., 2016; Costello et al., 2019).

Desde esta posición favorable de sólida base de evidencia y procedimientos de diseminación establecidos, uno de los horizontes más interesantes para ABC es que continúe su expansión en poblaciones y contextos diversos en todo el mundo. Creemos que los profesionales, las familias y, en última instancia, la infancia en España y Latinoamérica se podrían beneficiar de la implementación de ABC en sus comunidades, tanto por la necesidad de expandir el acceso a servicios como ABC en estos países como por la viabilidad y aceptación que hasta ahora ha demostrado ABC con familias hispanohablantes en EEUU. Esta ilusionante perspectiva sólo sería posible si se da una estrecha colaboración con agencias locales y miembros del colectivo que podría recibir la intervención, para asegurarse de que realmente existe la necesidad de una

intervención como ABC y evaluar su ajuste a cada contexto socio-cultural y organizacional (Chamberlain & Saldana, 2014). Somos conscientes del reto que suponen las innovaciones en el campo de la intervención con familias e infancia y la introducción de intervenciones nuevas como ABC, pero creemos que el esfuerzo merecería la pena por su potencial de beneficiar a niños y niñas y sus familias.

Conflicto de intereses

MD desarrolló y evaluó la intervención ABC y MBG, PC, FZ y CR trabajan en la diseminación de la misma desde una perspectiva sin fines de lucro.

Referencias

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Aparicio, E. M., Denmark, N., Berlin, L. J., & Harden, B. J. (2016). First-generation Latina mothers' experiences of supplementing home-based Early Head Start with the Attachment and Biobehavioral Catch-up Program. *Infant Mental Health Journal*, 37, 537–548. <https://doi.org/10.1002/imhj.21586>
- Arruabarrena, I., & Paúl, J. De. (2012). Early intervention programs for children and families: Theoretical and empirical bases supporting their social and economic efficiency. *Psychosocial Intervention*, 21, 117–127. <https://doi.org/10.5093/in2012a18>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Balsells, M., Pastor, C., Amors, P., Fuentes-Pelez, N., Molina, M. C., Mateos, A., ... Vazquez, N. (2015). *Caminar en familia: Programa de competencias parentales durante el acogimiento y la reunificación familiar [Journeying as a family: Parenting skills program during foster care and family reunification]*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Berlin, L. J., Martoccio, T. L., Bryce, C. I., & Harden, B. J. (2019). Improving infants' stress-induced cortisol regulation through attachment-based intervention: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 103, 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.01.005>
- Bernard, K., & Dozier, M. (2010). Examining infants' cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization: Stress reactivity or return to baseline? *Developmental Psychology*, 46, 1771–1778. <https://doi.org/10.1037/a0020660>
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., & Gordon, M. K. (2015). Intervening to enhance cortisol regulation among children at risk for neglect: Results of a randomized clinical trial. *Development and Psychopathology*, 27, 829–841. <https://doi.org/10.1017/S095457941400073X>
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83, 623–636. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x>
- Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2015). Intervention effects on diurnal cortisol rhythms of Child Protective Services-referred infants in early childhood: Preschool follow-up results of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169, 112–119. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.23>

- Bernard, K., Simons, R., & Dozier, M. (2015). Effects of an attachment-based intervention on child protective services-referred mothers' event-related potentials to children's emotions. *Child Development, 86*, 1673–1684. <https://doi.org/10.1111/cdev.12418>
- Bick, J., & Dozier, M. (2013). The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity toward foster infants. *Infant Mental Health Journal, 34*, 95–103. <https://doi.org/10.1002/imhj.21373>
- Bruce, J., Fisher, P. A., Pears, K. C., & Levine, S. (2009). Morning cortisol levels in preschool-aged foster children: Differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology, 51*, 14–23. <https://doi.org/10.1002/dev.20333>
- Cabassa, L. J., & Baumann, A. A. (2013). A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments. *Implementation Science, 8*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-90>
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science, 28*, 1478–1486. <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Cardia N., Alves R., Gomes A., Mourão A. (2016). Home visitation programs for early child development: Experiences in Latin America and the Caribbean. In L. Roggman & Cardia N. (Eds), *Home visitation programs* (pp. 157-189). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17984-1_10
- Caron, E., Bernard, K., & Dozier, M. (2016). In vivo feedback predicts parent behavior change in the Attachment and Biobehavioral Catch-up Intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*, S35–S46. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1141359>
- Caron, E., & Dozier, M. (2014). *In-the-moment coding: Fidelity coding for attachment and biobehavioral catch-up*. University of Delaware. Unpublished document.
- Caron, E., Weston-Lee, P., Haggerty, D., & Dozier, M. (2016). Community implementation outcomes of Attachment and Biobehavioral Catch-up. *Child Abuse & Neglect, 53*, 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.010>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science, 5*, 41–45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Chamberlain, P. & Saldana, L. (2014). Practice-research partnerships that scale-up, attain fidelity and sustain evidence-based practices. In R. S. Beidas & P. C. Kendall (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based practices in child and adolescent mental health* (pp. 127-142). Oxford University Press.
- Costello, A. H., Roben, C. K. P., Schein, S. S., Blake, F., & Dozier, M. (2019). Monitoring provider fidelity of a parenting intervention using observational methods. *Professional Psychology: Research and Practice, 50*, 264-271. <https://doi.org/10.1037/pro0000236>
- Costello A. H., Schein S. S., Roben C. K. P., & Dozier M. (2021). Navigating the international dissemination of an evidence-based intervention: Scaling with fidelity and cultural-specificity. *Children and Youth Services Review, 131*, 106281. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106281>
- de Paul, J., Arruabarrena, I., & Indias, S. (2015). Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa (España) [Pilot implementation of two evidence-based programs (SafeCare and Incredible Years) in the Child Protection Services of Gipuzkoa (Spain)]. *Psychosocial Intervention, 24*, 105-120. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.07.001>
- De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>
- Dozier, M., & Bernard, K. (2019). *Coaching parents of vulnerable infants. The Attachment and Biobehavioral Catch-up approach*. The Guildford Press.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development, 72*, 1467-1477. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00360>
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Udelson, H., Böing, E. A., Wood, R., Fernandez, M. E., & Mullen, P. D. (2019). A scoping study of frameworks for adapting public health evidence-based interventions. *Translational Behavioral Medicine, 9*, 1–10. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx067>
- Feldman, R. (2012). Bio-behavioral synchrony: A model for integrating biological and microsocioal behavioral processes in the study of parenting. *Parenting: Science and Practice, 12*, 154–164. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.683342>
- Garnett, M., Bernard, K., Hoye, J., Zajac, L., & Dozier, M. (2020). Parental sensitivity mediates the sustained effect of Attachment and Biobehavioral Catch-up on cortisol in middle childhood: A randomized clinical trial. *Psychoneuroendocrinology, 121*, 104809. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104809>
- Gonzales, N. A., Lau, A. S., Murry, V. M., Pina, A. A., & Barrera, M., Jr. (2016). Culturally adapted preventive interventions for children and adolescents. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (pp. 874–933). John Wiley & Sons, Inc.
- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives, 11*, 70–76. <https://doi.org/10.1111/cdev.12213>
- Hofer, M. A. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 84-88. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00412.x>
- Hoye, J. R., Cheishvili, D., Yarger, H. A., Roth, T. L., Szyf, M., & Dozier, M. (2020). Preliminary indications that the Attachment and Biobehavioral catch-up intervention alters DNA methylation in maltreated children. *Development and Psychopathology, 32*, 1486-1494. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001421>
- Hulleman, C. S., & Cordray, D. S. (2009). Moving from the lab to the field: The role of fidelity and achieved relative intervention strength. *Journal of Research on Educational Effectiveness, 2*, 88-110. <https://doi.org/10.1080/19345740802539325>
- Jacobvitz, D., Leon, K., & Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightened/frightening maternal behavior?: Risk and protective factors. *Development and Psychopathology, 18*, 363–379. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060196>
- Knudsen, E. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*, 1412–1425. <https://doi.org/10.1162/0898929042304796>
- Korom, M., Goldstein, A., Tabachnick, A. R., Palmwood, E. N., Simons, R. F., & Dozier, M. (2021). Early parenting intervention accelerates inhibitory control development among CPS-involved children in middle

- childhood: A randomized clinical trial. *Developmental Science*, 24, e13054. <https://doi.org/10.1111/desc.13054>
- Kumpfer, K. L., Magalhães, C., & Xie, J. (2012). Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's developmental outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 104–116. <https://doi.org/10.1080/17405629.2011.639225>
- Levine, S. (2001). Primary social relationships influence the development of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the rat. *Physiology & Behavior*, 73, 255–260. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(01\)00496-6](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(01)00496-6)
- Lewis-Morrarty, E., Dozier, M., Bernard, K., Terracciano, S. M., & Moore, S. V. (2012). Cognitive flexibility and theory of mind outcomes among foster children: Preschool follow-up results of a randomized clinical trial. *Journal of Adolescent Health*, 51, S17–S22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.005>
- Lind, T., Raby, K. L., Caron, E. B., Roben, C. K., & Dozier, M. (2017). Enhancing executive functioning among toddlers in foster care with an attachment-based intervention. *Development and Psychopathology*, 29, 575–586. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000190>
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Unequal in opportunity, equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Development Perspectives*, 6, 239–250. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00223.x>
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-culture patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 790–815). Guildford Press.
- Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 46, 14–32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.10.006>
- Muzi, S. & Pace, C. S. (2021). Multiple facets of attachment in residential-care, late adopted, and community adolescents: An interview-based comparative study. *Attachment & Human Development*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1899386>
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 36, 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.006>
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12, 427–441. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003096>
- Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, 22, e12753. <https://doi.org/10.1111/desc.12753>
- Raby, K. L., Waters, T. E. A., Tabachnick, A. R., Zajac, L., & Dozier, M. (2021). Increasing secure base script knowledge among parents with Attachment and Biobehavioral Catch-up. *Development and Psychopathology*, 33, 554–564. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001765>
- Roben, C. K. P., Dozier, M., Caron, E., & Bernard, K. (2017). Moving an evidence-based parenting program into the community. *Child Development*, 88, 1447–1452. <https://doi.org/10.1111/cdev.12898>
- Roben, C. K. P., Kipp, E., Schein, S. S., Costello, A. H., & Dozier, M. (2022). Transitioning to telehealth due to COVID-19: Maintaining model fidelity in a home visiting program for parents of vulnerable infants. *Infant Mental Health Journal*, 43, 173–184. <https://doi.org/10.1002/imhj.21963>
- Rodrigo, M. J. (2016). Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue. *Psychosocial Intervention*, 25, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.02.004>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Schein S.S., Roben C.K.P., Costello A.H., & Dozier M. (2022). Assessing changes in parent sensitivity in telehealth and hybrid implementation of Attachment and Biobehavioral Catch-Up during the COVID-19 pandemic. *Child Maltreatment*. <https://doi.org/10.1177/10775595211072516>
- Schore, A. N. (2001). Effects of secure attachment: Relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7 – 66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ>3.0.CO;2-N)
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.54>
- Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota longitudinal study. *Developmental Review*, 30, 36–51. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.12.002>
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology*, 16, 253–271. <https://doi.org/10.1017/S0954579404044505>
- Tabachnick, A. R., Raby, K. L., Goldstein, A., Zajac, L., & Dozier, M. (2019). Effects of an attachment-based intervention in infancy on children's autonomic regulation during middle childhood. *Biological Psychology*, 143, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2019.01.006>
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225 – 249. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- Yarger, H. A., Bernard, K., Caron, E. B., Wallin, A., & Dozier, M. (2020). Enhancing parenting quality for young children adopted internationally: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49, 378–390. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1547972>
- Yarger, H. A., Hoye, J. R., & Dozier, M. (2016). Trajectories of change in Attachment and Biobehavioral Catch-up among high-risk mothers: A randomized clinical trial. *Infant Mental Health Journal*, 37, 525–536. <https://doi.org/10.1002/imhj.21585>
- Zajac, L., Raby, K. L., & Dozier, M. (2020). Sustained effects on attachment security in middle childhood: results from a randomized clinical trial of the Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 417–424. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13146>

Artículos

Prácticas clínicas de comunicación del diagnóstico en oncología pediátrica: una revisión sistemática

Rubby Castro-Osorio ¹, Luisa Arce-Rodríguez¹, Andrea Navarrete-Pinzón¹, Paula Pérez-Camero¹ y Juliana Martínez-Castillo¹

¹ Universidad El Bosque (Colombia).

INFORMACIÓN

Recibido: Septiembre 9, 2021

Aceptado: Diciembre 2, 2021

Palabras clave:

Revelación de la verdad
Oncología
Barreras de comunicación
Psicooncología
Revisión sistemática

RESUMEN

La comunicación del diagnóstico en enfermedades crónicas ha sido poco estudiada en oncología pediátrica. Las prácticas clínicas para la revelación son al final de la vida, pero poco al inicio de la enfermedad, por lo que no parece haber claridad sobre cómo comunicar a las familias. *Objetivo:* conocer cuáles son las prácticas de comunicación del diagnóstico en niños y jóvenes con enfermedad oncológica. *Método:* revisión sistemática según lineamientos PRISMA. *Resultados:* se encontraron 17 estudios que cumplían con los criterios de inclusión. Se identificaron dos protocolos para comunicar el diagnóstico y varias recomendaciones para hacer la revelación según la edad del paciente, el derecho a estar informado y la importancia de involucrar a la familia. *Discusión:* se requieren prácticas de comunicación validadas que respondan a las necesidades de salud mental en oncología pediátrica, que incluyan la cultura y contexto de paciente y familia, así como las barreras que dificultan la comunicación.

