

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

NOVENA EDICIÓN DE LOS TEST EDITADOS EN ESPAÑA



PENSAMIENTO EPISÓDICO - VICTIMIZACIÓN SEXUAL -
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO - PERDÓN EN EL ABUSO SEXUAL
- TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA - COMPRENSIÓN DE NARRATIVAS

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

1. Novena evaluación de los test editados en España
Luis M. Lozano
8. Pensamiento episódico futuro para la prevención y el tratamiento de conductas de riesgo para la salud
Gema Aonso-Diego, Roberto Secades-Villa, Alba González-Roz
15. Victimización sexual en la primera infancia: Una revisión narrativa de aspectos clínicos
Noemí Pereda
22. Internamiento involuntario vs. Retención ilegal en pacientes con trastorno mental grave
Juan Lázaro Mateo, Pau Soldevila-Matias, Victor González-Ayuso
28. Sobre la posibilidad de perdón en el abuso sexual infantil
María Prieto-Ursta
36. Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone
Stefano Bartoli, Ricardo De la Cruz Gil
45. Construcción de la coherencia en la comprensión de narrativas: Estudios acerca de la importancia del establecimiento de conexiones causales, brechas en la investigación actual y futuras direcciones
Jazmín Cevalco, Karen Acosta Buralli

Articles

1. Ninth review of tests published in Spain
Luis M. Lozano
8. Episodic future thinking for the prevention and treatment of health risk behaviors
Gema Aonso-Diego, Roberto Secades-Villa, Alba González-Roz
15. Sexual victimization in early childhood: A narrative review of clinical aspects
Noemí Pereda
22. Involuntary internment vs. Illegal retention in patients with serious mental disorder
Juan Lázaro Mateo, Pau Soldevila-Matias, Victor González-Ayuso
28. On the possibility of forgiveness in child sexual abuse
María Prieto-Ursta
36. Epistemology, history and foundations of Brief Strategic Therapy. Giorgio Nardone's Model
Stefano Bartoli, Ricardo De la Cruz Gil
45. Construction of coherence in the comprehension of narratives: Studies on the importance of the establishment of causal connections, gaps in current research and future directions
Jazmín Cevalco, Karen Acosta Buralli

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*); Maité 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, Singapur*); Emiliano Martín (*Departamento de Familia. Ayuntamiento de Madrid*); Vicente Martínez Tur (*Univ. de Valencia*); Carlos Montes Piñeiro (*Univ. de*

Santiago); Luis Montoro (*Univ. de Valencia*); José Muñiz (*Univ. de Oviedo*); Marino Pérez (*Univ. de Oviedo*); Salvador Perona (*Univ. de Sevilla*); 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, IBECS, EBSCO, Dialnet e In-RECS; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España:
<https://www.cop.es>



Artículo

Novena evaluación de los test editados en España

Luis M. Lozano 

Universidad de Granada, Centro de Investigación Mente Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), España

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 02, 2022
Aceptado: Diciembre 23, 2022

Palabras clave

Test
Evaluación de test
Psicometría
Propiedades psicométricas
CET-R

RESUMEN

La Comisión Nacional de Test, perteneciente al Consejo General de la Psicología de España, elabora anualmente una evaluación de los test editados en España. Para ello, en esta edición, se han involucrado tanto la Comisión como diferentes casas editoriales (TEA Hogrefe, Pearson Educación, GiuntiEOS y CEPE) y doce evaluadores (seis especialistas en la materia sustantiva y seis en Psicometría). La evaluación realizada se basa en el modelo europeo de evaluación de la calidad de los test adaptados al español, que ha dado como resultado el Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R). Como resultado general cabe destacar que la calidad de los seis cuestionarios evaluados es buena y coherente con los resultados obtenidos en evaluaciones previas. Así mismo, se presentan diferentes aspectos de mejora en el proceso evaluativo.

Ninth review of tests published in Spain

ABSTRACT

The National Test Commission, belonging to the Spanish Psychological Association, prepares an annual review of the tests published in Spain. In this edition, the Commission, different publishing houses (TEA Hogrefe, Pearson Education, GiuntiEOS, and CEPE), and twelve external evaluators (six specialists in the substantive subject and six experts in psychometrics) have been involved. The review carried out is based on the European model of evaluation of the quality of the tests adapted to Spanish, which has resulted in the Revised Test Evaluation Questionnaire (CET-R). As a general result, it should be noted that the quality of the six questionnaires evaluated is good and consistent with the results obtained in previous reviews. Furthermore, different aspects of improvement in the evaluation process are presented.

Keywords

Tests
Assessing test quality
Psychometrics
Psychometric properties
CET-R

La mayor parte de la información que obtienen y manejan los psicólogos para tomar cualquier tipo de decisión proviene de los cuestionarios. Esta afirmación puede considerarse transversal a las diferentes áreas de trabajo de la Psicología, ya que el uso de los cuestionarios psicométricos puede considerarse universal (Muñiz et al., 2020). Aunque, obviamente, la toma de decisiones le corresponde al profesional de la psicología y no a la prueba psicológica empleada, estas decisiones deben ser tomadas basándose en información de calidad. Siempre hay que tener presente que cualquier decisión que se tome afecta a la vida de las personas evaluadas, y por tanto, no puede ser tomada a la ligera.

Aunque, tal y como se comentó anteriormente, la calidad de la prueba empleada es crucial para una buena toma de decisiones, no es suficiente. No hay que restarles importancia a todas las partes implicadas en un proceso evaluativo. Por ello, aunque en este artículo se trate en mayor detalle la evaluación de la calidad de los test editados en España, también se pretende hacer una referencia, aunque somera, tanto al profesional de la psicología que realiza la evaluación como a la persona que es evaluada.

El profesional de la Psicología

En primer lugar, la formación de los profesionales de la psicología debe ser amplia, tanto en los diferentes aspectos sustantivos a evaluar como en lo psicométrico (Muñiz et al., 2011). Al igual que en la elaboración de un cuestionario las primeras preguntas que se deben realizar son ¿qué se quiere medir?, ¿a quién se pretende evaluar?, ¿para qué se quiere medir?, o ¿cómo se va a realizar la evaluación?, los profesionales de la Psicología deben plantearse estas mismas preguntas antes de realizar una evaluación. Las respuestas a estas preguntas le guiarán para seleccionar el cuestionario adecuado para los objetivos de la evaluación.

Ante la pregunta de “¿qué se quiere medir?” el psicólogo no se encuentra ante una respuesta sencilla. Si en algún ámbito de la Psicología se hace patente la falacia “jingle-jangle” es en este caso. La “falacia jingle” hace referencia a la utilización de un único término para describir constructos que son diferentes. Por su parte, la “falacia jangle” ocurre cuando se emplean diferentes términos para describir el mismo constructo.

Como es bien sabido, no existe una aproximación universal a los constructos, es decir, que diferentes teóricos al definir un constructo pueden seleccionar diferentes conductas para operacionalizarlo. Lógicamente, la selección de diferentes conductas lleva a que bajo una misma etiqueta (e.g., depresión) se encuentren cuestionarios que proceden de diferentes marcos teóricos, y que definen el constructo de manera diferente (falacia “jingle”). Por ello, el psicólogo debe ser capaz de seleccionar entre todos los cuestionarios aquellos que se encuadran dentro del marco teórico en el que se está moviendo. Pero a su vez, debe tener los conocimientos sustantivos suficientes como para poder determinar que un cuestionario que evalúa un constructo denominado de una manera diferente al que se pretende medir puede capturar las conductas en las que está interesado (falacia “jangle”; Gonzalez et al., 2021)

En relación con “¿a quién se quiere evaluar?” el profesional de la psicología debe ser conocedor de las posibles diferencias entre grupos en la variable a evaluar. De este modo, puede seleccionar el

cuestionario que más se adapte a las características de las personas a evaluar. En primer lugar, la selección del grupo de referencia es de vital importancia. Comparar las puntuaciones de una persona con puntuaciones de personas que no son de su grupo normativo lleva, irremediablemente, a evaluar incorrectamente a las personas. Por otro lado, el psicólogo también debe conocer si existen acomodaciones o si el cuestionario ha sido elaborado siguiendo las recomendaciones de “diseño universal” (AERA et al., 2014).

La respuesta a “¿para qué se quiere medir?” también es de vital importancia. Existen múltiples cuestionarios que evalúan un constructo desde el mismo marco teórico, pero que han sido creados con finalidades diferentes. Hay que tener en cuenta que los ítems que componen un cuestionario no tienen por qué ser los mismos cuando la finalidad de un cuestionario es de screening poblacional o una evaluación clínica. Conviene recordar que las pruebas no son o dejan de ser válidas, las afirmaciones sobre la validez deben referirse a la interpretación que se hace de las puntuaciones para un uso determinado (AERA et al., 2014). Por ello, determinar la utilización que se hará de la puntuación y buscar cuestionarios que hayan mostrado evidencias de validez para dicho uso es una labor central del evaluador.

Para responder a “¿cómo se va a realizar la evaluación?” el psicólogo debe saber que existen múltiples procedimientos de aplicación de pruebas (e.g., papel y lápiz, informatizado, adaptativo...) que pueden y deben adaptarse a las características de las personas evaluadas. El procedimiento de evaluación debe depender de la experiencia que tienen las personas evaluadas en la respuesta a cuestionarios, la experiencia con ordenadores... No tener en cuenta estos condicionantes puede generar variables extrañas que afecten a la calidad de los datos obtenidos.

Aunque hasta el momento solo se está poniendo el énfasis en la relación entre el psicólogo y el cuestionario, existen otros aspectos que deben ser tenidos en cuenta. Los profesionales de la psicología deben saber realizar la evaluación de forma correcta, debe establecer un ambiente adecuado para la evaluación, deben interpretar de forma adecuada los resultados obtenidos en la prueba, deben ser capaces de transmitir la información obtenida de una forma clara, comprensible y útil (este último punto es frecuentemente olvidado), y están obligados a realizar un uso ético de las puntuaciones obtenidas.

Con la finalidad de mejorar la formación de los profesionales se han establecido diferentes líneas de trabajo desde distintas asociaciones. Para el lector interesado en las diferentes propuestas realizadas se recomienda el trabajo de Muñiz et al. (2020).

La persona evaluada

Aunque los profesionales de la psicología no pueden reglamentar las conductas de las personas evaluadas, éstas deben ser conscientes de las responsabilidades personales y legales que adquieren al ser evaluadas (AERA et al., 2014). Por ejemplo, la divulgación de material para que otros evaluados tengan información previa sobre el cuestionario que se va a emplear, a parte de una posible infracción de los derechos de autor del cuestionario, supone una grave amenaza a la validez de las inferencias que se realicen a partir del resultado obtenido en la evaluación. Por ello, aunque no sea una responsabilidad directa de los psicólogos, sí debería realizarse una tarea didáctica en la que se

muestre la importancia de un comportamiento responsable ante la evaluación. La importancia de la conducta de la persona evaluada, y su amenaza a la validez de las inferencias realizadas, puede apreciarse en el elevado número de artículos científicos que tratan de detectar las posibles conductas irregulares realizadas éstos (e.g., Steger et al., 2021; Décieux, 2022; Ranger et al., 2022; Schultz et al., 2022).

El cuestionario

De los instrumentos de evaluación empleados se espera que posean determinadas características que justifiquen su utilización. Por ejemplo, las propiedades psicométricas deben ser buenas (se debe evaluar con una precisión adecuada, el cuestionario debe haber mostrado evidencias de validez...), la baremación debe ser actual, la muestra empleada tanto para la baremación como para el cálculo de las propiedades psicométricas debe ser la adecuada teniendo en mente el uso que se pretende realizar...

Toda la información sobre la calidad del cuestionario debe aparecer en el manual, por lo que, al ser proporcionadas por la casa editorial responsable de la creación o adaptación de la prueba, corre el riesgo de tener cierto nivel de sesgo. Por ello, al igual que ocurre en países de nuestro entorno (e.g., Reino Unido, Holanda...), la Comisión de Test del Colegio Oficial de Psicólogos ha diseñado un modelo estandarizado de evaluación que permite a los usuarios tener conocimiento de la calidad técnica de los cuestionarios. En este proceso se implica tanto a las casas editoriales de los test (sin cuya ayuda este proceso no podría desarrollarse), expertos en la materia sustantiva de la prueba a evaluar, expertos en Psicometría, y, como no, a la Comisión Nacional de Test.

Para aquellos lectores interesados en las evaluaciones realizadas en otros países se les recomienda la lectura de Evers (2012) o, por ejemplo, acudir a la página web de Buros Center for Testing (<http://www.buros.org>) en la que también se pueden encontrar evaluaciones realizadas a pruebas en español.

En este artículo se presentan los resultados obtenidos en la novena evaluación nacional de los test editados en España. En total, tras esta evaluación, se ha valorado un total de 89 pruebas desde su comienzo en 2012. Los resultados de las evaluaciones realizadas son públicos y están a libre disposición en la página web del Colegio Oficial de Psicólogos en la siguiente dirección web: <https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>. Así mismo, en la misma página, se puede acceder a cada uno de los informes generales realizados sobre cómo se llevó a cabo cada una de las evaluaciones anuales y las conclusiones generales que se pueden extraer (Elosua & Geisinger, 2016; Fonseca-Pedrero & Muñiz, 2017; Gómez-Sánchez, 2019; Hernández et al., 2015; Hidalgo & Hernández, 2019; Muñiz et al., 2011; Ponsoda & Hontangas, 2013; Viladrich et al., 2020).

Método

Participantes

Para realizar las evaluaciones de las diferentes pruebas seleccionadas se contactó con 12 profesores universitarios para que hiciesen las funciones de revisores. La selección de éstos se realizó tratando de asegurar la equidad de género, que estuviesen

representadas el mayor número de universidades españolas, así como que las personas seleccionadas fuesen expertas en el constructo evaluado o en Psicometría, y que no existiese ningún tipo de conflicto de intereses. Cada prueba fue evaluada por dos revisores, uno experto en la materia sustantiva y otro en Psicometría. En la Tabla 1 se lista a los revisores que colaboraron en la realización de la evaluación.

Tabla 1.

Listado de revisores participantes en la novena evaluación de test

Nombre y Apellidos	Filiación
Juana María Breton López	Universidad Jaume I
Ramón Fernández Pulido	Universidad de Salamanca
María José Fernández Serrano	Universidad de Granada
Carmen García García	Universidad Autónoma de Madrid
Arantxa Gorostiaga Manterola	Universidad del País Vasco
Nicolás Gutiérrez Palma	Universidad de Jaén
Francisco Pablo Holgado Tello	UNED
Francisco Javier del Río Olvera	Universidad de Cádiz
María Soledad Rodríguez González	Universidad de Santiago de Compostela
Elena Rodríguez Naveiras	Universidad Europea Canarias
Manuel Jesús Ruiz Muñoz	Universidad de Extremadura
Inmaculada Valor-Segura	Universidad de Granada

Instrumento

CET-R. El Cuestionario para la Evaluación de los Test Revisado (CET-R; Hernández et al., 2016) que se basa en el Modelo de Evaluación de Test elaborado por la European Federation of Professional Psychologists Associations (Evers et al., 2013).

El cuestionario está formado por tres apartados diferentes precedidas de unas breves instrucciones, dirigidas a los evaluadores, en las que se informa sobre el procedimiento a seguir para cumplimentar las diferentes secciones que se exponen a continuación:

- a) Descripción general del test. Está constituido por 28 ítems en los que se evalúa, tanto en un formato de respuesta cerrada como de respuesta breve las diferentes características del cuestionario evaluado (e.g., fecha de publicación, fecha de adaptación, área de aplicación, formato de los ítems, descripción de las poblaciones a las que la prueba es aplicable, precio del juego completo)
- b) Valoración de las características del test. Esta sección a su vez se divide en:
 - Características generales del cuestionario (10 ítems). En ella se evalúan aspectos como la calidad de los materiales del test (objetos, material impreso o software), la fundamentación teórica, la calidad del proceso de adaptación del test, la calidad del proceso del desarrollo de los ítems, entre otros. El formato de respuesta es una escala de 5 puntos (1: Inadecuado, 2: Adecuado con carencias, 3: Adecuado, 4: Bueno, y 5: Excelente) en la que en algunos ítems se incluyen las opciones “Característica no aplicable a este instrumento” o “No se aporta información en la documentación.”
 - Validez (19 ítems). En este apartado se evalúan diferentes evidencias de validez del cuestionario. El formato de respuesta es el mismo que en la sección anterior. Los ítems se reparten del siguiente modo:

- Evidencia de validez en relación con el contenido (2 ítems que evalúan tanto la calidad de la representación del contenido como el juicio de expertos realizado).
 - Evidencia de validez en relación con otras variables (14 ítems). En este apartado se evalúa la relación (tanto convergente como divergente) con diferentes test, así como con un criterio externo. En esta sección, a parte de los 14 ítems mencionado anteriormente se incluyen 5 preguntas breves, en las que el evaluador debe indicar el procedimiento para la obtención de las muestras, la representatividad de las mismas ...
 - Evidencia de validez en relación con la estructura interna (2 ítems e los que se evalúa tanto la calidad del estudio de la estructura dimensional del cuestionario y la calidad del estudio del posible funcionamiento diferencial de los ítems).
 - Acomodaciones realizadas (1 ítem). En este apartado el formato de respuesta es dicotómico (sí o no), y en caso afirmativo se debe responder una pregunta breve en la que se deben exponer cuáles han sido las acomodaciones realizadas y si se han justificado adecuadamente en el manual.
- Fiabilidad (14 ítems). Esta subsección comienza con un ítem en el que se pregunta sobre la información aportada sobre la fiabilidad del test (tipos de coeficientes, error típico de medida, Función de Información...), para posteriormente pasar a evaluar la fiabilidad desde sus diferentes perspectivas, tanto desde la perspectiva clásica como desde la Teoría de la Respuesta a los Ítems (TRI):
- Equivalencia o formas paralelas (3 ítems)
 - Consistencia Interna (3 ítems)
 - Estabilidad o test-retest (2 ítems)
 - Fiabilidad desde la perspectiva de la TRI (3 ítems)
 - Fiabilidad interjueces (2 ítems)
- Baremos e interpretación de las puntuaciones (9 ítems). Esta sección se divide a su vez en:
- Interpretación normativa (5 ítems)
 - Test Referidos al Criterio (4 ítems)

Al finalizar cada sección (características generales, validez, fiabilidad y baremación) hay una pregunta abierta para que el evaluador plasme sus impresiones generales de manera más cualitativa. En esta sección se les solicita que indique cuales son los puntos fuertes que destacarían, así como las deficiencias que han encontrado y que se deberían solucionar.

- c) Valoración global del test. En esta sección se le solicita al evaluador que en una extensión máxima de mil palabras exprese su opinión sobre los puntos fuertes y débiles del test, las recomendaciones sobre su uso en las diferentes áreas profesionales, así como las características del test que podrían ser mejoradas. Finalmente, se realiza una valoración cuantitativa de las características evaluadas calculando el promedio de las calificaciones dadas en los diferentes ítems de los distintos apartados.

El CET-R está a libre disposición en la página web del Colegio de Psicólogos (<https://www.cop.es/index.php?page=evaluar-calidad>).

Procedimiento

Las distintas Casas Editoriales (TEA-Hogrefe, Pearson Educación, GiuntiEOS y CEPE) junto con la Comisión Nacional de Test decidieron las diferentes pruebas que serían sometidas a evaluación. En esta novena edición se evaluaron 6 cuestionarios (ver *Tabla 2*).

Tabla 2.

Listado de test evaluados en la novena edición.

Acronimo	Nombre	Editorial	Año de publicación/ revisión
DAS	Escala de Ajuste Diádico	TEA Hogrefe	2017
MacArthur	MacArthur Inventario de Desarrollo Comunicativo	TEA Hogrefe	2005
Bayley	Escala Bayley de Desarrollo Infantil III	Pearson Educación	2015
Raven's 2	Matrices Progresivas de Raven 2	Pearson Educación	2019
CAG	Cuestionario de Autoconcepto Garley	GiuntiEOS	2019
BECOLE-R	Batería de Evaluación Cognitiva de las Dificultades en Lectura y Escritura. Revisada y Renovada	CEPE	2019

Tras decidir las pruebas que serían evaluadas, la Comisión Nacional de Test encarga al coordinador de la evaluación (autor de este artículo) seleccionar a los evaluadores. Tras la aceptación de éstos se les envió tanto el CET-R en su versión electrónica como un ejemplar completo del cuestionario que debían evaluar. Los revisores aplicaron el CET-R a la prueba que se les había adjudicado y, una vez finalizado, devolvieron el CET-R cumplimentado al coordinador. La tarea de los revisores fue remunerada con 50 euros y con el cuestionario sobre el que habían realizado la evaluación. Una vez que el coordinador disponía de los dos informes realizados por los revisores los puso en común y realizó un informe preliminar para cada uno de los test. Este informe fue enviado a cada editorial responsable del cuestionario para que realizaran las alegaciones que considerasen oportunas. Tras atender a las alegaciones presentadas, el coordinador presentó los informes definitivos a la Comisión Nacional de Test.

Un resumen esquemático del procedimiento seguido puede verse en la *Figura 1*.

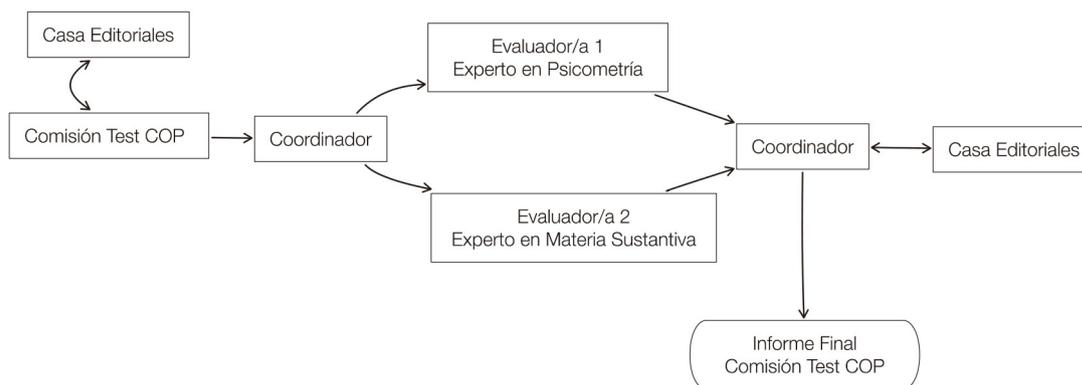
Resultados

Los informes finales individuales de las seis pruebas evaluadas en la novena edición pueden consultarse y descargarse, junto con los de las anteriores evaluaciones nacionales, en la página web del Colegio de Psicólogos (<https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>).

En la *Tabla 3* se muestra un resumen de las puntuaciones promedio obtenidas por cada uno de los cuestionarios en cada una de las dimensiones evaluadas. El rango de estas puntuaciones oscila entre 1 (Inadecuado) y 5 (Excelente).

En términos generales cabe destacar que la gran mayoría de puntuaciones obtenidas supera el 3,5, punto que se considera de paso entre la alternativa de respuesta Adecuado (3) y Bueno (4),

Figura 1.
Procedimiento seguido para la realización de la evaluación.



siendo la mayoría de las puntuaciones obtenidas igual o superior a 4 (Bueno). Al comparar las puntuaciones obtenidas en la novena edición con el histórico obtenido de las evaluaciones previas, se puede apreciar que los resultados obtenidos siguen la misma tendencia que los obtenidos por las pruebas evaluadas previamente. Tal y como se puede apreciar en la [Tabla 3](#) apenas hay diferencias entre ambas puntuaciones.

En el apartado en el que se evalúa el desarrollo del cuestionario se han obtenido promedios que se pueden considerar como buenos acercándose a excelentes (superior a cuatro puntos y muy cercanos a 4,5) tanto en la calidad de los materiales y la documentación de los cuestionarios como en el proceso de adaptación cultural de los mismos. La puntuación promedio en el resto de aspectos evaluados en este componente, Fundamentación teórica y Análisis de los ítems, es buena, ya que, aunque se aproxima a los 4 puntos no llega a rebasarla.

En relación con los estudios sobre las evidencias de validez de los cuestionarios evaluados, es resaltable el hecho de que todos los cuestionarios realizan estudios de las evidencias de validez tanto de contenido como en relación con otras variables, obteniendo una buena puntuación promedio. Destaca la puntuación en las evidencias de validez en relación con el contenido, ya que es de

3,96, superando con creces el punto de corte de 3,5 necesario para ser considerada como buena.

También obtiene una puntuación que puede considerarse como adecuado el estudio que realizan del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF). Dentro de las diferentes evidencias de validez destaca el estudio que se realiza sobre la estructura interna de los cuestionarios, ya que obtiene una puntuación que se aproxima a la necesaria para ser considerada como excelente.

Respecto a la precisión en la medida se evalúan diferentes aproximaciones a la fiabilidad. Cabe destacar que ninguno de los cuestionarios evaluados en esta edición (como en ninguna otra) evalúa la fiabilidad desde la perspectiva de la equivalencia mediante formas paralelas. En el resto de los apartados, fiabilidad como consistencia interna, como estabilidad y desde el marco de la Teoría de la Respuesta a los Ítems, las puntuaciones promedio obtenidas son excelentes. El único cuestionario que evalúa la fiabilidad siguiendo un procedimiento de acuerdo interjueces es el DAS.

Finalmente, la puntuación promedio que se obtiene en la evaluación de la calidad de los baremos y las interpretaciones de las puntuaciones proporcionadas por los cuestionarios es buena. Dentro de este apartado es destacable el hecho de que el

Tabla 3.
Puntuaciones obtenidas por los test analizados en la novena evaluación

	DAS	CAG	BECOLE	BAYLEY-III	MacArthur	Raven's 2	Promedio	Histórico
Desarrollo: Materiales y documentación	4,75	3	4,5	5	4,5	5	4,46	4,3
Desarrollo: Fundamentación teórica	4	3	3,5	4,5	4	4,5	3,92	4,1
Desarrollo: Adaptación	5	--	--	3	4,5	5	4,38	4,3
Desarrollo: Análisis de los ítems	5	4	4,5	2	--	3	3,70	3,8
Validez: contenido	4	3	4	4	4,5	4,25	3,96	3,8
Validez: relación con otras variables	4,5	3	3	3	4	4,25	3,63	3,6
Validez: estructura interna	--	4,5	4,5	3,5	--	--	4,17	3,7
Validez: análisis del DIF	--	4	4	2	--	--	3,33	--
Fiabilidad: equivalencia	--	--	--	--	--	--	--	--
Fiabilidad: consistencia interna	5	3,5	4,5	5	5	4,5	4,58	4,2
Fiabilidad: estabilidad	4	--	--	3	4	5	4	3,5
Fiabilidad: TRI	--	4	4	--	--	4,5	4,17	--
Fiabilidad: interjueces	3	--	--	--	--	--	--	--
Baremos e interpretación de las puntuaciones	3,5	4	4	2,5	4	4,75	3,79	4,1

Nota. El rango de las puntuaciones oscila entre 1 y 5 siendo 1 = inadecuado; 2 = Adecuado con carencias; a partir de 2,5 = Adecuado; a partir de 3,5 = Bueno; A partir de 4,5 = Excelente. El símbolo -- indica que no se aporta información o no procede

cuestionario BAYLEY-III obtiene la puntuación más baja con 2,5 puntos (arrastrando hacia abajo la media total de las pruebas analizadas en esta evaluación). Esta puntuación se debe a que, a pesar del elevado tamaño muestral empleado por la prueba para realizar los baremos, el origen de los participantes es, en su gran mayoría, estadounidense, lo que penaliza negativamente la calidad de los baremos obtenidos.

A pesar de que en la presente evaluación tres cuestionarios evalúan tanto el DIF como la fiabilidad empleando algún procedimiento de la TRI, no se disponen de medias históricas con las que hacer una comparativa en estos apartados. Esto se debe a que, aunque en ediciones anteriores algunas pruebas evaluadas evaluaban estos aspectos, el número de datos obtenidos es aún insuficiente. Por ello, es recomendable que se haga un mayor énfasis en estos aspectos en la elaboración y estudios de validez de los tests publicados (Gómez-Sánchez, 2019; Muñoz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Conclusiones

En términos generales puede concluirse que los resultados obtenidos en esta edición son similares a los obtenidos en las evaluaciones previas. Esto, lejos de ser una limitación o un indicador de que no se está mejorando la calidad de los cuestionarios editados en España, ahonda en la alta calidad de los test evaluados hasta el momento, ya que las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones evaluadas por el CET-R son sistemáticamente buenas o excelentes. Así mismo, también es resaltable el hecho de que cuando la prueba evaluada es una adaptación, ésta se ha realizado siguiendo las Directrices de la Comisión Internacional de Test que además de mejorar las adaptaciones de los cuestionarios también permiten una mejor comparación de las puntuaciones entre distintas culturas (Hernández et al., 2020; International Test Commission, 2018; Muñoz et al., 2013).

Aunque, tal y como se expuso anteriormente, la calificación general de los cuestionarios evaluados es buena o excelente, cabe destacar que las puntuaciones más altas se obtienen en el apartado de fiabilidad. Ésta es evaluada por la totalidad de las pruebas como consistencia interna (calculando tanto α como ω), si bien, también es evaluada como estabilidad temporal (siguiendo el procedimiento de test-retest) en cuatro de las seis pruebas, y la mitad de las pruebas evalúa la fiabilidad siguiendo algún procedimiento enmarcado dentro de la TRI. Ningún cuestionario considera la fiabilidad como equivalencia, lo cual es totalmente comprensible si atendemos a la dificultad de elaborar dos test paralelos para su cálculo.

En relación con la dimensión validez del CET-R destaca que todos los cuestionarios evaluados comprueban las evidencias de validez de contenido y en relación con otras variables. La mayor puntuación (4,17) se obtiene en las evidencias de validez en relación con la estructura interna (tanto en la versión exploratoria como confirmatoria). Como aspecto a mejorar en este apartado se podría señalar el hecho de que apenas se realizan estudios en los que se evalúe el posible funcionamiento diferencial de los ítems (solo lo han comprobado tres de los seis cuestionarios evaluados).

El CET-R es una herramienta muy útil a la hora de evaluar la calidad de las pruebas, si bien no está libre de problemas que deben afrontarse para tratar de obtener las mejores evaluaciones posibles.

Uno de los problemas que se ha encontrado es el hecho de que existen ítems excesivamente rígidos para capturar aquello que pretenden medir. Por ejemplo, en los ítems en los que se evalúa el cuestionario en función de los tamaños de las correlaciones promedio entre el test y un criterio (i.e., ítem 2.11.2.2.6) se obtiene una puntuación de excelente si la correlación es igual o superior a 0,55. El valor de la correlación está directamente relacionado con la dispersión de la muestra, por lo que si, por ejemplo, la muestra es clínica y por ende muy homogénea, la correlación que se obtendrá será baja, implicando esto que en este ítem del CET-R el cuestionario obtendrá una puntuación más baja de la que realmente merecería. Una posible solución a este problema es que al igual que se emplean preguntas cualitativas en los casos de los tamaños muestrales, permitiendo al evaluador justificar que se empleen tamaños pequeños, estas preguntas se debería incluir en algunos ítems del CET-R para realizar una evaluación más justa de los cuestionarios.

Otro punto de mejora que puede tener el CET-R es el hecho de que la valoración realizada por los jueces no es coincidente. Hay que tener en cuenta que la evaluación es realizada tanto por un especialista en la materia que el test evalúa como por un especialista en psicometría. Si bien esto es un punto fuerte, ya que permite tener una visión tanto desde una perspectiva sustantiva como psicométrica del test a evaluar, en ocasiones, al igual que ocurre en todo procedimiento de evaluación por pares, lleva a la existencia de desacuerdos entre los evaluadores. Este problema no es algo exclusivo del CET-R, ya que los niveles de acuerdo entre jueces en evaluaciones de este tipo pueden considerarse sistemáticamente bajos (Hogan et al., 2021). Por ello, es de vital importancia que el responsable de la evaluación trate de solucionar estas diferencias, por ejemplo, buscando un tercer evaluador o mediante un procedimiento de reuniones de conciliación entre jueces. Sin ningún lugar a dudas, cualquier intento de incrementar los niveles de concordancia entre los evaluadores de los test ahondará en la validez de las conclusiones extraídas a partir de las valoraciones de los mismos.

La realización de las evaluaciones nacionales tiene como objetivo mejorar la calidad de los test empleados, el uso que se hace de los mismos, y con ello, la práctica profesional (Elosua & Geisinger, 2016). Sin ningún lugar a dudas, se puede considerar que la calidad de las pruebas evaluadas se puede establecer entre buena y excelente, lo que llevará a que los profesionales de la psicología puedan realizar mejores evaluaciones y con ello tomen mejores decisiones. Si la medida de lo psicológico es la base de la labor de los profesionales de la psicología, disponer de buenos instrumentos de medida es vital para que el trabajo posterior sea coherente y esté fundamentado.