Clinical practices of communicating the diagnosis in pediatric oncology: a systematic review

ABSTRACT

Communication of diagnosis in chronic disease has been little studied in pediatric oncology. Clinical practices for disclosure are mainly carried out at the end of life, not at the onset of the disease, and there does not seem to be clarity on how to communicate to families. *Objective:* to understand the current communication practices of diagnosis in children and young people with oncologic disease. *Method:* systematic review according to PRISMA guidelines. *Results:* A total of 17 studies were obtained that met the inclusion criteria. Two protocols for communicating the diagnosis were identified and several recommendations were found for disclosure according to the patient's age, the right to be informed, and the importance of involving the family. *Discussion:* validated communication practices are required that respond to the mental health needs in pediatric oncology, considering the culture and environment of patients and their families, and other barriers to effective communication.

Keywords:

Truth Disclosure
Oncology
Communication Barriers
Psycho-Oncology
Systematic review

El cáncer es un problema de salud pública que tiene efectos psicológicos, afectivos, y sociales que interfieren en la calidad de vida del paciente y su familia por lo que, a lo largo de la enfermedad oncológica pueden manifestarse sentimientos de vulnerabilidad, tristeza, temor, depresión, ansiedad, pánico y aislamiento social que también se presentan en el cáncer infantil (Martínez, et al., 2012, citado en Pozo et al., 2015). En menores de edad estos síntomas pueden ser más complejos debido a la situación de dependencia física, emocional y familiar en la que se encuentran.

En el cáncer infantil intervienen pacientes, familia/cuidadores y profesionales de la salud, por lo que es importante cómo se comunica el diagnóstico. Esto se considera una habilidad clínica clave en el campo de la oncología, es un diálogo donde se brinda información de manera satisfactoria y ninguno de los actores se ve restringido para expresar opiniones, preguntas o preocupaciones. La forma en que se hace deriva en un impacto positivo o negativo en el afrontamiento de la enfermedad (Arraras et al., 2017).

En esta comunicación el paciente y sus familiares o cuidadores deben conocer todos los aspectos relacionados con la enfermedad (Moro et al., 2014). Se reconoce como uno de los elementos principales del soporte que se ofrece a los pacientes con el fin de que puedan mejorar su vivencia frente a los síntomas, el funcionamiento emocional, su calidad de vida y el tratamiento de la enfermedad (Arraras et al., 2017). Con menores de edad está limitado por sus padres o cuidadores, debido a que son ellos quienes deciden qué quieren expresarle a sus hijos. En ocasiones, prefieren omitir aspectos relacionados con la enfermedad o simplemente no decir la verdad, fenómeno que se conoce como conspiración del silencio, que hace referencia al “acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, cuidadores o profesionales para alterar la información que se le brinda al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico o pronóstico” (Barbero, 2006, p. 23).

Al momento de revelar el diagnóstico el profesional debe ser realista, y mantener la esperanza de los padres o cuidadores identificando sus preocupaciones para resolverlas e intentando deshacer mitos acerca de la enfermedad y su pronóstico, así como proporcionar herramientas de control y recursos que faciliten la comprensión de la información. Luego de que tengan claridad de la información que les han proporcionado y ésta sea suficiente, se inicia el proceso de comunicación con el paciente, el cual debe acordarse en conjunto con el menor, su familia y el profesional a cargo (Lorenzo & Cormenzana, 2012). Para una comunicación efectiva se sugiere que: a) incluya expresión verbal y no verbal de pensamientos y sentimientos tanto positivos como negativos, (b) escucha activa a preguntas del paciente relacionadas con la enfermedad, (c) responder únicamente lo que el niño pregunta sin ir más allá de lo que quiere saber, siempre en términos de la verdad y reconociendo lo que es incierto (Lascar et al., 2013).

Igualmente, en la interacción comunicativa con el niño se deben incluir tres aspectos que componen la tríada terapéutica: calidez, honestidad y empatía, aspectos que permiten que el niño se sienta en confianza para interactuar. Para ello se deben reconocer las características cognitivas y sus experiencias previas con el fin de utilizar términos comprensibles para el menor durante la conversación (Lascar et al., 2013), en la cual es fundamental decir la verdad al paciente de tal manera que al comprender la enfermedad inicie un papel activo en el proceso de la misma. El éxito de las discusiones deriva de las habilidades comunicativas

del profesional al adaptar la información a la edad cronológica y la madurez cognitivo-emocional del paciente (Arraras et al., 2017).

Comunicar un diagnóstico desalentador se considera una práctica compleja para el profesional de salud, ya que sus componentes afectivos y emocionales suponen un quiebre en las expectativas del paciente y su familia y/o cuidadores (Bascuñán, 2013). Al dar el diagnóstico se producen una serie de cambios importantes en la vida del niño, afectando sus dimensiones físicas, psicológicas y emocionales, por esa razón, la comunicación del diagnóstico se constituye en la primera parte del tratamiento (Puerto & Gamba, 2015).

Tanto niños como padres manifiestan respuestas iniciales relacionadas con el agobio y la incredulidad, lo que incide en la realización de preguntas sobre la etiología de la enfermedad para entender la condición de salud actual de su hijo (Bueno & Marín de la Torre, 2008). Sucede con frecuencia que los padres no están preparados para recibir la noticia, por lo tanto, al momento de la revelación, se debe brindar apoyo psicológico para evitar reacciones que transmitan sentimientos de temor y preocupación al niño (Lorenzo & Cormenzana, 2012).

Según Bueno & Marín de la Torre (2008) se evidencian tres fases que experimentan los familiares al conocer el diagnóstico: la primera fase (corta duración) hace referencia a la búsqueda descontrolada de información sobre el diagnóstico, surge como una estrategia de control respecto a la enfermedad, buscando soporte y apoyo; sin embargo, otros padres recurren a mecanismos de afrontamiento como aislamiento emocional, evitación y negación. En la *segunda fase* (duración variable) se presentan distintas manifestaciones emocionales y conductuales por parte de los padres y/o cuidadores como ansiedad, rabia, culpa o depresión. En la *tercera fase* (mayor duración) se da la aceptación del diagnóstico e inicia otro desafío respecto al tratamiento y el pronóstico.

Para conocer las prácticas de revelación del diagnóstico, el objetivo de esta investigación fue identificar las intervenciones existentes en salud para la comunicación del diagnóstico en población oncológica infantil. Se plantearon tres preguntas: ¿Cuáles son las prácticas que se realizan para comunicar el diagnóstico en población oncológica infantil?, ¿Cuáles son los elementos más comúnmente utilizados en dichas prácticas?, ¿Qué razones dan los investigadores para hacer uso de esas prácticas para la revelación del diagnóstico? Por consiguiente, se llevó a cabo una revisión sistemática para resolver dichas preguntas que pueden resultar de interés para profesionales de psicología y otras áreas de la salud.

Método

Estrategia de búsqueda. Esta revisión se realizó siguiendo el método PRISMA (fig 1). La búsqueda sistemática se llevó a cabo en las bases de datos Science Direct, PubMed, APA PsycArticles, Biblioteca Virtual en Salud, ProQuest Central y Scopus, sin límite de año de publicación ni país del estudio, con corte al 30 de octubre de 2020.

El algoritmo de búsqueda utilizado fue (“Truth disclosure” OR “Health communication”) AND (Neoplasm OR “Oncological disease”) NOT “Palliative Care” NOT “Breast Neoplasm” NOT “Fertility Preservation”). Los términos fueron normalizados vía DeCS y MeSH.

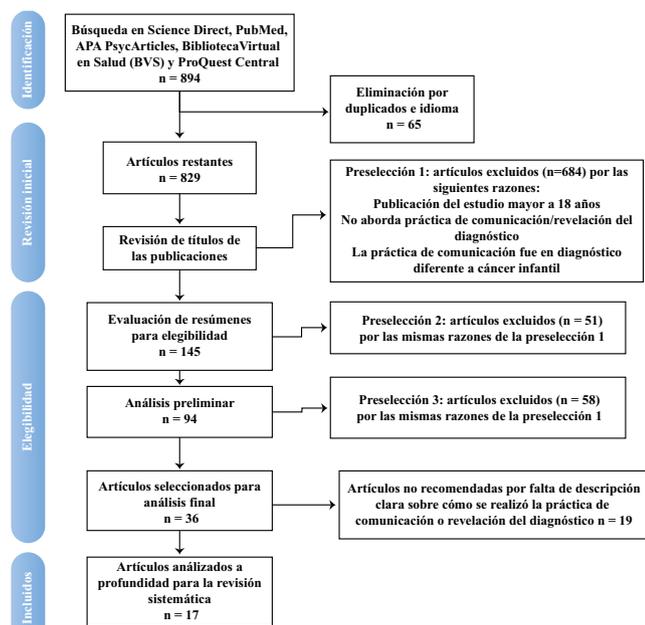


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.

Criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron artículos publicados de cualquier tipología, incluso si la investigación no era exclusivamente en revelación del diagnóstico, cuyos participantes fueran menores de 18 años, padres o cuidadores de estos. El idioma fue inglés y español. Se excluyeron estudios cuya comunicación del diagnóstico se realizó en diagnósticos diferentes al cáncer infantil.

Selección de estudios. Un grupo de 5 auxiliares de investigación y 2 investigadoras realizaron la depuración de artículos por título y resumen. Se hizo una primera ronda de eliminación por duplicado y con base en los criterios de exclusión, lo que disminuyó la muestra a 145. Con la segunda y tercera ronda de eliminación por no cumplimiento de criterios de inclusión se seleccionaron 36 estudios recomendados para análisis preliminar, de los cuales quedan 17 para el análisis final. Las tres fases se realizaron con el fin de disminuir al máximo posible el error humano.

Extracción de datos. Se conformaron dos equipos, cada uno con una investigadora principal y dos/tres auxiliares de investigación. Cada equipo revisó el texto completo de los artículos del análisis final, asegurando así una extracción de forma independiente y una adecuada confiabilidad inter observador.

Resultados

Para realizar el análisis de datos se utilizó la herramienta AtlasTi. Se inició con un archivo que contiene toda la información textual extraída de las 17 unidades de análisis y posterior a esto se realizó la codificación y categorización producto del análisis. El proceso surtió las siguientes fases: (a) extracción de citas (fragmentos significativos de información), (b) codificación abierta (relación de citas en los códigos) y (c) construcción de grupos de códigos (categorías). Previo al análisis se identificaron aspectos de su producción científica.

Los años de publicación de los artículos fueron: 1983 (1), 1991 (1), 2008 (1), 2010 (1), 2014 (1), 2015 (1), 2016 (7) y 2017 (4). Los tipos de estudio correspondían a: artículos originales (11), reportes de caso (3), artículos de reflexión (2) y revisión de literatura (1). Asimismo, 7 estudios fueron realizados en Estados Unidos, 2 de India y el resto en España, Noruega, Rumania, Irán, Egipto, Alemania, Brasil y Suecia. En lo que respecta al idioma, la mayoría de los artículos (94,1%) estaba publicado en inglés y el restante en español (5,8%). La base de datos en la que se recuperaron más artículos fue Biblioteca Virtual en Salud (8), seguida de PubMed (5), ProQuest (2) y Scopus (2). En cuanto a las prácticas de revelación se identificaron: comunicación verbal y protocolos.

Tipo de abordaje para la comunicación del diagnóstico. Se establecieron 7 códigos agrupados en 2 categorías: comunicación verbal y protocolos. La comunicación verbal debe basarse en objetividad, control de emociones y empatía, ajustándose al momento en el que se manifieste negación por parte de los actores (Afonso & Minayo, 2017). Esto debe realizarse a lo largo de múltiples encuentros mediante los cuales se brinde información del proceso, la enfermedad y el pronóstico actual, teniendo en cuenta la calidad de la información y la sensibilidad de los profesionales de la salud al comunicar (Sisk et al., 2017). Badarau et al. (2015) expone que esto únicamente será efectivo si responde a las necesidades de pacientes, familia y/o cuidadores y profesional de la salud (El Malla et al., 2017).

En cuanto a los protocolos se encontró el *SPIKES*, un paso a paso de cómo adaptar la comunicación del diagnóstico en pacientes oncológicos con emociones fuertes. Determina procedimientos técnicomédicos necesarios para la atención de una situación específica de salud (Korsvold et al., 2016). También se encontró el protocolo de intervención psicológica en diagnóstico reciente y tratamiento de pacientes oncológicos infantiles, el cual se realiza en los primeros momentos de la enfermedad, profundizando en la adaptación de la familia al diagnóstico y al tratamiento médico (Arenas et al., 2016).

Elementos de las prácticas encontradas para hacer la revelación del diagnóstico. Se identificaron a partir de 8 códigos y 4 categorías: necesidades de familia y/o cuidadores y pacientes, contenido de la información al momento de comunicar un diagnóstico, intervención o información a tener en cuenta a la hora de realizar el tratamiento y, aspectos previos a tener en cuenta antes de hacer la revelación. Se ha encontrado que la comunicación en oncología pediátrica incluye la comprensión de expresiones y control de las emociones, cuestiones bioéticas que requieren sensibilidad, serenidad y verdad respecto al final de la vida (Afonso & Minayo, 2017) (Fig. 2). Asimismo, se identificó que los niños desean recibir información honesta y directa manteniendo la esperanza, recibéndola al mismo tiempo que sus padres y/o cuidadores, pero que pueda ser entendida según su edad (Jalmsell et al., 2016). La empatía es importante para promover consuelo, confianza y esperanza durante el curso de la enfermedad (Afonso & Minayo, 2017).

Es necesario tener en cuenta el significado y valor de la información para que el niño comprenda de mejor manera y se responda a las expectativas de los padres (Landry-Dattée et al., 2016); la información que es esencial para el paciente debe ser revelada con el mejor relato posible (Gupta et al., 2010) pues el paciente tiene

derecho a recibir información para discutir los beneficios, riesgos y costos del tratamiento apropiado (Sisk et al., 2016). Asimismo, es necesario evaluar constantemente las necesidades informativas del niño en intervalos regulares de tiempo, para hacer seguimiento a la disposición que este tiene dentro del proceso y garantizar su participación (Levenson et al., 1983) (Fig. 2).