Agradecimientos

Me gustaría mostrar públicamente mi más sincero agradecimiento al personal de administración del COP, a los miembros de la Comisión Nacional de Test, a los evaluadores implicados y a las casas editoriales TEA Hogrefe, Pearson Educación, GiuntiEOS y CEPE, ya que sin ellos estas evaluaciones no serían posibles.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses

Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards.aspx>
- Décieux, J. P. (2022). Sequential on-device multitasking within online surveys: A data quality and response behavior perspective. *Sociological Methods and Research*. <http://doi.org/10.1177/00491241221082593>
- Elosua, P., y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de test editados en España: Forma y fondo. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37(2), 82–88. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2693.pdf>
- Evers, A. (2012). The internationalization of test reviewing: Trends, differences, and results. *International Journal of Testing*, 12, 136–156. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.658932>
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Hstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25, 283–291. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.97>
- Fonseca-Pedrero, E., y Muñiz, J. (2017). Quinta evaluación de test editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37(1), 161–168. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2844>
- Gómez-Sánchez, L. E. (2019). Séptima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 40(3), 205–210. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2909>
- Gonzalez, O., MacKinnon, D. P., y Muniz, F. B. (2021). Extrinsic convergent validity evidence to prevent Jingle and Jangle fallacies. *Multivariate Behavioral Research*, 56(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1707061>
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., y Gómez-Benito, J. (2020). International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 3(32), 390–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37, 192–197. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2775.pdf>
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 36(1), 1–8. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2484.pdf>
- Hidalgo, M. D., y Hernández, A. (2019). Sexta evaluación de test editados en España: Resultados e impacto del modelo en docentes y editoriales. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 40(1), 21–30. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2886>
- Hogan, T., DeStefano, M., Gilby, C., Kosman, D., y Peri, J. (2021). Reviewing the test reviews: Quality judgments and reviewer agreements in the Mental Measurements Yearbook. *Applied Measurement in Education*, 34(2), 75–84. <https://doi.org/10.1080/08957347.2021.1890742>
- International Test Commission (2018). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. *International Journal of Testing*, 18, 101–134. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: Segunda edición. *Psicothema*, 25, 151–157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, Á., y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 2(32), 113–128. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1947.pdf>
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: El punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 1(41), 1–15. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2921>
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 34(2), 82–90. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2232.pdf>
- Ranger, J., Schmidt, N., y Wolgast, A. (2022). Detecting cheating in large-scale assessment: The transfer of detectors to new tests. *Educational and Psychological Measurement*. <https://doi.org/10.1177/00131644221132723>
- Schultz, M., Lim, K. F., Goh, Y. K., y Callahan, D. L. (2022). OK google: What's the answer? characteristics of students who searched the internet during an online chemistry examination. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 47(8), 1458–1474. <https://doi.org/10.1080/02602938.2022.2048356>
- Steger, D., Schroeders, U., y Wilhelm, O. (2021). Caught in the act: Predicting cheating in unproctored knowledge assessment. *Assessment*, 28(3), 1004–1017. <https://doi.org/10.1177/1073191120914970>
- Viladrich, C., Doval, E., Penelo, E., Aliaga, J., Espelt, A., García-Rueda, R., y Angulo-Brunet, A. (2020). Octava evaluación de test editados en España: Una experiencia participativa. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 42(1), 1–9. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2937>

Artículo

Pensamiento episódico futuro para la prevención y el tratamiento de conductas de riesgo para la salud

Gema Aonso-Diego , Roberto Secades-Villa , Alba González-Roz 

Universidad de Oviedo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 07, 2022
Aceptado: Noviembre 17, 2022

Palabras clave

Pensamiento episódico futuro
Economía conductual
Patología del refuerzo
Adicciones
Enfermedades no transmisibles

RESUMEN

Las enfermedades no transmisibles (i.e., enfermedades cardiovasculares, oncológicas, respiratorias y endocrinas) representan la principal causa de muerte y morbilidad en el mundo, siendo el consumo de tabaco y alcohol, una dieta no saludable y un estilo de vida sedentario los principales factores de riesgo. Desde la teoría de la patología del refuerzo, sustentada en el modelo de la Economía Conductual (EC), estas conductas de riesgo para la salud se entienden como trastornos de elección, caracterizados por una valoración excesiva del reforzador (p.ej., droga) y una preferencia por los reforzadores inmediatos en detrimento de los demorados. El pensamiento episódico futuro (PEF) es una intervención psicológica que consiste en visualizar vívidamente eventos futuros y proyectarse en ellos, con el fin de incrementar la valoración de los reforzadores asociados a la ejecución de una conducta saludable. Esta técnica presenta resultados prometedores en la reducción de la toma de decisiones impulsiva y en el aumento de conductas relacionadas con la salud (p.ej., abstinencia, dieta, actividad física).

Episodic future thinking for the prevention and treatment of health risk behaviors

ABSTRACT

Non-communicable diseases (i.e., cardiovascular, oncological, respiratory, and endocrine diseases) represent the main cause of death and morbidity in the world, with tobacco and alcohol use, an unhealthy diet, and a sedentary lifestyle being the main risk factors. From reinforcer pathology theory, based on behavioral economics (BE), these health risk behaviors are understood as choice disorders, characterized by an excessive valuation of the reinforcer (e.g., the drug) and a preference for immediate reinforcers over delayed ones. Episodic future thinking (EFT) is a psychological intervention that consists of vividly visualizing future events and projecting oneself into them, in order to increase the valuation of the reinforcers associated with the execution of a healthy behavior. This technique shows promising results in reducing impulsive decision-making and increasing health-related behaviors (e.g., abstinence, diet, physical activity).

Keywords

Episodic future thinking
Behavioral economics
Reinforcer pathology
Addictions
Non-communicable diseases

Economía conductual y salud pública

Las enfermedades no transmisibles como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, oncológicas, respiratorias y endocrinas, son la principal causa de discapacidad y pérdida de calidad de vida, así como de muerte y morbilidad en el mundo, lo que conlleva un coste sociosanitario muy elevado (Stanaway et al., 2018). El consumo de tabaco y alcohol, una dieta no saludable y un estilo de vida sedentario son los principales factores de riesgo para desarrollar este tipo de enfermedades (Benziger et al., 2016; Rehm y Shield, 2019). Por estas razones, la prevención de estos factores de riesgo y la promoción de conductas saludables es uno de los principales objetivos de la salud pública.

Los modelos económicos tradicionales han conceptualizado al ser humano como un *homo economicus*, entendido las elecciones de las personas como extraordinariamente estables, efectuadas tras una evaluación sumamente racional de su utilidad y coste-beneficio de acuerdo con la información que disponen y a sus preferencias (Schettkat, 2018). Desde esta perspectiva, se presupone que, por ejemplo, una persona consumidora de sustancias psicoactivas es conocedora de los efectos a corto y a largo plazo del consumo, y elige consumir tras una evaluación a priori racional (al menos desde el prisma de la persona) donde los beneficios del consumo superan a las ventajas de la abstinencia. En congruencia con estos modelos, muchas iniciativas de salud pública tienen un enfoque esencialmente informativo, con el fin de que las personas comprendan las consecuencias de sus decisiones para la salud y, de esta manera, tomen mejores decisiones (p.ej., campañas de concienciación de la dirección general de tráfico). Sin embargo, muchos de los comportamientos que entrañan riesgo para la salud son de tipo no planificado, automático e impulsivo, lo que ocasiona que las intervenciones meramente informativas presenten una baja efectividad (Marteau et al., 2012; Matjasko et al., 2016).

El modelo de la economía conductual (EC) trata de solventar las limitaciones de la perspectiva clásica para prevenir problemas de salud pública de forma más efectiva. El origen de la EC se encuentra en los trabajos seminales de Herbert Simon (1955) y de Kahneman y Tversky (1972; 1973), y es en los años 90 cuando crece exponencialmente el interés por esta disciplina. Este modelo se sirve de la metodología y los procedimientos propios de la economía y la psicología, y trata de entender cómo las personas toman decisiones, prestando especial atención al contexto en el que se efectúa la conducta, integrando tanto variables individuales (p.ej., sus preferencias, la información de la que dispone) como de tipo contextual (p.ej., regulación legal) (ver Matjasko et al., 2016 para una revisión).

Los desarrollos teóricos más recientes de la EC parten de la tesis de que las decisiones de las personas no siguen un procedimiento tan racional y estable como se suponía en los modelos clásicos, sino que distintas variables influyen en la decisión de adoptar un determinado comportamiento. Así, la toma de decisiones no se explica solo por variables individuales, sino por la interacción persona-ambiente, es decir, que está influida por el contexto, por las normas sociales y por la regulación legal, entre otras variables (Zimmerman, 2009). Las elecciones no son, por tanto, estables y racionales, sino influidas por multitud de sesgos. Por ejemplo, una persona fumadora puede carecer de información o tener un conocimiento sesgado acerca de los daños que ocasiona

el consumo de tabaco, puede que tenga una confianza excesiva en que no va a sufrir las enfermedades relacionadas con el consumo, puede que valore de forma exagerada el placer inmediato de un cigarrillo en detrimento de las consecuencias futuras, o puede querer dejar de fumar, pero no lo hace por una tendencia a resistir al cambio.

Uno de los conceptos clave en el marco de la EC es el de ‘pequeño empujón’ o *nudge*. Parte de la premisa de que las personas no hacen uso de un sistema de elección rápido, automático e intuitivo, sin una reflexión deliberada, por lo que el *nudge* opera directamente sobre la conducta en lugar de sobre la información o las actitudes y creencias de las personas (Bhargava y Loewenstein, 2015; Thaler y Sunstein, 2009). En definitiva, el *nudge* hace referencia a la modificación del contexto social y físico que hace más probable la aparición de la conducta objetivo. Dichos cambios responden a un aumento de la accesibilidad de las alternativas saludables y a un incremento en el coste de respuesta de las conductas de riesgo para la salud (Ledderer et al., 2020). Este enfoque ha mostrado ser más efectivo para lograr un cambio de conducta (Hummel y Maedche, 2019; Ledderer et al., 2020), que las estrategias basadas en una perspectiva clásica (Burgess, 2012).

En esta línea, existen múltiples ejemplos de políticas de salud pública basadas en el modelo de la EC (ver Tabla 1). Concretamente en España se han promulgado distintas acciones regulatorias dirigidas a restringir el consumo de tabaco en espacios públicos (Ley 28/2005 y Ley 42/2010), y otras dirigidas al control de los alimentos, como el impuesto sobre las bebidas azucaradas (Decreto Ley 13/2019) o el sistema de etiquetado (Real Decreto 1412/2018). Estas medidas regulatorias basadas en la EC han demostrado tener un impacto significativo sobre la salud de las personas, en términos de consumo de tabaco, exposición al humo ambiental del tabaco o morbilidad asociada (Unidad de Prevención del Tabaquismo, 2016, 2020), así como en la reducción del consumo de bebidas azucaradas (Royo-Bordonada et al., 2022). De forma complementaria, se han promovido intervenciones preventivas basadas en la transmisión de información veraz sobre distintas conductas de salud, con el fin de deshacer los mitos y sesgos cognitivos relacionados con distintas conductas y aumentar la percepción de riesgo o proporcionar habilidades sociales que mejoran la toma de decisiones (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

La teoría de la patología del refuerzo

La teoría de la patología del refuerzo, sustentada en los principios de la EC, ha recibido mucha atención y apoyo empírico a la hora de explicar distintos comportamientos y/o factores de riesgo para la salud, como el uso de drogas, la obesidad o las conductas de riesgo al volante (Bickel et al., 2017; Katelyn et al., 2011). Desde esta teoría, las conductas de riesgo para la salud se entienden como un trastorno de elección, caracterizado por dos procesos: una valoración excesiva del reforzador (i.e., alta demanda) y una toma de decisiones impulsiva (ver González-Roz et al., 2020 para una revisión). La demanda es una variable que alude al deseo o motivación de consumo, la cual está estrechamente relacionada con restricciones a su acceso, tales como el precio del reforzador (sustancia, alimento). El descuento por demora (DD)

Tabla 1.

Ejemplos de políticas de salud pública basadas en el modelo de la economía conductual

Medidas de prevención ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de fruta o agua en máquinas expendedoras en lugar de alimentos no saludables - Aumentar la saliencia de la información deseable (p.ej., calorías de un alimento) - Eliminar comida no saludable del entorno de las cajas del supermercado - Cambiar el orden de presentación de un menú - Establecer por defecto la opción más deseable (p.ej., donación de órganos)
Medidas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir el día y hora para vacunarse - Proporcionar feedback de la conducta a modificar (p.ej., medición del peso o de valores de nicotina) - Monitorear la conducta objetivo (p.ej., mediante pulseras de actividad que registran la actividad física) - Recordatorios en forma de mensaje de texto, depósitos de dinero que recuperan si alcanzan un objetivo (p.ej., bajar de peso) - Contratos conductuales donde la persona se compromete a alcanzar la conducta objetivo - Incluir en los tratamientos estándar componentes psicológicos (p.ej., manejo de contingencias basado en incentivos) dirigidos a aumentar el coste de respuesta de la conducta a modificar (p.ej., fumar)

hace referencia a la toma de decisiones impulsiva explicada por la pérdida del valor de un reforzador a medida que transcurre el tiempo. Así, una persona con un nivel elevado de DD manifiesta una preferencia excesiva por los reforzadores inmediatos de pequeña magnitud en lugar de por los reforzadores demorados en el tiempo, pero de mayor magnitud o valor. El DD se ha mostrado como un indicador transdiagnóstico de diversos problemas de salud física y psicológica (Amlung et al., 2019; Levitt et al., 2022).

La evidencia ha mostrado que las personas con obesidad y las personas con diabetes presentan una mayor tasa de DD en comparación con las personas con normopeso o sin diabetes (DeHart et al., 2020). Además, este indicador se ha relacionado con una peor adherencia a la medicación, peor dieta y niveles bajos de actividad física (Epstein et al., 2020). Las personas consumidoras de sustancias también presentan una mayor tasa de DD en comparación con las personas no consumidoras (Bickel et al., 2020). Además, el DD se ha mostrado como un fuerte predictor del inicio y gravedad de la adicción, así como de los resultados del tratamiento (abstinencia y recaída; Amlung et al., 2017; Bickel et al., 2019; García-Pérez et al., 2021; Kräplin et al., 2020).

Dada la relación entre el DD y estas conductas de riesgo para la salud, el desarrollo de intervenciones capaces de modificar la toma de decisiones impulsiva es un objetivo muy relevante. Una de las intervenciones que ha recibido mayor atención a este respecto es el pensamiento episódico futuro (PEF) (Rung y Madden, 2018; Scholten et al., 2019). Sus fundamentos, principios y evidencias de eficacia se describen en el siguiente apartado.

Pensamiento episódico futuro

El PEF hace referencia a la capacidad que tiene una persona de imaginar eventos futuros y de proyectarse en ellos. Se encuentra relacionada con el uso de sustancias (El Haj et al., 2019; Moustafa, Morris, Nandirino, et al., 2018), con el sobrepeso u obesidad (Hayes et al., 2018; Yang et al., 2019), y otros trastornos psicológicos, como la depresión o la ansiedad (Cha et al., 2022; Du et al., 2022; Moustafa, Morris, y Elhaj, 2018).

El PEF como constructo psicológico surge a principios de los años 2000, muy asociado a la definición de memoria prospectiva (Atance y O'Neill, 2001). En los inicios, tuvo especial interés en el trabajo con niños (Russell et al., 2010) y con personas con trastorno del espectro autista (Crane et al., 2013; Terrett et al., 2013). En el año 2013, el PEF se comienza a investigar como intervención psicológica dirigida a personas con obesidad para reducir el consumo de alimentos calóricos y favorecer una toma de decisiones adecuada (Daniel et al., 2013b, 2013a).

Como intervención psicológica, el PEF es una técnica cognitiva que consiste en describir y visualizar vívidamente un evento futuro. Su objetivo es mejorar los procesos de toma de decisiones mediante el incremento de la valoración de los reforzadores demorados asociados a la ejecución de la conducta saludable (p.ej., abstinencia de drogas, ejercicio físico o reducción de la ingesta de alimentos) por encima de otras conductas de riesgo para la salud (Morris et al., 2020; Schacter et al., 2017). A nivel procedimental, el terapeuta guía a las personas para que generen eventos futuros incluyendo multitud de detalles (i.e., dónde, cuándo, cómo, con quién), con el fin de que la situación sea lo más realista posible y, así, y facilitar su visualización. Los participantes pueden generar una frase corta que evoque dicho evento para facilitar su recuerdo (p.ej., “en una semana me voy de ruta con mi pareja”). El evento se escribe, se visualiza durante 2-5 minutos y se puntúan distintas características de dicha visualización (p.ej., realismo, viveza, disfrute, importancia, relevancia personal) para asegurar que la práctica sea correcta (Hollis-Hansen, O'Donnell, et al., 2019).

Las primeras aplicaciones del PEF al campo de la salud (Daniel et al., 2013b, 2013a) fueron realizadas en contextos experimentales controlados y se caracterizaban por una única sesión de PEF, donde inmediatamente después de la visualización del evento creado, los participantes cumplimentaban la tarea del DD (ver p.ej., Stein et al., 2016, 2018). En la actualidad, el PEF es susceptible de aplicarse a la población general y clínica (Ye et al., 2022). Además, ya no solo se lleva a cabo en contextos experimentales de laboratorio, sino también en contextos clínicos, tanto dirigidos a personas con obesidad o diabetes (O'Neill et al., 2016; Stein et al., 2017) como a personas consumidoras de sustancias (Aonso-Diego et al., 2021; Forster et al., 2021; Patel y Amlung, 2020).

Efectividad del pensamiento episódico futuro para reducir y eliminar conductas de riesgo para la salud

Las revisiones sistemáticas más recientes indican que el PEF reduce la tasa de DD en población general y en poblaciones específicas (Ye et al., 2022), como, por ejemplo, en personas consumidoras de sustancias, tanto legales como ilegales (ver p.ej., Athamneh et al., 2021, 2022; Sofis et al., 2021; Voss et al., 2022) o personas con diabetes (Epstein, Paluch, et al., 2022).

Tabla 2.

Resultados más relevantes de las revisiones sistemáticas y metaanálisis relativos al pensamiento episódico futuro.

Autores	Objetivo	Número de estudios incluidos	Resultados
González-Roz et al., (2021)	Examinar la efectividad del PEF sobre el DD, la demanda y el consumo de drogas en consumidores de sustancias.	15	El PEF reduce la toma de decisiones impulsiva en 12 de los 15 artículos. El PEF reduce alguno de los indicadores de demanda en 7 de los 15 artículos. No se pueden establecer conclusiones firmes sobre el impacto del PEF sobre el consumo de sustancias.
Rösch et al., (2021)	Examinar el impacto del PEF sobre el DD.	48	El PEF tuvo un impacto significativo sobre el DD (tamaño del efecto moderado, $g = 0,43$). El efecto es mayor cuando los eventos visualizados son positivos, más vívidos y están relacionados con la elección futura. El PEF tiene un mayor efecto en las personas con una alta tasa de DD.
Ye et al., (2022)	Examinar la eficacia del PEF sobre el DD.	47	El PEF tuvo un impacto significativo sobre el DD (tamaño del efecto moderado, $g = 0,52$). El efecto es mayor cuando los eventos futuros del PEF presentan una valencia positiva.

Nota. PEF = pensamiento episódico futuro; DD = descuento por demora.

El PEF también ha mostrado ser eficaz para reducir el consumo de sustancias (González-Roz et al., 2021), aumentar la adherencia a la medicación en personas con diabetes (Epstein, Jimenez-Knight, et al., 2022), disminuir la ingesta calórica (Hollis-Hansen, Seidman, et al., 2019; Sze et al., 2017), reducir el peso corporal (Epstein, Paluch, et al., 2022; Sze et al., 2015) y aumentar la actividad física (Epstein, Paluch, et al., 2022).

A pesar del breve recorrido histórico del PEF, distintos estudios metaanalíticos han examinado las características o parámetros que moderan la eficacia del PEF (Rösch et al., 2021; Ye et al., 2022). Los estudios respecto al contenido del evento creado señalan que el PEF tiene un mayor impacto si el evento tiene relación directa con la conducta a modificar. Por otro lado, el PEF tiene un mayor efecto sobre la tasa de DD cuando la valencia del evento creado es positiva, que cuando tiene un carácter neutro o negativo (ver Tabla 2).

Con respecto al número de prácticas necesarias, la evidencia más reciente sugiere que una mayor práctica del PEF tiene un mayor impacto sobre el DD, tanto en consumidores de sustancias (García-Pérez et al., 2022; Mellis et al., 2019), como en personas con obesidad (Mansouri et al., 2020), aumentando el efecto sobre el DD a medida que aumentan el número de sesiones. Con relación al formato de aplicación, el PEF se ha implementado mayoritariamente en un formato cara a cara, aunque recientemente se ha evaluado su factibilidad en formato online (Sofis et al., 2020; Sze et al., 2015).

Por otro lado, aunque el PEF ha sido llevado a cabo principalmente de forma aislada, algunos estudios lo han combinado con otros tratamientos (p.ej., terapia cognitivo conductual, manejo de contingencias) obteniendo excelentes resultados (García-Pérez et al., 2022).

La Tabla 3 muestra una síntesis de las características y parámetros del PEF que han mostrado ser eficaces.

Conclusiones

La teoría de la patología del refuerzo, sustentada en el modelo de la EC, ofrece un marco teórico y empírico que permite entender y prevenir las conductas de riesgo para la salud. Apoyado en esta teoría, el PEF es una intervención que consiste en crear y visualizar eventos futuros con el fin de incrementar la saliencia y el valor (subjeto) del reforzamiento asociado a la implicación en

Tabla 3.

Características relacionadas con la efectividad del pensamiento episódico futuro.

Número de sesiones	Una sola visualización tiene un impacto significativo sobre el DD. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que la práctica repetida produce un mayor efecto.
Formato de aplicación	Se ha evidenciado la factibilidad de implementar el PEF en un formato cara a cara y online. Además, algunos estudios recientes apuntan a la realidad virtual para facilitar la visualización.
Ventana temporal	El marco temporal de los eventos creados oscila entre las dos semanas y el año.
Combinación con otros tratamientos	El PEF se ha implementado mayoritariamente solo, pero algunos estudios lo combinan con terapia cognitivo-conductual y manejo de contingencias.

conductas de salud (p.ej., dieta equilibrada). Esta técnica presenta resultados prometedores en la reducción de la toma de decisiones impulsiva y en el aumento de conductas relacionadas con la salud en contextos experimentales, habiendo cada vez más evidencias en contextos clínicos.

Uno de los retos futuros para la mejora de la efectividad del PEF es el aumento de la adherencia al tratamiento (Aonso-Diego et al., 2021). Los estudios proponen distintas estrategias para mejorar la adherencia a las prácticas de visualización y, en consecuencia, mejorar la eficacia del PEF. Enviar recordatorios en forma de mensajes de texto, grabar en audio el evento creado en la sesión de terapia, o proporcionar incentivos a cambio de la práctica pueden ser estrategias útiles para lograr una mayor adherencia.

El uso de la tecnología ofrece distintas ventajas en la investigación de la efectividad del PEF. Por ejemplo, la evaluación ambulatoria (Fonseca-Pedrero et al., 2022) permitiría evaluar a través de dispositivos electrónicos (p.ej., pulseras de actividad, teléfonos móviles) la viveza de la práctica de visualización, la ingesta calórica diaria, el nivel de actividad física o el deseo de consumir una sustancia. Al mismo tiempo, es posible que la propia evaluación sistemática de parámetros de salud tenga algún efecto sobre la modificación de comportamientos insalubres.

Por último, la implementación del PEF a través de la realidad

virtual (Wang et al., 2019) permitiría visualizar el evento futuro creado con una mayor cantidad de detalles, especialmente en las personas con problemas de memoria episódica.

En conclusión, el PEF es una intervención psicológica novedosa que presenta resultados prometedores en la reducción de conductas de riesgo para la salud, como es el consumo de sustancias, la ingesta calórica, el peso corporal, y el sedentarismo. Por tratarse de una intervención relativamente reciente, la evidencia es aún escasa, por lo que se requieren más estudios que implementen el PEF particularmente en contextos clínicos con el objetivo de obtener evidencias de su efectividad.

Referencias

- Amlung, M., Marsden, E., Holshausen, K., Morris, V., Patel, H., Vedelago, L., Naish, K. R., Reed, D. D., y McCabe, R. E. (2019). Delay Discounting as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *76*(11), 1176–1186. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2019.2102>
- Amlung, M., Vedelago, L., Acker, J., Balodis, I., y MacKillop, J. (2017). Steep delay discounting and addictive behavior: A meta-analysis of continuous associations. *Addiction*, *112*(1), 51–62. <https://doi.org/10.1111/add.13535>
- Aonso-Diego, G., González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Krotter, A., y Secades-Villa, R. (2021). Episodic future thinking for smoking cessation in individuals with substance use disorder: Treatment feasibility and acceptability. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *123*, 108259. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108259>
- Atance, C. M., y O'Neill, D. K. (2001). Episodic future thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, *5*(12), 533–539. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01804-0](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01804-0)
- Athamneh, L. N., Brown, J., Stein, J. S., Gatchalian, K. M., LaConte, S. M., y Bickel, W. K. (2022). Future thinking to decrease real-world drinking in alcohol use disorder: Repairing reinforcer pathology in a randomized proof-of-concept trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *30*(3), 326–337. <https://doi.org/10.1037/pha0000460>
- Athamneh, L. N., Stein, M. D., Lin, E. H., Stein, J., Mellis, A. M., Gatchalian, K. M., Epstein, L. H., y Bickel, W. K. (2021). Setting a goal could help you control: Comparing the effect of health goal versus general episodic future thinking on health behaviors among cigarette smokers and obese individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *29*(1), 59–72. <https://doi.org/10.1037/pha0000351>
- Benziger, C. P., Roth, G. A., y Moran, A. E. (2016). The Global Burden of Disease Study and the Preventable Burden of NCD. *Global Heart*, *11*(4), 393–397. <https://doi.org/10.1016/J.GHEART.2016.10.024>
- Bhargava, S., y Loewenstein, G. (2015). Behavioral economics and public policy 102: Beyond nudging. *American Economic Review*, *105*(5), 396–401. <https://doi.org/10.1257/aer.p20151049>
- Bickel, W. K., Athamneh, L. N., Basso, J. C., Mellis, A. M., DeHart, W. B., Craft, W. H., y Pope, D. (2019). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process: Update on the state of the science. *Current Opinion in Psychology*, *30*, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.005>
- Bickel, W. K., Athamneh, L. N., Snider, S. E., Craft, W. H., Dehart, W. B., Kaplan, B. A., y Basso, J. C. (2020). Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *47*, 139–162. https://doi.org/10.1007/7854_2020_145
- Bickel, W. K., Stein, J. S., Moody, L. N., Snider, S. E., Mellis, A. M., y Quisenberry, A. J. (2017). Toward Narrative Theory: Interventions for Reinforcer Pathology in Health Behavior. *Nebraska Symposium on Motivation*, *64*, 227–267. https://doi.org/10.1007/978-3-319-51721-6_8
- Burgess, A. (2012). ‘Nudging’ Healthy Lifestyles: The UK Experiments with the Behavioural Alternative to Regulation and the Market. *European Journal of Risk Regulation*, *3*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1017/S1867299X00001756>
- Cha, C. B., Robinaugh, D. J., Schacter, D. L., Altheimer, G., Marx, B. P., Keane, T. M., Kearns, J. C., y Nock, M. K. (2022). Examining multiple features of episodic future thinking and episodic memory among suicidal adults. *Suicide y Life-Threatening Behavior*, *52*(3), 356–372. <https://doi.org/10.1111/SLTB.12826>
- Crane, L., Lind, S. E., y Bowler, D. M. (2013). Remembering the past and imagining the future in autism spectrum disorder. *Memory (Hove, England)*, *21*(2), 157–166. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.712976>
- Daniel, T. O., Stanton, C. M., y Epstein, L. H. (2013a). The future is now: Comparing the effect of episodic future thinking on impulsivity in lean and obese individuals. *Appetite*, *71*, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.07.010>
- Daniel, T. O., Stanton, C. M., y Epstein, L. H. (2013b). The future is now: Reducing impulsivity and energy intake using episodic future thinking. *Psychological Science*, *24*(11), 2339–2342. <https://doi.org/10.1177/0956797613488780>
- Decreto Ley 13/2019, de 10 de septiembre, de aprobación de las reglas necesarias para la autoliquidación del impuesto sobre bebidas azucaradas envasadas. *Boletín Oficial del Estado*, *252*, de 25 de octubre de 2019. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/10/25/pdfs/BOE-A-2019-15311.pdf>
- DeHart, W. B., Snider, S. E., Pope, D. A., y Bickel, W. K. (2020). A reinforcer pathology model of health behaviors in individuals with obesity. *Health Psychology*, *39*(11), 966–974. <https://doi.org/10.1037/HEA0000995>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2022). *Plan de Acción sobre Adicciones 2021 - 2024*. <https://bit.ly/38AelRe>
- Du, J. Y., Hallford, D. J., y Busby Grant, J. (2022). Characteristics of episodic future thinking in anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *95*, 102162. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102162>
- El Haj, M., Moustafa, A. A., Perle, A., Tison, P., Cottencin, O., y Nandrino, J. L. (2019). Impaired specificity of future thinking in alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *43*(5), 945–951. <https://doi.org/10.1111/acer.13993>
- Epstein, L. H., Jimenez-Knight, T., Honan, A. M., Paluch, R. A., y Bickel, W. K. (2022). Imagine to Remember: An episodic future thinking intervention to improve medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 95–104. <https://doi.org/10.2147/PPA.S342118>
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Mathew, J. B., Stein, J. S., Quattrin, T., Mastrandrea, L. D., Gatchalian, K., Greenawald, M. H., y Bickel, W. K. (2022). Effects of 6-month episodic future thinking training on delay discounting, weight loss and HbA1c changes in individuals with prediabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, *45*, 227–239. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00278-y>
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Stein, J. S., Quattrin, T., Mastrandrea, L. D., Bree, K. A., Sze, Y. Y., Greenawald, M. H., Biondolillo, M. J., y Bickel, W. K. (2020). Delay discounting, glycemic regulation and health behaviors in adults with prediabetes. *Behavioral Medicine*, *47*(3), 194–204. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1712581>

- Fonseca-Pedrero, E., Ródenas-Perea, G., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabi, S., Pérez-Álvarez, M., y Muñiz, J. (2022). La hora de la evaluación ambulatoria. *Papeles del Psicólogo*, 43(1), 21–28. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>
- Forster, S. E., Steinhauer, S. R., Ortiz, A., y Forman, S. D. (2021). Evaluating effects of episodic future thinking on valuation of delayed reward in cocaine use disorder: a pilot study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(2), 199–208. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1865997>
- García-Pérez, Á., Anso-Diego, G., Weidberg, S., González-Roz, A., y Secades-Villa, R. (2021). Reinforcer pathology predicts relapse in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(5), 565–571. <https://doi.org/10.1037/adb0000773>
- García-Pérez, Á., Anso-Diego, G., Weidberg, S., y Secades-Villa, R. (2022). Effects of episodic future thinking on reinforcement pathology during smoking cessation treatment among individuals with substance use disorders. *Psychopharmacology*, 239(2), 631–642. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06057-6>
- González-Roz, A., Anso-Diego, G., y Secades-Villa, R. (2021). Pensamiento episódico futuro para el tratamiento de las adicciones a examen: conceptualización y evidencias de su efectividad. *Revista Española de Drogodependencias*, 46(4), 29–47. <https://doi.org/10.54108/red.2021.46.04.002>
- González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Aportaciones desde la economía conductual a la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico en adicciones. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 91–98. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2020.2922>
- Hayes, J. F., Eichen, D. M., Barch, D. M., y Wilfley, D. E. (2018). Executive function in childhood obesity: Promising intervention strategies to optimize treatment outcomes. *Appetite*, 124, 10–23. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2017.05.040>
- Hollis-Hansen, K., O'Donnell, S. E., Seidman, J. S., Brande, S. J., y Epstein, L. H. (2019). Improvements in episodic future thinking methodology: Establishing a standardized episodic thinking control. *Plos One*, 14(3), e0214397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214397>
- Hollis-Hansen, K., Seidman, J., O'Donnell, S., y Epstein, L. H. (2019). Episodic future thinking and grocery shopping online. *Appetite*, 133, 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2018.10.019>
- Hummel, D., y Maedche, A. (2019). How effective is nudging? A quantitative review on the effect sizes and limits of empirical nudging studies. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 80, 47–58. <https://doi.org/10.1016/J.SOCEC.2019.03.005>
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3(3), 430–454. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(72\)90016-3](https://doi.org/10.1016/0010-0285(72)90016-3)
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80(4), 237–251. <https://doi.org/10.1037/h0034747>
- Katelyn, A. C., Daniel, T. O., Henry, L., y Epstein, L. (2011). Reinforcement pathology and obesity. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 190–197. <https://doi.org/10.2174/1874473711104030190>
- Kräplin, A., Höfler, M., Poosch, S., Wolff, M., Krönke, K. M., Goschke, T., Bühringer, G., y Smolka, M. N. (2020). Impulsive decision-making predicts the course of substance-related and addictive disorders. *Psychopharmacology*, 237(9), 2709–2724. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05567-z>
- Ledderer, L., Kjær, M., Madsen, E. K., Busch, J., y Fage-Butler, A. (2020). Nudging in public health lifestyle interventions: A systematic literature review and metasynthesis. *Health Education and Behavior*, 47(5), 749–764. <https://doi.org/10.1177/1090198120931788>
- Levitt, E. E., Oshri, A., Amlung, M., Ray, L. A., Sanchez-Roige, S., Palmer, A. A., y MacKillop, J. (2022). Evaluation of delay discounting as a transdiagnostic research domain criteria indicator in 1388 general community adults. *Psychological Medicine*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005110>
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 309, de 27 de diciembre de 2005. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-21261-consolidado.pdf>
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 318, de 31 de diciembre de 2010. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20138-consolidado.pdf>
- Mansouri, T. H., Crandall, A. K., y Temple, J. L. (2020). The effect of repeated episodic future thinking on the relative reinforcing value of snack food. *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2402–2413. <https://doi.org/10.1177/1359105320914060>
- Marteau, T. M., Hollands, G. J., y Fletcher, P. C. (2012). Changing human behavior to prevent disease: The importance of targeting automatic processes. *Science*, 337(6101), 1492–1495. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.1226918>
- Matjasko, J. L., Cawley, J. H., Baker-Goering, M. M., y Yokum, D. V. (2016). Applying behavioral economics to public health policy: Illustrative examples and promising directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(5), S13–S19. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.02.007>
- Mellis, A. M., Snider, S. E., Deshpande, H. U., LaConte, S. M., y Bickel, W. K. (2019). Practicing prospecting promotes patience: Repeated episodic future thinking cumulatively reduces delay discounting. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107507. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.010>
- Morris, A. N., El Haj, M., y Moustafa, A. A. (2020). Episodic future thinking in drug addiction. En A. A. Moustafa (Ed.), *Cognitive, Clinical, and Neural Aspects of Drug Addiction* (pp. 187–204). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816979-7.00008-X>
- Moustafa, A. A., Morris, A., y Elhaj, M. (2018). A review on future episodic thinking in mood and anxiety disorders. *Reviews in the Neurosciences*, 30(1), 85–90. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0055>
- Moustafa, A. A., Morris, A. N., Nandrino, J. L., Misiak, B., Szewczuk-Bogusławska, M., Frydecka, D., y El Haj, M. (2018). Not all drugs are created equal: impaired future thinking in opiate, but not alcohol, users. *Experimental Brain Research*, 236(11), 2971–2981. <https://doi.org/10.1007/s00221-018-5355-7>
- O'Neill, J., Daniel, T. O., y Epstein, L. H. (2016). Episodic future thinking reduces eating in a food court. *Eating Behaviors*, 20, 9–13. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2015.10.002>
- Patel, H., y Amlung, M. (2020). Acute and extended exposure to episodic future thinking in a treatment seeking addiction sample: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116, 108046. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108046>
- Real Decreto 1412/2018, de 3 de diciembre, por el que se regula el procedimiento de comunicación de puesta en el mercado de los alimentos para grupos específicos de población. *Boletín Oficial del Estado*, 312, de 27 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/12/03/1412/dof/spa/pdf>