Con respecto a la información del diagnóstico, los pacientes prefieren que la comunicación sea revelada de forma temprana y directamente por los profesionales de la salud, ya que así comprenden la gravedad de la enfermedad y es posible tomar decisiones informadas sobre el tratamiento a seguir (Rao et al., 2016). Los profesionales recomiendan una comunicación abierta y objetiva, brindando información con un “aire de optimismo” (Badarau et al., 2015). El profesional debe tener competencia, calidez e interés, capacidad de escucha, paciencia y aceptación, tolerancia a la expresión de la emoción, sensibilidad a los estados de ánimo, además de un buen juicio clínico y un uso adecuado del lenguaje (Zieber & Frieber, 2008). La revelación deberá ser lo más integral y transparente posible para incrementar la esperanza de los padres y la confianza del profesional (Sisk et al., 2017).

En cuanto a los aspectos previos a la revelación del diagnóstico, la edad es un factor de gran importancia, pues la comunicación en oncología pediátrica resulta ser éticamente desafiante cuando los pacientes son jóvenes (Petersen et al., 2017). Los padres consideran que existe una capacidad cognitiva limitada en los niños, por lo cual asumen que no comprenderán la enfermedad, el diagnóstico o el tratamiento (Claflin & Barbarin, 1991) (Fig 3).

Es importante la preparación para la revelación del diagnóstico debido a que la buena comunicación con el paciente es una responsabilidad de los profesionales de la salud que facilita tanto la adherencia al tratamiento como la colaboración a la hora de someterse a los procedimientos médicos (Arenas et al., 2016). También es importante la relación padre- hijo, pues el desacuerdo entre estos produce circunstancias que dificultan los recursos del paciente para hacer frente a la enfermedad; esto explica que algunos adolescentes necesiten más apoyo y tranquilidad al principio, aunque también pueden adoptar un papel más activo a medida que se desarrollen sus fortalezas y habilidades en el proceso (Levenson et al., 1983).

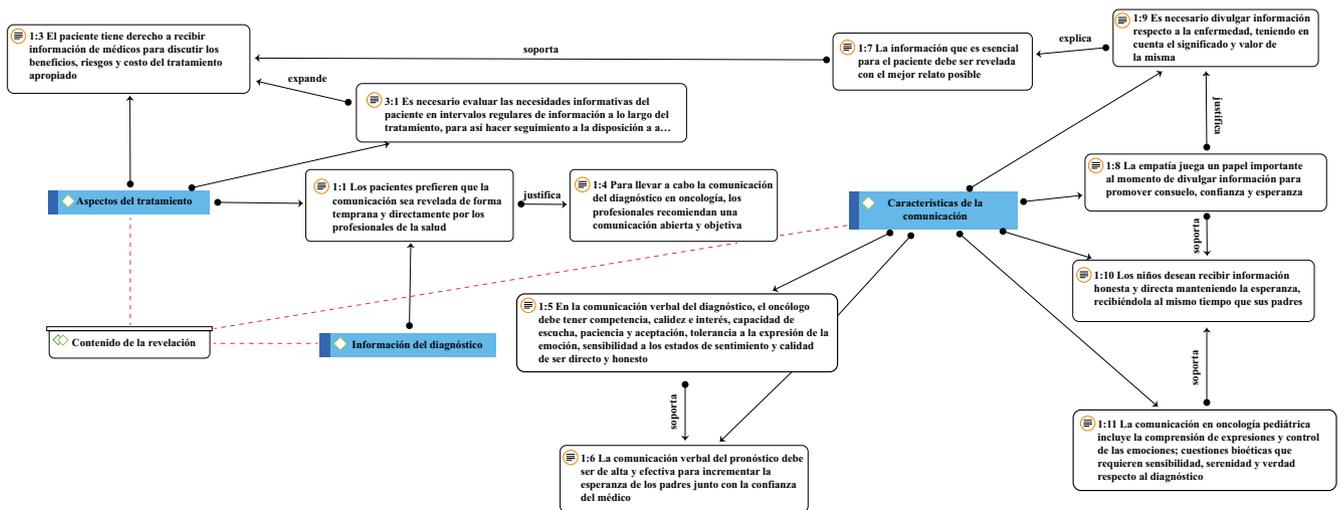


Figura 2. Contenido de la revelación.

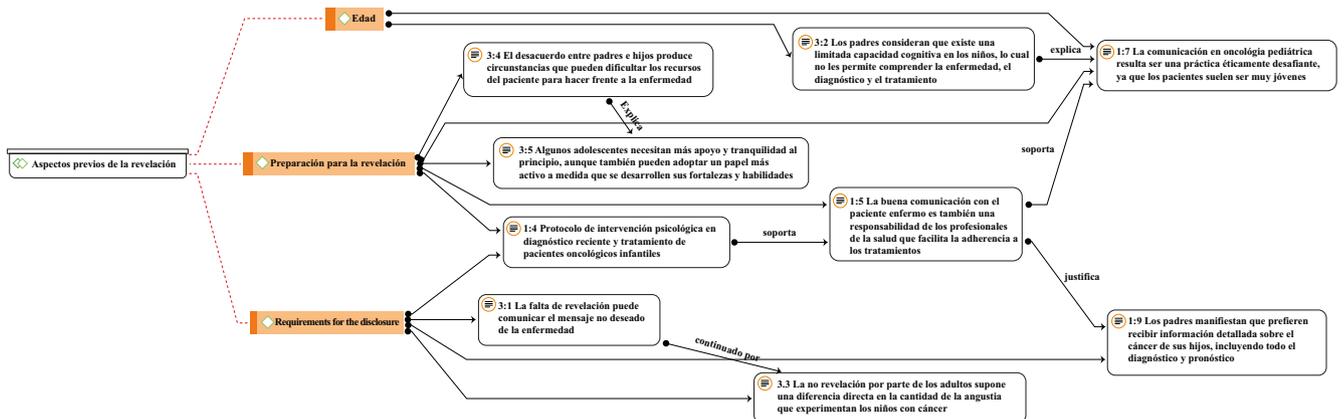


Figura 3. Aspectos previos de la revelación del diagnóstico.

Limitar la información puede evitar la angustia emocional del niño, sin embargo, con el tiempo estos declaran haber experimentado mayor angustia. Aunque no se los comuniquen directamente saben de la enfermedad y sus efectos, pues los síntomas de la enfermedad transmiten con mucha más fuerza la gravedad de la situación que cualquier palabra que los adultos oculten, probablemente porque los niños captan la angustia emocional de sus padres a pesar de que estos les intenten tranquilizar o se esfuercen por presentar una conducta tranquila (Claflin & Barbarin, 1991).

De la misma forma que sucede con los pacientes y su deseo por tener completo conocimiento del proceso de la enfermedad sucede con las familias. La principal razón para comunicar es el requerimiento que hacen de mayor información y más encuentros a lo largo del proceso cuando sus hijos tienen un mal pronóstico (Sisk et al., 2017). El estar al tanto y discutir periódicamente con el profesional de la salud resulta de gran utilidad para ellos, pues muestran preferencia por estar siempre informados fomentando la autoayuda inmediata en la relación con los tratamientos de sus hijos para que de esta forma ellos mismos estén preparados para participar lo más posible en su propio tratamiento, conociendo las implicaciones de sus comportamientos en el curso de la enfermedad (Levenson et al., 1983). De cumplirse lo anterior, será posible responder a las reacciones emocionales que las familias y/o cuidadores tienen, pues son ellos mismos quienes mejor conocen a sus hijos, por lo cual deben recibir orientación para acompañar en todo el proceso de la enfermedad (Arenas et al., 2016).

El proceso de comunicación del diagnóstico es relevante en sí mismo también desde la comprensión del contexto principal de desarrollo del paciente y la importancia que tiene el conocimiento de los factores de riesgo y protección de las familias y/o cuidadores, ya que ello al igual que la estructura familiar de apoyo con la que cuenta el niño facilitará la adaptación a la noticia del diagnóstico y el posterior tratamiento. Lo anterior determina el momento en el que se considera prudente comunicar, el cómo hacerlo, el nivel de involucramiento ideal para todos los participantes del proceso, las claves para una buena comunicación y la información que los pacientes desean (Arenas et al., 2016). Levenson et al. (1983) también identificaron argumentos a favor de la conveniencia de un papel activo del paciente en el cuidado de su salud personal, pues los niños que expresan curiosidad por sus procedimientos médicos generalmente muestran menos comportamientos ansiosos que los niños que participan de forma no tan activa.

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se identificó que comunicar un diagnóstico de cáncer conlleva a enfrentar reacciones emocionales complejas que deben atenderse en el mismo momento (Korsvold et al., 2016). Los profesionales de la salud deciden comunicar al paciente su diagnóstico de forma completa y verás por encima de las decisiones de los padres y/o cuidadores, ya que la no divulgación o la divulgación parcial del mismo tiene como consecuencias la afectación directa al tratamiento, poniendo en peligro la relación padre/cuidador-hijo y médico-paciente. La comunicación por parte de los profesionales de la salud debe hacerse con el fin de obtener una mejor adaptación al diagnóstico tanto del paciente como de sus familiares o cuidadores, facilitando así una cálida relación, donde el profesional se gana la confianza del niño y genera confianza a la vez que fortalece los lazos terapéuticos (Jalmsell et al., 2016). Dicha comunicación funciona como un facilitador para el profesional sobre la com-

prensión del niño acerca de su enfermedad, la adherencia al tratamiento, la satisfacción y la adaptación a la enfermedad (El Malla et al., 2017). No obstante, esta puede verse afectada por las reacciones agresivas o molestas evidenciadas en los padres o cuidadores al momento de la divulgación, ya que esto hace que los profesionales modifiquen la información brindada para mitigar dichas reacciones. Sin embargo, estas pueden ser mitigadas mediante múltiples encuentros posteriores al diagnóstico, ya que estos proveen mayor tranquilidad a las familias y/o cuidadores.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las intervenciones existentes en salud para la comunicación del diagnóstico en población oncológica infantil, y la búsqueda de esta información estuvo orientada por tres preguntas mediante las cuales se expondrán los principales hallazgos. A lo largo de la revisión y el proceso de análisis se hizo evidente la cantidad de información acerca de la revelación y sus prácticas en población adulta y en distintos diagnósticos, así como al final de la vida. Esto evidenció que existe una cantidad limitada de información en lo que a revelación en población oncológica infantil respecta; es por esto que en la fase final del método PRISMA se obtuvo una cantidad reducida de unidades de análisis (17 artículos).

El análisis realizado permitió identificar dos prácticas para comunicar el diagnóstico en población oncológica infantil. La primera, definida como comunicación verbal y la segunda relacionada con protocolos para dicha revelación. Ambas prácticas incluyen a todos los actores del proceso para llevar a cabo el proceso de comunicación del diagnóstico.

En el marco de la comunicación el actor principal es el paciente, quien tiene derecho a recibir información respecto a su estado de salud y enfermedad, teniendo en cuenta factores culturales y familiares que puedan influenciar el proceso; sin dejar atrás la adaptación de la comunicación a su edad cognitiva. Por esta razón, el profesional de salud asume el reto más significativo al momento de comunicar el diagnóstico tanto al paciente como a la familia o cuidadores, debido a que el uso de su lenguaje se relaciona con la satisfacción de los padres respecto a la información que reciben sobre el estado de salud de sus hijos. Igualmente, el oncólogo debe ser objetivo al momento de revelar, considerando la cantidad de información que pueda ser oportuna para los padres o cuidadores.

Se identificaron necesidades y experiencias de los padres o cuidadores respecto a la información recibida sobre la enfermedad de sus hijos; se incluyen aquí características de la comunicación, información del diagnóstico y aspectos del tratamiento como elementos del proceso comunicativo en oncología pediátrica. El contenido de la comunicación debe responder a dichas necesidades mencionadas con el fin de dar respuesta a las expresiones emocionales que se derivan en el momento de la revelación del diagnóstico.

Las razones descritas para comunicar el diagnóstico se fundamentan en la necesidad de atender las reacciones emocionales propias del impacto psicológico de recibir esta noticia, que tanto el paciente como su familia manifiestan durante el proceso de comunicación de la enfermedad. Su finalidad es fortalecer la alianza terapéutica, la relación médico-paciente, y promover la adaptación al diagnóstico cumpliendo con el derecho que tiene todo paciente a estar informado sobre su enfermedad para sentirse

comprendido y acogido. La importancia de estos hallazgos radica en los aspectos de la comunicación que, aplicados con ética y profesionalismo, permitan una mejor adherencia a la enfermedad y su tratamiento por parte de todos los actores.

Aunque la literatura señala la importancia de atender a estas necesidades de salud mental con relación a estar debidamente informado sobre un diagnóstico se evidencia una necesidad de prácticas de comunicación del diagnóstico que cuenten con evidencia empírica sobre su eficacia y efectividad. En esta revisión sistemática se encontraron pocos estudios a nivel mundial que muestren cómo se realiza la revelación o cuáles son las utilizadas para estos fines.

Una de las limitaciones de esta revisión sistemática es que la búsqueda de estudios se hizo de manera restringida mediante el uso exclusivo de términos normalizados por tesaurus con los cuales se elaboró el algoritmo de búsqueda; en este además se excluyeron términos relacionados con la revelación en otros momentos como el final de la vida, la preservación de la fertilidad, entre otros. Esto dificultó el rastreo de investigaciones que podrían estar indexadas con términos clave en lenguaje natural y no normalizado. Adicionalmente la búsqueda se limitó a bases de datos especializadas en salud, quedando por fuera metabuscadores o bases de datos de otros campos como las ciencias sociales y humanas, en los que también se podría encontrar estudios sobre el tema. Y otra limitación fue que se tuvieron en cuenta artículos originales o de revisión, pero no se incluyeron tesis de posgrado u otro tipo de publicaciones.

En el análisis realizado emergió una categoría que no está relacionada con las preguntas de investigación planteadas, pero que expone una visión interesante que aporta a la comprensión de la comunicación del diagnóstico: las barreras y preferencias de la revelación en oncología pediátrica. Allí se recogen aspectos familiares como la educación y el lenguaje, los cuales impactan de manera significativa al momento de revelar y suponen al tiempo una adaptación acorde con esas características, que varía entre culturas y sociedades (Ilowite et al., 2017). Asimismo, las preferencias de la revelación están orientadas a la satisfacción con la información recibida en términos de cantidad y momento oportuno para comunicar.

Lo anterior indica que hay otros factores a tener en cuenta que afectan la información a revelar y que pueden constituirse como aspectos claves al momento de llevar a cabo o diseñar prácticas para comunicar el diagnóstico en sus fases iniciales. Con esto se puede preparar a profesionales de la salud y las familias o cuidadores en este contexto, al eliminar las barreras que impidan una adecuada comunicación en salud.

Es importante mencionar que a pesar de que los niños manifiesten el deseo de más información se debe tener en cuenta el marco ético y legal del proceso de comunicación del diagnóstico pues, aunque el paciente manifieste verbalmente esta necesidad es menor de edad y son sus padres quienes legalmente velan por su salud y seguridad. Asimismo, el no contar con la aprobación de los padres para comunicar algún tipo de información acerca del proceso socava en aspectos éticos que son demandables y tendrían repercusiones legales para el profesional de la salud.

Con base en todo lo expuesto en este apartado, se hace evidente la necesidad de diseñar y validar estrategias de comunicación del diagnóstico, especialmente en oncología pediátrica, para apoyar

al profesional de salud en la comprensión del niño (no solo en los aspectos médicos sino en su desarrollo cognitivo, afectivo, familiar y social) y guiarlo en el proceso de comunicación. El objetivo de dichas herramientas es lograr superar las barreras de la divulgación al disipar temores de estigma y daño psicológico en el paciente, usar un adecuado lenguaje y facilitar la implementación en entornos de bajos recursos.

Teniendo en cuenta las condiciones de vida actual y los avances en tecnologías de información y comunicación (TICs), sería oportuna su aplicación para llegar a poblaciones alejadas o vulnerables cuyas necesidades de salud mental en el marco de la oncología infantil podrían no estar cubiertas. En muchas ocasiones, la atención de servicios en salud no responde a la dinámica cotidiana de las poblaciones vulnerables, las cuales podrían estar expuestas a factores de riesgo asociados por tensiones emocionales experimentadas a lo largo del proceso de la enfermedad.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las psicólogas Mg. Luz Helena Buitrago y especialistas María Camila Piñeros y Juanita Estrada Vilac, por sus contribuciones en la extracción de datos.

Financiación y conflicto de intereses

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de organismos de financiación de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro. Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses en este estudio.

Referencias

- Afonso, S. B. C., & Minayo, M. C. de S. (2017). Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(1), 53–62.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14592016>
- Arenas, A., Torrado, E., & Garrido, M. (2016). Intervención familiar en diagnóstico reciente e inicio de tratamiento del cáncer infantil [Family intervention in recent diagnosis and initiation of childhood cancer treatment]. *Apuntes de Psicología*, 34(2–3), 213–220.
- Arraras, J. I., Wintner, L. M., Sztankay, M., Tomaszewski, K., Hofmeister, D., Costantini, A., Bredart, A., Young, T., Kuljanic, K., Tomaszewska, I. M., Kontogianni, M., Chie, W. C., Kullis, D., Greimel, E., & Zarandona, U. (2017). La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la EORTC [Oncology patient-professional communication. The EORTC Communication Questionnaire]. *Psicooncología*, 14(1), 107–120.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.55815>
- Badarau, D. O., Wangmo, T., Ruhe, K. M., Miron, I., Colita, A., Dragomir, M., Schildmann, J., & Elger, B. S. (2015). Parents' challenges and physicians' tasks in disclosing cancer to children. A qualitative interview study and reflections on professional duties in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(12), 2177–2182.
<https://doi.org/10.1002/pbc.25680>
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar [The patient's right to information: The art of communicating]. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 19–27.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original2.pdf>

- Bascuñán, L. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud [Communication of “bad news” in health]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685–693. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70208-6)
- Bueno, L. M., & Marín de la Torre, J. (2008). La información sobre la enfermedad. In Federación Española de Padres de Niños con Cáncer [Information about the disease. In Spanish Federation of Parents of Children with Cancer] (Ed.), *Psico-oncología pediátrica: Valoración e intervención* (pp. 11–17).
- Claffin, C. J., & Barbarin, O. A. (1991). Does “telling” less protect more? Relationships among age, information disclosure, and what children with cancer see and feel. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(2), 169–191. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.2.169>
- El Malla, H., Steineck, G., Ylitalo Helm, N., Wilderäng, U., El Sayed Elborai, Y., Elshami, M., & Kreicbergs, U. (2017). Cancer disclosure—account from a pediatric oncology ward in Egypt. *Psycho-Oncology*, 26(5), 679–685. <https://doi.org/10.1002/pon.4207>
- Gupta, V. B., Willert, J., Pian, M., & Stein, M. T. (2010). When disclosing a serious diagnosis to a minor conflicts with family values. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(3), S100–S102. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181d83022>
- Ilowite, M. F., Cronin, A. M., Kang, T. I., & Mack, J. W. (2017). Disparities in prognosis communication among parents of children with cancer: The impact of race and ethnicity. *Cancer*, 123(20), 3995–4003. <https://doi.org/10.1002/cncr.30960>
- Jalmsell, L., Lövgren, M., Kreicbergs, U., Henter, J. I., & Frost, B. M. (2016). Children with cancer share their views: Tell the truth but leave room for hope. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(9), 1094–1099. <https://doi.org/10.1111/apa.13496>
- Korsvold, L., Lie, H. C., Mellblom, A. V., Ruud, E., Loge, J. H., & Finset, A. (2016). Tailoring the delivery of cancer diagnosis to adolescent and young adult patients displaying strong emotions: An observational study of two cases. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30763>
- Landry-Dattée, N., Boinon, D., Roig, G., Bouregba, A., Delaigue-Cosset, M. F., & Dauchy, S. (2016). Telling the truth...with kindness: Retrospective evaluation of 12 years of activity of a support group for children and their parents with cancer. *Cancer Nursing*, 39(2), E10–E18. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000262>
- Lascar, E., Alizade, M. A., & Diez, B. (2013). Talking to a child with cancer: Learning from the experience. In S. Antonella, Z. Matjaž, R. Mirjana, & S. Richard (Eds.), *New Challenges in Communication with Cancer Patients* (pp. 153–167). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3369-9_13
- Levenson, P. M., Copeland, D. R., Morrow, J. R., Pfefferbaum, B., & Silberberg, Y. (1983). Disparities in disease-related perceptions of adolescent cancer patients and their parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 8(1), 33–45. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/8.1.33>
- Lorenzo, R., & Cormenzana, M. (2012). «Su hijo tiene cáncer». La información en el paciente oncológico [Your child has cancer”. Information for the oncology patient]. *Anales de Pediatría Continuada*, 10(5), 298–303. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(12\)70103-8](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(12)70103-8)
- Moro, L., Kern, E., & González, M. (2014). Proceso de comunicación en oncología: Relato de una experiencia [Communication process in oncology: An account of an experience]. *Psicooncología*, 11(2–3), 403–418. <https://doi.org/10.5209/>
- Petersen, I., Kaatsch, P., Spix, C., & Kollek, R. (2017). Return and disclosure of research results: Parental attitudes and needs over time in Pediatric Oncology. *Journal of Pediatrics*, 191, 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.008>
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M. J., Alonso, E., & Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: Apoyo social y salud en familias afectadas [Psychosocial repercussions of childhood cancer: Social support and health in affected families]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2014.07.002>
- Puerto, H., & Gamba, H. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud [Communication of cancer diagnosis as a healthy practice for patients and health professionals]. *Revista Cuidarte*, 6(1), 964–969. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/160/374>
- Rao, A., Sunil, B., Heylen, E., Raju, G., & Shet, A. (2016). Breaking bad news: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 1779–1784. http://journal.waocp.org/article_32309_90c26b0f1febf1396b81c3aa00b57355.pdf
- Sisk, B. A., Bluebond-Langner, M., Wiener, L., Mack, J., & Wolfe, J. (2016). Prognostic disclosures to children: A historical perspective. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 138(3), 1278–1290. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1278>
- Sisk, B. A., Kang, T. I., & Mack, J. W. (2017). Prognostic disclosures over time: Parental preferences and physician practices. *Cancer*, 123(20), 4031–4038. <https://doi.org/10.1002/cncr.30716>
- Zieber, S., & Frieber, S. (2008). Pediatric cancer care: Special issues in ethical decision making. *Cancer Treatment and Research*, 140, 93–115. https://doi.org/10.1007/978-0-387-73639-6_7

Artículo

Síndrome de West y trastorno del espectro del autismo asociado: una propuesta de protocolo de evaluación e intervención neuropsicológica

Christian López-Cruz¹, Irene Cano-López¹, Marta Aliño¹ y Sara Puig-Pérez¹

¹ Universidad Internacional de Valencia.

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 23, 2021
Aceptado: Diciembre 10, 2021

Palabras clave:

Síndrome de West
Epilepsia
Síndrome Epiléptico Pediátrico
Trastorno del Espectro del Autismo
Intervención Neuropsicológica

Keywords:

West Syndrome
Epilepsy
Pediatric Epileptic Syndrome
Autism Spectrum Disorder
Neuropsychological Intervention

RESUMEN

Los pacientes con Síndrome de West y Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) asociado presentan déficits cognitivos (i.e., alteraciones atencionales, mnésicas, visuoperceptivas, en función ejecutiva y lenguaje) que pueden afectar a su calidad de vida. Tras delimitar el perfil cognitivo de estos pacientes, este estudio pretende diseñar un protocolo de evaluación e intervención neuropsicológica específico, desde un enfoque holístico e integrativo. El programa consta de 48 sesiones planificadas en seis meses, incluyendo sesiones de evaluación neuropsicológica (antes, a mitad y al final de la intervención) y sesiones de intervención focalizadas en los dominios cognitivos afectados, los aspectos socioemocionales y la mejora de la autonomía y funcionalidad. Se espera que el programa propuesto sea eficaz para mejorar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de esta población, contribuyendo a optimizar la atención sanitaria.

West syndrome and associated autism spectrum disorder: proposal for a neuropsychological assessment and intervention protocol

ABSTRACT

Patients with West Syndrome and associated Autism Spectrum Disorder (ASD) have cognitive deficits (i.e., attentional, mnemonic, visuoperceptive, executive function, and language impairments) that may affect their quality of life. After delimiting the cognitive profile of these patients, this study aims to design a specific neuropsychological assessment and intervention protocol, from a holistic and integrative approach. The program consists of 48 sessions planned over six months, including neuropsychological assessment sessions (before, halfway through, and at the end of the intervention) and intervention sessions focused on the affected cognitive domains, socioemotional aspects, and the improvement of autonomy and functionality. The proposed program is expected to be effective in improving cognitive functioning and quality of life in this population, contributing to optimize health care.

Introducción

Síndromes epilépticos pediátricos

La epilepsia es una enfermedad neurológica que consiste en la predisposición a sufrir de manera continuada crisis epilépticas y en las alteraciones neurobiológicas, cognitivas, emocionales o sociales asociadas (Fisher et al., 2005). Se trata de una enfermedad de carácter heterogéneo, que engloba diferentes síndromes electroclínicos, entre los que se encuentra el Síndrome de West (Besag, et al., 2016).

El Síndrome de West es la encefalopatía pediátrica más frecuente, con una incidencia de 1.6/100000 personas (Arregui, et al., 2020). Se inicia aproximadamente entre los cuatro y siete meses de edad, y se caracteriza por espasmos infantiles (i.e., Contracciones de carácter axial bruscas y breves que pueden acompañarse de llanto, contracciones del cuello y nistagmo) y regresión del neurodesarrollo (Mytinger, 2021). Algunos pacientes también presentan hipsarritmia (i.e., Patrón electroencefalográfico desorganizado por ondas lentas bilaterales, simétricas y sin sincronía interhemisférica), aunque la relevancia de este indicador para su diagnóstico ha sido recientemente cuestionada (Mytinger, 2021). El 71-80% de los casos se asocia con discapacidad intelectual comórbida (Besag, 2006).

Tanto las crisis epilépticas como los diferentes tratamientos empleados para su control (i.e., Fármacos antiepilépticos) pueden favorecer déficits cognitivos relativamente variables. Esto ha provocado un aumento del interés por precisar una temprana evaluación neuropsicológica que se adapte a esta población (Helmstaedter, et al., 2020; Vogt, et al., 2017). En este sentido, el E-PILEPSY Consortium recomienda poner especial énfasis en los siguientes dominios: memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades visoespaciales, inteligencia, depresión, ansiedad y calidad de vida (Vogt, et al., 2017).

Síndrome de West y autismo asociados

El Síndrome de West se ha asociado con uno de los trastornos más importantes del neurodesarrollo: el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) (Besag, et al., 2016). Si se valora la gran heterogeneidad de síntomas que caracteriza a ambos cuadros, esto no es de sorprender. Pero esta comorbilidad llama, por su gravedad, especial atención.

Aproximadamente el 80% de pacientes con epilepsia o con TEA presentan discapacidad intelectual, lo que explicaría por qué la epilepsia se ha asociado más con la discapacidad intelectual que con el autismo (Legido, 2015). Sin embargo, dado que los pacientes con TEA con un nivel leve de discapacidad o habilidades excepcionales (i.e., Savant) también presentan crisis epilépticas, se considera adecuado hablar de comorbilidad (Muñoz et al., 2003). Así, se ha en contrado que aproximadamente el 20% de pacientes con Síndrome de West presentan TEA asociado (Strasser, et al., 2018), lo que sugiere que estos cuadros clínicos comparten una base común (Chong, et al., 2018).

Con el fin de delimitar la heterogénea sintomatología que presentan los niños con TEA, los principales criterios diagnósticos que propone el DSM-5 (APA, 2013) son: las dificultades en interacción social y comunicación, el retraso y/o alteración en el lenguaje y la presencia de patrones estereotipados, comportamiento

restrictivo e intereses particulares. Sin embargo, el espectro del autismo abarca muchos otros dominios, incluyendo: velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria verbal, razonamiento y resolución de problemas (Velikonja, et al., 2019).