- Rehm, J., y Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2). <https://doi.org/10.1007/S11920-019-0997-0>
- Rösch, S. A., Stramaccia, D. F., y Benoit, R. G. (2021). Promoting farsighted decisions via episodic future thinking: A meta-analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 151(7), 1606-1635. <https://doi.org/10.1037/xge0001148>
- Royo-Bordonada, M. Á., Fernández-Escobar, C., Gil-Bellosta, C. J., y Ordaz, E. (2022). Effect of excise tax on sugar-sweetened beverages in Catalonia, Spain, three and a half years after its introduction. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01262-8>
- Rung, J. M., y Madden, G. (2018). Experimental reductions of delay discounting and impulsive choice: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(9), 1349–1381. <https://doi.org/10.1037/xge0000462>
- Russell, J., Alexis, D., y Clayton, N. (2010). Episodic future thinking in 3- to 5-year-old children: the ability to think of what will be needed from a different point of view. *Cognition*, 114(1), 56–71. <https://doi.org/10.1016/J.COgnITION.2009.08.013>
- Schacter, D. L., Benoit, R. G., y Szpunar, K. K. (2017). Episodic future thinking: Mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 17, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.06.002>
- Schettkat, R. (2018). Revision or Revolution? A Note on Behavioral vs. Neoclassical Economics. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.3204441>
- Scholten, H., Scheres, A., de Water, E., Graf, U., Granic, I., y Luijten, M. (2019). Behavioral trainings and manipulations to reduce delay discounting: A systematic review. *Psychonomic Bulletin and Review*, 36(6), 1803–1849. <https://doi.org/10.3758/s13423-019-01629-2>
- Simon, H. A. (1955). A Behavioral Model of Rational Choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118. <https://doi.org/10.2307/1884852>
- Sofis, M. J., Lemley, S. M., Jacobson, N. C., y Budney, A. J. (2021). Initial evaluation of domain-specific episodic future thinking on delay discounting and cannabis use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30(6), 918–927. <https://doi.org/10.1037/pha0000501>
- Sofis, M. J., Lemley, S. M., Lee, D. C., y Budney, A. J. (2020). A web-based episodic specificity and future thinking session modulates delay discounting in cannabis users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(4), 532–540. <https://doi.org/10.1037/adb0000557>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Stein, J. S., Sze, Y. Y., Athamneh, L., Koffarnus, M. N., Epstein, L. H., y Bickel, W. K. (2017). Think fast: Rapid assessment of the effects of episodic future thinking on delay discounting in overweight/obese participants. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(5), 832–838. <https://doi.org/10.1007/S10865-017-9857-8>
- Stein, J. S., Tegge, A. N., Turner, J. K., y Bickel, W. K. (2018). Episodic future thinking reduces delay discounting and cigarette demand: an investigation of the good-subject effect. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(2), 269–276. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9908-1>
- Stein, J. S., Wilson, A., Koffarnus, M., Daniel, T., Epstein, L., y Bickel, W. (2016). Unstuck in time: Episodic future thinking reduces delay discounting and cigarette smoking. *Psychopharmacology*, 233(21–22), 3771–3778. <https://doi.org/10.1007/s00213-016-4410-y>
- Sze, Y. Y., Daniel, T. O., Kilanowski, C. K., Lorraine Collins, R., y Epstein, L. H. (2015). Web-based and mobile delivery of an episodic Future Thinking Intervention for Overweight and Obese Families: A feasibility study. *JMIR MHealth and UHealth*, 3(4), e97. <https://doi.org/10.2196/MHEALTH.4603>
- Sze, Y. Y., Stein, J. S., Bickel, W. K., Paluch, R. A., y Epstein, L. H. (2017). Bleak present, bright future: Online episodic future thinking, scarcity, delay discounting, and food demand. *Clinical Psychological Science*, 5(4), 683–697. <https://doi.org/10.1177/2167702617696511>
- Terrett, G., Rendell, P. G., Raponi-Saunders, S., Henry, J. D., Bailey, P. E., y Altgassen, M. (2013). Episodic future thinking in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2558–2568. <https://doi.org/10.1007/S10803-013-1806-Y>
- Thaler, R., y Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealthy and hapiness*. Penguin.
- Unidad de Prevención del Tabaquismo. (2016). *Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Periodo 2011-2014*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II_Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf
- Unidad de Prevención del Tabaquismo. (2020). *Informe sobre la evolución de la política impositiva de las labores del tabaco y su impacto en los precios de venta al público*. https://www.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Evol_Politica_Impositiva_Tabaco.pdf
- Voss, A. T., Jorgensen, M. K., Murphy, J. G., Voss, A. T., Jorgensen, M. K., y Murphy, J. G. (2022). Episodic future thinking as a brief alcohol intervention for heavy drinking college students: A pilot feasibility study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30(3), 313–325. <https://doi.org/10.1037/pha0000451>
- Wang, T., Mellis, A. M., Lau, N., y Bickel, W. (2019). Integrating Episodic Future Thinking into virtual reality to mitigate substance use disorders: A theoretical framework. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 63(1), 2282–2286. <https://doi.org/10.1177/1071181319631026>
- Yang, Y., Shields, G. S., Wu, Q., Liu, Y., Chen, H., y Guo, C. (2019). Cognitive training on eating behaviour and weight loss: A meta-analysis and systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(11), 1628–1641. <https://doi.org/10.1111/OBR.12916>
- Ye, J. Y., Ding, Q. Y., Cui, J. F., Liu, Z., Jia, L. X., Qin, X. J., Xu, H., y Wang, Y. (2022). A meta-analysis of the effects of episodic future thinking on delay discounting. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 75(10), 1876-1891. <https://doi.org/10.1177/17470218211066282>
- Zimmerman, F. J. (2009). Using behavioral economics to promote physical activity. *Preventive Medicine*, 49(4), 289–291. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2009.07.008>

Artículo

Victimización sexual en la primera infancia: Una revisión narrativa de aspectos clínicos

Noemí Pereda 

Universidad de Barcelona, España

INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 31, 2022

Aceptado: Julio 14, 2022

Palabras clave

Primera infancia
Prescolar
Victimización sexual
Abuso sexual
Revisión narrativa

RESUMEN

Existe un gran desconocimiento profesional sobre la victimización sexual en la denominada primera infancia o etapa preescolar. La presente revisión pretende ofrecer un marco teórico sólido para los profesionales del ámbito victimológico sobre las experiencias de victimización sexual con muestras de niños y niñas de hasta 6 años de edad. Los temas tratados incluyen la epidemiología del problema, las características de la victimización, las consecuencias que conlleva para el niño o niña la experiencia de victimización y su intervención en la primera infancia. Los estudios revisados permiten concluir que se trata de un problema más frecuente de lo que generalmente se presupone, pero del que realmente se desconoce su magnitud, con graves consecuencias para sus víctimas y cuya intervención debe centrarse en el modelo de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ya que es sobre el que existe más evidencia empírica en este grupo de edad.

Sexual victimization in early childhood: A narrative review of clinical aspects

ABSTRACT

There is a significant lack of research and knowledge regarding sexual victimization in the early childhood or preschool developmental stage. The present review aims to offer a solid theoretical framework for professionals in the victimology field on the experiences of sexual victimization of boys and girls up to 6 years of age. The topics covered include the epidemiology of the problem, the characteristics of victimization, the consequences that the experience of victimization in the preschool stage implies for the victim, and intervention in early childhood. The studies included in the review allow us to conclude that sexual victimization of preschoolers is a more frequent problem than it is generally assumed, but one whose magnitude is truly unknown, with serious consequences for the victims. Intervention should concentrate on trauma focused cognitive-behavioral therapy since it has the most empirical evidence for this age group.

Keywords

Early childhood
Preschool
Sexual victimization
Sexual abuse
Narrative review

La victimización sexual en la denominada primera infancia o etapa preescolar ha sido escasamente estudiada, existiendo una gran invisibilidad sobre estas víctimas y una enorme falta de formación en los profesionales al respecto. La primera infancia suele definirse como la etapa que va desde el nacimiento hasta aproximadamente los seis años de edad (Woodhead, 2009). Se trata de un período en el que el niño o niña recibe la mayor influencia de su entorno así que las experiencias que viva en su contexto familiar, los vínculos que forme con sus padres y cuidadores principales, afectarán a su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en el futuro (Kochanska y Kim, 2013).

De este modo, el contexto familiar puede constituirse en el lugar más peligroso para el niño o niña según la denominada paradoja de la violencia familiar (Straus, 1990), que establece que la gran mayoría de victimizaciones en preescolares son causadas por una persona del entorno más cercano. La violencia es causada por aquellos que tendrían que cuidarlo y protegerlo y que aprovechan el poder que les da esta posición de autoridad basada en la dependencia y el afecto para dañarlo. Estudios empíricos posteriores han confirmado esta afirmación, mostrando que los miembros de la familia y cuidadores del niño son los principales victimarios en cerca del 70% de los actos de violencia cometidos contra menores de cinco años (Finkelhor y Ormrod, 2000). En estos casos los victimarios son aquellos de quien el niño o niña depende para su supervivencia y adecuado desarrollo. El desconocido, el extraño, no es una figura frecuente en la victimización infantil y es absolutamente excepcional cuando se trata de víctimas en edades tempranas, no llegando a un 10% de los casos.

Objetivo del estudio

La revisión que se presenta pretende ofrecer un marco teórico sólido para los profesionales del ámbito victimológico sobre las experiencias de victimización sexual en lo que ha venido a llamarse la primera infancia o etapa preescolar, dada la escasez de estudios con este grupo de edad. Tras un exhaustivo análisis de los trabajos publicados sobre victimización sexual con muestras de niños y niñas de hasta los 6 años de edad, se presentan los resultados de esta revisión narrativa (Greenhalgh et al., 2018) mediante un resumen crítico que incluye desde su epidemiología, a las características de la victimización en estas edades, las consecuencias que conlleva para el niño o niña en edad preescolar, y su intervención en la primera infancia.

Resultados

Epidemiología de la Victimización Sexual en la Primera Infancia

Contextualizar estadísticamente el problema y ofrecer cifras de su extensión es especialmente relevante en la victimización sexual en la infancia (Pereda, 2016). Sin embargo, la epidemiología del abuso sexual en preescolares ha sido escasamente estudiada.

El trabajo pionero llevado a cabo en Canadá por Mian et al. (1986) presenta una revisión de los expedientes hospitalarios de 125 niños y niñas víctimas de violencia sexual de 6 años o menos. Los autores muestran que un 1,6% eran víctimas de menos de un

año de edad, 4,8% tenían un año, 14,4% dos años, 24,8% tres años, 21,6% cuatro años, 20,8% cinco años y 12% seis años. También en Canadá, Dubé y Hébert (1988) evaluaron los expedientes hospitalarios de 511 casos de abuso sexual en menores de 12 años, encontrando que un 29,4% referían a víctimas menores de 5 años. Por su parte, Hershkowitz et al. (2005), en Israel, con una muestra de 26.408 entrevistas a víctimas de abuso sexual y físico de 3 a 14 años, encuentran que el 20,1% de los casos refieren a niños y niñas de entre 3 y 6 años de edad. A su vez, en Turquía, mediante el análisis de 3.429 expedientes de niños y niñas atendidos en un centro para víctimas de abuso sexual, Yüksel y Koçtürk (2020) indican que un 5,98% tenían menos de 7 años.

Finkelhor et al. (2008) con datos del estudio de incidencia NISMART-2 en los Estados Unidos, basados en encuestas a padres y niños, niñas y adolescentes, identificaron un total de 285.400 víctimas de violencia sexual entre los 0 y los 17 años. De éstas, un 4% correspondían a niños y niñas de 0 a 5 años, lo que supone una estimación del 33% de la población de esa edad en el país. El mismo equipo (Finkelhor et al., 2009), mediante encuestas telefónicas a 4.549 niños y niñas de entre los 0 y los 17 años, o a sus padres si éstos tenían menos de 10 años, observaron que la victimización sexual iba aumentando con la edad, pero que había un pequeño porcentaje del 1% de niños y niñas víctimas de entre 2 y 5 años.

Estas cifras, obtenidas en estudios de expedientes y encuestas a padres, son inferiores a las que se obtienen cuando se pregunta a las víctimas a qué edad se iniciaron los abusos sexuales. En el estudio de Gewirtz-Meydan y Finkelhor (2020) en los Estados Unidos, con 506 víctimas de abuso sexual de entre 2 y 17 años, un 17,2% refieren que los abusos se iniciaron entre los 0 y los 5 años, un 28,2% de los chicos y un 13,4% de las chicas. Este porcentaje es similar al encontrado en España, basado en las llamadas al teléfono de la Fundación ANAR y que muestra que el 16% de las víctimas tiene 5 años o menos (Fundación ANAR, 2020).

Características de la Victimización Sexual en la Primera Infancia

Existen múltiples falsas creencias respecto a los abusos sexuales que se cometen contra niños y niñas preescolares y que tienden a restar importancia a los mismos. Sin embargo, los estudios constatan que las conductas sexuales que se mantienen con preescolares son, frecuentemente, muy graves.

Cupoli y Sewell (1988) analizaron los expedientes hospitalarios de 1.059 víctimas de abuso sexual menores de 17 años, en los Estados Unidos, encontrando que un 20,1% de las niñas menores de seis años habían sufrido penetración vaginal, oral u anal, mientras que un 27,8% de los niños menores de seis años habían sufrido penetración oral u anal. Otro de los estudios que ha analizado el tipo de abuso que sufren los niños y niñas preescolares es el llevado a cabo por Mian y colaboradores (1996). Los autores, con una muestra de 70 niñas de entre 3 y 5 años de Canadá, encontraron una prevalencia de penetración digital de la vagina o el ano del 46%, un 19% de coito vaginal y un 7% de coito anal. Por su parte, Fontanella et al. (2000) analizaron los expedientes clínicos de 74 víctimas de abuso sexual de entre 2 y 5 años encontrando que un 64% de las niñas y un 28% de los niños había sufrido abusos sexuales con penetración. Estos porcentajes son

inferiores en el estudio de [Yüksel y Koçtürk \(2020\)](#), quienes encuentran un 13,7% de abusos con penetración en su muestra de preescolares, un 23,3% de los niños y un 8,3% de las niñas.

La reacción de los padres o cuidadores principales con víctimas preescolares también ha sido muy poco estudiada y parece seguir exactamente el mismo patrón que con víctimas de más edad. Así, los estudios muestran el estado de shock, incertidumbre y montaña rusa emocional en el que se encuentran los padres de preescolares víctimas de abuso sexual por parte de personas externas al núcleo familiar ([van Duin et al., 2022](#)). Sin embargo, cuando se compara a las madres de víctimas preescolares intrafamiliares y extrafamiliares se observa que las madres del grupo de víctimas de abuso sexual intrafamiliar significativamente culpan más a la niña, están más preocupadas por el impacto del abuso en su propia vida, protegen al abusador, están más preocupadas por otros miembros de la familia y tienden a negar que el abuso se haya producido o minimizan el hecho ([Mian et al., 1996](#)).

Indicadores y Consecuencias de la Victimización Sexual en la Primera Infancia

El impacto del trauma en edades preescolares está asociado al desarrollo de importantes consecuencias negativas a largo plazo y es sobre este tema sobre el que se han publicado más estudios ([De Young et al., 2011](#)).

Uno de los primeros estudios centrados en sintomatología general en víctimas preescolares de abuso sexual infantil es el de [Mian y colaboradores \(1986\)](#). Los expedientes de los niños y niñas analizados indicaron síntomas físicos (secreciones vaginales, hemorragias, enfermedades de transmisión sexual, moratones en el área genital y dolor abdominal), síntomas conductuales/emocionales (pesadillas, conducta disruptiva, dependencia, miedos), y un 18% presentó conducta sexualizada (juego sexual con muñecas, introducción de objetos en la vagina y/o el ano, masturbación, conducta seductora, pedir estimulación sexual y conocimiento sexual inadecuado para la edad). En el momento de la revelación, la mayoría de los niños y niñas presentaron síntomas emocionales/conductuales (30%), seguido de físicos (24%). Cabe decir que un 26% de los niños no presentó ningún síntoma de desajuste. En un estudio posterior, [Mian y colaboradores \(1996\)](#), concluyen que los principales efectos vinculados al abuso sexual en preescolares son los síntomas afectivos y de ansiedad y la conducta sexual inapropiada. De forma similar, [Fontanella et al. \(2000\)](#) encontraron indicadores de conducta sexualizada, conducta agresiva, problemas de sueño, problemas en el control de esfínteres, tristeza y comportamientos regresivos en su muestra de expedientes de víctimas preescolares.

En el estudio de [Hébert et al. \(2013\)](#) con una muestra de 59 niños y niñas de entre 4 y 6 años víctimas de abuso sexual y 66 preescolares no víctimas en Canadá, los autores, tras preguntar a los padres de los niños y niñas, muestran que un 42,9% de las víctimas de abuso sexual y sólo un 1,5% de las no víctimas presentan niveles clínicos de síntomas internalizantes, es decir, depresión, ansiedad, síntomas postraumáticos. A la vez, un 30,4% de las víctimas de abuso sexual y un 1,5% de las no víctimas presentan niveles clínicos de síntomas externalizantes, es decir, conducta agresiva y disruptiva. El abuso sexual en preescolares, por lo tanto, va acompañado tanto de síntomas de malestar internalizantes como externalizantes según los padres de las

víctimas. Al preguntar directamente a los propios niños y niñas, mediante un instrumento pictórico adaptado a este fin, los ítems más significativos puntuados por las víctimas pertenecieron a las áreas de somatización y depresión. En este sentido, se ha demostrado que los niños y niñas preescolares pueden informar de forma adecuada sobre sus síntomas internalizantes y que lo hacen incluso mejor que sus padres o cuidadores ([Luby et al., 2007](#)).

Sin embargo, no puede obviarse que una dificultad en la evaluación de las víctimas en estas edades es que la disociación, que permite al niño o niña continuar con su vida, a pesar de la experiencia traumática que está viviendo, es muy frecuente y puede hacer que no se detecte ningún desajuste en la víctima y que los síntomas de malestar resten latentes ([Macfie et al., 2001](#)). La disociación permite al niño o niña olvidar o apartar de su pensamiento consciente aquellas experiencias con una carga emocional demasiado alta como para que pueda integrarlas en sus recuerdos, percepciones e identidad personal en ese momento ([Spiegel et al., 2011](#)), pero a la vez dificulta enormemente la detección. Cuanto más temprana sea la experiencia de abuso, más probable es que la víctima acabe desarrollando síntomas disociativos (véase la revisión de [Vonderlin et al., 2018](#)). El principal problema es que estos síntomas, que pueden considerarse adaptativos en un primer momento, acaban mediando en la relación entre el abuso sexual y los problemas psicológicos que pueda presentar la víctima ([Ensink et al., 2017](#)), siendo especialmente graves si perduran en el tiempo, dado que son un componente importante, entre otros, del ciclo de la violencia ([Narang y Contreras, 2000](#)).

Pero una de las consecuencias más graves del abuso sexual en estas edades es la relacionada con el vínculo que se establezca con los cuidadores principales. La teoría del apego es de gran utilidad para entender las dinámicas familiares, los antecedentes relacionales y las consecuencias del abuso sexual infantil ([Alexander, 1992](#)). Estudios empíricos como el de [Beaudoin et al. \(2013\)](#) en Canadá, con una muestra de 116 niños y niñas de entre 3 y 6 años y sus padres, muestran que un apego desorganizado aporta una contribución única a los síntomas internalizantes y externalizantes de las víctimas de abuso sexual en la edad preescolar, más allá de las características del propio abuso y del malestar psicológico de los padres o cuidadores principales. Así, y si bien es un tema que sigue estudiándose, el desarrollo de un vínculo inseguro parece asociarse a una peor autoregulación emocional ([Pallini et al., 2018](#)) que, a su vez, ha demostrado actuar como variable mediadora entre la experiencia de abuso sexual y la presencia de síntomas internalizantes y, en menor medida, externalizantes, en 127 preescolares de entre 3 y 6 años también en Canadá ([Langevin et al., 2015](#)). Otros estudios similares en el mismo país, como el de [Hébert et al. \(2020\)](#), con una muestra de 274 víctimas de abuso sexual de entre 3 y 6 años y sus padres, encuentran que el apego desorganizado y la autoregulación emocional son variables que median entre la experiencia de abuso sexual y la disociación por lo que alertan de la importancia de intervenir de forma temprana en la relación entre el niño o niña y su figura cuidadora para prevenir problemas posteriores.

A la disociación y los problemas de vínculo hay que añadir, por su elevada frecuencia los problemas de sueño. Los autores que han analizado este aspecto advierten de los graves efectos que puede suponer para el correcto desarrollo del niño, en estas etapas tempranas. Así se han observado diferencias significativas en la

frecuencia de problemas de sueño entre 224 preescolares víctimas de abuso sexual y 83 no víctimas, como son no querer dormir solo, dificultades para conciliar el sueño, pesadillas y terrores nocturnos, sueño interrumpido o dormir menos que otros niños y niñas. Estos problemas no parecen desaparecer con el paso del tiempo y se mantienen un año después de la revelación del abuso según el estudio (Langevin et al., 2017). A su vez, estos problemas de sueño se han asociado con síntomas disociativos en una muestra de 179 niños y niñas víctimas de abuso sexual de entre 3 y 6 años, debiéndose tratar también por su influencia en otras consecuencias de la victimización (Hébert et al., 2017).

A su vez, la experiencia de abuso a edades tempranas puede comprometer hitos evolutivos esenciales e ir asociado a retrasos en el desarrollo. Así, Fontanella et al., (2000) alertan que en un 32% de su muestra de 74 expedientes de víctimas preescolares, en un 52% de los niños y un 19% de las niñas, presentaban retrasos en su desarrollo. La revisión llevada a cabo por Cooper (2000) muestra que el abuso y el maltrato en la infancia afectan a la capacidad de juego del niño o niña, presentando retrasos importantes en sus habilidades que lo sitúan en mayor riesgo de futuros problemas de aprendizaje y sociales.

Porque la infancia y, especialmente, sus primeros años, constituye un periodo crítico en el desarrollo del individuo en el cual la experiencia de estrés continuado, como sería el caso de una víctima de abuso sexual infantil, puede comportar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos. Se observan desajustes neurobiológicos en estas víctimas, con una disregulación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal o sistema de afrontamiento al estrés (véase la revisión de Blanco et al., 2015), que pueden acabar generando efectos neuroanatómicos, afectando estructuras cerebrales como el hipocampo, que se ha constatado como una región altamente sensible cuando el abuso sexual se da en las edades preescolares (Andersen et al., 2008). A su vez, la presencia de irregularidades en el hipocampo, como un menor tamaño constatado en víctimas de abuso sexual en la infancia, se ha asociado con el diagnóstico de trastornos psiquiátricos como depresión mayor, ansiedad y estrés postraumático en adultos (Teicher et al., 2018). Estudios de revisión como el Shrivastava et al. (2017) ofrecen una visión amplia de la influencia del abuso sexual en el desarrollo de trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta los efectos neurobiológicos de la victimización.

También es importante incluir los estudios que han analizado la conducta sexualizada o el desarrollo en la víctima de abuso sexual de una conducta sexual inapropiada (Friedrich, 1993). Así, y a pesar de la dificultad que supone, algunos autores (Friedrich et al., 1998) han intentado establecer cuáles son los comportamientos sexuales normativos en preescolares. Cabe tener en cuenta que diferentes estudios han encontrado variaciones en lo que se considera una conducta sexual normativa en función de la cultura a la que pertenezca el niño o niña preescolar, así que es una variable que debe tenerse en cuenta cuando se evalúe ésta (Kenny y Wurtele, 2013).

Sin embargo, son escasos los trabajos que han intentado establecer las conductas sexuales en preescolares que podrían configurar la denominada conducta sexualizada y que incluiría comportamientos como un vocabulario sexual inadecuado para la edad, la masturbación compulsiva, sin placer o haciéndose daño, conductas seductoras o comportamientos erotizados con adultos,

uso de objetos contra los propios genitales/ano o contra los genitales/ano de otros niños o niñas y la agresión sexual hacia otros niños o niñas, adultos o animales (Friedrich et al., 2001).

Cabe tener en cuenta que la investigación actual sugiere que el desarrollo de una conducta sexualizada se encuentra relacionado con una variedad de factores individuales, familiares y sociales y que no debe considerarse un efecto causal de la experiencia de abuso sexual (Mesman et al., 2019). Así, con una muestra de 217 niños y niñas de entre 2 y 6 años atendidos por conductas sexuales problemáticas, Tyler et al. (2019) encuentran que sólo un tercio de la muestra ha sido víctima de abuso sexual, si bien en muchos hay evidencia de otras experiencias traumáticas y de violencia interpersonal. La importancia de otras experiencias de malos tratos en la conducta sexualizada también se ha reportado en otros estudios con víctimas menores de 8 años (Merrick et al., 2008). A su vez, debe tenerse en cuenta el lugar en el que se evalúa la conducta sexualizada, dado que el estudio de Larsson y Svedin (2002) en Suecia, con una muestra de 185 preescolares de entre 3 y 6 años, encuentra que éstos presentan significativamente más conductas sexuales en casa, que en el centro escolar, evaluadas por padres y educadores. Así, entender la variación en la conducta sexual normativa supone incluir la importancia del contexto familiar (Thigpen y Dennis Fortenberry, 2009).

Puesto que, como la investigación ha demostrado no únicamente las experiencias de abuso sexual pueden generar conducta sexualizada (Kellogg y Committee on Child Abuse and Neglect, 2009), hay que valorar bien las rutinas diarias del niño y su familia y hacer una buena evaluación de la edad de éste y de los comportamientos sexuales que mantiene. Los instrumentos que más se utilizan para hacer estas evaluaciones son el Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich et al., 2001) y el Weekly Behavior Report (Cohen y Mannarino, 1996). Sin embargo, ninguno de ellos ha sido validado en España y no se encuentran exentos de críticas respecto a su fiabilidad (Vrolijk-Bosschaert et al., 2018). Otra perspectiva a tener en cuenta es aquella que defiende que deben evaluarse los conocimientos sexuales inadecuados para la edad del niño, más que las expresiones de conducta que no siempre pueden darse y, no siempre, se encuentran vinculadas a la experiencia de abuso sexual (Brilleslijper-Kater et al., 2004).

La realidad es que los niños y niñas preescolares no reportan sus experiencias de abuso sexual como ilustra, por ejemplo, el estudio de Hershkowitz et al. (2005), en el que menos de la mitad de su muestra de víctimas de entre 3 y 6 años (47,5%) hicieron una alegación en este sentido. Así, el acceso a conocimientos e instrumentos sólidos que permitan al profesional clínico detectar posibles indicadores de abuso sexual es una necesidad imperiosa en este grupo de edad.

Intervención con Preescolares Víctimas de Abuso Sexual

La primera infancia es un momento tan importante en el desarrollo que la respuesta del entorno de la víctima y el apoyo que reciba pueden hacer que la trayectoria de riesgo derivada de la experiencia de victimización pase a ser una trayectoria de protección (Rutter, 1990).

Así, uno de los pocos estudios que se ha centrado en la resiliencia en preescolares es el de Hébert y colaboradores (2014) quienes encontraron que un 41,9% de su muestra presentaba bajos

niveles de síntomas de desajuste vinculados con un alto autocontrol de su conducta, capacidad de iniciativa e independencia, y el establecimiento de vínculos con otros niños y adultos. Los padres no abusadores de estos niños y niñas resilientes habían buscado recursos de apoyo para hacer frente al malestar causado por el abuso sexual, mostrando la importancia de esta figura en la recuperación de la víctima.

Y si bien existen múltiples perspectivas de intervención con víctimas menores de edad es importante remarcar la importancia de trabajar desde modelos que dispongan de evidencia empírica específica con preescolares, como es la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (véase un resumen completo de este modelo terapéutico en [Kanter y Pereda, 2020](#)).

La efectividad de este modelo en niños y niñas víctimas se ha constatado en revisiones sistemáticas recientes ([Serra-Sutton et al., 2021](#)). Como ejemplo de evidencia con preescolares, el estudio seminal de [Cohen y Mannarino \(1996\)](#) con 67 víctimas de abuso sexual de entre 3 y 6 años, muestra que, cuando se los compara con un grupo de terapia no directiva, la TF-CBT supone mejoras significativas en los síntomas internalizantes y externalizantes, conducta sexualizada, síntomas postraumáticos, ansiedad y pesadillas reportadas por los padres de las víctimas. Otros estudios, como el de [Scheeringa y colaboradores \(2011\)](#), han obtenido resultados muy parecidos al comparar el grupo de preescolares tratados con TF-CBT con un grupo en lista de espera. Por su parte, [Hébert y Daignault \(2015\)](#) constataron una mejora significativa en los síntomas de malestar de una muestra de 10 niños y 15 niñas de entre 3 y 6 años víctimas de abuso sexual en Canadá, y sus padres no ofensores, al comparar antes de la aplicación de la TF-CBT, justo después y seis meses más tarde.

Discusión

Los escasos estudios publicados hasta el momento muestran que la victimización sexual en preescolares es un problema más frecuente de lo que generalmente se presupone, pero del que realmente se desconoce su magnitud. Las dificultades del autoreporte en estos niños y niñas hacen que los porcentajes que se plantean sean variables en función de los estudios y configuren sólo aproximaciones al problema. Estas aproximaciones se basan, principalmente, en el análisis de expedientes, que suelen mostrar los casos más graves y evidentes, y que se corresponden con aquellos que se han detectado; o se basan en trabajos retrospectivos, que preguntan a adolescentes y adultos cuándo se iniciaron los abusos que reportan y que recaen en su memoria y certeza al responder. Así pues, la epidemiología de la victimización sexual en preescolares sigue sin poder establecerse de forma robusta.

Las conductas sexuales mantenidas con preescolares que describen los estudios revisados son graves y no parece haber diferencias entre aquellas que se mantienen con niños y niñas más mayores. La penetración es una conducta frecuente tanto en niños como en niñas de estas edades tempranas. Puede concluirse, a partir de estos resultados, que los abusos en preescolares ni son menos graves, ni las víctimas parecen recibir más apoyo, como demuestra la reacción de la madre de la víctima ante abusos intrafamiliares ([Mian et al., 1996](#)).