En cuanto a las alteraciones cognitivas y emocionales que presentan los niños y niñas con Síndrome de West y TEA asociado, no distarían en exceso de las previamente comentadas como secuelas de la epilepsia, aunque la comorbilidad de ambos síndromes podría aumentar la gravedad de dichas alteraciones. A nivel cognitivo, esta población presenta alteraciones en memoria, aprendizaje, atención, visopercepción, lenguaje y funciones ejecutivas (Comeche y Vallejo, 2005). A su vez, las alteraciones en las funciones ejecutivas se han asociado con una pobre cognición social (van den Berg, et al., 2021). A nivel emocional presentaría sintomatología ansioso-depresiva que afecta directamente a la calidad de vida (Comeche y Vallejo, 2005).

Intervenciones neuropsicológicas empleadas en la literatura

Las alteraciones neuropsicológicas y emocionales habituales en pacientes con Síndrome de West y TEA asociado producen un empeoramiento de su calidad de vida (Vogt, et al., 2017). Por ello, el foco terapéutico debe estar, principalmente, en la mejora de la autonomía y la calidad de vida del paciente. Con este fin, se han desarrollado programas de intervención dirigidos a pacientes con epilepsia o con TEA separadamente, pero, hasta donde sabemos, no existen protocolos de intervención específicos para pacientes con Síndrome de West y TEA asociado.

Respecto a los programas de intervención dirigidos a niños y niñas con epilepsia, destaca la intervención computarizada FORAMENRehab, focalizada en la mejora de la atención (Saard, et al., 2017). Esta intervención aborda los diferentes componentes atencionales en función de las necesidades del paciente y se ha mostrado eficaz en esta población con un mínimo de 10 sesiones, aunque se recomienda que su aplicación sea más duradera (Kaldoja, et al., 2015; Saard, et al., 2017). Otro programa centrado en la atención, además de en las funciones ejecutivas, es el Rehabilitation of EXecutive Function and ATtention (EXAT), que ha mostrado ser eficaz en epilepsia (Rantanen et al., 2020). Por otra parte, destaca el programa Cogmed, centrado en la memoria de trabajo y de aplicación mediante ordenador, que cuenta con resultados prometedores en niños y niñas con epilepsia (MacAllister, et al., 2014).

Cambiando el foco hacia los pacientes con TEA, encontramos el programa Unstuck and On Target (UOT), dirigido a la mejora de las funciones ejecutivas (i.e., Flexibilidad cognitiva, planificación y solución de problemas) con una implementación contextualizada en el entorno del paciente (Kenworthy, et al., 2014). Este programa ha demostrado ser más eficaz que un tratamiento en habilidades sociales para la mejora de las funciones ejecutivas (Kenworthy, et al., 2014). Destaca también el Tratamiento y Educación de Niños Autistas con Discapacidades Afines a la Comunicación (TEACCH; Mesibov et al., 2005), que busca lograr la máxima independencia de los sujetos, motivarlos a explorar y aprender, mejorar las funciones intelectuales y la motricidad, disminuir el estrés familiar y favorecer la adaptación escolar (Mesibov et al., 2005). A su vez, destaca el Modelo DIR: Developmental Individual Difference Relationship, Floor-time o “Tiempo en el suelo” (Greenspan y Wieder, 2007), un programa que busca el

desarrollo de las capacidades emocionales, la individualidad y las relaciones del sujeto con su entorno, otorgando al infante un papel protagonista para que alcance los objetivos mediante desafíos y juegos espontáneos (Greenspan & Wieder, 2007). Por su parte, la intervención computarizada Caribbean Quest, centrada en la atención y las funciones ejecutivas, ha mostrado eficacia en la mejora de la memoria de trabajo visual y la atención selectiva (Macoun, et al., 2021). En conjunto, se ha sugerido la importancia del entrenamiento no computerizado centrado en funciones ejecutivas, especialmente cuando se realiza desde una perspectiva ecológica, para apoyar a los niños y niñas con TEA a tolerar la frustración y a interactuar utilizando estrategias socialmente apropiadas (Pasqualotto, et al., 2021).

Cabe destacar que la intervención neuropsicológica debe estar estrechamente ligada a los diagnósticos en curso (Hyman, et al., 2020), pero, hasta donde sabemos, la literatura no recoge estudios que hayan aplicado un programa de intervención neuropsicológica en personas con Síndrome de West y autismo asociado. Por ello, este trabajo se centra en diseñar un programa de intervención en esta población, considerando globalmente las características de las diferentes intervenciones aplicadas por separado, permitiéndonos delimitar las futuras líneas de investigación que deseen aglutinar ambas problemáticas. El programa se definirá bajo una orientación de corte holístico e integrativo, focalizándose en la mejoría de los dominios cognitivos afectados, los aspectos socioemocionales y el aumento de la autonomía y funcionalidad.

Propuesta de un programa de intervención neuropsicológica

Diseño del programa

Se propone un programa de intervención neuropsicológica dirigido a pacientes de entre 7 y 12 años con Síndrome de West y TEA asociado.

El programa de intervención tendrá una duración de seis meses (Figura 1). Se estructurará con dos sesiones individuales por semana de una hora, lo que supondrá un total de 48 sesiones, incluyendo 9 sesiones de evaluación y 39 de intervención. Se llevarán a cabo tres periodos de evaluación neuropsicológica: uno inicial (antes de la intervención), uno justo a mitad de la intervención y uno al final de ésta. En cada uno de ellos se evaluarán los siguientes dominios: capacidad madurativa e intelectual general, atención (sostenida y selectiva), funciones ejecutivas (memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad cognitiva, planificación y solución de problemas), y habilidades sociales. Cada uno de estos periodos ocupará tres sesiones, con el fin de evitar los efectos de la fatiga o sesgos debido a las circunstancias particulares de un día concreto, siendo un total de nueve sesiones de evaluación de las 48 sesiones que conforman el programa.

Protocolo de evaluación neuropsicológica

El protocolo de intervención se resume en la Tabla 1 y se compone de las pruebas neuropsicológicas que se detallan a continuación.

Escala de inteligencia Wechsler (WISC-V; Wechsler, 2014). Evalúa el funcionamiento intelectual. Contiene numerosas pruebas clasificadas en cinco índices: comprensión verbal, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, razonamiento fluido y visoespacial, y proporciona un índice de funcionamiento de

inteligencia general. Cuenta con un alfa de Cronbach que oscila entre 0.88 y 0.93 (Wechsler, 2014).

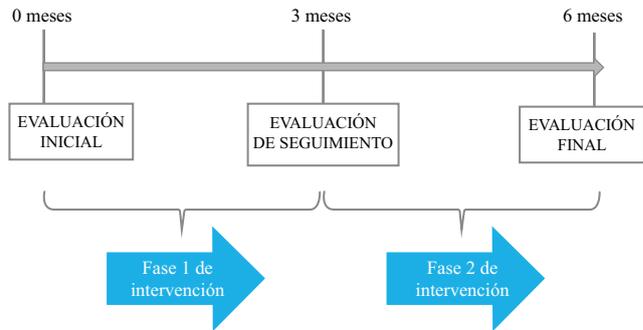


Figura 1. Diseño del programa de intervención.

Tabla 1.

Procesos cognitivos evaluados y pruebas utilizadas.

Función cognitiva	Proceso	Prueba neuropsicológica
Funcionamiento intelectual	Comprensión verbal Memoria de trabajo Velocidad de procesamiento Razonamiento fluido Razonamiento visoespacial	Escala de inteligencia Wechsler (WISC-V; Wechsler, 2014)
Desarrollo neuromadurativo	Lenguaje Visopercepción Funcionamiento ejecutivo Memoria Ritmo Lateralidad	Cuestionario de Madurez neuropsicológica para escolares (CUMANES; Portellano et al., 2014)
Atención	Atención sostenida Atención selectiva	Test de percepción de diferencias revisado (CARAS-R; Thurstone & Yela, 1979)
Funciones ejecutivas	Flexibilidad cognitiva Formación de conceptos Capacidad atencional sostenida Control inhibitorio	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST; Heaton et al., 1981) Test de colores y palabras (Stroop; Golden, 2001)
Habilidades sociales	Planificación Memoria de trabajo Autonomía Adaptación social Inteligencia social	Torre de Hanoi (Simon, 1975) Escala para la evaluación del desarrollo psicossocial (Hurtig & Zazzo, 1971)

Cuestionario de Madurez neuropsicológica para escolares (CUMANES; Portellano, et al., 2014). Evalúa el desarrollo neuromadurativo, proporcionando un índice de desarrollo global que resulta de la evaluación de 12 subescalas agrupadas en seis áreas: lenguaje, visopercepción, funcionamiento ejecutivo, memoria, ritmo y lateralidad. Proporciona un perfil que permite observar los puntos débiles y fuertes de cada niño. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.61- 0.85 en función de la escala (Portellano, et al., 2014).

Test de percepción de diferencias revisado (CARAS-R; Thurstone y Yela, 1979). Evalúa la atención sostenida y selectiva. Está compuesto por 60 elementos gráficos que representan caras. Consiste en determinar cuál de las tres caras es diferente y tacharla en un tiempo máximo de tres minutos. Se obtiene una puntuación de aciertos netos (aciertos menos errores) y un índice de control de la

impulsividad. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.91 (Thurstone y Yela, 1979).

Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST; Heaton, et al., 1981). Evalúa la flexibilidad cognitiva, la formación de conceptos y la capacidad atencional sostenida. Consta de 64 cartas compuestas por figuras que varían en forma, color y número de elementos. Se muestra al individuo una carta y se le pide que la empareje con una de las cuatro cartas de referencia, sin señalar el criterio a seguir para ello. El evaluador únicamente indica si el emparejamiento es correcto o no. Tras 10 ensayos correctos, el principio de clasificación cambia sin previo aviso. Permite obtener los siguientes índices: número de categorías completas, número y porcentaje de errores perseverativos, número total de errores, e índice “aprender a aprender”. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82-0.89 (Heaton, et al., 1981).

Test de colores y palabras (Stroop; Golden, 2001). Evalúa la atención selectiva y el control inhibitorio. Consta de tres láminas: a) lectura de palabras; b) denominación de colores; y c) prueba de color-palabra. Permite obtener tres puntuaciones directas del rendimiento del sujeto en cada lámina, y un índice de interferencia. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.85 (Golden, 2001).

Torre de Hanoi (Simon, 1975). Evalúa la planificación y la memoria de trabajo. Consiste en una plataforma de madera con tres ejes verticales. Se busca que el sujeto sea capaz de transferir los discos del primer al tercer eje dejándolos en la misma posición inicial. Se especifica que no se puede colocar un disco grande encima de uno más pequeño y no se puede desplazar más de un disco a la vez. La prueba se evalúa teniendo en cuenta el número de movimientos realizados, el número de errores y el tiempo empleado para llegar al movimiento meta. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.71 (Humes, et al., 1997).

Escala para la evaluación del desarrollo psicosocial (Hurtig y Zazzo, 1971). Permite valorar la autonomía, adaptación social e inteligencia social. Se compone de 139 ítems que evalúan tres aspectos: la adquisición de autodirección, para valorar el nivel de autonomía; desarrollo de intereses sobre aspectos sociales, lectura y apertura intelectual; y desarrollo de relaciones interpersonales, para valorar la dependencia de padres y compañeros. Permite obtener un coeficiente de desarrollo. Cuenta con un alfa de Cronbach de entre 0.66 y 0.96 (Aranda-Sánchez, et al, 1995).

Protocolo de intervención neuropsicológica

Un total de 39 sesiones estarán destinadas a la intervención neuropsicológica propiamente dicha. Estas sesiones estarán conformadas por las actividades que se describen a continuación, entremezcladas siguiendo criterios de variedad y complejidad. Como regla general, el componente emocional estará siempre presente y se irá progresando desde la capacidad atencional hasta las funciones ejecutivas para acabar en dominios más complejos como las habilidades sociales o la solución de problemas. Cabe destacar lo interesante que resulta que los pacientes se familiaricen con las pruebas para mejorar su percepción de autoeficacia y se acentúe la evolución diaria, por lo que habrá que mantener un equilibrio eficiente entre la novedad y la práctica. Por otro lado, la duración de las sesiones permitirá que éstas contengan tres ejercicios diferentes de una duración aproximada de entre quince y veinte minutos cada uno. A continuación, se hará una descripción de las tareas planteadas.

Matriz de letras y números. Se trata de una tarea de lápiz y papel para la mejora de la atención sostenida y la planificación. Consta de una cuadrícula que contiene diez símbolos (cinco vocales y cinco números) repetidos y ubicados de un modo desordenado. Consiste en hacer un círculo alrededor de cada letra o número utilizando diferentes colores y sin dejarse ninguno. A continuación, se contabiliza el número total de ocasiones en que aparece uno de esos símbolos a la vez que se repasan los posibles fallos. Se puede aumentar la dificultad si se sustituyen las letras y números por símbolos o aumentando el tamaño de la matriz.

Búsqueda del patrón. Consiste en una tarea para la mejora de la flexibilidad cognitiva. Para ello, debe utilizarse una baraja de cartas y colocar un montón hacia abajo. Se pide al paciente que destape las cartas de una en una y las ubique bocarriba sobre la mesa. El objetivo es que descubra el patrón que deben seguir las cartas, sin haberle dado ninguna instrucción previa. Algunos ejemplos de reglas ocultas son: ordenar las cartas según un criterio numérico en sentido creciente o decreciente o según el color. A medida que el paciente acierte el criterio oculto, se le dará retroalimentación. En el caso de que se trate de la segunda respuesta, la carta seleccionada será devuelta al montón. El terapeuta podrá, en cualquier momento y sin previo aviso, cambiar de criterio, obligando al paciente a flexibilizar su respuesta para poder volver a acertar.

Sudokus. Se trata de un ejercicio para la mejora de la atención selectiva, la memoria de trabajo y la planificación. El paciente deberá rellenar, con números del uno al nueve, un folio con una matrícula impresa con algunos huecos en blanco y otros con los números ya prefijados, sin que se repita ninguno entre los cuadrados, las columnas ni las líneas. La complejidad del sudoku podrá variar para ajustarse al caso individual y se otorgarán pautas que faciliten su realización.

Solución de problemas. Consiste en una tarea de lápiz y papel para mejorar la capacidad de solución de problemas y las habilidades sociales. Se presenta un listado de problemas sociales, familiares o económicos. En primer lugar, el paciente debe redactar con sus propias palabras lo que ha entendido sobre el problema planteado. En segundo lugar, debe proponer tres posibles soluciones alternativas cualitativamente distintas. En tercer lugar, debe redactar los pros y los contras de cada una de las soluciones. Por último, se le proporciona retroalimentación sobre el trabajo realizado y se le insta a cambiar aquellos aspectos que podría mejorar.

Copia de una figura. Consiste en un ejercicio de lápiz y papel para la mejora de la atención selectiva, memoria de trabajo y la impulsividad. Se trata de un folio con dos cuadrículas formadas por filas y columnas llenas de puntos. En una de las cuadrículas hay dibujada una figura siguiendo la unión de unos puntos determinados. En la otra, el paciente deberá copiar el dibujo, fijando la atención en la fila y columna correcta.

Identificación de escenas. Se trata de un ejercicio para la mejora de las habilidades e interpretación de escenas sociales y comprensión emocional. Se presenta en un folio una escena de la vida cotidiana que representa una situación social determinada con varios personajes implicados. El paciente tendrá que identificar en ella tres elementos distintos: a) describir lo que ha sucedido en la viñeta; b) indicar lo que cada uno de los personajes implicados está pensando; c) describir los sentimientos de cada personaje como consecuencia de la situación. Tras cada interpretación, se le proporcionará retroalimentación.

Cómo me siento. Consiste en una tarea dirigida a mejorar la identificación de las emociones y la gestión de la frustración en el contexto diario. Se trata de un folio ilustrado con caras representativas de ciertas emociones, con complejidad variable (desde emociones básicas hasta otras más complejas). El paciente debe describir delante de cada emoción una situación en la que se haya sentido así desde la última sesión.

Lenguaje claro. Es una tarea dinámica que aumenta la capacidad de interacción social y el uso de un lenguaje y una capacidad conversacional adecuada. Consiste en una conversación sobre un tema a elegir por el propio paciente en la que, aquel que tenga un bolígrafo representativo de un micrófono simbólico, tendrá el turno de palabra. De esta manera, solamente se podrá hablar cuando se tenga el bolígrafo en posesión. El fin de la tarea consiste en enseñarle al paciente a respetar el turno de palabra, a mantener la mirada con quien se conversa, y a mostrar de interés por las inquietudes del otro, evitando el egocentrismo y la perseveración.

Descripción de las sesiones del programa

En la **Figura 2** se presenta un cronograma resumen de las sesiones del programa, que se detallan a continuación. En cada sesión, se reservarán cinco minutos para el descanso del paciente.

Sesiones 1-3. Se realizará la evaluación neuropsicológica basal.

Sesión 4. Se dirigirá al entrenamiento atencional. Se iniciará la sesión con la actividad “Cómo me siento”. La duración será de 15 minutos y, a lo largo de la realización del ejercicio, el terapeuta deberá preguntar al paciente sobre las situaciones descritas que parezcan más relevantes, además de darle feedback sobre su comprensión emocional. Tras este primer ejercicio, se realizará la tarea de “Matriz de letras y números” (20 minutos), y “Sudokus” (20 minutos).

Sesión 5. Se destinará a la intervención de la capacidad atencional. Se iniciará con la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). A continuación, se realizará el “Sudoku” (20 minutos) y la tarea “Copia de una figura” (20 minutos). En este tercer ejercicio de la

sesión se añadirá, además del trabajo implicado en la tarea anterior, la prevención de la conducta de impulsividad.

Sesión 6. Se destinará al entrenamiento de la atención, tanto sostenida como selectiva. Se iniciará con la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). Posteriormente, se realizará la tarea “Copia de una figura” (20 minutos) y la tarea de “Matriz de letras y números” (20 minutos).

Sesiones 7-13. Seguirán la misma secuencia que las tres sesiones anteriores, pudiendo cambiar el orden de los ejercicios de atención, con el fin de darle mayor variedad a las sesiones. Así mismo, se utilizarán materiales adaptados a las necesidades y preferencias de cada paciente. Una vez se ha abordado la capacidad atencional, en las siguientes sesiones se introducirán ejercicios con nuevos elementos y dominios sobre los que intervenir.

Sesión 14. En esta sesión se pretende introducir el entrenamiento en funciones ejecutivas. La sesión se iniciará la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). Después, se procederá con la tarea “Matriz de letras y números” (20 minutos), y se terminará con la actividad “Búsqueda del patrón” (20 minutos).

Sesión 15. Continuando con la introducción del entrenamiento en funciones ejecutivas, en esta sesión se seguirán presentando ejercicios novedosos. Se comenzará con la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). A continuación, se realizará un “Sudoku” (20 minutos) y se introducirá la tarea “Solución de problemas” (20 minutos).

Sesión 16. En esta sesión se prosigue con la mejora de la atención y las habilidades sociales, pero se enfatiza también la comprensión emocional. Se comenzará con la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). A continuación, se proseguirá con “Copia de una figura” (20 minutos), y se terminará con la actividad “Identificación de escenas” (20 minutos).

Sesión 17. Se trata de la última sesión en la que se introducirá un ejercicio desconocido, orientado a la continuación en las mejoras de las habilidades sociales y la comprensión emocional. Se iniciará con la habitual tarea “Cómo me siento” (15 minutos), seguida de “Matrices de letras y números” (20 minutos) y la novedosa tarea de “Lenguaje claro” (20 minutos).

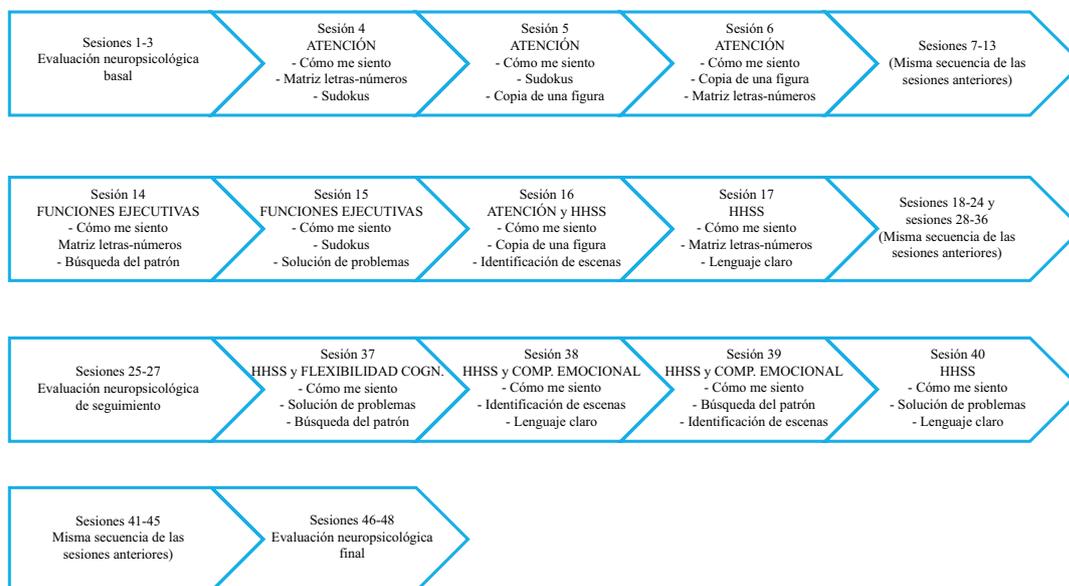


Figura 2. Cronograma resumen de las sesiones.

Nota: HHSS: habilidades sociales.

Sesiones 18-36. Las sesiones 18-24 y 28-36 seguirán la misma secuencia que las cuatro sesiones anteriores y estarán separadas por la evaluación neuropsicológica de seguimiento (sesiones 25- 27). En esta segunda tanda de sesiones se realiza una diferenciación entre dos bloques de ejercicios: los destinados a la mejora de la atención y las funciones ejecutivas (matrices de letras y números, sudokus y copia de una figura), y los destinados a habilidades sociales, comprensión emocional y flexibilidad cognitiva (búsqueda del patrón, solución de problemas, identificación de escenas y lenguaje claro). Para la realización de las sesiones venideras se exige la continuidad de la estructura presente, una actividad por bloque, además del “Cómo me siento” inicial. Del mismo modo, se exige que la secuencia sea la misma, realizando en primer lugar la tarea de atención y en segundo lugar la de habilidades sociales. No obstante, y puesto a que el número de tareas en ambos bloques es inexacto, se insta a una alternancia de ejercicios entre bloques, de modo que se realice una rueda que permita la totalidad de combinaciones posibles.

Una vez concluido este intervalo de sesiones, se asume que la atención y funciones ejecutivas del primer bloque están satisfactoriamente trabajadas y se dispone a un último periodo en el que se empleen únicamente las tareas del segundo bloque. Su ejecución se llevará a cabo del siguiente modo.

Sesión 37. Tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades sociales y flexibilidad cognitiva. Se iniciará con la tarea “Cómo me siento” (15 minutos). A continuación, se dedicarán 20 minutos a la “Solución de problemas” y los últimos 20 minutos para la “Búsqueda del patrón”.

Sesión 38. Enfatizando el desarrollo de las habilidades sociales y la comprensión de emociones, esta sesión se iniciará “Cómo me siento” (15 minutos), continuará con la tarea de “Identificación de escenas” (20 minutos), y finalizará con “Lenguaje claro” (20 min).

Sesión 39. Continuando con el mismo foco que las dos sesiones anteriores, la presente sesión se iniciará con “Cómo me siento” (15 minutos) y proseguirá con “Búsqueda del patrón” (20 minutos), finalizando con “Identificación de escenas” (20 minutos).

Sesión 40. En esta sesión se vuelve a trabajar con especial énfasis sobre las habilidades sociales. Tras los habituales 15 minutos de “Cómo me siento”, se realizará la tarea de “Solución de problemas” (20 minutos) y, posteriormente, la tarea de “Lenguaje claro” (20 minutos).

Sesiones 41-45. Seguirán la misma disposición y secuencia que las cuatro sesiones anteriores, pudiendo cambiar el orden de los ejercicios propuestos por sesión, con el fin de darle mayor variedad a las sesiones.

Sesiones 46-48. Se realizará la evaluación neuropsicológica final.

Conclusiones

El presente protocolo pretende convertirse en un modelo de rehabilitación para niños con Síndrome de West y TEA asociado. Para ello, se establece una metodología de trabajo centrada en la mejora de aspectos cognitivos, socioemocionales y de autonomía y funcionalidad contextual. Se expone, con dicho fin, un programa de 48 sesiones a implementar en un intervalo de seis meses de duración, incluyendo sesiones de intervención y sesiones de evaluación dirigidas a valorar la eficacia del programa.

Las alteraciones cognitivas que se pueden encontrar como consecuencia de sufrir un síndrome epiléptico pediátrico y autismo asociado son dispares. Por esta razón, se ha propuesto evaluar e intervenir en dominios como atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades visoespaciales, estado de ánimo y calidad de vida (Helmstaedter, et al., 2020; Vogt, et al., 2017). Para el diseño de esta intervención se han tenido en cuenta todos estos dominios, elaborando un proceso de rehabilitación integral. En vistas a este planteamiento, parece coherente esperar una mejoría en la capacidad intelectual general, estimada por el índice de funcionamiento de inteligencia general del WISC-V (Wechsler, 2014). Asimismo, de los cuatro subíndices que componen esta prueba, se hipotetiza el aumento de las puntuaciones en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento por el especial énfasis que se hace a los dominios de la atención y las funciones ejecutivas. Del mismo modo, se espera encontrar una mejora en el índice de desarrollo global del test CUMANES (Portellano, et al., 2014), lo que indicaría estar aumentando el desarrollo neuromadurativo del mismo a nivel general.

Entrando a detallar los aspectos específicos que se pretenden satisfacer con esta intervención, cabe destacar el funcionamiento de la atención, tanto selectiva como sostenida a corto y largo plazo. Son muchos los programas que se centran en este campo, aunque en diferentes poblaciones. El programa FORAMENRehab desarrollado por Saard, et al. (2017) se focalizaba en los diversos procesos de la atención en una intervención individualizada y con un mínimo de 10 sesiones para pacientes con epilepsia. Lo mismo ocurría en el programa EXAT para pacientes con epilepsia, quienes presentaron resultados prometedores en este campo (Rantanen, et al., 2020). Considerando estos precedentes, podría esperarse una mejora del rendimiento en el test CARAS-R (Thurstone y Yela, 1979), el test WSCT (Heaton, et al., 1981) o el test Stroop (Golden, 2001) tras la aplicación del programa de intervención propuesto.

Por otro lado, otro de los aspectos en los que se ha focalizado la intervención propuesta son las funciones ejecutivas. Considerando la literatura previa, se espera que la intervención planteada mejore las funciones ejecutivas (MacAllister, et al., 2014; Kenworthy, et al., 2014). En concreto, se esperaría encontrar mejoras en el índice de control de la impulsividad del test CARAS-R (Thurstone y Yela, 1979) o un aumento de la flexibilidad cognitiva y la capacidad de formación de conceptos en el test WSCT (Heaton, et al., 1981). Prosiguiendo con la misma lógica, se espera encontrar una disminución del índice de interferencia del test Stroop (Golden, 2001), que evalúa el control inhibitorio, y una mejor ejecución en la tarea Torre de Hanoi (Simon, 1975), reflejo de la capacidad de planificación y la memoria de trabajo.