A su vez, los estudios indican que las consecuencias derivadas del abuso sexual en etapas tan tempranas pueden afectar de forma

significativa al desarrollo de la víctima y tener graves efectos adversos tanto en el ámbito personal como cognitivo y social. Según un trabajo de revisión reciente los preescolares víctimas de abuso sexual tienen una mayor probabilidad de presentar niveles clínicos de disociación, vínculos pobres e inseguros que pueden cronificarse hasta la edad adulta y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales, dificultades en la regulación de sus emociones y ante situaciones que les generan malestar, así como somatizaciones y problemas de sueño ([Tejada y Linder, 2020](#)). Las conductas sexualizadas, comportamientos erotizados y conocimientos sexuales inadecuados para la edad del niño o niña también se han detectado en este grupo de edad, si bien siguen necesitándose instrumentos específicos que puedan evaluar estos indicadores de forma válida y fiable.

Respecto a la intervención terapéutica con este grupo de edad, la TF-CBT es un modelo de tratamiento que ha demostrado su efectividad con preescolares y que los profesionales del ámbito clínico deberían utilizar de forma prioritaria. Sin negar la evidencia de otros programas de intervención, hasta el momento, el modelo TF-CBT es el que cuenta con un mayor número de estudios con resultados que apoyan su uso en preescolares víctimas de abuso sexual. Esta intervención integra principios de la terapia familiar y aspectos vinculares para abordar las necesidades de los niños y niñas y sus familias, entendiendo que el papel de los padres o cuidadores no victimarios es fundamental y siempre debe incluirse en el proceso terapéutico con víctimas de este grupo de edad ([Cohen et al., 2017](#)).

Pero quizás el aspecto más importante a considerar es que los adultos, padres y educadores, estén implicados en la prevención de este problema ([Wurtele y Kenny, 2010](#)), que se formen para ello, que se eduquen en el tema, que estén atentos a cambios de conducta inexplicables, ya sean internalizantes o externalizantes, conductas sexualizadas o conocimientos sexuales inadecuados, así como problemas de sueño. No olvidemos que, al final, la prevención es responsabilidad de los adultos y no del niño o niña, que tiene opciones de actuación realmente limitadas ante el abuso sexual. Solo así podremos intervenir ante un problema que puede llegar a ser muy grave y dañar de forma irreparable a la víctima en su desarrollo.

Referencias

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 185. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.185>
- Andersen, S. L., Tomada, A., Vincow, E. S., Valente, E., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 20*(3), 292-301. <https://doi.org/10.1176/jnp.2008.20.3.292>
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology, 63*(3), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.12.001>
- Blanco, L., Nydegger, L. A., Camarillo, G., Trinidad, D. R., Schramm, E., & Ames, S. L. (2015). Neurological changes in brain structure and functions among individuals with a history of childhood sexual abuse: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 57*, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.07.013>

- Brilleslijper-Kater, S. N., Friedrich, W. N., & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28(10), 1007-1017. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.005>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). The Weekly Behavior Report: A parent-report instrument for sexually abused preschoolers. *Child Maltreatment*, 1(4), 353-360. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed). The Guilford Press.
- Cooper, R. J. (2000). The impact of child abuse on children's play: A conceptual model. *Occupational Therapy International*, 7(4), 259-276. <https://doi.org/10.1002/oti.127>
- Cupoli, J. M., & Sewell, P. M. (1988). One thousand fifty-nine children with a chief complaint of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 12(2), 151-162. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90023-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90023-3)
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
- Dubé, R., & Hébert, M. (1988). Sexual abuse of children under 12 years of age: A review of 511 cases. *Child Abuse & Neglect*, 12(3), 321-330. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90045-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90045-2)
- van Duin, E. M., Verlinden, E., Tsang, V. M., Verhoeff, A. P., Brilleslijper-Kater, S. N., Voskes, Y., ... & Lindauer, R. J. (2022). A sexual abuse case series of infants and toddlers by a professional caregiver: A qualitative analysis of parents' experiences during the initial crisis period post-discovery. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105460. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105460>
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 69, 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.017>
- Finkelhor, D., Hammer, H., & Sedlak, A. (2008). *Sexually assaulted children: National estimates and characteristics*. US Department of Justice. Office of Justice Programs. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Recuperado de <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojdp/214383.pdf>
- Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2000). *Characteristics of crimes against juveniles*. Department of Justice. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED445130.pdf>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S. J. (2000). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 21-40. https://doi.org/10.1300/J070v09n02_02
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 59-66. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90008-S](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90008-S)
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafra, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4), e9. <https://doi.org/10.1542/peds.101.4.e9>
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49. <https://doi.org/10.1177/1077559501006001004>
- Fundación ANAR (2020). *Abuso sexual en la infancia y la adolescencia según los afectados y su evolución en España (2008-2019)*. Centro de Estudios ANAR.
- Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203-214. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e1293. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Hébert, M., Langevin, R., & Bernier, M. J. (2013). Self-reported symptoms and parents' evaluation of behavior problems in preschoolers disclosing sexual abuse. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 4(4), 467-483. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs44201312700>
- Hébert, M., & Daignault, I. V. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), e21-e27. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.003>
- Hébert, M., Langevin, R., & Charest, F. (2014). Factors associated with resilience in preschoolers reporting sexual abuse: A typological analysis. *International Journal of Child and Adolescent Resilience (IJCAR)*, 2(1), 46-58. Recuperado de <https://ijcar-rirea.ca/index.php/ijcar-rirea/article/view/161/77>
- Hébert, M., Langevin, R., Guidi, E., Bernard-Bonnin, A. C., & Allard-Dansereau, C. (2017). Sleep problems and dissociation in preschool victims of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4), 507-521. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240739>
- Hébert, M., Langevin, R., & Charest, F. (2020). Disorganized attachment and emotion dysregulation as mediators of the association between sexual abuse and dissociation in preschoolers. *Journal of Affective Disorders*, 267, 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.032>
- Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Lamb, M. E. (2005). Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child Abuse & Neglect*, 29(11), 1203-1214. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.008>
- Kanter, B., & Pereda, N. (2020). Victimization sexual en la infancia e intervención basada en la evidencia: La terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Kellogg, N. D., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2009). Clinical report—the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124(3), 992-998. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1692>
- Kenny, M. C., & Wurtele, S. K. (2013). Child Sexual Behavior Inventory: A comparison between Latino and normative samples of preschoolers. *Journal of Sex Research*, 50(5), 449-457. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.652265>
- Kochanska, G., & Kim, S. (2013). Early attachment organization with both parents and future behavior problems: From infancy to middle childhood. *Child Development*, 84(1), 283-296. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x>
- Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 46, 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.001>

- Langevin, R., Hébert, M., Guidi, E., Bernard-Bonnin, A. C., & Allard-Dansereau, C. (2017). Sleep problems over a year in sexually abused preschoolers. *Paediatrics & Child Health*, 22(5), 273-276. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx077>
- Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' reports on 3-to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 247-266. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00323-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00323-4)
- Luby, J. L., Belden, A., Sullivan, J., & Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: Uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(4), 321-338. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0063-8>
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1253-1267. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00266-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00266-6)
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132. <https://doi.org/10.1177/1077559507306715>
- Mesman, G. R., Harper, S. L., Edge, N. A., Brandt, T. W., & Pemberton, J. L. (2019). Problematic sexual behavior in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(3), 323-331. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.002>
- Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3-to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 731-745. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00061-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00061-0)
- Mian, M., Wehrspann, W., Klajner-Diamond, H., Lebaron, D., & Winder, C. (1986). Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused. *Child Abuse & Neglect*, 10(2), 223-229. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(86\)90083-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(86)90083-9)
- Narang, D. S., & Contreras, J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 653-665. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00132-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00132-0)
- Pallini, S., Chirumbolo, A., Morelli, M., Baiocco, R., Laghi, F., & Eisenberg, N. (2018). The relation of attachment security status to effortful self-regulation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 144(5), 501-531. <https://doi.org/10.1037/bul0000134>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. N. Masten, D. Cicchetti, K. H., Nuechterlein y S. Weintraub. *Risk and protective factors in development of psychopathology* (pp. 179-304). University Press.
- Serra-Sutton, V., Torres, M., Mayoral, A., Gálvez, C., Forner-Puntonet, M., Llorens, M., Giralt, M., i Fàbregas, A. (2021). *Avaluació d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència sexual i física a la infància i l'adolescència*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Shrivastava, A. K., Karia, S. B., Sonavane, S. S., & De Sousa, A. A. (2017). Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: A neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 4-12. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_15
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(12), E17-E45. <https://doi.org/10.1002/da.20923>
- Straus, M. (1990). *Physical violence in American families: Incidence rates, causes, and trends*. U.S. Department of Justice. National Institute of Justice. Recuperado de <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/121567NCJRS.pdf>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., Khan, A., McGreenery, C. E., Bolger, E. A., ... & Vitaliano, G. D. (2018). Differential effects of childhood neglect and abuse during sensitive exposure periods on male and female hippocampus. *Neuroimage*, 169, 443-452. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.12.055>
- Tejada, A. J., & Linder, S. M. (2020). The influence of child sexual abuse on preschool-aged children. *Early Child Development and Care*, 190(12), 1833-1843. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1542384>
- Thigpen, J. W., & Dennis Fortenberry, J. (2009). Understanding variation in normative childhood sexual behavior: The significance of family context. *Social Service Review*, 83(4), 611-631. <https://doi.org/10.1086/650401>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467-2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
- Vrolijk-Bosschaart, T. F., Verlinden, E., Langendam, M. W., De Smet, V., Teeuw, A. H., Brilleslijper-Kater, S. N., ... & Lindauer, R. J. (2018). The diagnostic utility of the Child Sexual Behavior Inventory for sexual abuse: A systematic review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(7), 729-751. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477215>
- Woodhead, M. (2009). Child development and the development of childhood. En: Qvortrup, J., Corsaro, W.A., Honig, M.S. (eds), *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. Palgrave Macmillan. Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-230-27468-6_4
- Wurtele, S. K., & Kenny, M. C. (2010). Partnering with parents to prevent childhood sexual abuse. *Child Abuse Review*, 19(2), 130-152. <https://doi.org/10.1002/car.1112>
- Yüksel, F., & Koçtürk, N. (2020). Child sexual abuse in preschool age: Victims, perpetrators and familial risk factors. *Children and Youth Services Review*, 117, 105297. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105297>

Artículo

Internamiento involuntario vs. Retención ilegal en pacientes con trastorno mental grave

Juan Lázaro Mateo¹ , Pau Soldevila-Matias² , Víctor González-Ayuso² 

¹ Asociación para el Bienestar Individual Familiar y Comunitario (ABINFA), Valencia, España, ² Universidad de Valencia, España

INFORMACIÓN

Recibido: Julio 20, 2022
Aceptado: Octubre 18, 2022

Palabras clave

Retención ilegal
Enfermedad mental
Internamiento involuntario
Psicología jurídica
Trastorno mental grave

Keywords

Illegal retention
Mental illness
Involuntary internment
Legal psychology
Severe mental disorder

RESUMEN

Aunque una buena actitud hacia la terapia y el cumplimiento de la misma son claves para el éxito del tratamiento, en ciertas situaciones el uso de medidas coercitivas en personas con trastornos mentales es la única forma de prevenir daños graves al paciente y a otras personas. La decisión de utilizar estas medidas, como el internamiento involuntario, es un desafío para los médicos, ya que tienen que lidiar no solo con la voluntad del paciente y de sus familiares, que se encuentran en una situación emocional desbordada, sino también con el conocimiento de la normativa vigente, especialmente complejas. Para proteger los derechos del paciente en estas situaciones difíciles y del personal clínico es esencial que el mismo conozca los límites de su actuación en el marco del procedimiento legal. Por ello, se necesitan más estudios en la materia, que ofrezcan conclusiones contrastadas con respecto a las diferencias entre el internamiento involuntario y la retención ilegal.

Involuntary internment vs. Illegal retention in patients with serious mental disorder

ABSTRACT

Even though a good attitude towards therapy and adherence are key to an effective treatment, in certain circumstances the use of coercive actions in people with mental disorders is the only way to prevent serious harm to the patient and to others. The choice to use coercive measures, such as involuntary internment, is a challenge for doctors, since not only do they have to deal with the patient and their relatives who are in a highly emotional situation, but there are also complex legal regulations. To defend the rights of patients in these difficult situations, and to avoid legal consequences for clinical staff due to illegal acts, it is essential that staff are familiar with all of the relevant legal rules and procedures. Further studies are warranted to obtain clear conclusions regarding differences between involuntary internment and illegal retention.

El derecho a la libre circulación es uno de los derechos fundamentales de la persona. Así lo reconoce el artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos ([Organización de las Naciones Unidas, 1948](#)), al proclamar que “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado” y que “toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país”. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ([Organización de las Naciones Unidas, 1966](#)), en el artículo 12.3 recoge que este derecho “no podrá ser objeto de restricciones a no ser que éstas se hallen previstas en la ley, sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de terceros, y sean compatibles con los demás derechos reconocidos en el presente Pacto”. Una de estas restricciones se aplica cuando una persona afectada de un trastorno mental grave (TMG) tiene dificultades de autocontrol y presenta conductas de riesgo para sí misma o para otras personas. Es en estos casos cuando un juzgado puede dictaminar un auto de internamiento ([Barrios, 2012](#)).

También es un derecho fundamental en la Constitución española, enmarcado dentro del derecho más amplio a la libertad personal. En 1983 se reformó el Código Civil español, con la Ley 13/1983 de 24 de octubre, que supuso principalmente dos avances. Por un lado, la derogación del Decreto del año 1931, *sobre la asistencia de los enfermos mentales*. Por otro, establece los límites de la incapacitación y tutela ([BOE núm. 256, de 26 de octubre de 1983](#)) ([Fernández y Eugenia, 1998](#)). Esta reforma incluye en su artículo 211 la normativa mínima sobre el internamiento, estableciendo que “El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez y en todo caso dentro del plazo de 24 horas. El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos previstos en el artículo 203. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento”. Esta reforma tiene una importancia trascendental por considerar a la persona con TMG como sujeto con derechos.

Posteriormente la Ley 1/2000 de 7 de enero de enjuiciamiento civil, en su artículo 763 apartado a, titulado Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico ([BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000](#)), explica en el apartado 1 que “el internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada por el tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que alguna razón de urgencia hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiese producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el

internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento”. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 757 de la presente Ley, se especifica “Respecto a los menores, esta legislación señala que el internamiento se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

En la práctica se ha procedido a un uso cada vez más extendido de la figura del internamiento involuntario, basada en la consideración de que la intervención judicial que aplica el artículo 763 asegura una garantía adicional en ingresos de carácter prioritariamente asistencial, fomentada por la inexistencia de recursos alternativos y por la ausencia de mecanismos de apoyo que permitan a las personas con TMG tomar sus propias decisiones en relación con su ingreso en instituciones médicas o centros residenciales. Así, como han denunciado diversos operadores, entre ellos el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el internamiento involuntario se ha convertido en una medida ordinaria de atención a las personas con discapacidad ([Ferreirós, 2013](#)). Esta circunstancia –debido en parte a la carga de trabajo de los operadores implicados, pero también a una actitud benevolente en relación con su adopción que se justifica en el bienestar del afectado– ha redundado en una actividad judicial en muchos casos mecánica o rutinaria en la que se ha optado por una interpretación lo menos exigente posible de los requisitos recogidos en el artículo 763 ([Cuenca, 2015](#)). El Tribunal Constitucional (TC) en su sentencia 132/2010 de 2 de diciembre ha considerado “formalmente” inconstitucional el artículo 763 –o para ser más precisos su inciso 1– pues, a pesar de implicar una limitación del derecho fundamental a la libertad personal, no ostenta rango de ley orgánica sino de ley ordinaria. En todo caso el TC –apelando a la necesidad de evitar un “vacío normativo”– ha establecido el carácter orgánico de este artículo, desde el 12 agosto 2015, subsanando el motivo de declaración de inconstitucionalidad, conforme al apartado 1 de la disp. adic. 1ª de esta ley, en su redacción dada por art. 2.3 LO 8/2015 de 22 julio ([Barrilao, 2013](#)).

Previamente a autorizar o ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, con arreglo a la ley, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación ([Barrilao, 2013](#)).

Por otra parte, el artículo 763, apartado 4, establece que “el internamiento expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea

pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los respectivos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.

En consecuencia, si una persona afectada de TMG no tuviese un auto de internamiento dictaminado por un juzgado, tendría su derecho a la libre circulación intacto. Siendo necesario recordar que las personas, a pesar de su enfermedad mental, poseen la capacidad cognitiva y volitiva de asumir la decisión del internamiento, y de no ser así podría incurrirse en engaño, dejando de tener validez el internamiento y pudiéndose incurrir en un delito contra la libertad, establecido en el artículo 163 del Código Penal (CP) (Veiras y Carrera, 2009). Por lo cual, cualquier particular, profesional, administrador/a de una institución o entidad que dictaminase o mantuviese el internamiento involuntario de una persona con pleno derecho a la libre circulación, podría incurrir, -de realizarse todos los elementos típicos-en un delito de detención ilegal (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995). Las instituciones dedicadas a la salud mental o la recuperación psicosocial, poseen un reglamento interno para sus usuarios, que incluye normas sobre cuando pueden salir de la institución o cuando no. Estas normativas internas no serían aplicables a personas con el derecho a la libre circulación intacto.

La detención ilegal

En España, la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre, del Código Penal, en su Título VI, dentro de los “Delitos contra la libertad”, dedica el Capítulo I, “De las detenciones ilegales y secuestros (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995)”, a la tipificación del delito de detención ilegal, en el artículo 163, considerando como sujeto activo del mismo al “particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de su libertad”. La pena establecida para dichas modalidades de conducta es de prisión de cuatro a seis años.

Para que exista este delito no es necesario que la detención se realice por la fuerza o con violencia, siendo admisibles otros medios comisivos, como por ejemplo, la utilización de engaño para privar de libertad a la persona. La detención también es ilegal (art.167) cuando se realiza por un funcionario público cuando dicho “funcionario público o autoridad, mediando o no causa por delito, acordare, practicare o prolongare la privación de libertad de cualquiera y que no reconociese dicha privación de libertad o, de cualquier otro modo, ocultase la situación o paradero de esa persona privándola de sus derechos constitucionales o legales”, siendo igualmente tipificada la conducta del “particular que hubiera llevado a cabo los hechos con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del estado o de sus autoridades”.

El responsable de un delito de detención ilegal puede ser condenado a prisión de 4 a 6 años, dependiendo los límites de su condena de las diferentes circunstancias en las que se haya producido la detención (art.163 CP). Si el que comete el delito es

la autoridad o funcionario público, la pena se aplicará en su grado superior y el responsable podrá ser inhabilitado para el ejercicio de su profesión por tiempo de 8 a 12 años (art. 167.3). Por su parte, el particular que, fuera de los casos permitidos por la ley, retenga a una persona para presentarla inmediatamente a la autoridad, será castigado con multa de 3 a 6 meses (art.163.3). El delito de secuestro, que supone la detención ilegal de una persona exigiendo un rescate o el cumplimiento de alguna condición para su liberación, como por ejemplo que un profesional de la salud mental realice alguna exigencia a un paciente interno para concederle el permiso para salir, está penado con prisión de 6 a 10 años (art. 164), pudiendo dicha pena aumentar o disminuir en función de las circunstancias en las que se ha cometido el delito (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995). En resumen, si sencillamente se prohíbe la salida a un paciente que no tiene un auto judicial de internamiento es un delito de retención ilegal, pero si además se le ponen condiciones para poder liberarlo, se trataría ya de un delito de secuestro, implicando una condena todavía mayor.

Como figuras relacionadas con la detención, que también pueden realizarse en el ámbito de los internamientos involuntarios, podemos citar el artículo 169 del Código penal, cuando castiga al que: “amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico”. Lo que supone, que si a un paciente que no tenga auto de internamiento se le dice, que no se le va a dejar salir de la institución, como forma de coacción o para conseguir cualquier objetivo, se está incurriendo en un delito de amenazas. El delito de amenazas según el citado precepto se sanciona con prisión de 1 a 5 años, si la producción del daño en que consiste la amenaza se condiciona (por ejemplo, exigiendo una cantidad de dinero para evitar el perjuicio o exigiendo que haga algo), o de 2 a 6 años de prisión si no se impone ninguna condición (art 169. 2). Las penas se graduarán en función de las circunstancias que rodeen a la comisión del delito y se agravarán si se realizan por teléfono o cualquier otro medio de comunicación, o cuando se dirijan contra una multitud de personas. Las amenazas con causar a otro un daño que no es constitutivo de delito también están penadas con prisión de 2 meses a 2 años o multa de 12 a 24 meses (art.171.1).

Por otro lado, el Código penal, bajo la rúbrica *de las coacciones*, en el artículo 172, define esta modalidad delictiva como la acción de impedir, con violencia física o psicológica, que una persona haga lo que la ley no le prohíbe hacer. También se incluye el hecho de obligar a una persona a hacer lo que no desea, ya se trate de hacer algo justo o injusto. Si lo que se impide es la libertad de movimiento fuera de los casos de detención legalmente establecidos, el delito cometido será el de detención ilegal. La pena aplicable al delito de coacciones es la de prisión de 6 meses a 3 años, o multa de 6 a 24 meses, dependiendo de la gravedad de la coacción o de los medios que se empleen en la comisión del delito.

Altas voluntarias en pacientes muy graves

En la práctica asistencial diaria en centros de salud mental se puede dar la posibilidad de que cualquier usuario/a solicite el alta, por diversos motivos, bien por disconformidad con el tratamiento

que se le está suministrando, por motivos religiosos o éticos, por querer someterse a otro tratamiento en otro centro o por cualquier otro motivo. En estos supuestos la pregunta inmediata que surge es cómo hemos de actuar ante estas circunstancias, siendo cuestionable también si tenemos alguna obligación con estos pacientes, especialmente los graves.

En el caso en el que el paciente decida no someterse o continuar con un tratamiento apto para su salud en contra del criterio médico o psicológico, surge la duda de si no se debe permitir que el paciente ponga en peligro su propia salud o si se debe permitir aun cuando sabemos el peligro que la falta de seguimiento o de tratamiento médico conlleva. Estas dudas se agudizan en los casos de pacientes muy graves en los que la ausencia de tratamiento puede tener consecuencias irreversibles. Recordar que una baja adherencia al tratamiento posee repercusiones directas respecto al aumento de las recaídas y peor evolución del proceso de recuperación de la persona con TMG (Lluch, Fornés y Giner, 2010). Y la falta de conciencia de los síntomas, especialmente delirios, anhedonia y sintomatología negativa, junto con la baja adherencia pueden ser factores relacionados con el suicidio, pues actualmente el porcentaje de suicidios entre personas con esquizofrenia se sitúa alrededor del 10% (Sher y Kahn, 2019).

En estos supuestos hay dos derechos fundamentales enfrentados el derecho a la vida e integridad física y el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad, ¿A cuál de ellos se debe dar prevalencia? El Código de Deontología Médica establece el respeto al rechazo del paciente a una prueba diagnóstica o a un tratamiento (artículo 12). Por su parte, el Código Deontológico de la Psicología, indica en su artículo 7º que 'El/la Psicólogo/a no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas. La intervención directa o la cooperación en la tortura y malos tratos, además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional de los/las Psicólogos/as. La Ley reguladora de la autonomía del paciente de 2002 reconoce legalmente al paciente una amplia serie de derechos en los procesos asistenciales entre los que se incluye el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, el derecho a negarse a recibir un tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, relacionada con la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuyo artículo 21 establece el derecho a no aceptar el tratamiento prescrito y a solicitar el alta voluntaria. Se dispone de esta manera que si un paciente se niega a recibir un tratamiento y no se pueden ofrecer tratamientos alternativos -aunque sean paliativos- que se puedan administrar en el centro se debe proponer el alta voluntaria si el paciente no la ha pedido, y se le debe conceder aun cuando sea en contra del criterio técnico (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).

En cuestión de altas voluntarias es fundamental la información trasladada al paciente. Ante una situación en la que el paciente está poniendo en peligro su propia vida o agravando su patología es imprescindible que adopte la decisión de forma consciente, lo que debe implicar que el psicólogo informe de modo completamente comprensible sobre el tratamiento y las alternativas terapéuticas, o en su caso sobre la ausencia de estas alternativas, y sobre las posibles consecuencias psicológicas de no someterse al tratamiento

y del alta voluntaria. Esta información trata de dar la máxima perspectiva al paciente sobre el alcance y las consecuencias de la decisión que va a tomar, ya sea para continuar con el tratamiento, no seguirlo o acometer otra alternativa.

Un elemento a tener en cuenta a la hora de solicitar el alta de manera voluntaria es el estado de toma de conciencia de la persona respecto a la enfermedad. Los estudios revelan una relación directa entre el *insight* y el cumplimiento del tratamiento, es decir, cuanto menor es la conciencia de enfermedad, menor es la adherencia al tratamiento y viceversa, (Bitter et al, 2015); y en consecuencia, la baja conciencia de enfermedad va ligada a falta de adherencia a la medicación antipsicótica (Kim et al, 2020, Soldevila-Matías et al 2021, Lui et al, 2021, Hsieh et al 2022).

Por lo tanto, respecto a la posibilidad de solicitar el alta voluntaria en pacientes graves, las leyes nos hablan del hecho de que si durante el trascurso del internamiento en régimen voluntario la persona padece un empeoramiento, afectará de manera directa a la validez de su consentimiento a la hora de solicitar el alta voluntaria. Además si dicho empeoramiento puede conllevar un riesgo perjudicial para su salud, el consentimiento del alta repercute en el psicólogo u otro profesional de la salud mental que le atienda, pudiendo realizarse una solicitud al juzgado de cambio en el régimen de internamiento de voluntario a involuntario. En algunas ocasiones también se observa, en sentencias impuestas a personas con TMG que han cometido delitos, que el tribunal las envía a cumplir condena a centros de salud mental. Sobre esto es importante resaltar que los jueces no pueden imponer el internamiento de pacientes si los profesionales de la salud mental evalúan e informan que dicho internamiento pueda estar contraindicado. Cuando la decisión judicial de enviar a la persona a un centro de salud mental se tome sin informes técnicos que apoyen dicha decisión, podría incurrir el juzgado en un delito de prevaricación judicial imprudente. Tal sentencia podría ser impugnada mediante un recurso de apelación, lo cual deberá ser informado al paciente para que pueda ejercer sus derechos. El psicólogo en su deber de cumplimiento del Código Deontológico debe conocer los derechos de sus pacientes e informarles si considera que puedan estar siendo violados, así como orientarles hacia la mejor solución que esté en su mano.

Conclusiones

A pesar de que Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental (Barrios, 2010), los derechos humanos en esta materia siguen preocupando a los profesionales del sector porque no terminamos de conseguir respetarlos en su totalidad. En los casos de las residencias de salud mental, cuyos usuarios no tengan autos de internamiento, ni estén legítimamente privados de su libertad, retenerlos contra su voluntad implica asumir una responsabilidad con potenciales consecuencias penales para los responsables del centro que ordenen la retención y para los individuos que la ejecuten. La retención ilegal en sus diferentes variantes, desde comentarios sutiles como "los residentes deben respetar los horarios del centro y estar aquí antes de la hora del cierre", hasta otras expresiones más preocupantes como "aquí se sale cuando lo permita el psiquiatra", es un lastre de nuestras instituciones para poder alcanzar un entorno respetuoso con los derechos de las personas

que residen en instituciones de tratamiento a la enfermedad mental. La legislación española avanza, respetando cada vez más sus derechos, como es el caso de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (BOE núm. 132, de 03 de junio de 2021), dentro de la cual se engloba también a las personas con discapacidad psíquica. Sin embargo todavía es preciso que se legisle más explícitamente en contra de los modelos de intervención coercitivos en salud mental. Los y las profesionales de la psicología que observen retenciones ilegales de pacientes, tienen el deber de oponerse a estas prácticas. En caso de que a pesar de su oposición los responsables de los centros no cesen en su proceder, cualquier psicólogo o psicóloga cívicamente responsable, deberá denunciar los hechos, para no ser cómplice.

Disponer de estudios con datos empíricos sobre cuestiones de tal sensibilidad es harto complicado. No hay una gran abundancia de investigaciones accesibles que denuncien estas situaciones, o que midan con metodología fiable su incidencia, y en consecuencia no conocemos el alcance real del problema. Por ello, con el fin de mejorar la protección de los derechos humanos en los recursos para personas con trastornos mentales graves, sería conveniente aumentar el conocimiento de la magnitud de esta problemática. Consideramos necesario ampliar la investigación en este campo, mediante entrevistas a usuarios y ex usuarios de los recursos, así como a trabajadores y ex trabajadores de los mismos, con el fin de aportar una visión más clara del panorama a las administraciones públicas. Con evidencia sobre la incidencia del problema, las administraciones pueden decidir con mayor conocimiento de causa qué medidas de prevención y control se podrían adoptar para evitar que esto continuara sucediendo, consiguiendo que ese futuro más respetuoso y civilizado llegará algún día, salvando de muchas injusticias a las personas que residen y residirán en nuestros centros de asistencia a la salud mental.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con el estudio actual.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer por su supervisión y orientación jurídica a la profesora María Ángeles Matallín, profesora titular en la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia.

Referencias

- Barrilao, J. F. S. (2013). Régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. *Revista de Derecho Político*, 1(87), 179-222. <https://doi.org/10.5944/rdp.87.2013.12774>
- Barrios Flores, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 829-847. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000400011>
- Barrios Flores, L. F. (2010). Derechos humanos y salud mental en Europa. *Norte de Salud mental*, 8(36), 55-67. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830422>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., y Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, 30(1), 18-26. <https://europepmc.org/article/med/25867885#abstract>
- Cuenca Gómez, P. (2015). Discapacidad y privación de la libertad. *Discapacidad y Privación de la Libertad*, 2(1), 163- 203. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/3033869>
- Fernández, D. y Eugenia, M. (1998). Cambios en el marco jurídico y legal de la enfermedad mental. En García González, J., Espino Granado, A., y Lara Palma, L. (Eds), *La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* (pp. 47-60). Díaz de Santos. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8372963>
- Ferreirós Marcos, C. E. (2013). *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI. <https://hdl.handle.net/11181/3858>
- Hsieh, W. L., Yeh, S. T., Liu, W. I., Li, I. H., Lee, S. K., & Chien, W. T. (2022). Improving medication adherence in community-dwelling patients with schizophrenia through therapeutic alliance and medication attitude: A Serial Multiple Mediation Model. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1017–1026. <https://doi.org/10.2147/PPA.S351848>
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A. y Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 168, 107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>
- Ley Orgánica 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. *Boletín Oficial del Estado*, 7, de 8 de enero de 2000. <https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal (1995). *Boletín Oficial del Estado*, 281, de 24 de mayo de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 03 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. *Boletín Oficial del Estado*, 256, de 26 de octubre de 1983. <https://www.boe.es/eli/es/l/1983/10/24/13>
- Lui, S., Lam, J., Lam, J., Chui, W., Mui, J., Siu, B., Cheng, K. M., Cheung, E., & Chan, R. (2021). Cognitive insight is correlated with cognitive impairments and contributes to medication adherence in schizophrenia patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 60, 102644. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102644>
- Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A., y Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1-45. <https://actaspsiquiatria.es/PDFS/SUPLEMENTOS/38/AEP%20Vol%2038%20SPL%201.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU: Asamblea General) (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 Diciembre 1948, 217 A (III). Paris. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización de las Naciones Unidas (ONU: Asamblea General) (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), 16 Diciembre 1966*, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, p. 171.

<https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>

Sher, L., y Kahn, R. S. (2019). Suicide in schizophrenia: An educational overview. *Medicina*, 55(7), 361.

<https://doi.org/10.3390/medicina55070361>

Soldevila-Matías, P., Schoretsanitis, G., Tordesillas-Gutierrez, D., Cuesta, M. J., de Filippis, R., Ayesa-Arriola, R., González-Vivas, C., Setién-Suero, E., Verdolini, N., Sanjuán, J., Radua, J., & Crespo-Facorro, B. (2021). Neuroimaging correlates of insight in non-affective psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(2), 117-133. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.07.001>

Veiras Veiras, T., y Carrera Alfonso, N. (2009). Aspectos ético-legales del internamiento en psiquiatría. *Metas de Enfermería*, 12(8), 20-24. <https://medes.com/publication/53512>

Artículo

Sobre la posibilidad de perdón en el abuso sexual infantil

María Prieto-Ursúa 

Universidad Pontificia de Comillas, España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 28, 2022

Aceptado: Octubre 13, 2022

Palabras clave

Perdón

Abuso sexual infantil

Reconciliación

RESUMEN

La conveniencia o no de plantear a las víctimas la posibilidad de trabajar sobre el perdón como forma de superar el dolor de la experiencia vivida y sus consecuencias es una cuestión controvertida. Las dinámicas de presión hacia el perdón hacen más probable la revictimización y transmiten tanto culpa como un mensaje de minimización de su dolor. Un perdón mal entendido puede debilitar aún más la capacidad de protegerse de la víctima, hacerla más vulnerable y facilitar la prolongación del abuso. El objetivo de este artículo es revisar las condiciones para que el perdón sea una herramienta psicológica al servicio de la salud mental de las víctimas. El perdón es un concepto complejo, con múltiples dimensiones y posibilidades, y puede ofrecer a las víctimas un valioso recurso para superar su dolor, aunque no es esencial para el proceso de sanación de una víctima.