Por último, en cuanto al planteamiento utilizado para el diseño de la intervención y sus dominios, cabe mencionar el aspecto socioemocional que también se ha propuesto trabajar. Se espera obtener una mejoría en el coeficiente de desarrollo de la escala para la evaluación del desarrollo psicosocial, implicada en aspectos como la autonomía, la adaptación social y la inteligencia social. Se puede aventurar tal mejoría considerando que el programa plantea tareas específicas para dicho fin, así como los resultados encontrados por Rantanen et al (2020), que mostraron mejoras a nivel atencional y de comportamiento tras la aplicación del programa EXAT en personas con epilepsia. De hecho, una revisión sistemática reciente muestra que el rendimiento en funciones

ejecutivas se asocia positivamente con las habilidades sociales (van den Berg, et al., 2021).

Como limitaciones a la intervención se plantean varios aspectos. Por un lado, la mayoría de los ejercicios planteados son en un contexto clínico y de lápiz y papel. Esto no es algo negativo per se, pero podría dificultar la extrapolación a la vida cotidiana que se pretende. No es que se haya desatendido este aspecto. Las tareas emocionales aplicadas en cada sesión y las tareas socioemocionales de ciertas sesiones específicas buscan, precisamente, preparar al niño para que se desenvuelva mejor en su contexto diario. No obstante, la importancia de trabajar primero en el marco más puramente cognitivo de atención y funciones ejecutivas lleva a una mecánica que puede resultar más artificial. Por otro lado, y debido a los mismos aspectos descritos anteriormente, la intervención puede correr el riesgo de resultar monótona. La repetición de ciertos ejercicios, aunque se presenten con una búsqueda de proyección y mejoría en su resolución y una adaptación continua de la tarea, puede provocar que se caiga en esa problemática. Será cuestión del profesional responsable de la intervención que logre darle dinamismo y flexibilidad a la sesión, atendiendo a las necesidades particulares de cada paciente en cada circunstancia, y mejorando así su motivación para con el proceso de rehabilitación.

A pesar de estas posibles limitaciones, esta propuesta de intervención pone el foco en una población que, si bien por su carácter infante presenta una gran proyección de mejora en las dificultades presentes, requiere de una mayor atención de lo que la comunidad científica le ha otorgado hasta el momento. Nos referimos a la comorbilidad de dos patologías de perfil grave: Síndrome de West y TEA. El carácter regresivo de las patologías mencionadas desemboca en una heterogeneidad de déficits que puede abarcar cualquier dominio del neurodesarrollo, lo que justifica que recientemente se haya recomendado la intervención en el período pre-sintomático en infantes en riesgo de desarrollar TEA (Grzadzinski, et al., 2021). Considerando esto, en el presente trabajo se ha diseñado un programa de intervención basado en la evidencia científica disponible, que pretende mejorar la funcionalidad y calidad de vida de esta población.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5*. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5], Editorial Médica Panamericana.
- Aranda-Sánchez, M., Brante Lara, M. E., & Robles Cárdenas, L. M. (1995). *Estandarización de la escala de desarrollo psicossocial de René Zazzo y Marie Claude Hurtig en niños de cinco años de edad [Standardization of René Zazzo and Marie Claude Hurtig's psychosocial development scale in five-year-old children]*. (PhD thesis, Universidad de Chile). <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/134312>
- Arregui, M. J. B., Prat, N. T., Salas, L. V., & Combalía, R. A. (2020). El síndrome de West o espasmos infantiles: Síntomas, etiología y opciones de tratamiento [West syndrome or infantile spasms: Symptoms, etiology, and treatment options]. *Revista Sanitaria de Investigación*, 1, 5.
- Besag, F. M. (2006). Cognitive and behavioral outcomes of epileptic syndromes: Implications for education and clinical practice. *Epilepsia*, 47, 119-125. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00709.x>
- Besag, F., Gobbi, G., Aldenkamp, A., Caplan, R., Dunn, D. W., & Sillanpää, M. (2016). Psychiatric and behavioural disorders in children with epilepsy (ILAE Task Force Report): Behavioural and psychiatric disorders associated with epilepsy syndromes. *Epileptic Disorders*, 18, S37-S48. <https://doi.org/10.1684/epd.2016.0815>
- Chong, P. F., Saitou, H., Sakai, Y., Imagi, T., Nakamura, R., Matsukura, M., Matsumoto, N., & Kira, R. (2018). Deletions of SCN2A and SCN3A genes in a patient with West syndrome and autistic spectrum disorder. *Seizure*, 60, 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.06.012>
- Comeche, M. & Vallejo, M.A. (2005). *Manual de terapia de conducta en la infancia [Handbook of behavior therapy in childhood]*. Dykinson.
- Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel Jr, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46, 470-472. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x>
- Golden C.J. (2001). *Stroop: Test de colores y palabras [Stroop Color and Word Test]*. TEA Ediciones.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2007). The developmental individual-difference, relationship- based (DIR/Floortime) model approach to autism spectrum disorders. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (p. 179-209). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Grzadzinski, R., Amsos, D., Landa, R., Watson, L., Guralnick, M., Zwaigenbaum, L., Deák, G., Estes, A., Brian, J., Bath, K., Elison, J., Abbeduto, L., Wolff, J., & Piven, J. (2021). Pre-symptomatic intervention for autism spectrum disorder (ASD): Defining a research agenda. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 13(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09393-y>
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G. & Curtiss, G. (1981). Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin [Wisconsin Card Sorting Test]. TEA Ediciones.
- Helmstaedter, C., Sadat-Hossieny, Z., Kanner, A. M., & Meador, K. J. (2020). Cognitive disorders in epilepsy II: Clinical targets, indications and selection of test instruments. *Seizure*, 83, 223-231. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.09.031>
- Humes, G. E., Welsh, M. C., Retslaff, P., & Cookson, N. (1997). Towers of Hanoi and London: reliability and validity of two executive function tasks. *Assessment*, 4, 249-257. <http://dx.doi.org/10.1177/107319119700400305>
- Hurtig, M.C. & Zazzo, R. (1971). La medida del desarrollo psicossocial [The measurement of psychosocial development]. In R. Zazzo: *Manual para el examen psicológico del niño. Volumen II [Manual for the psychological examination of the child. Volume II]*. Fundamentos Editorial.
- Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>
- Kaldoja, M. L., Saard, M., Lange, K., Raud, T., Teeveer, O. K., & Kolk, A. (2015). Neuropsychological benefits of computer-assisted cognitive rehabilitation (using FORAMENRehab program) in children with mild traumatic brain injury or partial epilepsy: A pilot study. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 8, 271-283. <http://dx.doi.org/10.3233/PRM-150346>
- Kenworthy, L., Anthony, L.G., Naiman, D.Q., Cannon, L., Wills, M.C., Luong-Tran, C., Werner, M.A., Alexander, K.C., Strang, J., Bal, E., & Sokoloff, J.L. (2014). Randomized controlled effectiveness trial of

- executive function intervention for children on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 374-383. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12161>
- Legido, A. (2015). *Síndromes epilépticos pediátricos y autismo [Pediatric epileptic syndromes and autism]*. Fundación Síndrome de West.
- MacAllister, W. S., Vasserman, M., Rosenthal, J., & Sherman, E. (2014). Attention and executive functions in children with epilepsy: what, why, and what to do. *Applied Neuropsychology: Child*, 3, 215-225. <http://dx.doi.org/10.1080/21622965.2013.839605>
- Macoun, S. J., Schneider, I., Bedir, B., Sheehan, J., & Sung, A. (2021). Pilot study of an attention and executive function cognitive intervention in children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(8), 2600-2610. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04723-w>
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer Science & Business Media.
- Muñoz, J.M., Salvadó, B., Ortiz Alonso, T., Amo, C., Fernández Lucas, A., Maestú, F., & Palau Baduell, M. (2003). Clínica de la epilepsia en los trastornos del espectro autista [Epilepsy clinic in autism spectrum disorders]. *Revista de Neurología*, 36, S61-S67. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003075>
- Mytinger, J. R. (2021). Definitions and diagnostic criteria for infantile spasms and West syndrome— historical perspectives and practical considerations. *Seminars in Pediatric Neurology*, 38, 100893. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2021.100893>
- Pasqualotto, A., Mazzoni, N., Bentenuto, A., Mulè, A., Benso, F., & Venuti, P. (2021). Effects of cognitive training programs on executive function in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A systematic review. *Brain Sciences*, 11(10), 1280. <https://doi.org/10.3390/brainsci11101280>
- Portellano, J. A. & García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y memoria [Neuropsychology of attention, executive functions and memory]*. Síntesis.
- Rantanen, K., Vierikko, E., Eriksson, K., & Nieminen, P. (2020). Neuropsychological group rehabilitation on neurobehavioral comorbidities in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 103, 106386. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.06.030>
- Saard, M., Kaldoja, M. L., Bachmann, M., Pertens, L., & Kolk, A. (2017). Neurorehabilitation with FORAMENRehab for attention impairment in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 67, 111-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.12.030>
- Simon, H. A. (1975). The functional equivalence of problem solving skills. *Cognitive Psychology*, 7, 268-288. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(03\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(03)00002-5)
- Strasser, L., Downes, M., Kung, J., Cross, J. H., & De Haan, M. (2018). Prevalence and risk factors for autism spectrum disorder in epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60, 19-29. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13598>
- Thurstone & M. Yela. (1979). CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado [FACES-R-Perception of differences test]. TEA Ediciones.
- van den Berg, L., de Weerd, A. W., Reuvekamp, M., & van der Meere, J. J. (2021). Associating executive dysfunction with behavioral and socioemotional problems in children with epilepsy. A systematic review. *Child Neuropsychology*, 27(5), 661-708. <https://doi.org/10.1080/09297049.2021.1888906>
- Velikonja, T., Fett, A. K., & Velthorst, E. (2019). Patterns of nonsocial and social cognitive functioning in adults with Autism Spectrum Disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 135-151. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3645>
- Vogt, V.L., Äikiä, M., Del Barrio, A., Boon, P., Borbély, C., Bran, E., Braun, K., Carette, E., Clark, M., Cross, J.H., & Dimova, P. (2017). Current standards of neuropsychological assessment in epilepsy surgery centers across Europe. *Epilepsia [Epilepsy]*, 58, 343-355. <http://dx.doi.org/10.1111/epi.13646>
- Wechsler, D. (2014). *WISC-V. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-V [Wechsler Intelligence Scale for Children]*. Pearson Educación.

de la perspectiva del paciente y la mejora continua del terapeuta ciertamente líneas en curso (Gimeno-Peón, 2021). Por mi parte, como comentarista y admirador entusiasta del libro de Wampold e Imel, todavía iría más allá, en la dirección de reconcebir los problemas psicológicos en términos fenomenológico-existenciales como reacciones, estrategias de sobrevivencia y situaciones vitales (Pérez-Álvarez, 2021). Ahora bien, todo lo más allá que se quiera, pueda y deba irse pasa por el *El gran debate de la psicoterapia*, definitivamente, el libro más importante sobre la psicoterapia en lo que va del siglo XXI.

Referencias

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review, *Psychotherapy Research*, 30, 3, 279-293.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy*, JHUP.
- Fraser, J. S. (2020). Shifting paradigms. From the DSM to the process of change. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann, eds., *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment* (pp. 47-72). Context Press.
- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia* [Improving outcomes in psychotherapy. Evidence-based therapeutic principles]. Pirámide.
- 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, 391-399.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal* [Science and pseudoscience in psychology and psychiatry: beyond the mainstream]. Alianza.
- Wampold, B. E. (2019). A smorgasbord of PTSD treatments: What does this say about integration? *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 65-71.

Revisión de libro

El gran debate de la psicoterapia **Bruce Wampold and Zac Imel** **Barcelona: Editorial Eleftheria. 2021**

Marino Pérez Álvarez 

Catedrático de Técnica de Intervención y Tratamiento Psicológico.
Universidad de Oviedo.

El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione de Bruce Wampold y Zac Imel (Editorial Eleftheria, 2021) es probablemente el libro más importante sobre la psicoterapia en lo que va del siglo XXI. La primera edición data de 2001 y ésta recién traducida data de 2015. Su importancia viene dada al menos por tres dimensiones: un enfoque comprensivo de la psicoterapia, la revisión de la investigación empírica y un modelo de su funcionamiento.

El enfoque comprensivo parte de las psicoterapias realmente existentes que se han preocupado por estudiar su eficacia y ver cómo esta se produce. No se trata por tanto de un enfoque de escuela, sino transteórico. Ofrece una definición de psicoterapia suficientemente general como para incluir las diferentes terapias que se precien de su nombre, así como también suficientemente precisa como para ver lo que no sería psicoterapia. De acuerdo con los autores, “la psicoterapia es un tratamiento principalmente interpersonal que a) se basa en principios psicológicos; b) comporta la existencia de un terapeuta formado y un cliente que pide ayuda en referencia a un trastorno mental, problema o motivo de demanda; c) está dirigido por el terapeuta para que aporte un remedio al trastorno, problema o motivo de demanda del cliente, y d) está adaptado o individualizado a cada cliente en particular y a su trastorno, problema o motivo de demanda.” (p. 76). Como advierten los autores, “principalmente” se emplea aquí para incluir las actividades complementarias realizadas en ausencia del psicoterapeuta pero que forman parte de la psicoterapia.

La revisión de la investigación empírica empieza (cap. 4) por los ensayos clínicos y metaanálisis que estudian la eficacia absoluta de la psicoterapia respecto del no tratamiento o diversas formas de control (espera, atención inespecífica) que no implican la comparación con otro tratamiento. Estos estudios muestran que la psicoterapia es mejor que no hacer nada o hacer cualquier cosa que no tenga un propósito terapéutico, pero no aclaran si sus efectos son específicos o generales. Los creyentes y practicantes de cada tratamiento afirmarán que los efectos se deben a los

ingredientes específicos de su terapia, pero la evidencia no permite determinar si realmente son específicos o genéricos (p. 191).