On the possibility of forgiveness in child sexual abuse

ABSTRACT

Whether or not it is appropriate to offer victims the possibility of working on forgiveness to overcome the pain of the lived experience and its consequences is a controversial issue. The pressure to forgive makes revictimization more likely and transmits guilt and a message of minimizing the victims' pain. A misunderstanding of forgiveness can further weaken the victim's ability to protect him- or herself, make him or her more vulnerable, and make it easier for the abuse to continue. This paper aims to review the conditions for forgiveness to be a psychological tool for the mental health of the victims. Forgiveness is a complex concept with multiple dimensions and possibilities, and it can offer victims a valuable resource for overcoming their pain. However, it is not essential to the victim's healing process.

Keywords

Forgiveness

Child sexual abuse

Reconciliation

La realidad del abuso sexual infantil (ASI) plantea a los psicólogos retos importantes. Una de ellas es la conveniencia o no de ofrecer a las víctimas la posibilidad de trabajar sobre el perdón como forma de superar el dolor de la experiencia vivida y sus consecuencias.

Esta es una cuestión que ha generado no pocas discusiones académicas. Incluso el simple hecho de plantear la posibilidad de perdón en ASI es controvertido en sí mismo. Algunos autores señalan que el abuso sexual infantil representa “el mal absoluto” y, por lo tanto, implica un no-perdón absoluto, defendiendo que “los actos monstruosos crean actores monstruosos que no tienen derecho al perdón” (Tener y Eisikovits, 2017, p. 3). Otros autores, sin embargo, encuentran que el perdón puede ser liberador y sanador para las víctimas (Freedman y Enright, 1996; Tracy, 1999; Walton, 2005).

Los autores contrarios a plantear siquiera la posibilidad de perdonar se centran en: 1) experiencias en las que el perdón se ha impuesto, transmitiendo a la víctima la obligación de perdonar, 2) experiencias en las que el perdón se ha utilizado como forma de manipulación, y 3) la reivindicación de la función de la venganza y el resentimiento en la psicología de la víctima.

En primer lugar, en no pocas ocasiones el perdón se ha planteado a las víctimas como una obligación moral indiscutible. La presión hacia el perdón ha venido en ocasiones de acompañantes o líderes espirituales, mostrando una gran ignorancia de la dinámica del abuso sexual, lo que puede llevar a hacer aún más daño a los supervivientes del abuso. En otras ocasiones, la presión hacia el perdón proviene de la comunidad, que espera de la víctima que vuelva a poner, así, “las cosas como estaban”, lo que supone para ella una doble presión: ahora además debe soportar el peso de ser el responsable del bienestar de la comunidad. Esto facilita la expresión de “falsos perdones” que debilitan el verdadero perdón. La presión prematura hacia el perdón de abusadores sexuales no solo dificulta la recuperación y facilita la represión del dolor y la rabia, sino que contribuye al abuso en la comunidad, ya que promueve la minimización o la negación del daño en toda su magnitud y libera al abusador de su verdadera responsabilidad, de enfrentarse con su conducta y la necesidad de cambio (Casey, 1998).

En segundo lugar, la presión hacia el perdón puede provenir del propio abusador, lo que lleva al análisis del perdón como manipulación. El perdón ha sido con frecuencia utilizado por los abusadores como forma de garantizar el silencio de la víctima (Casey, 1998). Las disculpas del ofensor no son indicadores seguros de arrepentimiento; de hecho, en ocasiones sirven para negar su problema y convencerse de que son buenas personas. Los abusadores sexuales suelen ser expertos en manipulación y las pueden utilizar para justificar el abuso ante sí mismos y los demás, y para mantener el control; disculpándose pueden estar buscando minimizar el abuso y ser liberados de culpa, ganar la simpatía de los otros o conseguir una sentencia menor (Casey, 1998). En todos estos casos, el objetivo es mantener el poder y crear un escenario que facilite el reabuso. Además, la petición de perdón en casos de ASI es generalmente inapropiado; el simple hecho de pedirlo ya es un reabuso: está tratando a la víctima como alguien especial, el único que puede ayudarles con su problema, como su salvador, pidiéndole que haga algo que no desea hacer, lo que vuelve a colocar a la víctima en una posición difícil, destructiva. (Walton, 2005). Estas dinámicas de presión hacia el abusado hacen más

probable la revictimización. Es iatrogénico obligar o presionar a una víctima a perdonar, ya que transmite tanto culpa como un mensaje de minimización de su dolor. “Cualquier acercamiento terapéutico que insiste en la necesidad de perdón ha caído una y otra vez en la trampa de negar al niño el espacio para mostrar el dolor de la infancia (...) es un intento de cerrar la herida antes de limpiarla o curarla” (Casey, 1998, p. 229). Además, el perdón prematuro puede contribuir a perpetuar la dinámica de abuso y dependencia; el abuso prolongado en una relación crea unas interacciones complejas, coercitivas, entre la víctima y el abusador, que combina la violencia y la dependencia (Lahav et al., 2019), no es una relación entre iguales, hay en toda relación de abuso un desequilibrio de poder. Un perdón mal entendido puede debilitar aún más la capacidad de protegerse de la víctima, la parte menos poderosa de la relación, hacerla más vulnerable y facilitar la prolongación del abuso.

Por último, esta cuestión de la debilitación de la víctima lleva al análisis del papel de las emociones negativas en su experiencia. Tanto los sentimientos y pensamientos negativos como los deseos de evitación y de venganza hacia el ofensor forman parte de la respuesta natural después de recibir un daño severo (McCullough, 2008). Esta experiencia cumple varias funciones en la psicología de la víctima. En primer lugar, los sentimientos negativos, además de ser adaptativos ante los ataques o amenazas, tienen una función de alarma, de aviso de peligro, ayudando a la persona a movilizarse para protegerse (Lahav et al., 2019). Es decir, cumplen una función de ayuda a la protección personal. Por otra parte, tener resentimiento hacia el abusador puede ser un sano indicador de búsqueda de justicia y respeto para la víctima (Tracy, 1999). La venganza corresponde con la idea de “pagar por lo que hizo”, de equilibrar la balanza y restaurar la justicia, de no permitir que se minimicen para el otro las consecuencias de sus acciones. Además, es una forma de restaurar la sensación de control y luchar contra la indefensión, tan característica de las víctimas de abuso; la venganza (o la planificación de la misma) supone pasar de una posición pasiva a una posición activa, proporciona sensación de poder y control y evita seguir sintiéndose vulnerable. Por último, la venganza es una forma de transmitir a quien le ha hecho daño de que hay consecuencias por hacerlo, que dañarle no “es gratis”, con lo que se evita el reabuso. Por todo ello, es importante entender, aceptar y validar esta experiencia emocional de la víctima; no se debe culpar a la víctima por sus sentimientos tras la agresión, son una forma natural de responder. Tampoco se debe apresurar su eliminación; sólo bajo condiciones estrictas, en especial que se garantice el respeto hacia la víctima, se debería intentar avanzar en el proceso.

Sin embargo, a pesar de que los sentimientos negativos y la venganza puedan aportar estas funciones protectoras, mantenidas a largo plazo tienen resultados negativos en la salud, física y mental (Ysseldyck et al., 2017). En concreto, Orth et al. (2006) muestran que la presencia de sentimientos de venganza correlaciona con síntomas del Estrés Posttraumático como la intrusión posttraumática y la hiperactivación, correlación que aumenta a medida que transcurre el tiempo desde la ofensa.

Como se puede observar, el planteamiento del perdón en ASI no es simplemente una cuestión ética, moral o religiosa (como se suele creer), sino que exige de los psicólogos un análisis serio y fundamentado de las necesidades psicológicas de la víctima y de

las herramientas que la psicología puede ofrecerle para cuidar y mejorar su salud mental y su bienestar. El objetivo de este artículo es ofrecer claves conceptuales sobre el perdón que puedan ayudar a los profesionales a decidir la pertinencia o no de trabajar sobre él en cada caso y a orientar su posible intervención, si así se decide hacer. Es decir, se intenta comprender en profundidad el concepto y proceso de perdón para intentar que el trabajo sobre el perdón se convierta en una herramienta psicológica al servicio de la salud mental de las víctimas y no sea peligroso y debilitador para ella.

La consideración de la ofensa: Comprendiendo la experiencia emocional de la víctima de ASI

El punto de partida al abordar cualquier proceso de perdón y reconciliación es, necesariamente, la consideración de la ofensa cometida y del impacto que ha tenido en la víctima. Sólo entendiendo la experiencia vital de quien recibe la ofensa se puede empezar un camino que pueda quizás llegar al perdón, pero que sin duda se debe recorrer atendiendo y cuidando sus necesidades, desde el respeto a su dignidad, sin minimizar el daño sufrido y, sobre todo, sin hacerle aún más daño.

El abuso sexual infantil (ASI) se define a partir de dos grandes conceptos (Pereda, 2010): la coerción, es decir, el uso de la fuerza física, la presión, la autoridad, la amenaza o el engaño, y la asimetría de edad, que hace imposible una decisión libre por parte del niño y una relación compartida entre iguales. Estos criterios ya indican que el impacto del ASI no proviene solo de los actos sexuales en sí; de hecho, hay otras muchas fuentes de sufrimiento durante el abuso. El proceso habitual de acercamiento, seducción (*grooming*) y sexualización por parte del agresor contribuye a generar un estado de gran confusión en el niño. Este estado de confusión (mental, moral, emocional) crece y aumenta en los siguientes elementos del proceso de abuso, excelentemente descritos en el modelo propuesto por Summit (1983) conocido como Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI): 1) el secreto; 2) la indefensión; 3) el atrapamiento y la adaptación; 4) la revelación retardada, conflictiva y poco convincente y 5) la retractación.

En primer lugar, la iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la vulnerabilidad y la culpa dependen de una de las características del abuso sexual infantil: ocurre solamente cuando el niño se encuentra a solas con el agresor y raramente es compartido con alguien. El secreto en el que todo transcurre le orienta a percibir que algo malo y peligroso está sucediendo. La mayoría de las víctimas -cuando son adultas- reconocen que no lo contaron a nadie mientras sucedía. Hay numerosas las razones que llevan al menor a no denunciar el abuso cuando se está produciendo (Tamarit, et al., 2015): el sentimiento de culpa y vergüenza, la confusión sobre lo que está sucediendo, la creencia de que va a resultar inútil o que no van a ser creídas, la falta de pruebas, el hecho de sentir que la situación de abuso es un asunto íntimo y personal o el temor a la reacción negativa y a las represalias del agresor o del entorno familiar, el vínculo con el abusador, el miedo a sufrir ostracismo ante la reacción del grupo, evitar la vergüenza sobre la familia, la represión del recuerdo o la experiencia negativa en revelaciones anteriores durante la infancia. La experiencia del secreto durante y después del abuso facilitará en la víctima la aparición de un fuerte sentimiento de culpa.

En segundo lugar, en el abuso sexual infantil existe una situación de desigualdad que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida; lo que define el abuso es, en el fondo, la asimetría entre los implicados en la relación, la desigualdad de poder, y la presencia de coacción -explícita o implícita-. No se trata de una relación entre iguales (Intebi, 2007). Debido a la subordinación básica y a la indefensión en que se encuentran los niños dentro de vínculos autoritarios es muy difícil que puedan protegerse a sí mismos/as. Aunque los abusadores suponen que si la víctima no se queja está consintiendo la relación, la realidad es que los menores no reaccionan igual que las víctimas adultas: no se resisten utilizando la fuerza física, no gritan pidiendo ayuda ni intentan escapar. En la mayoría de los casos, los menores no han tenido otra alternativa que la de someterse sumisamente y mantener el secreto. El hecho de que con frecuencia el agresor forme parte de un vínculo de confianza y se encuentre en una posición afectuosa sólo incrementa el desequilibrio de poder y el grado de impotencia en que se encuentra la víctima. Aunque la no-resistencia no les convierte en cómplices, llegarán a creer que es así y esto, junto con el mantenimiento del secreto, alimentará ese gran núcleo de culpa y autorreproches; acaban juzgando su comportamiento de menor con criterios de comportamiento adulto.

En tercer lugar, muchas víctimas informan, ya de adultas, que se sintieron atrapadas y cada vez más impotentes a medida que continuaba el abuso. Algunas informaron ser conscientes de una especie de vínculo con el abusador que, por supuesto, confundió aún más el problema al aumentar la ambivalencia y la culpa. Una característica frecuente en víctimas de ASI es la confusión moral, la dificultad para distinguir lo correcto y lo incorrecto, el bien del mal; el adulto que abusa de él le transmite sus justificaciones, distorsiones e reinterpretaciones de lo que está sucediendo en un momento en el que el menor no tiene aún madurez cognitiva ni moral suficiente como para cuestionarle. La única posibilidad que hay para detener una situación abusiva es que la víctima busque protección y que se produzca una intervención de forma inmediata. En caso de que nada de esto suceda, la opción que le queda es aprender a aceptar la situación y sobrevivir. Para ello, puede interiorizar una falsa sensación de control sobre las experiencias de abuso y creer que si aprende a ser “bueno” a los ojos del abusador puede reducir la frecuencia del abuso, incluso evitarlo por completo, y tal vez incluso obtener la atención y la conducta positiva del adulto agresor. Muchas conductas entendidas como patológicas en el funcionamiento psicológico de adolescentes y adultos se originan en las reacciones naturales del menor a un ambiente profundamente antinatural y enfermo (Intebi, 2007).

El modelo que se acaba de presentar (Summit, 1983) ayuda a identificar los muchos elementos potencialmente dañinos en la situación de abuso, más allá de los actos sexuales: el secreto, la cosificación, la confusión, el vínculo traumático, la presión, el miedo, el desamparo, la indefensión... Se puede identificar, además, un tipo especial de dinámica en el caso especial del abuso sexual infantil por parte de clérigos (Benkert y Doyle, 2009): un temor añadido, el miedo a la reacción de un ser supremo ante algo que la persona hace o elige no hacer. El temor que surge de la amenaza de desagradar al sacerdote se traslada al temor de desagradar a Dios, temor que puede ser abrumador e inmovilizador. En estos casos parecen ser más intensas la confusión, la culpa y la vergüenza (especialmente tóxicas si se han experimentado sentimientos

sexuales placenteros). Además, si bien el secreto y el silencio no son específicos de este tipo de abuso, las estrategias empleadas para obtener el silencio y el secreto pueden ser diferentes: fomentar el sentimiento de ser señalados por Dios para una relación especial con el perpetrador, trato especial por parte de éste, la recompensa espiritual de “ir al cielo”, el miedo a ser castigados por negar la voluntad de Dios y del clérigo... (Fogler et al., 2008).

Las consecuencias negativas de toda esta situación han sido ampliamente descritas. Normalmente se centran en enumerar la cantidad de desórdenes mentales y trastornos que se pueden desarrollar a corto, medio y largo plazo. Sin embargo, en este artículo se seguirá el *modelo traumatogénico* propuesto por Finkelhor y Browne (1986) para conocer en profundidad su experiencia vital y comprender cómo el abuso cambia el mundo emocional, cognitivo y comportamental y los referentes de la víctima.

Estos autores describen los sentimientos comunes en víctimas de ASI. La primera característica es la *estigmatización*; se sienten “marcados”, avergonzados, defectuosos, como describe el “síndrome de la mercancía dañada”: creen que los demás perciben que son de una calidad inferior, tienen sentimientos de culpa, se sienten responsables del abuso o del daño provocado por contarlo. El niño se siente irreparablemente dañado para siempre. Mediante la estigmatización se le trasladan una serie de connotaciones negativas asociadas al abuso (maldad, vergüenza, culpa), que se incorporan luego a su autoimagen. La segunda característica es la *sexualización traumática*: el abuso sexual genera una idea distorsionada y evolutivamente inadecuada sobre la sexualidad del menor, que puede mostrar un comportamiento inapropiado para su edad. Se manifiesta de varias formas, entre ellas mediante el rechazo hacia el sexo, una sobreestimación de lo sexual, problemas de identidad sexual, conductas sexualizadas, evitación de encuentros sexuales o experiencias sexuales negativas. La tercera característica es la presencia de un importante estado de *indefensión y pérdida de control*, con presencia de miedo y ansiedad al sentirse incapaces de controlar los sucesos aversivos; se extrema la percepción de la propia vulnerabilidad y victimización. Tras la invasión repetida de su espacio corporal en contra de su voluntad se refuerza su autopercepción como víctima y, en consecuencia, necesita controlar e incluso imponerse; se pueden observar conductas agresivas o de explotación de otras personas, conductas evitativas o permanecer en relaciones donde se les revictimiza.

Además de estas tres características, si el abusador ha sido un adulto de la confianza del menor aparece un profundo *sentimiento de traición*: el niño descubre que la persona en la que confía y de la que depende le ha causado daño, y esto le puede llevar a una pérdida de confianza general en los demás y un miedo exagerado al rechazo y al abandono, junto con una experiencia de culpa y vergüenza (normalmente mostrada a través de la rabia) y una gran dificultad para establecer vínculos sanos, observándose una extrema dependencia o, por el contrario, un rechazo a las relaciones íntimas.

Por último, se ha descrito además una última característica en la experiencia de aquellos casos en los que el abuso lo ha cometido una figura religiosa: *el impacto espiritual*, llamado por algunos el “asesinato del alma” o “devastación espiritual” (Benkert y Doyle, 2009); la persona añade a sus otras vivencias la sensación de ser un pecador, una fuerte confusión respecto a lo sucedido, ira y rabia

hacia lo religioso, una gran dificultad para creer y conectar con su parte espiritual, y una gran experiencia de soledad. La disminución de la creencia en Dios, debido al abuso, es un importante predictor de problemas sociales y de salud mental (Pereda et al., 2022). Algunos autores incluso sugieren que el impacto del ASI por parte del clero es similar al del incesto familiar, con un impacto particularmente devastador en el desarrollo de la identidad (Brady, 2008; Fogler et al., 2008). Varona (2020) señala además el daño añadido del silencio institucional (eclesial y público), traducido en la falta de solidaridad hacia las víctimas.

¿Se puede plantear el perdón en una situación así? Conceptos iatrogénicos de perdón

Tras este recorrido por nuestro punto inicial, la ofensa (el abuso) y su impacto, se entienden mejor las reticencias a plantear el perdón como forma de trabajo con la víctima. La psicología del perdón ofrece actualmente un conocimiento sólido para orientar a los profesionales en las consideraciones que necesitan plantearse sobre la posibilidad de trabajar el perdón en el abuso sexual infantil. En primer lugar, es necesario conocer en profundidad los conceptos de perdón que se manejan al tratar este tema, y, en segundo lugar, es necesario reflexionar sobre el tipo de perdón que permite una mayor liberación para la víctima.

Hacer explícito el concepto de perdón que subyace a cada opinión o decisión profesional es imprescindible. El perdón se confunde habitualmente con una obligación moral, con “hacer como que no ha pasado nada”, con la absolución o falta de justicia, con excusar la conducta o con la reconciliación. Para los supervivientes del ASI, las definiciones más dañinas de perdón son las que lo entienden como un “dejar ir” todas las emociones negativas, eliminando la posibilidad de consecuencias negativas para el ofensor (Tracy, 1999). Estas formas de entender el perdón no liberan del abuso; sólo lo perpetúan y suponen una falta de consideración hacia la víctima y su dolor. El abuso prolongado en una relación crea interacciones coercitivas complejas entre la víctima y el abusador, combinando violencia y dependencia (Lahav et al., 2019); mantener conceptos erróneos sobre el perdón puede debilitar aún más la capacidad de la víctima para protegerse haciéndola más vulnerable y facilitando la continuación del abuso.

La psicología del perdón ha conseguido establecer algunos puntos comunes sobre el concepto de perdón compartidos por la mayoría de los autores del campo. En primer lugar, el perdón es un derecho de la víctima, nunca una obligación. No se puede perdonar sinceramente si no se puede perdonar libremente (Tracy, 1999), y esto no sucede hasta que se ha roto el círculo de victimización e indefensión en el que está la víctima, hasta que ésta ha construido límites protectores; en otro caso, se pone a la víctima en riesgo de un nuevo abuso. Como señala esta autora:

“Nunca diga o insinúe que el cliente debe perdonar al abusador. El perdón no es esencial para la curación (...) Si tiene la creencia [de que] los supervivientes deben perdonar al abusador para sanar, no debería trabajar con supervivientes” (p. 220)

El perdón, además, se diferencia claramente de la reconciliación. El perdón es un proceso individual, un cambio en el corazón de la víctima que conduce a una reducción del malestar vivido cuando se es víctima de una falta grave, ayudando así a mitigar y aliviar las

emociones y pensamientos negativos y reduciendo la tendencia a mostrar conductas de evitación o venganza (McCullough, 2008). La reconciliación, por otro lado, es un proceso que tiene como objetivo restaurar las relaciones y la confianza entre dos partes. Si no diferenciamos bien los dos procesos cuando consideramos la posibilidad de perdón, la víctima puede renunciar a perdonar, pensando que implica volver a relacionarse con el maltratador (Freedman, 1998). No todos los procesos de perdón implican reconciliación. El perdón sin reconciliación surge en situaciones en que no hay garantía de que no se repita el delito o en situaciones en las que la relación no es igual y la verdadera reconciliación es, por lo tanto, imposible. Reanudar la relación con el abusador sólo podría considerarse, según algunos autores (Cooney et al., 2011), cuando existen indicadores de arrepentimiento genuino por parte del ofensor: asumiendo plena responsabilidad por el abuso (confesar), reconociendo la magnitud del daño causado a la víctima, mostrando remordimiento por haberlo causado, mostrando respeto por la víctima estableciendo límites para que el abuso no vuelva a ocurrir y tomando pasos para cambiar los patrones de comportamiento disruptivo que condujeron al abuso.

El perdón no debe tampoco confundirse con la ausencia de la necesidad de justicia. El verdadero perdón no interrumpe el proceso de justicia ni elimina la pena que merece el abusador por su conducta. Se puede perdonar y todavía buscar justicia; el perdón sucede dentro de la víctima y la libera del odio y el sufrimiento post-ofensa.

En resumen, solo distinguiendo el concepto de perdón de otros como absolución, reconciliación, deber moral o renuncia a la justicia se puede abordar la posibilidad de ofrecer el perdón a la víctima de forma segura.

Otra cuestión conceptual importante es la referida a la naturaleza del perdón apropiado para víctimas de ASI. Desde la psicología del perdón se distinguen en este aspecto dos tipos de perdón. En primer lugar, el llamado “perdón negociado” o perdón condicional (Prieto-Ursúa et al., 2018) implica que es necesario cumplir unas condiciones antes de plantear la posibilidad de perdón, normalmente la asunción de responsabilidad, la expresión de arrepentimiento y la presencia de conductas reparadoras. Este perdón negociado se ha defendido como el más apropiado para las víctimas de ASI (Tracy, 1999). Sin embargo, es improbable que un agresor sexual asuma responsabilidad, muestre arrepentimiento o sienta empatía hacia la víctima (Tener y Eisikovits, 2017). Además, si el perdón depende de la conducta del abusador, éste mantiene su poder sobre la víctima, decidiendo cuándo puede o no empezar un proceso de perdón, por lo que debilita nuevamente su capacidad de control (Tracy, 1999). Además, se ha mostrado que la mayoría de las víctimas que han decidido perdonar indican que el perdón venía de un proceso personal o individual, sin depender de la actitud o conducta del abusador (Helm, et al., 2005).

Por ello, se han propuesto procesos de intervención basados en un segundo tipo de perdón, el perdón incondicional, para ayudar a víctimas de ASI (Freedman y Enright, 1996; Tracy, 1999; Walton, 2005). El perdón incondicional es entendido como un proceso individual que lleva a cabo la persona ofendida de forma incondicional, unidireccional, sin la participación del ofensor.

Alguna de las propuestas se centra en la terapia narrativa y el perdón a uno mismo (Nguyen y Bellehumeur, 2013), mientras que otras siguen los pasos sugeridos en una de las principales

intervenciones para facilitar el perdón (Enright y Fitzgibbons, 2000). Este modelo de intervención presenta cuatro fases, cada una de ellas con distintas “unidades” (procesos) a trabajar: 1) Fase de destapar o descubrir (*uncovering phase*), donde se intenta que la persona entienda mejor cómo la ofensa le ha afectado dolorosamente en todos los aspectos; 2) Fase de decisión, que intenta conseguir que la persona decida perdonar y se comprometa con dicha decisión. Esta fase tiene tres pasos o tareas: comprender cómo las antiguas estrategias no están funcionando, sobre todo respecto a la rabia, y la necesidad de buscar nuevas formas de reaccionar a la injusticia y de relacionarse; considerar el perdón como una opción, y conseguir el compromiso de perdonar al ofensor, de abandonar la búsqueda o los pensamientos de venganza y el resentimiento. 3) Fase de trabajo, en la que se entra ya en un proceso profundo de perdón, e implica varias tareas: la reformulación cognitiva sobre quién es el ofensor, considerándole en su contexto, conseguir un cierto nivel de empatía y compasión hacia el ofensor (basta con que en algún momento el sujeto capte parte de la vulnerabilidad del agresor), trabajar sobre el dolor, buscando tolerarlo y aceptarlo (esto no excluye el buscar justicia) y expresar de alguna manera el regalo (moral) que ha decidido hacerle al ofensor con el perdón. 4) Fase de profundización, que persigue varios objetivos: encontrar un sentido al sufrimiento y al proceso de perdón (teniendo cuidado con no llevar a la persona a una aceptación pasiva de lo que pasó renunciando a la justicia), darse cuenta de que hemos necesitado el perdón de otros en el pasado, darse cuenta de que uno no está solo, que cuenta con apoyo, darse cuenta de que uno tiene un nuevo propósito en la vida a causa de la ofensa, que puede ofrecer a otros lo que ha aprendido durante el proceso, y por último, darse cuenta de la liberación emocional, del creciente sentimiento de bienestar, autoestima y esperanza.

Tracy (1999) y Walton (2005) han propuesto distintas adaptaciones de este proceso a las características particulares del abuso sexual, proponiendo un trabajo profundo y liberador del que la víctima sale fortalecida y recupera su sensación de control, elemento clave en el proceso de sanación.

Como se ha podido observar tras esta revisión, el perdón es un concepto complejo, con múltiples dimensiones y posibilidades, y puede ofrecer a las víctimas un valioso recurso para superar su dolor. Además, aunque el perdón no es esencial para el proceso de sanación de una víctima, la psicología del perdón ofrece ya numerosos estudios que han mostrado los efectos positivos del perdón en víctimas de abuso sexual (Freedman y Enright, 1996; Ghahari, 2018; Lee y Enright, 2014; Rahman, et al., 2018).

Elementos importantes al trabajar el perdón en víctimas ASI

La descripción detallada de las intervenciones propuestas excede el objetivo de este artículo; sin embargo, es importante mencionar algunos de los elementos esenciales que estas intervenciones plantean para trabajar sobre el perdón con víctimas adultas de abuso (no específicamente ASI) y facilitar así los efectos positivos del mismo. Estos elementos son conceptos clave que deben fundamentar cualquier intervención sobre el perdón (Casey, 1998; Cooney et al., 2011; Tracy, 1999; Walton, 2005).

1. Considerar que el perdón es un proceso difícil, largo y lento, tanto más cuanto más intensa ha sido la ofensa. Es recomendable tomarse el tiempo necesario y no apresurar los procesos.

2. El primer paso en el trabajo sobre perdón siempre es reconocer la ofensa, sin minimizarla ni negarla; sin este paso se corre el riesgo de ofrecer un perdón superficial, inadecuado y no saludable. La víctima debe estar dispuesta a nombrar y reclamar el abuso, necesita identificar las reglas morales y legales que se rompieron, cómo el abuso rompió esas reglas y cuáles han sido en su caso las consecuencias. Cuando la víctima sea capaz de reconocer el delito y el daño, identificando todas las pérdidas, aparecerá el dolor por las mismas, por la experiencia vivida; el duelo es un elemento esencial en el proceso de curación.
3. Es importante validar los sentimientos que expresan las víctimas sin culpabilizarlas; se recomienda respetar y no rellenar los silencios, no sugerir sentimientos ni respuestas. Para evitar la revictimización, también se recomienda evitar preguntas que incluyan la palabra “por qué”, ya que parten del supuesto de una relación de igual a igual que es parte de los mecanismos cognitivos del abusador, y trasladarlo a la víctima supone responsabilizarla en cierto modo del abuso. En sí mismas, son preguntas iatrogénicas.
4. Es importante superar la indefensión y el descontrol; la víctima necesita recuperar su sensación de control y de dignidad. El control sobre la propia vida, presente y futura, está asociado a mejoras en el ajuste después de la experiencia de abuso (Davidson, et al., 2013).
5. El abuso sexual supone un abuso de poder, una violación de los límites personales. Es fundamental, por tanto, que las víctimas establezcan nuevos límites y asuman la responsabilidad de protegerse a sí mismas y a los demás de nuevos abusos; sólo desde ahí se puede considerar el perdón. Para ello deben tomar decisiones importantes sobre qué personas quieren en sus vidas y cómo quieren ser tratadas por esas personas, deben desarrollar pautas apropiadas para determinar la confiabilidad de una persona y establecer reglas de conducta para ellos mismos a fin de no ponerse en riesgo, todo ello sin transmitir de ninguna manera ningún tipo de responsabilidad por el abuso sufrido.
6. A muchas víctimas les ayuda intentar entender el por qué, comprender la conducta del ofensor situándole en su contexto y viéndole como humano defectible, mostrando incluso empatía (al menos cognitiva), sin confundir esta comprensión con la justificación o la absolución (Cooney et al., 2011). A medida que la víctima se aleja del enredo del abuso ve al agresor bajo una luz diferente; desde su posición de fuerza va perdiendo el miedo, el agresor se vuelve “humano” y menos intimidante (Shepp et al., 2019). Sin embargo, en este punto su empatía y compasión no la mantienen patológicamente conectada con él.
7. En algún momento, las víctimas deben aceptar que el delito ha ocurrido y que es parte de sus propias vidas; no se trata de intentar hacer “como si no” y olvidarlo, sino de encontrarle un lugar donde colocarlo y poder seguir viviendo. El proceso de recuperación incluye encontrar esperanza en el futuro y sentido en la vida (Morton et al., 2019).
8. El perdón a uno mismo es un paso fundamental en la recuperación de las víctimas (Nguyen y Bellehumeur, 2013), Aunque parezca sorprendente desde la lógica de alguien externo, las víctimas se pueden sentir culpables por distintas razones: por entrar en esa situación, por mantenerse en ella, por mantener el secreto, por dañar a la comunidad, por las conductas y problemas posteriores, por “ser defectuoso”, por las emociones sentidas, por la dificultad espiritual... Parte del trabajo consiste en ayudar a las víctimas a entender que el problema no son ellas, a recolocar la culpa en el agresor y superar la vergüenza, reconociendo que el problema es el comportamiento claramente incorrecto e injusto del agresor y comprendiendo la confusión generada.
9. La asunción común es que no es deseable para la víctima retomar la relación con el abusador, sobre todo cuando dicha relación es potencialmente peligrosa, física o psicológicamente, para la víctima (Helm, Cook, & Berez, 2005); de hecho, estos autores señalan que la mayoría de las víctimas entrevistadas indicaron que preferían mantener distancia con el abusador, independientemente de si decían haberle perdonado o no. Pero algunas víctimas expresan su deseo de reencontrarse con el agresor. Si las víctimas dicen que pueden considerar la posibilidad de reconciliación, se debe indagar si lo hacen de manera realista, con expectativas ajustadas sobre el agresor y el reencuentro (Tener y Eisikovits, 2017). En este caso, es importante recordar que la reconciliación requiere que las dos partes se sitúen en un mismo plano de igualdad; solo si se consigue esta igualdad (de poder), cuando la víctima haya establecido límites y haya aprendido a protegerse, y cuando el abusador haya renunciado a utilizar sus estrategias de manipulación, es posible la reconciliación.
10. Tener cuidado con la presión social (Tener y Eisikovits, 2017), es decir, la existencia de normas inflexibles y expectativas sobre las víctimas que se les haya podido transmitir a éstas; por ejemplo, que el abuso es imperdonable, que deben olvidar el abuso y no hablar de ello, que deben perdonar para proteger la integridad de la familia o de la comunidad, o que deben ser “la víctima eterna” y nunca perdonar para dejar clara la gravedad de la ofensa. Considerar el ASI como imperdonable puede representar el juicio moral de los testigos, no necesariamente de las víctimas; defendiendo que el ASI es imperdonable, la víctima queda atrapada en su estatus de víctima.
11. Considerar el papel de las víctimas secundarias, las personas cercanas a la víctima y que se ven también afectadas por el abuso sufrido por ésta; para ellas suele ser más difícil perdonar, incluso lo pueden llegar a vivir como una traición hacia la víctima directa (Cooney et al., 2011).
12. En víctimas de ASI en la iglesia habrá necesidades espirituales que necesiten ser acompañadas y experiencias que necesiten ser expresadas (Rudolfsson y Tidefors, 2015). Pueden necesitar ayuda para conectar con Dios y para ver acogida su dificultad de confianza en Él e incluso sus críticas hacia la religión (lo que puede llevar a más culpa, vergüenza o miedo a un castigo)
13. Por último, puede ser útil considerar el perdón como un continuo. Cada persona recorre su camino y establece el momento en el que ya la ofensa y el abusador no son los que deciden su vida, su felicidad. Cada camino es distinto y único.

Se puede concluir que ha habido un proceso de perdón genuino cuando la persona muestra habilidad para manejar la rabia constructivamente, experimenta un incremento en sus actitudes positivas, especialmente hacia el ofensor, es capaz de dar y recibir amor y de experimentar gratitud, y aumenta su habilidad para pedir perdón a otros (Vítz y Meade, 2011). Cuando el proceso del perdón se completa, la víctima percibe un crecimiento personal significativo.

En conclusión, el perdón se puede proponer como una herramienta para ayudar y sanar el dolor y el sufrimiento de las víctimas de abuso sexual infantil, pero siempre con mucho cuidado al ofrecerlo, evitando transmitir a las víctimas cualquier tipo de obligación moral y manteniendo un concepto de perdón que respete la justicia y las proteja.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses

Referencias

- Benkert, M., & Doyle, T. P. (2009). Clericalism, religious duress and its psychological impact on victims of clergy sexual abuse. *Pastoral Psychology*, 58, 223-238. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0188-0>
- Brady, S. (2008). The impact of sexual abuse on sexual identity formation in gay men. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(3-4), 359-376. <https://doi.org/10.1080/10538710802329973>
- Casey, K. L. (1998). Surviving abuse: Shame, anger, forgiveness. *Pastoral Psychology*, 46(4), 223-231. <http://doi.org/10.1023/A:1023093601201>
- Cooney, A., Allan, A., Allan, M. M., McKillop, D., & Drake, D. G. (2011). The forgiveness process in primary and secondary victims of violent and sexual offences. *Australian Journal of Psychology*, 63, 107-118. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00012.x>
- Davidson, M. M., Lozano, N. M., Cole, B. P., & Gervais, S. J. (2013). Associations between women's experiences to sexual violence and forgiveness. *Violence and Victims*, 28(6), 1041-1051. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00075>
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1986). Initial and long-term effects: A conceptual framework. In D. Finkelhor (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 180-198). Sage Publications.
- Fogler, J. M., Shipherd, J. C., Rowe, E., Jensen, J., & Clarke, S. (2008). A theoretical foundation for understanding clergy-perpetrated sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(3-4), 301-328. <https://doi.org/10.1080/10538710802329874>
- Freedman, S. (1998). Forgiveness and reconciliation: The importance of understanding how they differ. *Counseling and Values*, 42, 200-216. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1998.tb00426.x>
- Freedman, S., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 983-992. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.983>
- Ghahari, S. (2018). Effectiveness of forgiveness skill on anxiety and depression among women victims of sexual abuse in childhood. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 84. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.04.014>
- Helm, H. W., Cook, J. R., & Berecz, J. M. (2005). The implications of conjunctive and disjunctive forgiveness for sexual abuse. *Pastoral Psychology*, 54(1), 23-34. <https://doi.org/10.1007/s11089-005-6180-z>
- Intebi, I. V. (2007). *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. Dirección General de Políticas Sociales. Colección Documentos Técnicos 01
- Lahav, Y., Renshaw, K. D., & Solomon, Z. (2019). Domestic abuse and forgiveness among military spouses. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(2), 243-260. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1531335>
- Lee, Y., & Enright, R. D. (2014). A forgiveness intervention for women with fibromyalgia who were abused in childhood: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(3), 203-217. <http://doi.org/10.1037/scp0000025>
- McCullough, M. E. (2008). *Beyond revenge: the evolution of the forgiveness instinct*. Jossey-Bass.
- Morton, K. R., Tanzini, L., & Lee, J. W. (2019). Adult life satisfaction and the role of forgiveness after childhood sexual abuse: Evidence from a seventh-day adventist cohort. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 58(1), 138-152. <https://doi.org/10.1111/jssr.12575>
- Nguyen, T., & Bellehumeur, C. (2013). Grieving the loss linked to childhood sexual abuse survivor: A narrative therapy in search of forgiveness. *Counseling and Spirituality*, 32(1), 37-58. <https://doi.org/10.2143/CS.32.1.2988881>
- Orth, U., Montada, L., & Maercker, A. (2006). Feelings of revenge, retaliation motive and posttraumatic stress reactions in crime victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 229-243. <https://doi.org/10.1177/0886260505282286>
- Pereda Beltrán, N. (2010). El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 16, 57-68.
- Pereda, N., Contreras, L., Segura, A., & Maffioletti, F. (2022). An exploratory study on mental health, social problems and spiritual damage in victims of child sexual abuse by catholic clergy and other perpetrators. *Journal of Child Sexual Abuse*, 31(4), 393-411. <https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2080142>
- Prieto-Ursúa, M., Jódar, R., Gismero-Gonzalez, E., Carrasco, M. J., Martínez, M. P., & Cagigal, V. (2018). Conditional or unconditional forgiveness? An instrument to measure the conditionality of forgiveness. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 28(3), 206-222. <https://doi.org/10.1080/10508619.2018.1485829>
- Rahman, A., Iftikhar, R., Kim, J. J., & Enright, R. D. (2018). Pilot study: Evaluating the effectiveness of forgiveness therapy with abused early adolescent females in Pakistan. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(2), 75-87. <https://doi.org/10.1037/scp0000160>
- Rudolfsson, L., & Tidefors, I. (2015). The Struggles of victims of sexual abuse who seek pastoral care. *Pastoral Psychology*, 64, 453-467. <https://doi.org/10.1007/s11089-014-0638-9>
- Shepp, V., O'Callaghan, E., & Ullman, S. E. (2019). Interactions with offenders post-assault and their impacts on recovery: A qualitative study of sexual assault survivors and support providers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(6), 725-747. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1660443>

- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7(2), 177-193.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Tamarit, J. M., Abad, J., & Hernández-Hidalgo, P. (2015). Las víctimas de abuso sexual infantil ante el sistema de justicia penal: estudio sobre sus actitudes, necesidades y experiencia. *Revista de Victimología / Journal of Victimology*, 2, 27-54.
<https://doi.org/10.12827/RVJV.2.02>
- Tener, D., & Eisikovits, Z. (2017). Torn: Social expectations concerning forgiveness among women who have experienced intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(16), 2496-2514.
<https://doi.org/10.1177/0886260515593296>
- Tracy, S. (1999). Sexual abuse and forgiveness. *Journal of Psychology and Theology*, 27(3), 219-229.
<https://doi.org/10.1177/009164719902700302>
- Varona, G. (2020). Los abusos sexuales de la Iglesia como problema global y cultural: análisis criminológico de un silencio a voces. En M. Lizarraga (coord.), *Abusos sexuales a menores en la Iglesia católica: hacia la verdad, la justicia y la reparación* (pp. 67-100). Gobierno de Navarra.
- Vitz, P. C., & Meade, J. M. (2011). Self-forgiveness in psychology and psychotherapy: A critique. *Journal of Religion and Health*, 50, 248-263. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9343-x>
- Walton, E. (2005). Therapeutic forgiveness: Developing a model for empowering victims of sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 33(2), 193-207. <https://doi.org/10.1007/s10615-005-3532-1>
- Ysseldyck, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2017). Revenge is sour, but is forgiveness sweet? Psychological health and cortisol reactivity among women with experiences of abuse. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2003-2021.
<https://doi.org/10.1177/1359105317714319>

Artículo

Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone

Stefano Bartoli¹ , Ricardo De la Cruz Gil² 

¹ Centro di Terapia Strategica Arezzo, Italia, ² Centro de Psicoterapia Breve Estratégica del Perú, Perú

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 06, 2022
Aceptado: Septiembre 24, 2022

Palabras clave

Terapia Breve Estratégica
Epistemología
Giorgio Nardone
Psicoterapia

RESUMEN

La terapia breve estratégica modelo evolucionado de Giorgio Nardone, está considerada en la actualidad como una psicoterapia que evidencia una alta eficacia y eficiencia, en una variedad de trastornos emocionales. En este artículo se presenta la historia y los fundamentos epistemológicos de la terapia breve estratégica, fundamentadas en el pensamiento sistémico, la cibernética, la teoría general de los sistemas y el constructivismo. Se analiza la evolución y desarrollo histórico desde el Mental Research Institute en Palo Alto hasta la creación del Centro en Arezzo Italia. Se presentan las bases teóricas de la terapia breve estratégica centrada en el presente y en las soluciones, partiendo de la premisa de que los intentos de solución mantienen el problema y planteando que desde la lógica estratégica siempre la solución se adapta al problema y a su objeto de estudio.

Epistemology, history and foundations of Brief Strategic Therapy. Giorgio Nardone's Model

ABSTRACT

Giorgio Nardone's evolved model of brief strategic therapy is a psychotherapy that is currently considered to demonstrate high efficacy and efficiency for a variety of emotional disorders. This article presents the history and epistemological foundations of brief strategic therapy, based on systems thinking, cybernetics, general systems theory, and constructivism. The evolution and historical development are analyzed from the opening of the Mental Research Institute in Palo Alto to the creation of the Strategic Therapy Center in Arezzo Italy. The theoretical foundations of brief strategic therapy focused on the present and solutions are presented, starting from the premise that attempts at solution actually maintain the problem and proposing that based on strategic logic the solution always adapts to the problem and its object of study.

Keywords

Brief Strategic Therapy
Epistemology
Giorgio Nardone
Psychotherapy

La Psicoterapia Breve Estratégica, modelo evolucionado de Giorgio Nardone, constituye en la actualidad uno de los modelos psicoterapéuticos que vienen creciendo en el mundo, presentan una metodología, así como una eficacia y eficiencia en sus intervenciones (Nardone y Portelli, 2017). Desde sus orígenes que se remontan nada menos que al famoso Mental Research Institute de Palo Alto California, hasta nuestros días, permanece difundiendo los conocimientos estratégicos a nivel mundial. Entre los aportes epistemológicos que la escuela de Palo Alto realiza es que demostraron cómo las interacciones humanas pueden producir patologías. Cambiando el foco de atención de la psicoterapia, de lo intrapsíquico a lo interaccional. Permitiendo la formulación de intervenciones terapéuticas basadas en estos hallazgos, dejando de lado modelos basados en el inconsciente, los neurotransmisores o los traumas de la primera infancia (Fiorenza y Nardone, 2004). El modelo interactivo entre la persona y su contexto social cambió el panorama de la psicoterapia mundial. Se generó un cambio epistemológico que permitió a su vez modificar la lógica de las intervenciones. Este nuevo modelo partía de la base que la causalidad lineal era ineficaz para atender y tratar los problemas humanos. En el modelo sistémico – cibernético se plantea que los problemas humanos son construidos en base a las interacciones comunicativas que el ser humano establece con los otros (Nardone, 2004; De la Cruz, 2003). Desde esta perspectiva los fenómenos deben de estudiarse en su totalidad, en su relación con los demás y con su contexto. Debían centrarse en el estudio del sistema, donde la familia tenía un rol preponderante. El sistema interactivo, la estructura y la organización del sistema familiar explicaban la disfunción, y a través de los mismos se podía curar el síntoma. De esta forma durante todos esos primeros años se desarrolló una serie de modelos de intervención que tenían como base a la familia (Fiorenza, y Nardone, 2004). Las propuestas y hallazgos del Mental Research Institute, representaron un cambio en el modelo tradicional de hacer psicoterapia, posibilitando el surgimiento de modelos que dejan una tradición eminentemente clínica para convertirse en más psicosociales, donde la comunicación juega un rol importante (Nardone y Watzlawick, 2018). A partir de este desarrollo histórico presentamos a continuación las bases epistemológicas, evolución y fundamentos de la psicoterapia breve estratégica modelo Giorgio Nardone. Buscamos dar a conocer sus principales planteamientos epistemológicos y aportes de este modelo terapéutico a la psicoterapia. En el contexto actual post pandemia, se requiere cada vez más, contar con intervenciones eficaces y eficientes que puedan aportar en el desarrollo de la salud mental de la población mundial. Consideramos que la terapia breve estratégica puede aportar en ese sentido.

Desarrollo de la Terapia Breve Estratégica: Antecedentes Históricos: El Mental Research Institute de Palo Alto California

Después de la segunda guerra mundial en la década de los años 50, se organizan en los Estados Unidos, las conferencias científicas sobre la cibernética promovidas por la fundación Josiah Macy y organizadas por Warren McCulloch. Convocaron a una serie de expertos alrededor del estudio de la retroalimentación, la complejidad, la cibernética y su aplicación a las diversas ciencias. En ese contexto en el año de 1958, Don Jackson funda el Mental Research Institute (MRI), institución dedicada a la investigación en

el campo de la salud mental. Don Jackson, Haley y Weakland, inician un trabajo precursor en la naciente terapia familiar estudiando los modelos comunicativos de las familias con miembros esquizofrénicos (Fisch y Schlanger, 2012). El Mental Research Institute, bajo el liderazgo de Don Jackson integró a su equipo a Paul Watzlawick, cuyos estudios sobre el cambio y la pragmática de la comunicación humana estaban revolucionando el campo de la terapia. Paul Watzlawick, psicólogo, austriaco, con amplio conocimiento y formación lógico filosófica, había vivido en El Salvador y se unió al equipo de Palo Alto en 1961 (Nardone, 2000). Paul Watzlawick fue uno de los máximos exponentes de la teoría de la comunicación humana. Su campo de investigación estaba centrado en los efectos pragmáticos de la comunicación; Las investigaciones y el interés sobre la comunicación, hasta ese momento, se habían centrado en los aspectos sintácticos y semánticos y no así en los aspectos pragmáticos de la comunicación (Watzlawick, 2007). En 1961 Watzlawick, junto a Richard Fisch, John Weakland y Jay Haley estaban estudiando los métodos de hipnosis sin trance y terapia breve, estaban enfocados en el desarrollo de una psicoterapia más corta. Habían sido influenciados por el célebre psicólogo y psiquiatra Milton Erickson. La influencia de Erickson fue la más notable en el desarrollo del modelo de terapia breve, desde alejarse de las tradiciones de la psicopatología hasta la costumbre de asignar tareas a los pacientes (Fisch y Schlanger, 2012). Estas técnicas aplicadas por Erickson, de características poco tradicionales, muchas veces confundidas con “chamanería” pero que escondía un modelo riguroso, consistente y a la vez creativo (Nardone y Watzlawick, 2018). El trabajo del Mental Research Institute (MRI), permitió el surgimiento de la terapia sistémica familiar (Nardone, 2004).

Creación del Brief Therapy Center

Cuando muere Don Jackson en 1968, fue Richard Fisch quien propone la creación del centro de terapia breve, el brief therapy center (BTC). El equipo estuvo constituido por Watzlawick, Weakland y Fisch. Llevaron a la fama al Mental Research Institute, a través de las investigaciones sobre la comunicación humana (Fisch y Schlanger, 2012). El grupo de investigación estuvo orientado a buscar nuevas formas de intervención psicoterapéutica más flexibles y breves, que podían adaptarse a las distintas variedades de problemas humanos. Sus descubrimientos en la teoría y pragmática de la comunicación, abonaron al desarrollo de nuevas técnicas psicoterapéuticas.

El acercamiento a los trabajos del gran hipnoterapeuta Milton Erickson permitieron incorporar su visión y técnicas encontrando en su experiencia que se podían resolver los diversos problemas, de forma rápida y definitiva, en una modalidad de terapia breve (Nardone y Portelli, 2017).

El equipo encuentra también que la teoría de la comunicación podía ser aplicada a diversos contextos que trascendían a la familia. Un modelo sistémico centrado solo en la familia se hacía rígido y limitante (Nardone y Balbi, 2018).

De esta manera el centro de terapias breves del Mental Research Institute, logra desarrollar un modelo terapéutico estricto, pero a la vez flexible. Su trabajo se centró en reducir la duración de los tratamientos, con un terapeuta directivo más operativo y centrado en la pragmático, logrando una primera gran revolución en el campo de la terapia (Ceberio y Watzlawick, 2006).

El modelo evolucionado de Giorgio Nardone

Giorgio Nardone estudia en la universidad de Siena en Italia, donde se gradúa con una tesis relacionada con la filosofía de la ciencia, admiraba y quería convertirse en un gran epistemólogo como Karl Popper, es ahí que siendo alumno del destacado profesor Mariano Bianca, se involucra en un proyecto de investigación que posteriormente le cambiaría el rumbo de su vida, estudia sobre la epistemología centrándose en el estudio de diversos modelos de psicoterapia. Se centra en los aspectos epistemológicos y la solidez metodológica de los mismos; Al involucrarse en dicho proyecto de investigación encuentra que el modelo de terapia del Mental Research Institute (MRI), de Palo Alto California, cubría los exigentes criterios metodológicos que estaban estudiando (Nardone y Watzlawick, 2018). Es así que inicia este viaje que lo llevaría a profundizar sus conocimientos en el campo de la psicoterapia, de esta manera viaja con una beca a Palo Alto California, al seno del mismísimo Mental Research Institute. Habiendo estudiado epistemología, viaja con los lentes del método epistemológico de la ciencia, luego de avanzada su estancia en el Mental Research Institute, su vida cambió dando un giro, de lo centrado en los aspectos epistemológicos hacia los aspectos clínicos de la psicoterapia. Fascinado además por los resultados que podía observar y evidenciar, en la interacción con los grandes maestros como Paul Watzlawick. Este asombro y fascinación lo lleva a cambiar de carrera. Deja la filosofía de la ciencia, su mentor Mariano Bianca, le recomienda con el director de la carrera de psicología y así inicia sus estudios en psicología clínica, en tanto eso, sus nexos con el Mental Research Institute continuaban, concluyendo en 1985. Paul Watzlawick lo toma como discípulo y se convierte en su mentor, iniciando sus primeras investigaciones en Palo Alto.

En su práctica clínica en Palo Alto, atiende pacientes esquizofrénicos, psicosis y problemas de pareja muy frecuentemente. Sin embargo, a su retorno a Italia se da con la sorpresa de que la mayoría de los casos que llegaban a consulta, a diferencia del Mental Research Institute, se trataban más bien de pacientes con trastornos fóbicos y obsesivos. De esta manera pone en práctica lo aprendido, usando el modelo original del Mental Research Institute, adaptándolo a las características de los trastornos encontrados en su práctica clínica en Italia. Rompe el esquema tradicional, centrado en la terapia familiar y la necesidad de atender al paciente con su familia. Una verdadera violación de los dogmas de la terapia familiar más centrados en la teoría que en el trastorno y en la importancia de la familia más que en el individuo (Fiorenza y Nardone, 2004). Atiende individualmente surgiendo de esta manera un nuevo esquema de terapia, ante el asombro e interés suscitado en los grandes maestros como Paul Watzlawick y John Weaklean.

Luego de cuatro años y más de 100 pacientes atendidos sale consolidado el modelo de terapia breve evolucionada, elaborándose un primer documento en 1988. Poniendo toda esa información y experiencia en seis capítulos de lo que sería su primer libro, "El arte del cambio". Mismo que se publicó en 1992 (Nardone y Watzlawick, 2012). Paul Watzlawick, le hace el honor de publicarlo en conjunto. Se constituye en el libro best seller y manifiesto de la terapia breve estratégica. Posteriormente gracias al éxito alcanzado, empieza a investigar en otro tipo de trastorno como los trastornos

alimenticios, la bulimia, la anorexia entre otros. De esta forma el modelo de investigación - acción con base empírica experimental va expandiéndose y es así que, en el año 2000, se publica un importante artículo denominado "brief strategy therapy". Un estudio longitudinal desarrollado a lo largo de 10 años y con 3,640 casos, con una media de 7 sesiones (Nardone y Portelli, 2017). Entre los principales resultados reportan una eficacia del 95% en trastornos fóbicos y ansiosos, que incluye ataques de pánico y estrés post traumático. 89% de eficacia en trastornos obsesivos y compulsivos. 91% de eficacia en disfunciones sexuales. 83% de eficacia en trastornos de alimentación. 83% de eficacia en trastornos depresivos (Nardone y Watzlawick, 2004). Reportando el uso exclusivo de la psicoterapia breve en el protocolo aplicado con todos los pacientes, constituyéndose en un aspecto muy importante a resaltar. El modelo reporta en este estudio una alta eficacia y eficiencia sin el uso de fármacos (Nardone y Portelli, 2017). Ya para el año 2004, con la sistematización e incorporación de nuevas técnicas, se abrieron nuevos contextos trascendiendo la clínica para adentrarse con éxito en los deportes, el coaching, la educación, la gestión y el arte. Luego de más de 35 años de puesta en práctica del modelo evolucionado de terapia, empleando lógicas no lineales y de conocer el problema a través de su solución. El modelo ha demostrado tener mayor eficacia y eficiencia que el modelo cognitivo conductual tradicional siendo más efectivo en desórdenes alimenticios, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos ansiosos (Nardone y Balbi, 2018). Se presenta un cuadro comparativo entre la terapia breve estratégica y la terapia cognitivo conductual en la [Tabla 1](#).

Existen varios estudios que evidencian la eficacia y la eficiencia de la psicoterapia breve estratégica. Podemos mencionar entre los más recientes, un ensayo clínico controlado y aleatorizado realizado en Italia con pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los pacientes buscaban tratamiento para la obesidad y el trastorno por atracón. Se comparó los resultados de la aplicación de la terapia cognitivo conductual y la terapia breve estratégica. A los seis meses de seguimiento, se observó una mejoría general y un mayor porcentaje de remisión del trastorno por atracón en los pacientes tratados con terapia breve estratégica en comparación con los tratados con la terapia cognitivo conductual (Castelnuovo et al., 2011). En un estudio realizado con pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo se demuestra la eficacia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de estos trastornos (Pietrabissa et al., 2016). En esa misma línea en un ensayo clínico aleatorizado posterior realizado el 2018, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la terapia breve estratégica en comparación con la terapia cognitivo conductual. Se evaluó el tratamiento de 60 pacientes italianas con trastorno por atracón y obesidad. En el estudio se concluye que la terapia breve estratégica es clínica y estadísticamente más eficaz que la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de trastornos por atracón (Jackson et al., 2018). En otro estudio longitudinal realizado con un grupo de pacientes que presentaban bulimia nerviosa y trastorno por atracón. El estudio demostró la eficacia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de los síntomas de binge eating y bulimia nerviosa (Pietrabissa et al., 2019). En un estudio reciente realizado en varios países aplicando la terapia breve estratégica a 1,150 casos con diferentes diagnósticos psicopatológicos. Se evidencia una resolución

Tabla 1.
Cuadro comparativo entre la terapia breve estratégica y la terapia cognitivo conductual

Item	Terapia Breve Estratégica	Terapia Cognitivo Conductual
Epistemología	Constructivista – radical	Constructivista – racionalista
Causalidad	Circular	Lineal
Objetividad	Objetividad relativa	Objetividad absoluta
Uso de Protocolos de intervención	Sí	Sí
Acepta uso de fármacos en sus protocolos de intervención	No	Sí
Sustento teórico	Teoría del cambio	Teoría del aprendizaje
Comunicación Terapéutica	Lenguaje performativo e inductivo. Busca llevar a la acción empleando estratagemas, metáforas y analogías	Lenguaje lógico – racional, busca explicar e informar.
Diagnóstico	Operativo. Conocer a través del cambio.	Descriptivo. Representación objetiva de los signos y síntomas.
Foco Terapéutico	Centrado en la solución	Centrado en el problema a resolver
Estrategias Terapéuticas	Hace uso de estratagemas terapéuticas que buscan llevar a la acción. Rompiendo el círculo vicioso de las soluciones intentadas disfuncionales y modificando el sistema perceptivo reactivo.	Hace uso de una estrategia racional que busca brindar información sobre el trastorno. Guía al paciente buscando que aprenda a manejar y gestionar adecuadamente su padecimiento.
Técnicas Terapéuticas	Prescripciones, metáforas sugestivas. hipnosis sin trance, diálogo estratégico entre otras.	Modificación de conducta, autoinstrucciones, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales entre otras.
Tiempo terapéutico	Presente y futuro	Presente

completa de los síntomas en el 80% de los casos con una media de 5,4 sesiones y 5,3 meses de tratamiento. Datos a tener en cuenta por las implicancias que pueden tener para los pacientes, con un menor tiempo de tratamiento y menor coste asociado y sin el uso de fármacos. Demostrando tanto la eficacia como la eficiencia de la terapia breve estratégica (Vitry et al., 2021). En un contexto post pandemia, se necesitan y requieren de tratamientos que sean de corta duración y de eficacia demostrada. La terapia breve estratégica evidencia ser una alternativa a tener en cuenta dada su relevancia a nivel clínico y de salud pública.

Creación del Centro di Terapia Strategica de Arezzo Italia

Paul Watzlawick, el reconocido psicólogo y psicoterapeuta, miembro del Mental Research Institute de Palo Alto California, funda el Centro de Terapia Breve Estratégica en la ciudad de Arezzo Italia, junto con Giorgio Nardone, quién es considerado su heredero intelectual. Desde sus inicios el centro fue reconocido por alto nivel técnico y académico, permitiendo crear una serie de técnicas innovadoras y de diseñar una serie de protocolos de tratamiento específicos para cada trastorno (Nardone, 2002).

El trabajo del profesor Giorgio Nardone, se ha caracterizado por ser innovador, lo que le permitió desarrollar protocolos de tratamiento basados en la sistematización de su experiencia. Enfocados en la búsqueda de soluciones cada vez más rápidas para las diversas patologías. Sus investigaciones clínicas empíricas experimentales que conjugan la intervención terapéutica y la formulación de estrategias alineadas a dichas patologías, han permitido validarlas empíricamente, buscando la eficiencia y la eficacia. Utiliza el método empírico experimental desarrollado por Kurt Lewin, aplicado al campo clínico, que podría resumirse como “conoce un problema a través de su solución” (Nardone y Portelli, 2017).

Entre las propuestas que han surgido de la experiencia del CTS de Arezzo y del trabajo clínico del profesor Nardone se encuentran el diálogo estratégico, que viene a representar una de las técnicas de vanguardia del modelo evolucionado, combina un lenguaje más evocativo, utilizando las paráfrasis y un diálogo desarrollado estratégicamente (Nardone y Salvini, 2011). La lógica racional de tradición aristotélica, se encuentran presentes en la forma que tenemos los seres humanos de resolver y enfrentar los problemas y de abordar nuestros objetivos y metas (Fiorenza y Nardone, 2004). Contrario a ello, los protocolos tienen una secuencia organizada y estructurada de procedimientos técnicos que siguiendo la tradición Batesoniana, son capaces de adaptarse y autocorregirse conforme avanza la intervención, a través del feed back que recibe del consultante, siendo en ese sentido flexible, en su interacción con el síntoma. El modelo se constituye de esta manera en un modelo que puede ser replicado, se puede transmitir y es predecible, manteniendo la eficacia y eficiencia. Combinando el método científico con el sublime arte, casi convertido en magia, que se transmite a través de las palabras y los gestos del terapeuta convertido en un moderno mago (Nardone, 2008; De la Cruz, 2013). El terapeuta sigue un protocolo establecido, pero adapta el método terapéutico a cada paciente, a su cosmovisión, a su forma de relacionarse, a las características específicas de cada patología. La flexibilidad del modelo le permite, adaptarse a cada paciente. Permitiéndole este espacio para poder crear, usar su creatividad e innovar, en ese sentido es artístico (Zaldivar, 1995; Riveros, 2013). Hay arte en la forma de realizar una prescripción, en utilizar una metáfora, en diseñar una tarea, en utilizar el cuerpo y la prosodia. El procedimiento técnico de cada protocolo se complementa con la flexibilidad creativa y artística en la ejecución (Nardone, 2013). La psicoterapia breve se convierte así en un espacio artístico de creación y no sólo en un rígido procedimiento a cumplir.

Epistemología y Fundamentos de la Terapia Breve Estratégica

Desde Aristóteles hasta Newton pasando por Descartes, la lógica aristotélica dominó el mundo occidental pregonando la supremacía de la llamada “diosa razón” constituyendo los cimientos de la lógica tradicional lineal y sirviendo para entender el mundo, comprender nuestras relaciones con nosotros mismos, entre nosotros y con el mundo. Con el avance de la física orientada al estudio del átomo, posibilitó el surgimiento de nuevas construcciones teóricas. Los descubrimientos que nacen desde la física cuántica en contraposición del modelo de la física newtoniana, posibilitan el posterior surgimiento de nuevas ideas en el resto de las ciencias. La teoría general de los sistemas y la cibernética ayudan a fortalecer el modelo y brindan el marco epistemológico que impulsa el desarrollo teórico de la naciente terapia familiar sistémica. Los aportes de Maruyama, Bertalanffy, Wiener, Shannon, Von Foerster, Prigogine en muchos otros, son vitales para el surgimiento de lo que posteriormente se conocería como la primera cibernética o cibernética de los sistemas que observan. Una postura en la cual el observador estudia al sistema y se mantiene externo al mismo (Watzlawick, 2007). En la primera cibernética el terapeuta interviene para solucionar los problemas que le traen las familias o los pacientes, una realidad externa al terapeuta sobre la que hay que intervenir para modificarla y darle solución. Posteriormente con el surgimiento de la segunda cibernética, el constructivismo y la inclusión del observador en lo observado, van tomando fuerza el cuestionamiento de la objetividad y la certeza. Se remecan las bases más profundas de la ciencia newtoniana y se cuestionan las bases de nuestra percepción de la realidad. Se cuestiona la existencia de una sola realidad (Nardone, 2003). Se incluye al observador en lo observado quién participa de la observación en la definición y construcción de lo que está observando, imposibilitando que existan observaciones objetivas, dado que es imposible que pueda observar sin incluirse así mismo en lo que observa. En la segunda cibernética el terapeuta interviene sobre los significados más que sobre los comportamientos (Nardone, 2000; De la Cruz, 2008). Estas son las bases epistemológicas de la terapia breve estratégica centradas en el constructivismo, la inclusión del observador, el cuestionamiento de una realidad objetiva y la cibernética de segundo orden.

Construcción de soluciones

Desde una perspectiva de causalidad lineal aristotélica se presupone que para resolver un problema se debe descubrir las causas y encontrar el origen del problema y al hacerlo podemos dar con la solución. Sin embargo, al aplicar esta estrategia a problemas humanos complejos resultan ineficaces (Fiorenza y Nardone, 2004). Las interacciones humanas se basan no en una lógica tradicional aristotélica, sino que se sustentan en la ambivalencia lógica, la creencia, la paradoja y la contradicción. Se requiere por lo tanto romper los rígidos límites impuestos por la lógica formal para asumir una lógica estratégica basada en un modelo de planificación de acciones en el que los objetivos y metas a lograr lleven a la solución del problema (Nardone, 2010; Nardone y Bartoli, 2019). Se plantea que los problemas humanos en sus diversas formas son el resultado de las interacciones que los

mismos seres humanos establecen, de la forma en la que cada persona construye su particular realidad, construyendo de este modo las prisiones y la realidad que luego padecerá (Nardone, 2008). El problema se retroalimenta en la interacción entre el sujeto y su realidad, a través de una serie compleja de retroacciones perceptivas y reactivas (Watzlawick, 2007). La terapia breve estratégica no se enfoca en el pasado, pone el foco en el presente y desde ahí se orienta al futuro, construyendo una nueva realidad y un futuro distinto. Presupone que modificando la solución intentada se rompe la secuencia sintomática posibilitando el surgimiento del cambio terapéutico. En conjunto con el consultante, el terapeuta establece metas terapéuticas a lograr, metas realistas que pueden ser alcanzadas buscando cimentar la autoeficacia (Nardone, 2008; Nardone, 2010; Nardone y Brook, 2010).

En la terapia breve estratégica se identifica todo lo que los consultantes hacen para tratar de solucionar el problema y que paradójicamente lo generan. Se plantea de esta manera que hay otra forma de intervenir, basada en la presuposición que para resolver los problemas humanos no es necesario estudiar las causas ni buscar el origen del problema, sino que se debe poner el foco en el funcionamiento del problema (Watzlawick, 2008). De esta forma, se cambia el foco de intervención, deja de concentrarse en buscar el origen de los problemas, bajo una causalidad lineal, para encontrar las soluciones, bajo una causalidad circular.

De esta forma conocemos la patología a partir de su solución, si el modelo terapéutico permite una rápida y efectiva curación del trastorno, nos indica que su estructura se ajusta a la patología descrita. La puesta en práctica con una muestra grande de personas que padecen la misma patología, nos daría luces respecto a que la solución explica el problema, de que somos capaces de conocer el problema a partir de su solución (Nardone, 2008). Nardone a través de su modelo, nos enseña que, para dar solución a los diversos trastornos psicopatológicos, debemos orientar nuestro foco de observación a los aspectos prácticos de las técnicas terapéuticas que sean más eficaces y más eficientes, y no quedarnos solo con la descripción “objetiva” de las características del trastorno (Nardone, 2010). Este cambio de foco de la descripción de las características clínicas del trastorno hacia la práctica de la solución, buscando el tratamiento terapéutico más idóneo para cada trastorno, nos lleva a conocer el problema a partir de su solución. Buscando ajustar la práctica terapéutica al síntoma clínico, conjugando investigación y acción, desde sistematizar e incorporar otras técnicas utilizadas tanto en el Mental Research Institute, como por otros maestros de la psicoterapia, como también nuevas técnicas, verdaderas joyas producto de la inventiva y la experiencia. La evolución de las patologías, los aspectos culturales, el contexto digital enriquecen la práctica clínica y permiten el surgimiento sinérgico de un modelo robusto que con los años es uno de los más eficientes y eficaces para una multiplicidad de patologías (Nardone, 2020).