El capítulo 5 revisa la investigación de la eficacia relativa en la que se comparan unas psicoterapias con otras. Aquí, se llega a la conclusión del famoso veredicto del pájaro Dodo según el cual todas las psicoterapias tendrían por lo común una eficacia similar. Particularmente referido a trastornos específicos como la depresión y el estrés postraumático, los estudios muestran la eficacia similar de tratamientos que sin embargo son diferentes entre ellos. Revisiones posteriores confirman la eficacia de diferentes psicoterapias. Tocante a la depresión, siete tipos de terapias (quince si se consideran variantes más específicas) muestran efectos significativos similares (Cuijpers et al, 2020). El trastorno de estrés postraumático también es agradecido para una variedad de psicoterapias (Norcross y Wampold, 2019; Wampold, 2019). Wampold e Imel se refieren asimismo al abuso de sustancias tomando como ejemplo el abuso del alcohol donde diferentes tratamientos como el programa de los doce pasos, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional no serían esencialmente diferentes (p. 255).

El pájaro Dodo supone una buena y una mala noticia. Buena para los usuarios, sistemas sanitarios y seguros porque los tratamientos psicológicos funcionan. Mala para investigadores y clínicos porque no se saben cómo y por qué funcionan sus terapias o al menos no pueden estar seguros ya que también funcionan las terapias de sus (denostados) vecinos haciendo cosas distintas.

El modelo del funcionamiento de la psicoterapia viene a despejar el enigma del pájaro Dodo. El fenómeno del dichoso pájaro Dodo es particularmente enigmático y desconcertante para una concepción de la psicoterapia conforme a un modelo médico, pero no para un modelo contextual. El motivo principal de *El gran debate de la psicoterapia*, de hecho, el gran debate, es la contraposición del modelo médico de psicoterapia y el modelo contextual. El modelo médico de psicoterapia (en analogía con el modelo médico de la medicina y la psiquiatría) supone que la

eficacia del tratamiento psicológico se debe a sus ingredientes específicos en orden a reparar déficits o disfunciones subyacentes a las condiciones tratadas, sean por caso, esquemas cognitivos en la terapia cognitiva de la depresión o memoria “no-procesada” en la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). Aun cuando estas terapias psicológicas, como todas las demás, dan importancia a la relación terapéutica, su énfasis y razón de ser está en las técnicas específicas (reestructuración cognitiva, movimientos oculares) que no en balde dan nombre y renombre a estas terapias.

Por su parte, el modelo contextual supone que la eficacia del tratamiento psicológico se debe ante todo a la relación terapéutica y a los factores comunes de las diferentes psicoterapias. Los factores comunes se refieren a aquí a los factores descritos por Jerome Frank en su clásico *Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia* (Frank y Frank, 1991), probablemente el libro más importante sobre psicoterapia de la segunda mitad del siglo XX. Como se recordará, los factores comunes de Frank incluyen tanto los que tienen en común todos los problemas psicológicos: una desmoralización (ansiedad, desesperanza), como los que comparten todas las psicoterapias: un *clínico* como figura (sanitaria, sanadora) reconocida, un sitio de salud (centro de salud, clínica, consulta), una explicación razonable (verosímil, creíble) de lo que le pasa al consultante y habría que hacer (*rationale*) y las consiguientes acciones terapéuticas (ingredientes específicos o técnicas) que toda terapia comporta.

La explicación o *rationale* y para el caso los conocimientos psicológicos que estarían en la base de la psicoterapia (según la definición introducida) es el factor común más relevante, que da sentido a la relación y a las acciones terapéuticas. La relación terapéutica no es una mera relación humana (comprensiva, empática, amable), sino que está fundada en la concepción de la terapia e informada por ésta. Uno no nace con el don de la relación terapéutica, sino que se forma y perfecciona en ella (o acaso no tanto como debiera). La relación se plasma en la alianza de trabajo que viene a ser el chasis de la terapia. Por su parte, las acciones terapéuticas por diferentes que sean según las terapias o incluso obvias según el sentido común, cobran tanto más valor en el contexto de la terapia.

Como señalan Wampold e Imel, “El modelo contextual reconoce la importancia de los ingredientes terapéuticos, pero por una razón diferente a la propuesta por un modelo médico. En lugar de plantear un déficit corregido por un ingrediente específico, el modelo contextual postula que los ingredientes específicos en todas las terapias inducen al cliente a hacer algo que sea saludable. Es decir, el cliente se implica en alguna acción que promueve la salud, ya que la actividad da como resultado un aumento de algo saludable o una disminución de algo que no lo es.” (p. 109). Esta explicación podría verse como un *cambio de segundo orden o cambio 2* que de alguna manera hacen todas las terapias, respecto de las soluciones fracasadas de los pacientes (*cambio de primer orden o cambio 1*) por lo que terminan por buscar ayuda psicoterapéutica (Fraser, 2020). Se entiende que, en general, las terapias psicológicas hacen cosas razonables y de hecho razonadas de acuerdo con su marco explicativo (*rationale*), sin menoscabo de que también pueden producir efectos dañinos como igualmente muestran Wampold e Imel (pp. 180-190).

La similar eficacia que sostiene el modelo contextual y que por el lado de la “mala noticia” incomoda a muchos clínicos e investigadores (en la órbita del modelo médico), para nada está diciendo que es igual hacer cualquier cosa. Los metaanálisis que muestran esta similitud se basan en tratamientos que son terapéuticos para determinado trastorno. Lo que pasa es que una variedad de tratamientos para trastornos particulares es igualmente eficaz (p. 257).

La evidencia de la eficacia similar que da alas al pájaro Dodo cuenta en particular con tres fuentes: los efectos del terapeuta (cap. 6), los efectos generales debidos a los factores comunes (cap. 7) y los efectos específicos (cap. 8). Los efectos del terapeuta (“una factor ignorado pero crítico”) ponen de relieve cómo los resultados a menudo dependen más del terapeuta que del tratamiento. Los efectos del terapeuta existen porque los terapeutas más eficaces son probablemente mejores en formar alianzas de trabajo. Los efectos generales debidos a los factores comunes tienen a su vez tres vías: la citada alianza de trabajo, las expectativas derivadas de la explicación ofrecida y del tratamiento propuesto, y la participación en las acciones terapéuticas. Finalmente, los efectos específicos consisten también en tres tipos de estudios: estudios de componentes conforme a diseños de desmantelamiento y aditivos, estudios de control-placebo (cómo por ejemplo los placebos más creíbles terminan siendo nuevas terapias), y estudios de mediadores y mecanismos de cambio, cómo, por ejemplo, no está mostrado que las cogniciones sean realmente los procesos mediadores de los efectos de la propia terapia cognitiva. “Los investigadores han realizado un esfuerzo muy concreto para establecer la importancia de los ingredientes específicos de la psicoterapia, pero como se revisó en este capítulo [cap. 8], no hay evidencia convincente de que los ingredientes específicos de una psicoterapia particular o de la psicoterapia en general resulten esenciales para producir los beneficios de la psicoterapia.” (p. 411).

La investigación ha mostrado que la psicoterapia funciona razonablemente bien para la mayoría de los usuarios. Sin embargo, no deja de ser desconcertante que la evidencia apoye diferentes terapias. “En consecuencia, y lamentablemente, hoy seguimos teniendo algunos de los mismos debates sobre psicoterapia que hemos tenido en el pasado.” (p. 413). Con todo, una cosa parece estar clara: el modelo contextual según el cual los beneficios de la psicoterapia se deberían a la relación real, la creación de expectativas mediante la explicación y el acuerdo sobre las tareas y objetivos de la psicoterapia y la facilitación de procesos psicológicamente beneficiosos de algún tipo”, daría cuenta del funcionamiento de la psicoterapia mejor que el modelo médico según los beneficios se deberían a que el tratamiento estaría reparando disfunciones psicológicas específicas (p. 414). Bien entendido, de nuevo, que no se refiere únicamente a la relación terapéutica, sino también a una explicación razonable y a acciones terapéuticas coherentes con ella que impliquen medios para abordar los problemas. El tratamiento importa, solo que no es único, ni tampoco cualquier cosa.

Al final, se preguntan Wampold e Imel si la evidencia empírica conduce al cinismo terapéutico. Responden que no, en tanto el terapeuta debe estar convencido de que el tratamiento es una buena opción para sí mismo y para el cliente (p. 444). Sin embargo, como ellos mismos plantean, habría que ir más allá del debate (cap. 9). A este respecto, proponen la incorporación

de la perspectiva del paciente y la mejora continua del terapeuta ciertamente líneas en curso (Gimeno-Peón, 2021). Por mi parte, como comentarista y admirador entusiasta del libro de Wampold e Imel, todavía iría más allá, en la dirección de reconcebir los problemas psicológicos en términos fenomenológico-existenciales como reacciones, estrategias de sobrevivencia y situaciones vitales (Pérez-Álvarez, 2021). Ahora bien, todo lo más allá que se quiera, pueda y deba irse pasa por el *El gran debate de la psicoterapia*, definitivamente, el libro más importante sobre la psicoterapia en lo que va del siglo XXI.

Referencias

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review, *Psychotherapy Research*, 30, 3, 279-293.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy*, JHUP.
- Fraser, J. S. (2020). Shifting paradigms. From the DSM to the process of change. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann, eds., *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment* (pp. 47-72). Context Press.
- Gimeno-Peón, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia* [Improving outcomes in psychotherapy. Evidence-based therapeutic principles]. Pirámide.
- 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, 391-399.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal* [Science and pseudoscience in psychology and psychiatry: beyond the mainstream]. Alianza.
- Wampold, B. E. (2019). A smorgasbord of PTSD treatments: What does this say about integration? *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 65-71.

Revisión de libro

La cueva del mono **Las siete piedras de la sabiduría** **Jenny Moix**

Barcelona: Plataforma. 2022

Dr. Xavier Montaner Casino¹

¹ Consorcio Sanitario de Vilafranca del Penedés.

Con apenas siete años empecé a leer las fábulas de Esopo. Cada noche, junto a mi abuelo, examinaba con curiosidad y atención tres o cuatro páginas de un enigmático libro de tapa gruesa y de olor marchito que contenía preciosas ilustraciones de animales. Eran historias breves y metafóricas, como la de la cigarra y la hormiga, cuyas moralejas ayudaron a esculpir y a dar forma a mi carácter. Son historias que tocaron mi corazón. Con mi primera lectura de *La cueva del mono* y su preciosa alegoría de la mente, conecté con el sentir de ese niño que leía las fábulas junto a su abuelo. Conecté con la exquisita emoción contenida que se siente en los momentos previos a abrir un regalo que llevas mucho tiempo esperando. Sin pretenderlo, reviví el hermoso placer de visualizar, en palabras simples y directas, verdades extremadamente complejas de describir. Con una descarada y elegante sencillez, y con una indiscutible inteligencia, la autora nos describe la enfermiza relación que la mayoría de los mortales tenemos con nuestra mente reactiva y con nuestras emociones difíciles. Es un libro breve y conciso que nos invita a salir de la mente para entrar en la vida y que nos descubre de un modo sensible y sin intelectualismos lo que significan la aceptación, el desapego de la mente y la compasión hacia uno mismo.

No en vano, en las primeras líneas del libro, encontramos una referencia a una de las alegorías más bonitas de la historia del pensamiento occidental: el mito de la caverna de Platón. Jenny Moix desafía al idealismo platónico y reclama con propiedad volver a confiar en los sentidos y en la experiencia. Para ello, nos anima a dejar de escondernos, de luchar o de huir de lo que nos provoca dolor. Nos invita a entrar en la cueva del mono para conocer de primera mano esas sombras. Nos enseña a cultivar la curiosidad y a observar la mente, para aprender a no dejarnos hechizar por ella.

A través de sus páginas, la autora nos conduce por un argumento cuidadosamente hilvanado que narra la historia de Rahul, un joven cuyo plan vital se ha visto truncado por

la desgracia. Sumido en la desesperación, Rahul conoce a una anciana misteriosa que le propone entrar en la cueva del mono. Tras entrar, Rahul se verá inmerso en una emocionante aventura en la que deberá superar una serie de desafíos que le descubrirán, al estilo de las viejas fábulas, verdades sobrecogedoras que acabaran transformando su relación con su propia mente y con sus emociones difíciles.

A lo largo de los años, en mi práctica clínica, he comprobado los valiosos beneficios del contacto con el momento presente, la aceptación y la conexión con los valores. Por otro lado, también he observado que muchos de mis clientes, al menos al principio, muestran cierta reticencia o resistencias cuando escuchan palabras como Mindfulness o Meditación. Algunos de ellos alegan que no les gusta meditar. Otros, incitados por las redes sociales o por la presión ambiental se han introducido de puntillas en el Mindfulness y han hecho alguna meditación larga y tediosa por sí mismos con la intención de calmar su dolor emocional. La mayoría de las veces, no funciona. Estas personas no encuentran un sentido último a la práctica del Mindfulness y la abandonan. Su mono les atrapa y juzga la meditación como algo inútil y sin una conexión directa con sus problemas reales. Los terapeutas, lejos de racionalizar o intentar convencer a nuestros clientes sobre los beneficios del Mindfulness, tenemos el difícil cometido de que practiquen y que descubran por su propia experiencia los incalculables beneficios que conllevan el contacto con el presente y la aceptación de la experiencia. En mi opinión, *La cueva del mono* viene a superar esta dificultad común con la que nos encontramos los psicoterapeutas. Es una magnífica carta de presentación que sin duda motivará a mis clientes a entrar en el presente con intención, curiosidad y apertura. Lo sé porque, como en las fábulas de Esopo, la autora toca las teclas adecuadas. Toca el corazón.

Normas de Publicación

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 (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition* (2020). Washington, DC: Author. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>.
 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 y apellidos, lugar de trabajo, y código de identificación ORCID (<https://orcid.org>) de cada autor. Nombre y Correo electrónico del autor 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 amplio 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: [Formulario de contacto](#).
8. Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:
 - Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
 - Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
 - Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
 - Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).
- Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.
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 de España