Como se puede apreciar en la Figura 1, el proceso del diálogo estratégico simula un embudo que se va estrechando (Nardone y Seleckman, 2013). Guiando al terapeuta y paciente hacia el conocimiento del problema, quienes conjuntamente realizan este descubrimiento conjunto a través de las preguntas y las paráfrasis estratégicas. La cooperación entre terapeuta y paciente se hace evidente. En este descubrimiento cambia la percepción del paciente facilitando su cooperación. Presentamos a continuación la estructura de un diálogo estratégico.

Figura 1.
Esquema del Diálogo estratégico



Nota. Adaptado de Hartarse, vomitar, torturarse (p.58), por Nardone y Seleckman, 2013, Herder.

T: ¿Cuál es el motivo de su visita?
 P: Hace algún tiempo que no controlo mi ira, eso me atormenta mucho.
 T: y esta falta de control, ¿Sucedo algunas veces por semana o todos los días?
 P: Algunas veces por semana, me lleno de ira y en la desesperación... me como toda la ira hasta que no aguanto y exploto golpeando la pared con mis puños.
 T: Ok, entiendo, ¿Entonces explota golpeando la pared y lo hace solo con los puños o también con otra parte de su cuerpo?
 P: Generalmente doy de puñetazos contra la pared cuando no puedo aguantar la ira. Algunas veces también golpeo con la cabeza. Hace un año me hice una herida en la cabeza me salió sangre, me tuvieron que atender en emergencias. Por lo general es solo con los puños.
 A continuación, el terapeuta realiza una paráfrasis, buscando un primer acuerdo sobre la definición del problema.
 T: Si le he entendido bien, corrijame si me equivoco, usted ha venido porque tiene un problema que lo atormenta desde hace un tiempo y es que no puede controlar su ira. ¿Algunas veces da de puñetazos contra la pared porque no puede aguantar la ira, hubo alguna ocasión que golpeaste con tu cabeza y te tuvieron que atender en emergencias, es así?
 P: si efectivamente es así. Mientras más ira tengo más me hago daño a mí mismo. Vienen a mí una serie de pensamientos que me atormentan mucho.
 T: Entiendo, ¿Estos pensamientos que vienen a tu mente son siempre los mismos o cambian?

P: Siempre son los mismos, me recuerdan lo imbécil y tonto que soy... paro discutiendo con mi madre... le reclamo a ella y mi padre (fallecido) por todo lo que me pasa... a mis 32 años, no he logrado nada, acabo de perder el trabajo, hace unos meses mi pareja me abandonó no he concluido la universidad, mi vida es un completo desastre (llora)...soy un tonto...un fracasado, mis padres no me apoyaron solo me jodieron la vidatoda esa impotencia me llena de rabia y cólera.

Terapeuta a continuación utiliza una paráfrasis con el objetivo de hacerle sentir la proximidad y contacto emocional. Le transmite también una reestructuración del trastorno.

T: Entiendo...tienes un gran dolor emocional que es aliviado con un dolor físico...parece que golpeas las paredes buscando anestesiarte tu profundo dolor por que consideras que tu vida es un completo desastre. Un dolor del que intentas huir, un dolor palpable del que no existe una medicina milagrosa que la pueda curar.

P: Si, trato de huir de los pensamientos, de mis recuerdos, de mi vida. Escapo de saberme fracasado...busco refugiarme y golpear efectivamente me alivia este dolor. Aunque es solo temporal porque luego retorna con más fuerza.

Se refuerza el acuerdo y se utiliza una paráfrasis reestructurante.

T: Efectivamente, golpear te funciona bien en el momento en que lo haces, el dolor físico que sientes al golpear tiene el efecto de distraerte y olvidarte de tu gran dolor emocional, pero cuando el efecto desaparece, descubres que el dolor emocional sigue ahí esperando por ti, listo para hacerte heridas más dolorosas y profundas.

P: Si, efectivamente así funciona, golpeando me calmo, pero luego vuelve otra vez incluso más fuerte y me lastima más.

Utiliza ahora una pregunta con ilusión de alternativas de respuesta.

T: Ok, entonces todo esto es lo que haces y has venido haciendo para aliviar tu dolor ¿Realmente funciona o es algo que solo te produce un alivio momentáneo que luego te genera un dolor más profundo?

P: Me doy cuenta que estos arranques de cólera que me llevan a golpear con mis puños solo me alivian momentáneamente y que al fin nada ha cambiado. Sigo teniendo un alivio temporal mi dolor emocional sigue presente.

Terapeuta utiliza una imagen evocadora.

T: Mira, la persona que tiene una herida profunda y sigue rascándose sin dejar que esta cicatrice lo único que consigue es infectarla más y más ... Para poder cicatrizar una herida primero se la debe limpiar y desinfectar para luego recién dejarla cicatrizar dejando que naturalmente termine de curarse.

P: Si, tiene mucha razón, lo único que he conseguido es infectar más mis heridas

Realiza una pregunta con ilusión de alternativas.

T: Hasta aquí y según lo que hemos podido analizar, si toda esta situación siguiera ¿El dolor que sientes podrá aliviarse o se mantendrá y alimentará más conforme pase el tiempo?

P: Definitivamente me doy cuenta de que si no hago algo diferente seguiré teniendo los mismos resultados y nada habrá cambiado.

En la secuencia del diálogo estratégico el terapeuta está creando la necesidad de cambio. Facilitando de esta manera la recepción de la prescripción como un descubrimiento conjunto, fomentando la cooperación del paciente en el proceso terapéutico.

T: Tal como vimos y analizamos juntos, podemos empezar a desinfectar y terminar de curar la herida. Para esto permíteme sugerirte que te consigas unas hojas de papel y todas las noches antes de acostarte, escribas una carta describiendo con mucho detalle todo aquello que ha hecho que tu vida sea un completo desastre. Escribe de todo esto que me has contado, escribe todo lo que se te ocurra en relación a esto. Cuando hayas terminado metes la carta en un sobre y las traes en nuestra próxima sesión. Si bien recordar todo eso será doloroso, pero es muy importante para lograr que cicatrice. Respecto a los golpes que das en la pared. Cuando sientas el deseo y el impulso de golpear contra la pared. Vas al baño, te pones delante del espejo, te miras en el espejo y te preguntas ¿Quiero curar la herida o quiero seguir manteniéndola e infectándola más? Luego decides si deseas hacerlo o no.

Las indicaciones fueron aceptadas por el paciente. Quién manifestó en las sesiones siguientes una notable mejoría. Tanto la prescripción como la indicación de que debía mirarse al espejo refuerza la aversión creada en el proceso del diálogo estratégico. Así mismo altera el patrón recursivo del comportamiento sintomático. Luego de la aplicación del diálogo estratégico, el paciente percibe que el procedimiento es una posible vía de salida, teniendo una mejor apertura para aceptar la prescripción. Como se puede apreciar, el modelo puede mantener la estructura del diálogo y su secuencia. Manteniendo de esta forma la rigurosidad metodológica del procedimiento; Sin embargo, es flexible toda vez que se adapta y modifica a cada paciente en particular. Los contenidos del diálogo, la relación entre terapeuta y paciente, así como las técnicas se adaptan a cada paciente y trastorno en específico.

Lógica estratégica y cambio

En la terapia breve estratégica partimos de la presuposición de que la lógica estratégica se adapta a su objeto de estudio, desde esta perspectiva es siempre la solución la que se debe adaptar al problema y no al revés, se intenta evitar de esta forma un modo de intervención universal y objetivo. Abandonamos la tesis de que existe un conocimiento científicamente verdadero, para buscar un conocimiento más funcional (Von Foerster, 1991; Von Glasersfeld, 2014).

Aún está vigente la idea cartesiana de que el cambio es el efecto de un proceso gradual y lento de toma de conciencia o insight por parte del paciente. Tras lo cual elige comportarse de forma distinta modificando sus acciones y cogniciones. El modelo de terapia breve estratégica considera al cambio como una constante, un proceso continuo que algunas veces debido al trastorno se obstruye, pero que gracias a la intervención terapéutica podemos desbloquearla permitiendo su evolución natural. Considera que los seres humanos construimos nuestras representaciones de la realidad, representando a nosotros mismos, a los demás y al mundo, formando un sistema perceptivo reactivo que mantiene su homeostasis y se resiste al cambio (Fiorenza y Nardone, 2004). En un enfoque tradicional, más positivista, se concibe que podemos tener una interpretación real de un mundo objetivo. El terapeuta tiene acceso privilegiado a una verdad absoluta y a partir de ese conocimiento real y objetivo es capaz de intervenir y curar al paciente. Por el contrario, la terapia breve estratégica heredera de los sofistas y de la tradición constructivista, considera que no

podemos captar el mundo de forma real y objetiva (Segal, 1994; Nardone y Portelli, 2017; De la Cruz Gil, 2021a).

Lo que llamamos realidad es más bien el producto de la perspectiva con la que percibimos los fenómenos, los instrumentos del conocimiento que utilizamos y el lenguaje con el que construimos dicha realidad y la comunicamos (Nardone y Portelli, 2017).

Se plantea que cualquier fenómeno que el psicoterapeuta en tanto observador intente conocer de su paciente, no puede existir independiente de sus propios procesos cognitivos y perceptivos, no pueden existir independientes de sus propios modelos teóricos, de esta forma rechaza cualquier teoría que pretenda describir objetivamente la realidad o establezca a priori estrategias e intervenciones para tratarla (Nardone y Watzlawick, 2018; Nardone y Portelli, 2017).

Todo conocimiento de nuestro consultante es solo una aproximación a la realidad. Es producto de los particulares procesos perceptivos y cognitivos con los que el terapeuta construye la realidad. El enfoque estratégico por lo tanto representa el paso de un conocimiento positivista y determinista para pasar a un conocimiento operativo. Este nos permite manejar la realidad funcionalmente. Se enfoca en los aspectos pragmáticos, centrado en el proceso de cambio y en la observación de la persistencia del problema. Desea conocer cómo funcionan las cosas y se preocupa en cómo hacer que funcionen mejor, para brindar bienestar al consultante de manera más eficiente y eficaz (Nardone, 2010).

Diagnóstico operativo y sistema perceptivo reactivo

Este modelo representa a la epistemología constructivista de Gregory Bateson. No utiliza teorías explicativas del síntoma y los trastornos. Es posible conocer el problema a partir de la solución lo que implica poder cambiar una realidad interviniendo en ella (Nardone y Salvini, 2011; Nardone, 2013). La ciencia busca conocer los problemas primero a través de una teoría normativa, a partir de la descripción de la naturaleza humana y de todas sus desviaciones patológicas (Nardone, 2013). Desde el momento en que se atribuye a una persona un diagnóstico psiquiátrico todo comportamiento que realice será una confirmación del diagnóstico, asumir una posición constructivista implica renunciar a teorías, clasificaciones y modelos rígidos y determinísticos (Nardone, 2008). Es por ello que en la terapia breve estratégica al definir un problema se utiliza un diagnóstico operativo o diagnóstico de intervención en lugar del diagnóstico descriptivo. En el diagnóstico tradicional el trastorno es descrito cual fotografía, sin sugerencias de cómo funciona el problema y cómo se puede solucionar (Nardone, 2002). El modelo evolucionado va más allá de la clasificación nosográfica descriptiva utilizada en psiquiatría en el DSM, adoptando el modelo de categorización en los que el constructo sistema "perceptivo - reactivo" sustituye a la categoría del DSM (Nardone, 2004).

El sistema perceptivo reactivo implica las modalidades redundantes utilizada por la persona hacia la realidad, en su relación consigo mismo, con los otros y con el mundo (Watzlawick, 2012). La descripción operativa que utiliza el modelo evolucionado, implica un tipo de descripción cibernético-constructivista centrada en la modalidad de persistencia del problema, por ello es posible conocer una realidad interviniendo

sobre ella. Para resolver un problema interesa más conocer cómo se mantiene y cómo funciona. Deja de tener sentido cómo se generó el problema y cuáles fueron sus causas. La única variable epistemológica que podemos controlar es la propia estrategia del terapeuta, es decir su propia solución tentativa, que al funcionar permite al terapeuta entender cómo persistió y se mantuvo el problema (Nardone, 2004).

La psicoterapia breve estratégica busca incrementar la conciencia operativa, eso involucra la transición de un conocimiento como representación de la realidad objetiva a un conocimiento como representación de la realidad más adaptada (Von Glasersfeld, 2014). De esta forma estos modernos sofistas se basan en una lógica estratégica centrada en objetivos, adaptando su intervención a las características específicas de cada problema. Se evidencia un cambio en la causalidad, de pasar de una causalidad lineal a una causalidad circular, interesada en saber cómo hacemos para romper las secuencias y patrones del problema (Nardone, 2008; De la Cruz Gil, 2021b).

Conclusiones

La terapia breve estratégica es un modelo no normativo, concibe a los problemas humanos como el resultado de las interacciones entre la persona y su realidad; pasando del estudio del por qué al estudio del cómo funciona el problema. Busca intervenir modificando una realidad a partir de la intervención sobre esa realidad. Se basa en la presuposición que para resolver los problemas humanos no es necesario estudiar las causas ni buscar el origen del problema, sino que se debe poner el foco en el funcionamiento del problema. De esta manera se conoce el problema a partir de su solución, siendo la solución la que se adapta al problema.

La terapia breve estratégica utiliza un diagnóstico operativo o diagnóstico de intervención, en lugar del diagnóstico descriptivo. Se va más allá de la clasificación nosográfica descriptiva utilizado en psiquiatría en el modelo del DSM. Sustituyéndolo por el constructo de sistema perceptivo-reactivo.

Deja atrás toda teoría dogmática, es por ello que se encuentra alejada de la rama sistémica de la terapia familiar. No pretende demostrar la validez de una teoría. Evita centrarse en hipótesis previas. Busca alcanzar el objetivo trazado con el consultante, centrándose en el presente. Desarrollando acciones que busquen lograr los objetivos terapéuticos.

El gran desarrollo teórico en el campo estratégico ha permitido trascender el campo clínico, llevándolo a constituir una verdadera escuela de pensamiento, abarcando ahora diversos campos como el management, la dirección, el coaching, el desempeño deportivo, las organizaciones, el liderazgo, el campo educativo entre otros.

La terapia breve estratégica ha demostrado eficacia y eficiencia en diversos ensayos clínicos controlados. En sus protocolos terapéuticos no utiliza ni incorpora el uso de fármacos. El número reducido de sesiones y su amplia eficacia en diversos trastornos emocionales le permiten tener relevancia clínica.

En el contexto actual post pandemia, se requiere contar con intervenciones eficaces y eficientes, en tal sentido consideramos que la terapia breve estratégica puede aportar en el desarrollo de la salud mental. Sugerimos evaluar su incorporación a los programas sanitarios y de salud pública.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses

Referencias

- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L. y Molinari, E. (2011). Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone – based outpatient treatment of binge eating disorder: The STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(7), 29-37. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010029>
- Ceberio, M., y Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Herder.
- De la Cruz, R. (2003). *Drogodependencias. Familia, terapia y epistemología*. Devida.
- De la Cruz, R. (2008). *Violencia intrafamiliar. Enfoque sistémico*. Trillas.
- De la Cruz, R. (2013). *El docente como orientador. Estrategias para el manejo de problemas familiares y sociales*. Trillas.
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología Sofista y su influencia en la terapia Breve Estratégica. Modelo Nardone. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16(1), 1–9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652021000100201>
- De la Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 5(11), 77–85. <http://dx.doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>
- Florenza, A., y Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Herder.
- Fisch, R., y Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M. y Castelnuovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with Binge Eating Disorder and Comorbid Obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(8), 688-701. <https://doi.org/10.1037/ccp0000313>
- Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós.
- Nardone, G. (2002). *Psicosoluciones: Cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*. Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo*. Paidós.
- Nardone, G. (2004). Historic Notes on Brief Strategic Therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 65-73.
- Nardone, G. (2008). *No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico*. Herder.
- Nardone, G. (2010). *Problem-solving estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Herder.
- Nardone, G. (2013). *El arte de la estrategia. Cómo resolver problemas difíciles mediante soluciones simples*. Herder.
- Nardone, G. (2020). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Herder.
- Nardone, G., y Balbi, E. (2018). *Surcar el mar a espaldas del cielo: lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Herder
- Nardone, G., y Bartoli, S. (2019). *Más allá de uno mismo. La ciencia y el arte de la performance*. Herder.
- Nardone, G., y Brook, R. (2010). Advanced Brief Strategic Therapy: An overview of interventions with eating disorders to exemplify how theory and practice work. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 113-127. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.482743>

- Nardone, G., y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Nardone, G., y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio*. Herder.
- Nardone, G., y Seleckman, M. (2013). *Hartarse, vomitar y torturarse. La terapia en tiempo breve*. Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2004). *Brief Strategic Therapy. Philosophy, techniques, and research*. Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2012). *El Arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2018). *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Gibson, P., Boardman, D., Gori, A., y Castelnovo, G. (2016). Brief strategic therapy for obsessive-compulsive disorder: A clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ Open*, 6(3), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009118>
- Pietrabissa, G., Castelnovo, G., Jackson, J. B., Manzoni, G. M., y Gibson, P. (2019). Brief strategic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: A clinical and research protocol. *Frontiers in psychology*, 10(373), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00373>
- Riveros, E. (2013). El arte de la psicoterapia y la simbolización del significado. Una visión humanística y existencial del que hacer terapéutico. *Ajayu*, 11(2), 138-156.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El Constructivismo de Heinz Von Foerster*. Paidós.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Gedisa.
- Von Glasersfeld, E. (2014). El constructivismo radical o la construcción del conocimiento. En P. Watzlawick y G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio en la percepción de la realidad* (pp. 39-49). Paidós.
- Vitry, G., Pakrosnis, R., Brosseau, O. G., y Duriez, N. (2021). Effectiveness and efficiency of Strategic and Systemic Therapy in naturalistic settings: Preliminary results from a Systemic Practice Research Network (SYPRENE). *Journal of Family Therapy*, 43(4), 516-537. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12343>
- Watzlawick, P. (2007). *Cambio*. Herder.
- Watzlawick, P. (2008). *Teoría de la comunicación Humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del Cambio*. Herder.
- Zaldivar, D. (1995). Arte y psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, 12(1), 45-64.

Artículo

Construcción de la coherencia en la comprensión de narrativas: Estudios acerca de la importancia del establecimiento de conexiones causales, brechas en la investigación actual y futuras direcciones

Jazmín Cevasco^{1,2} , Karen Acosta Buralli^{1,3} 

¹ Universidad de Buenos Aires, Argentina, ² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina,
³ Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME)

INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 16, 2022
Aceptado: Agosto 29, 2022

Palabras clave

Coherencia
Narrativas
Conexiones causales
Inferencias
Comprensión

RESUMEN

El establecimiento de conexiones causales es central para la construcción de la coherencia del discurso narrativo. El objetivo de esta revisión narrativa es realizar un recorrido por la investigación acerca del establecimiento de estas conexiones, con el fin de destacar brechas en la investigación actual y preguntas pendientes. Se destacará que investigaciones previas no han tendido a examinar el rol de la modalidad de presentación del material, ni a presentar materiales que involucren discurso espontáneo, o que traten acerca de problemáticas sociales actuales. Para realizar este análisis, se relevarán las propuestas del: Modelo de Cadena Causal, Modelo de Red Causal, Modelo Generador de Inferencias Causales, Modelo de Paisaje, y contribuciones de la Teoría Construccionista y del Modelo de Indexación de Eventos. A su vez, se presentarán investigaciones a partir de ellos. Finalmente, se presentarán conclusiones y futuras direcciones. Se espera que este trabajo contribuya a destacar la importancia de que la investigación actual se acerque al estudio del discurso que los estudiantes procesan durante el dictado de clases, su participación social en el ámbito cotidiano, y que traten acerca de temas de relevancia social actual.

Construction of coherence in the comprehension of narratives: Studies on the importance of the establishment of causal connections, gaps in current research and future directions

ABSTRACT

The establishing of causal connections is key to the construction of discourse coherence. The aim of this narrative review is to present research that has examined the establishment of these connections in the construction of narrative discourse coherence, in order to highlight gaps in current research and suggest future directions. Among these gaps, we will highlight that prior research has not tended to examine the role of the modality of presentation of the materials, or to present spontaneous discourse, or materials about current social problems. In order to review these topics, we introduce the causal chain model, causal network model, causal inference maker model, landscape model, and contributions from constructionist theory and the event-indexing model. We also present studies that support their claims. Finally, we present conclusions and discuss future directions. The presentation of these studies will allow us to underscore the crucial need for research to examine the comprehension of discourse that students process in academic settings, everyday interactions, and that focuses on relevant current social issues.

Keywords

Coherencia
Narratives
Causal connections
Inferences
Comprehension

La comprensión de narrativas involucra la construcción de una representación coherente del discurso en memoria (Carlson et al., 2022; Cevalco & van den Broek, 2017; Karlsson et al., 2018; Kraal et al., 2017; Tibken et al., 2022). Estudios previos sugieren que la construcción de esta representación involucra establecer conexiones causales entre los eventos que las conforman (Fichman et al., 2021; Paviás et al., 2016; van den Broek, 2010). Estas conexiones se consideran necesarias para la comprensión (Bruñe et al., 2021; van Moort et al., 2021; Wei et al., 2021). Considerando la importancia de la comprensión del discurso para el aprendizaje, el objetivo de esta revisión narrativa es presentar un recorrido por la investigación acerca del rol del establecimiento de estas conexiones, con el fin de señalar brechas en la investigación y preguntas pendientes importantes para la realización de nuevos estudios. Para realizar este análisis, se presentarán modelos que se han enfocado en el establecimiento de estas conexiones en la comprensión: Modelo de Cadena Causal, Modelo de Red Causal, Modelo Generador de Inferencias Causales, Modelo de Paisaje, y contribuciones de la Teoría Construccionalista y del Modelo de Indexación de Eventos. A su vez, se realizará un recorrido por estudios que han examinado la comprensión a partir de estos modelos, con el fin de destacar la evidencia acerca de la validez psicológica de sus propuestas, y señalar convergencias y diferencias entre los estudios. Entre las brechas de investigación, se destacará que estudios previos no han tendido a examinar el rol de la modalidad de presentación del material, ni a presentar materiales que involucren discurso espontáneo, o que traten acerca de problemáticas sociales actuales.

En relación con estos objetivos, las preguntas que guían este trabajo son: ¿qué rol ocupa el establecimiento de conexiones causales en la construcción del producto de la comprensión? ¿Cuáles son los procesos involucrados en la generación de inferencias causales durante la comprensión? ¿Qué interjuego existe en los procesos cognitivos y la construcción del producto de la comprensión? ¿Qué herramientas puede brindar esta línea de investigación a la facilitación del aprendizaje? ¿Qué brechas existen en la investigación acerca de este tema? ¿Qué futuras direcciones pueden pensarse a partir de estas limitaciones?

Se espera que el aporte de este trabajo sea destacar la importancia de que investigaciones futuras examinen la comprensión del discurso que los estudiantes procesan durante el dictado de clases, durante su participación social en el ámbito cotidiano, y que traten de temas de relevancia social actual.

Tabla 1.
Historia Ejemplo

1. Un día, Paula estaba navegando en internet. (setting)
2. cuando vio publicado un aviso de un iphone, (evento de inicio)
3. y le gustó mucho el modelo. (reacción interna)
4. Decidió que quería conseguirlo. (meta)
5. Contactó a los vendedores para preguntarles cuánto costaría. (intento)
6. Se dio cuenta de que no tenía suficiente dinero. (resultado)
7. Decidió conseguir un trabajo como repartidora. (meta)
8. Por algunos meses, se despertó temprano. (intento)
9. para tener sus tardes libres, (resultado)
10. para poder trabajar. (intento)
11. Pronto había ahorrado el dinero que necesitaba. (resultado)
12. Contactó a los vendedores del sitio de internet, (intento)
13. y compró el iphone que tanto quería. (resultado)
14. Estaba tan feliz que organizó una celebración con sus amigos.

¿Qué eventos integran las narrativas?

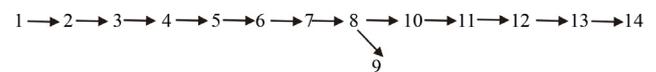
Las Gramáticas de Historias han propuesto que existen reglas acerca de cómo se combinan los eventos en las narrativas (Beker et al., 2017; Fichman et al., 2021; Mandler y Johnson, 1977; Stein y Glenn, 1979; van den Broek, 1990, 1994). Entre ellas, las narrativas se organizan en *episodios*, los cuales giran alrededor de una *meta*, *intentos* por conseguirlas y resultados de estos intentos (éxito o *fracaso*). La *Tabla 1* presenta una historia ejemplo.

Entre los eventos que integran las narrativas, el comprendedor debe establecer conexiones causales.

Comprensión de Narrativas como Construcción de una Cadena Causal

De acuerdo con el Modelo de Cadena Causal, la construcción de la coherencia narrativa involucra construir una *cadena causal* de eventos (Black y Bower, 1980; Omanson, 1982). Aquellos que tienen una causa o una consecuencia forman parte de esta *cadena*. Los que no, representan *eventos finales/muertos*. La *Figura 1* presenta la representación de cadena causal de la historia en la *Tabla 1*.

Figura 1.
Representación de Cadena Causal de la Historia en la *Tabla 1*.



Estudios previos sugieren que los eventos que forman parte de la *cadena causal* tienden a ser más recordados (Beker et al., 2017; Black y Bower, 1980; Fichman et al., 2021; Goldman y Varnhagen, 1986; Omanson, 1982; Stein y Glenn, 1979; Trabasso et al., 1984; Trabasso y van den Broek, 1985), más incluidos en resúmenes de la historia (Trabasso y van den Broek, 1985), y juzgados como más importantes (Trabasso y Sperry, 1985; Trabasso y van den Broek, 1985) que los eventos finales.

Una limitación de este modelo es que no provee criterios explícitos para identificar la existencia de una conexión causal, y contempla el establecimiento de una sola conexión causal para cada enunciado. Con el fin de superar estas limitaciones, se ha propuesto el Modelo de Red Causal.

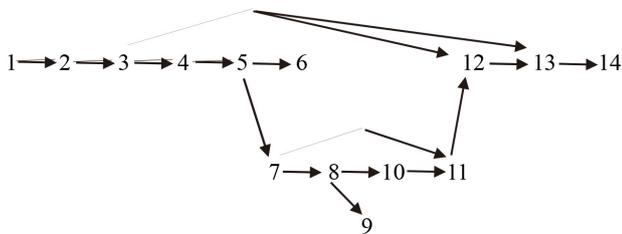
Comprensión de Narrativas como la Construcción de una Red Causal

La comprensión de narrativas también ha sido conceptualizada como la construcción de una *Red Causal* (Paviás et al., 2016; Trabasso y Sperry, 1985). El Modelo de Red Causal brinda criterios explícitos para establecer la existencia de una conexión causal: propone que la causa debe ser previa a la consecuencia (*prioridad causal*), estar *operativa* cuando ocurre la consecuencia (por ejemplo, una *meta* cuando el protagonista *intenta* obtenerla), y ser *necesaria* para que la consecuencia ocurra (se debe poder proponer que, si el evento que se considera causa no hubiera ocurrido, entonces el que se considera consecuencia no hubiera ocurrido tampoco). Otra contribución de este Modelo es que propone que los enunciados pueden tener múltiples causas o consecuencias, y distingue entre tipos de conexiones causales: *motivación* (vincula

una meta y un intento por conseguirla) - *causalidad psicológica* (vincula un evento y una reacción cognitiva o emocional) - *causalidad física* (vincula un evento y cambios que genera en el mundo físico) y *posibilitación* (vincula eventos *necesarios*, pero no suficientes para que ocurran otros). Una vez que se identifican las conexiones causales entre los enunciados, se los reúne en una representación de *Red Causal*. La **Figura 2** presenta la que corresponde a la historia de la **Tabla 1**.

Figura 2.

Representación de Red Causal de la Historia en la **Tabla 1**.



Estudios acerca del Rol de la Conectividad Causal en la Comprensión de Narrativas

Trabasso, van den Broek y Suh (1989) pidieron a un grupo de estudiantes juzgar la fuerza de la conexión causal entre pares de oraciones que formaban parte de un conjunto de narrativas. Encontraron que la fuerza juzgada era mayor cuando los tres criterios se cumplían, y que el no cumplimiento del criterio de *prioridad temporal* tenía un mayor efecto negativo sobre la fuerza estimada que el de *necesidad*. Este estudio contribuyó a destacar que los criterios propuestos por el Modelo coinciden con las nociones de los comprendedores. Sin embargo, no examinó el rol del número de conexiones causales de los enunciados. Trabasso y Sperry (1985) examinaron este tema, y observaron que estudiantes universitarios adjudicaban mayores puntajes de importancia a eventos que tenían un número alto de conexiones causales. Resultados similares fueron hallados por Trabasso y van den Broek (1985), y Paviás et al. (2016).

Por su parte, van den Broek y Trabasso (1986), generaron versiones alternativas de las narrativas, cambiando el nivel jerárquico de los eventos-meta (en una versión representaban una *meta superordenada* y en otra una *submeta*), y su número de conexiones causales. Los resultados indicaron que el cambio de jerarquía hacía decrecer la probabilidad de que el evento fuera incluido en resúmenes de la narrativa, solo si se acompañaba de una reducción en su número de conexiones causales. Resultados similares fueron encontrados por Fichman et al. (2021).

Considerando que estudios previos se habían tendido a enfocar en adultos, una serie de investigaciones examinaron el desarrollo de la capacidad para establecer conexiones causales. Sus resultados indicaron que los niños las establecen desde una edad temprana (van den Broek y Helder, 2017; van den Broek, 1989), y que los de mayor edad son capaces de establecer un mayor número de estas conexiones (Beker et al., 2017; Carlson et al., 2022; Paviás et al., 2016). A su vez, su establecimiento facilita la comprensión de estudiantes con dificultades de aprendizaje (Espin et al., 2007).

Aplicaciones del Modelo a la Facilitación del Aprendizaje

Considerando que la investigación a partir del Modelo sugiere que los enunciados con alta conectividad causal facilitan la comprensión, se han desarrollado intervenciones que involucran presentar preguntas causales a estudiantes de primaria que se responden a partir de los enunciados altamente conectados, con el objetivo de que los incorporen a su representación del material (Beker et al., 2017; Carlson et al., 2022; McMaster et al. 2012). Por ejemplo, en relación con la historia en la **Tabla 1**, una *pregunta causal* podría ser “Por qué Paula decidió buscar un trabajo?”.

Otras intervenciones involucran revisar los textos a fin de aumentar el número de conexiones causales entre enunciados (a través de *procedimientos de revisión de textos*). Entre ellos, se encuentran el *Método de Repetición de Términos* (Barreyro et al., 2012; Britton & Gulgoz, 1991), y el *Procedimiento de Incremento de la Densidad de Relaciones* (Cevasco et al., 2017; Vidal-Abarca et al., 2002). Estos métodos involucran identificar tipos de enunciados (por ejemplo *meta*, *estado*, *evento*), conexiones que existen entre ellos en el texto original (por ejemplo: *inicio*, *razón*, *resultado*, *causa*), e incluir nuevas oraciones con las que los enunciados originales puedan establecer nuevas conexiones. Estas revisiones permiten aumentar el promedio de conexiones causales por oración, integrar oraciones distantes, y hacer más coherente el texto. Siguiendo las propuestas del *Procedimiento de Incremento de la Densidad de Relaciones*, Barreyro et al. (2012) revisaron el siguiente fragmento de un texto original de Biología:

1) *A diferencia de las coníferas, que producen sus semillas en conos abiertos, 2) las angiospermas encierran las suyas en un receptáculo o fruto. 3) La interacción entre los insectos y las plantas con flores determinó la evolución de ambos, un proceso al que se denomina coevolución.*

y desarrollaron una nueva versión:

1) *A diferencia de las coníferas, que producen sus semillas en conos abiertos, 2) las angiospermas encierran las suyas en un receptáculo o fruto. 2b) Lo que permitió que las plantas con flores dominen el mundo tan rápidamente, 3) fue su interacción con los insectos, que determinó la evolución de ambos, un proceso al que se denomina coevolución. 3b) gracias al cual el número de angiospermas sobre la Tierra aumentó notablemente.*

Los estudios realizados sugieren que estas revisiones promueven la respuesta a preguntas y el recuerdo del texto por parte de estudiantes de escuela secundaria y universitaria (Barreyro et al., 2012; Beker et al., 2017; Linderholm et al., 2004).

Brechas en la Investigación acerca de este Modelo y Futuras Direcciones

Una brecha en los estudios acerca de la conectividad causal es que no han tendido a examinar el rol de la modalidad de presentación del material. Es decir, han tendido a enfocarse en materiales de discurso escrito, los cuales han tendido a ser diseñados por los investigadores, pero no en la comprensión del discurso oral espontáneo. Esta brecha es importante, dado que la comprensión del discurso presentado en modalidad oral es central para el desempeño académico y la participación social de los estudiantes (Fraundorf & Watson, 2014; Muijselaar et al., 2017). A su vez, existen diferencias entre el discurso

oral y escrito, las cuales podrían conducir a diferencias en su procesamiento. Entre ellas, el discurso oral requiere ser procesado a la velocidad que lo produce el hablante, no permite volver a procesar enunciados, e incluye la transmisión de información no verbal. Por su parte, el discurso escrito puede ser procesado a la velocidad que elija el lector, y permite volver a procesar enunciados (Cossavella & Cevalco, 2021; Ferreira & Anes, 1994; Fox Tree & Clark, 2013). Por otro lado, la presentación de materiales del discurso espontáneo es importante, dado que estudios previos han sugerido que refleja en mayor medida la construcción de coherencia que los estudiantes realizan durante su participación social en el ámbito cotidiano (Bhida et al., 2020; Golding et al., 1995). En relación con esto, estudios preliminares sugieren que los enunciados que tienen alta conectividad causal facilitan el recuerdo y respuesta a preguntas, y el recuerdo de enunciados emocionales a partir de entrevistas de radio de temas de interés general (Cevalco & van den Broek, 2008, 2019; Cevalco et al., 2020; Cossavella & Cevalco, 2021; de Simone & Cevalco, 2020). Estas investigaciones destacan la importancia de que nuevos estudios continúen examinando la comprensión de otro tipo de materiales de discurso hablado espontáneo (tales como *clases grabadas*), y otras modalidades (*hablada-escrita combinada, hablada-hablada*). También cabe destacar que los materiales presentados por los estudios no han tendido a tratar acerca de problemáticas sociales actuales (Pispira & Cevalco, 2022). En relación con esto, en nuestro laboratorio nos encontramos examinando el rol de promover el establecimiento de conexiones causales entre enunciados, a través de la realización de *tareas de toma de notas*, en la comprensión de materiales acerca de la implementación de la Educación Sexual Integral en las escuelas por parte de estudiantes universitarios argentinos. Otra de nuestras investigaciones se enfoca en el rol de la presentación de *preguntas de elaboración* que promueven la identificación de ideas principales o enunciados con alta conectividad causal en la comprensión de materiales acerca de la prevención de violencia de género por parte de estudiantes universitarias ecuatorianas.

Otra limitación de la investigación a partir de este Modelo es que se enfoca en la construcción del producto de la comprensión, pero no en los procesos cognitivos durante su procesamiento. A continuación, se presentarán las propuestas que realiza el Modelo Generador de Inferencias Causales acerca de este tema.

Comprensión de Narrativas y Generación de Inferencias Causales

El Modelo *Generador de Inferencias Causales* contribuye a superar las limitaciones de la investigación previa, dado que examina los procesos que ocurren momento a momento durante la comprensión. Propone los comprendedores generan inferencias causales, las cuales tienen como punto de partida el evento que está siendo leído. Las *inferencias hacia atrás* lo conectan con eventos previos. Si el evento inmediatamente previo provee explicación causal, se genera una *inferencia conectiva*. Por ejemplo (van den Broek, 1994):

El hombre dejó caer accidentalmente la copa de cristal.

La copa se rompió.

Inferencia: *La copa se rompió porque el hombre la dejó caer.*

Si no lo hace, se realiza una búsqueda, y hay dos fuentes potenciales. La primera es el *restablecimiento* de un evento previo.

Una segunda fuente involucra activar información no explícita, a través de la generación de una *inferencia elaborativa*. Por ejemplo (van den Broek, 1994):

El hermanito de Pedro lo golpeó.

Pedro le dijo a sus padres.

Al día siguiente, el cuerpo de Pedro estaba cubierto de moretones.

Inferencia: *El cuerpo de Pedro estaba cubierto de moretones, porque su hermano lo golpeó.*

Por su parte, las *inferencias hacia adelante* generan expectativas acerca de lo que puede ocurrir. El modelo propone la generación de inferencias *predictivas*, las cuales implican anticipar eventos a partir del conocimiento previo del lector. Por ejemplo (McKoon & Ratcliff, 1989):

Mientras filmaba una película, la actriz cayó accidentalmente del 14avo piso.

Inferencia: *La actriz murió.*

Estudios que Examinan la Generación de Inferencias Causales en la Comprensión

En relación con la generación de *inferencias conectivas* y de *restablecimiento*, van den Broek y Lorch (1993) observaron que el reconocimiento de eventos previamente leídos se aceleraba cuando eran precedidos por un evento con el que estaban causalmente conectados. Esto ocurría tanto cuando el enunciado presentado era el inmediatamente previo, como cuando involucraba eventos anteriores. En coincidencia con estos resultados, Suh (1989) encontró que *metas* previamente leídas eran reconocidas más rápidamente cuando eran presentadas inmediatamente después de que fuera requerido su restablecimiento. Más evidencia que converge en sugerir que estas inferencias se generan fue encontrada por Hayden et al. (2018) y van den Broek y Helder (2017).

Por otro lado, evidencia que sugiere que las inferencias elaborativas se realizan se encontró en estudios en los que se observó que, cuando se presentaba a estudiantes universitarios preguntas de conocimiento previo, respondían más rápidamente cuando seguían a pares de oraciones en los que esa información era necesaria para conectar causalmente dos enunciados, que cuando no estaban relacionados (Singer et al., 1992). Por ejemplo:

Dorothy echó agua al fuego.

El fuego se apagó.

Pregunta: *¿Apaga el agua el fuego?*

Estudios posteriores han encontrado a su vez evidencia que converge en sugerir que los comprendedores generan estas inferencias (Morishima, 2016). Otros estudios han encontrado resultados similares en relación con la generación de inferencias elaborativas emocionales (Mensink, 2021; Mumper & Gerrig, 2021; Pekrun, 2021). Estas inferencias involucran establecer una conexión causal entre un enunciado y la reacción emocional que se espera que genere en el personaje. Por ejemplo (Molinari et al., 2011):

Una mujer anhelaba los rabanitos que veía en un jardín por la ventana,

Durante la noche, su marido rápidamente saltó la cerca, tomó un puñado de rabanitos,

y se los llevó.

Inferencia: *la mujer experimentó felicidad.*

En cuanto a la generación de *inferencias predictivas*, los estudios realizados sugieren que el nivel de suficiencia causal del evento tiene un rol en la probabilidad de que se generen. Por ejemplo (McKoon & Ratcliff, 1989):

Mientras filmaba una película, la actriz cayó accidentalmente del primer piso

Mientras filmaba una película, la actriz cayó accidentalmente del 14avo piso.

Inferencia: *La actriz murió.*

la lectura de (2) da lugar menores tiempos de nombrado que (1), sugiriendo que la inferencia se encuentra más activa (Murray et al., 1993). Estudios posteriores han encontrado resultados similares, y han sugerido que las diferencias individuales, y el contexto previo juegan un rol en la probabilidad de que estas inferencias se generen (Hayden et al., 2018; Linderholm, 2002).

Por su parte, estudios acerca del desarrollo convergen con estas investigaciones, dado que sugieren que los niños de mayor edad son capaces de generar inferencias que conectan partes amplias del texto (párrafos o episodios), y de inferir conexiones causales abstractas (entre eventos y *emociones* de los personajes; Hayden et al., 2018; Mouw et al., 2019).

Aplicaciones del Modelo a la Facilitación del Aprendizaje

La consideración de las propuestas del modelo ha permitido identificar perfiles de lectores (McMaster et al., 2012; Seipel et al., 2017). Éstos incluyen los *parafraseadores* (lectores que tienden a parafrasear la información del texto, pero no a generar inferencias causales), y *elaboradores* (lectores que tienden a generar inferencias causales, pero que son incorrectas o inválidas). Es decir, el Modelo permite examinar el desempeño de los lectores en cuanto a la generación de inferencias causales. Considerando que propone que la generación de estas inferencias facilita la comprensión, las intervenciones desarrolladas involucran la realización de *preguntas causales* (las cuales requieren que el comprendedor conecte causalmente el evento que está leyendo con eventos previos específicos. Por ejemplo, “¿Por qué Paula decidió buscar un trabajo?” en la *Tabla 1*) y *generales* (las cuales promueven que el lector establezca distintas conexiones, tales como ‘¿Cómo se relaciona este evento con lo que leíste antes en el texto?’; Karlsson et al., 2018).

Brechas en la Investigación acerca del Modelo y Futuras Direcciones

Entre brechas posibles, cabe destacar que los estudios realizados no han tendido a examinar la generación de inferencias causales durante la comprensión del discurso hablado espontáneo. Esto representa una limitación, dado que los procesos cognitivos involucrados en la comprensión del discurso hablado incluyen, por ejemplo, procesar marcadores del discurso conversacionales y errores del habla (tales como *reparaciones*, o *pausas marcadas*, Carney, 2022), las cuales no requieren ser procesadas durante la comprensión del discurso escrito. En relación con esto, estudios preliminares sugieren que la presencia de marcadores del discurso (*‘pero’*) facilita la generación de *inferencias de restablecimiento* (Cevasco, 2009). A su vez, indican que la presencia de pausas marcadas por *‘eh’* perjudica el reconocimiento de palabras

previamente escuchadas, pero no la generación de estas inferencias (Cevasco & van den Broek, 2016). Estos estudios contribuyen a comenzar a investigar el rol del interjuego entre la generación de inferencias causales y las características del discurso oral espontáneo, y destacan la importancia de realizar nuevos estudios acerca de este tema. Será también interesante que nuevos estudios examinen el rol de la presentación de preguntas que promuevan la generación de inferencias elaborativas emocionales (tales como “¿Consideras que el hablante experimentó una emoción?, ¿Por qué?”), dado que estudios previos sugieren que tienen un rol en la comprensión. En relación con esto, en nuestro laboratorio nos encontramos investigando el rol de la realización de preguntas *emocionales* y *causales* durante la presentación de materiales de prevención de *bullying* por parte de estudiantes de primaria colombianos.

Otra limitación de la investigación a partir del modelo es que se enfoca en los procesos durante la comprensión, pero no en el interjuego entre el procesamiento de conexiones causales y la construcción de una representación coherente del discurso.

A continuación, se presentarán las propuestas que realiza el Modelo de Paisaje en cuanto a este interjuego.

Comprensión de Narrativas como la Construcción de un Paisaje de Activaciones

El Modelo de Paisaje (Linderholm et al., 2004; Yeari & van den Broek, 2016) es un modelo computacional que examina el interjuego entre los procesos cognitivos y el producto de la comprensión, considerando la comprensión como la construcción de un paisaje de activaciones. Permite la generación de simulaciones. Es decir, la comparación de respuestas generadas por el programa al simular un proceso cognitivo, con arreglo a una u otra alternativa teórica, con respuestas generadas por sujetos humanos.

El modelo propone que la activación de unidades va variando a medida que avanza la lectura, y entre ellas se van estableciendo conexiones (*fuerza de conexión*). Al finalizar la lectura, cada una de esas unidades tiene determinada *fuerza de nodo*. Es decir, fuerza de autoconexión. De este modo, un enunciado con una elevada fuerza de nodo en un momento dado es más probable que permanezca activado por más tiempo que uno cuya fuerza de nodo es baja. Los enunciados o proposiciones ingresan al modelo en ciclos de procesamiento, los cuales incluyen la información nueva en memoria de trabajo, y cuatro fuentes de activación: 1) la oración que se está procesando, 2) el ciclo de lectura inmediatamente anterior, 3) el restablecimiento de uno o más enunciados previos, 4) información proveniente del conocimiento previo del lector.

El modelo contempla, siguiendo al modelo Generador de Inferencias Causales, la generación de *inferencias conectivas*, de *restablecimiento* y *elaborativas*. Considerando la activación de cada proposición a lo largo de los ciclos de procesamiento, se obtiene un “*paisaje*” de activaciones. Es decir, la activación de las fuentes mencionadas determina que la activación de las proposiciones fluctúe constantemente. De este modo, en cada ciclo se activan nuevas proposiciones, otras mantienen o recuperan activación y otras son desplazadas del foco de atención. Considerando simultáneamente los “*picos*” y “*valles*” de activación de cada proposición a lo largo de los ciclos de lectura, se obtiene un “*paisaje*” de activaciones, que da nombre al modelo.

Otra propuesta es acerca de la activación *de cohorte*. Es decir, cuando un enunciado se activa, otros conectados con él reciben también cierta activación. El monto de activación de cada una de las proposiciones secundariamente activadas es una función de la fuerza de su relación con la proposición primariamente activada, y del monto de activación actual de esta última. La cohorte de una proposición en un punto determinado del texto difiere de su cohorte en otro, así como la activación transmitida a la cohorte. Es decir, así como las activaciones de cada nuevo ciclo van determinando la emergencia de la representación, la representación emergente con sus conexiones ya establecidas va modulando las activaciones de cada nuevo ciclo.

A su vez, el Modelo propone un segundo mecanismo: *construcción de coherencia*. Este plantea que los comprendedores activan información con el fin de obtener sus *estándares de coherencia*. Estos estándares reflejan el conocimiento y creencias de los comprendedores acerca de qué constituye una buena comprensión, así como sus metas para comprender ese texto en particular (*entretenimiento, estudio, Beker et al., 2017; Tibken et al., 2022*).

La simulación de la comprensión incluye tres fases. En la *primera fase*, se determinan los valores de *input* para cada enunciado, sobre la base del análisis de la estructura textual. Los valores de activación han sido fijados entre 0 y 5. Estos valores son arbitrarios, dado que lo importante es la activación diferencial de las proposiciones en los ciclos de lectura. El valor específico puede variar según la teoría de generación de inferencias que se adopte. Por ejemplo, se puede asignar un valor de 5 a las nuevas proposiciones de cada ciclo (máxima activación), un valor de 4 a las proposiciones previas correferenciales con la nueva proposición (es decir, aquellas que comparten algún referente entre sí), y aquellas proposiciones previas que tienen un vínculo causal de *motivación, causa psicológica o causa física* con el contenido del ciclo actual, y un valor de 3 a aquellas proposiciones previas que tienen un vínculo causal de *posibilitación* (ya que es una forma más débil de causalidad). En la *segunda fase*, el modelo procesa ciclo por ciclo esos valores, y produce vectores de activación. En la *tercera fase*, va estableciendo y actualizando las conexiones de la red interconectada emergente. El output son dos matrices, una de las cuales contiene los valores de activación *on-line* (el “*paisaje*” de activaciones), y la otra las conexiones *off-line*. Es decir, una es la *matriz de activación*, la cual contiene los vectores de activación correspondientes a cada ciclo de lectura, implementados por el investigador. La otra es la *matriz de conexiones*, calculada por el programa, la cual contiene las fuerzas de nodo para cada proposición. Los valores de estas matrices reflejan la implementación de supuestos acerca de la generación de inferencias durante la comprensión, ya que surgen del ingreso de valores por parte del investigador. Si se quiere comparar el ajuste de distintos modelos, el Landscape permite llevar a cabo simulaciones alternativas. Es decir, es posible realizar una simulación que implemente la generación de un determinado tipo de inferencias (por ejemplo, *causales o emocionales*), y una simulación alternativa que no contemple su generación de estas inferencias. La comparación de la adecuación de las simulaciones alternativas a los datos conductuales *on-line* y *off-line* permite dilucidar cuál modelo tiene mayor validez psicológica.

Estudios que Examinan la Construcción de un Paisaje de Activaciones durante la Comprensión de Narrativas

Con el fin de examinar si las propuestas del modelo coincidían con las nociones de los comprendedores, *van den Broek et al. (1996)* pidieron a un grupo de estudiantes que leyeran narrativas, y estimaran cuán activo consideraban que se encontraba cada concepto luego de haberlas leído. Implementaron los *estándares de coherencia* causales y referenciales. Es decir, implementaron estándares que suponen que el lector intenta obtener *coherencia referencial* y genera *inferencias causales* durante la comprensión. La coherencia referencial se obtiene cuando el lector puede identificar el referente para los objetos y personas que forman parte de la oración que está leyendo (*Kleijn et al., 2019; O'Brien, 1987*). Por ejemplo (*van den Broek, 1994*):

Raquel y Ricardo estaban editando un libro.

Ella estaba teniendo algunas dudas sobre el proceso de edición.

Inferencia: *Ella se refiere a Raquel.*

Los resultados indicaron que aquellos conceptos que tenían una *alta fuerza de nodo*, tendían a ser considerados más activos y a ser más recordados. Este estudio brinda evidencia a favor de la validez psicológica del modelo. Resultados similares fueron hallados por *van den Broek et al. (1999)*, y *Yeari y van den Broek (2016)*.

Con el fin de examinar el rol de la generación de *inferencias elaborativas emocionales*, *Molinari et al. (2011)* implementaron dos simulaciones alternativas: *causal-referencial* y *causal-emocional-referencial*. En la simulación *causal-referencial* implementaron los estándares de coherencia *causales-referenciales*. Estos estándares suponen que el lector intenta obtener coherencia referencial y genera inferencias causales durante la lectura. En la *simulación causal-referencial-emocional*, los autores implementaron los estándares causales referenciales emocionales. Es decir, esta simulación implementa estándares que suponen que los lectores generan *inferencias causales y emocionales* mientras procesan el material. Los resultados indicaron que la simulación que implementaba la generación de inferencias emocionales se ajustaba mejor a los protocolos de recuerdo de los estudiantes. Estos hallazgos convergen con la investigación a partir del Modelo Generador de Inferencias, destacando la importancia de la generación de inferencias elaborativas durante la comprensión.

Otra de las investigaciones realizadas examinó el rol de los propósitos de lectura (*estudio-entretenimiento, Linderholm et al., 2004*) en la comprensión. Estos propósitos reflejan los estándares de coherencia del comprendedor. Se observó que la implementación de una simulación que contemplaba el propósito de *estudio* resultaba en un mejor recuerdo de enunciados con alta conectividad causal que la de *entretenimiento*. Este estudio brindó evidencia que apoya la propuesta del modelo acerca del rol de los estándares de coherencia en la comprensión.

Brechas en la Investigación acerca de este Modelo y Futuras Direcciones

Entre posibles limitaciones, cabe destacar que los estudios realizados no han tendido a examinar el rol del conocimiento previo, las emociones del lector, o la generación de inferencias tales como las predictivas. A su vez, no han tendido a examinar el

rol de la modalidad de presentación del material, la presentación de materiales de discurso espontáneo, o acerca de problemáticas sociales actuales. En consecuencia, será importante que futuras direcciones examinen estas preguntas pendientes.

Construcción de Coherencia Causal en las Narrativas: Otros Modelos

Consistente con las propuestas de los modelos presentados, la *Teoría Construcciónista* (Graesser et al., 1994) propone que los lectores generan inferencias con el objetivo de construir la coherencia narrativa (a nivel local y global). Éstas incluyen inferencias causales para comprender el evento leído, e inferencias acerca de las *metas de los personajes*. Una posible limitación es que esta Teoría no propone que las inferencias elaborativas y predictivas se realicen, dado que no son centrales para construir la coherencia causal (van den Broek et al., 2005).

Por su parte, el *Modelo de Indexación de Eventos* propone que la construcción de la coherencia involucra el monitoreo de dimensiones de continuidad: *tiempo, espacio, protagonistas, motivación y causalidad*. (Bohn-Gettler, 2014; Hoeven Mannaert & Dijkstra, 2021). En relación con la dimensión causal, un quiebre o discontinuidad ocurrirá cuando el lector no encuentre explicación causal para el evento que está leyendo. Por ejemplo, si lee (Radvansky et al., 2014):

- (1) *Cuando llegó al trabajo, Allison comenzó a guardar sus pertenencias en su locker.*
- (2) *Su compañera llegó casi al mismo tiempo.*
- (3) *Había encontrado una abolladura en su auto.*

El lector identificará un quiebre causal cuando procese (3). En coincidencia con las propuestas del modelo, los estudios realizados sugieren que cuando hay discontinuidad causal entre dos eventos, los tiempos de lectura aumentan (Bohn-Gettler, 2014), los lectores indican que encuentran límites entre eventos (Klomborg et al., 2022; Magliano et al., 2012), y tienden a recordar las oraciones que involucran discontinuidades causales en mayor medida (Radvansky et al., 2014).

Otros modelos actuales destacan, a su vez, el rol de la validación de la información en relación con el conocimiento previo del comprendedor. Entre ellos, se encuentran el *Modelo de Validación en Dos Pasos* (Richter y Maier, 2017), y el *Modelo Ri Val* (O'Brien y Cook, 2016; Sonia y O'Brien, 2021). Para más información, ver Richter y Maier (2018), y Tibken et al. (2022).

Brechas en la Investigación acerca de estos Modelos y Futuras Direcciones

En cuanto a posibles brechas en la investigación, cabe destacar que, así como los ya descritos, estos modelos no han tendido a examinar la comprensión de discurso hablado espontáneo, ni a presentar materiales acerca de problemáticas sociales actuales. En consecuencia, será interesante que futuros estudios examinen, por ejemplo, el interjuego entre las discontinuidades causales y los quiebres marcados por *correcciones o pausas marcadas* en la comprensión del discurso oral espontáneo.

Por otra parte, sería interesante que examinaran el interjuego entre el procesamiento de metas de los personajes y emociones del comprendedor en el procesamiento del discurso hablado.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue presentar un recorrido por la investigación acerca del rol del establecimiento de conexiones causales en la construcción de coherencia durante la comprensión de narrativas, enfocándose en convergencias y diferencias entre los estudios, con el fin de destacar brechas en la investigación actual y señalar preguntas pendientes para la realización de nuevos estudios.

Este recorrido permitió destacar que los enunciados que tienen un alto número de conexiones causales realizan una contribución importante a la construcción del producto de la comprensión, que los lectores generan inferencias causales durante el procesamiento del discurso hablado y escrito (vinculando enunciados, y enunciados y el conocimiento previo del lector), y que la activación de los enunciados fluctúa.

Las propuestas que han realizado los modelos permiten pensar, a su vez, en herramientas que puede utilizar el profesor para facilitar el aprendizaje de los estudiantes. Entre ellas, puede considerar la introducción de preguntas *causales* o *generales* durante el dictado de la clase, y en los materiales. Por ejemplo, puede identificar y presentar las ideas principales o con alta conectividad de la clase, y realizar preguntas tales como “¿Consideran que esta ideas que se presentaron durante la clase son importantes para entender el tema que estudiamos? ¿Por qué? ¿Con qué otras ideas de los temas que vimos se conectan?”. A su vez, el profesor puede revisar el material que forma parte de la bibliografía, a fin de facilitar su comprensión. Para realizar esto, puede establecer las conexiones causales que existen entre las ideas centrales del texto original, e incluir nuevos enunciados que permitan establecer nuevas conexiones, así como hacer explícitas conexiones causales implícitas. Esto puede facilitarse, a su vez, a partir de la introducción de marcadores textuales (tales como *títulos y subtítulos*), los cuales dirijan la atención de los estudiantes a las ideas principales (Beker et al., 2017). Por otro lado, con el fin de facilitar la generación de inferencias causales durante la lectura del material, el profesor pueden modelar e instruir a los estudiantes en la realización de *tareas metacognitivas*, tales como la *auto-explicación* (la cual implica explicarse el sentido de la información que está siendo procesada; Lachner et al., 2021), el *auto-cuestionamiento* (el cual involucra que el estudiante se pregunte durante la lectura: “¿Por qué tiene sentido esta oración que lei?”, Brown y Pyle, 2021), y el *auto-monitoreo* (el cual involucra que el estudiante sea capaz de identificar cuando su comprensión está fallando, a partir de preguntarse “¿Considero que entendí el último párrafo / oración que lei?”, Tibken et al., 2022).

En cuanto a brechas en la investigación, se ha destacado que los estudios realizados no han tendido a enfocarse en la modalidad de presentación del material, la presentación de discurso espontáneo, o de materiales acerca de problemáticas sociales actuales, las cuales representan preguntas pendientes interesantes para futuras direcciones.

En conclusión, este trabajo destaca la importancia de continuar realizando estudios acerca del rol del establecimiento de conexiones de causa-efecto en la comprensión, y promueve que éstos se acerquen al discurso que los estudiantes realizan en el ámbito educativo, su vida cotidiana y acerca de temas de impacto social.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- Barreyro, J. P., Molinari Marotto, C., Bechis, S., & Cevalco, J. (2012). Comprensión de textos expositivos y métodos sistemáticos de revisión de textos: el efecto del incremento de la densidad de relaciones y la repetición de términos. *Investigaciones en Psicología, 17*, 9-24.
- Beker, K., Jolles, D., & van den Broek, P. (2017). Meaningful learning from texts: The construction of knowledge representations. In J. A. León y I. Escudero (Eds.), *Reading comprehension in educational settings*. (pp. 29-62). Book series: Studies in written language and literacy no. 16. Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins Publishing Company.
- Black, J. B., & Bower, G. H. (1980). Story understanding as problem solving. *Poetics, 9*, 223-250. [https://doi.org/10.1016/0304-422X\(80\)90021-2](https://doi.org/10.1016/0304-422X(80)90021-2)
- Bhida, A., Ortega-Llebaria, M., Fraundorf, S., & Perfetti, C. (2020). The contribution of orthographic input, phonological skills, and rise time discrimination to the learning of non-native phonemic contrasts. *Applied Psycholinguistics, 41*(3), 481-516. <https://doi.org/10.1017/S0142716419000511>
- Bohn-Gettler, K. (2014). Does monitoring event changes improve comprehension? *Discourse Processes, 51*(5-6), 398-425. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2014.913338>
- Britton, B. K., & Gulgoz, S. (1991). Using Kintsch's model to improve instructional text: Effects of inference calls on recall and cognitive structures. *Journal of Educational Psychology, 83*, 329-345. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.83.3.329>
- Brown, S., & Pyle, N. (2021). Self-questioning strategy routine to enhance reading comprehension among secondary students. *TEACHING Exceptional Children, 53*(6), 441-449. <https://doi.org/10.1177/0040059920976677>
- Bruñe A. de, Jolles D. &, van den Broek, P. (2021). Minding the load or loading the mind: the effect of manipulating working memory on coherence monitoring. *Journal of Memory and Language, 118*, 104212. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2020.104212>
- Carlson, S., van den Broek, P., & McMaster, K. (2022). Factors that influence skilled and less-skilled comprehenders' inferential processing during and after reading exploring how readers maintain coherence and develop a mental representation of a text. *The Elementary School Journal, 122*(4). <https://doi.org/10.1086/719477>
- Carney, N. (2022). L2 comprehension of filled pauses and fillers in unscripted speech. *System, 105*, 102726. <https://doi.org/10.1016/j.system.2022.102726>
- Cevalco, J. (2009). The role of connectives in the comprehension of spontaneous spoken discourse. *Spanish Journal of Psychology, 12*(1), 56-65. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001475>
- Cevalco, J., Muller, F., & Bermejo, F. (2017). Facilitation of the comprehension of written and spoken discourse. *Psychology and Education, 14*(2), 1-9.
- Cevalco, J., Muller, F., & Bermejo, F. (2020). Comprehension of topic shifts by Argentinean college students: Role of discourse marker presence, causal connectivity and prior knowledge. *Current Psychology, 39*(5-6), 1072-1085. <https://doi.org/10.1007/S12144-018-9828-4>
- Cevalco, J., & van den Broek, P. (2008). The importance of causal connections in the comprehension of spontaneous spoken discourse. *Psicothema, 20*(4), 801-806.
- Cevalco, J., & van den Broek, P. (2016). The effect of filled pauses on the processing of the surface form and the establishment of causal connections during the comprehension of spoken expository discourse. *Cognitive Processing, 17*(2), 185-194. <https://doi.org/10.1007/s10339-016-0755-8>
- Cevalco, J., & van den Broek, P. (2017). The importance of causality processing in the comprehension of spontaneous spoken discourse. *Ciencia Cognitiva, 11*(2), 40-42.
- Cevalco, J., & van den Broek, P. (2019). Contributions of causality processing models to the study of discourse comprehension and the facilitation of student learning. *Psicología Educativa, 25*(2), 159-167. <https://doi.org/10.5093/psed2019a8>
- Cossavella, F., & Cevalco, J. (2021). The importance of studying the role of filled pauses in the construction of a coherent representation of spontaneous spoken discourse. *Journal of Cognitive Psychology, 33*(2), 172-186. <https://doi.org/10.1080/20445911.2021.1893325>
- de Simone, J., & Cevalco, J. (2020). The role of the establishment of causal connections and the modality of presentation of discourse in the generation of emotion inferences by Argentine college students. *Reading Psychology, 42*(1), 22-41. <https://doi.org/10.1080/02702711.2020.1837314>
- Espin, C. A., Cevalco, J., & van den Broek, P., Baker, S., & Gersten, R. (2007). History as narrative: The nature and quality of historical understanding for students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 40*, 174-182. <https://doi.org/10.1177/00222194070400020801>
- Ferreira, F., & Anes, M. (1994). Why study spoken language processing? In M. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of Psycholinguistics*. San Diego, CA: Academic Press.
- Fichman, S., Armon-Lotem, S., Walters, J., & Altman, C. (2021). Story grammar elements and mental state terms in the expression of enabling relations in narratives of bilingual preschool children. *Discourse Processes, 58*(10), 925-942. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1972391>
- Fox Tree, J. E., & Clark, N. B. (2013). Communicative effectiveness of written versus spoken feedback. *Discourse Processes, 50*, 339-359. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2013.797241>
- Fraundorf, S. H., & Watson, D. G. (2014). Alice's adventures in umderland: Psycholinguistic sources of variation in disfluency production. *Language, Cognition and Neuroscience, 29*(9), 1083-1096. <https://doi.org/10.1080/01690965.2013.832785>
- Golding, J. M., Millis, K. K., Hauselt, J., & Segó, S. A. (1995). The effect of connectives and causal relatedness on text comprehension. In R. F. Lorch & E. J. O'Brien (Eds.), *Sources of coherence in reading* (pp. 127-143). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Graesser, A. C., Singer, M., & Trabasso, T. (1994). Constructing inferences during narrative text comprehension. *Psychological Review, 101*, 371-395. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.3.371>
- Hayden, A., Lorch, E. P., Milich, R., Cosoreanu, C., & van Neste, J., (2018). Predictive inference generation and story comprehension among children with ADHD: Is making predictions helpful? *Contemporary Educational Psychology, 53*, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2018.02.003>
- Hoeben Mannaert, L., & Dijkstra, K. (2021). Situation model updating in young and older adults. *International Journal of Behavioral Development, 45*(5) 389-396. <https://doi.org/10.1177/0165025419874125>

- Karlsson, J., van den Broek, P., Helder, A., Hickendorff, M., Koornneef, A., & van Leijenhorst, L. (2018). Profiles of young readers: Evidence from thinking aloud while reading narrative and expository texts. *Learning and Individual Differences, 67*, 105-116. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2018.08.001>
- Kleijn, S., Pander Maat, H. L. W. & Sanders, T. J. M. (2019). Comprehension effects of connectives across texts, readers, and coherence relations. *Discourse Processes, 56*(5-6), 447-464. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2019.1605257>
- Klomborg, B., Hacimusaoğlu, I., & Cohn, N. (2022). Running through the who, where, and when: a cross-cultural analysis of situational changes in comics. *Discourse Processes, 59*(9), 669-684. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2022.2106402>
- Kraal, A., Koornneef, A. W., Saab, N., & van den Broek, P. (2017). Processing of expository and narrative texts by low and high-comprehending children. *Reading and Writing, 31*, 1-24. <https://doi.org/10.1007/s11145-017-9789-2>
- Lachner, A., Jacob, L., & Hoogerheide, V. (2021). Learning by writing explanations: Is explaining to a fictitious student more effective than self-explaining? *Learning and Instruction, 74*, Article 101438. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2020.101438>
- Linderholm, T. (2002). Predictive inference generation as a function of working memory capacity and causal text constraints. *Discourse Processes, 34*(3), 259-280. https://doi.org/10.1207/S15326950DP3403_2
- Linderholm, T., Virtue, S., y Tzeng, Y., & van den Broek, P. (2004). Fluctuations in the availability of information during reading: Capturing cognitive processes using the landscape model. *Special Issue of Discourse Processes: Accessibility in Text and Discourse Processing, 37*(2), 165-186. https://doi.org/10.1207/s15326950dp3702_5
- Magliano, J. P., Kopp, K., Mc Nerney, M. W., Radvansky, G. A., & Zacks, J. M. (2012). Aging and perceived event structure as a function of modality. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 19*, 264-282. <https://doi.org/10.1080/13825585.2011.633159>
- Mandler, J. M., & Johnson, N. S. (1977). Remembrance of things parsed: Story structure and recall. *Cognitive Psychology, 9*, 111-151. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(77\)90006-8](https://doi.org/10.1016/0010-0285(77)90006-8)
- McKoon, G., & Ratcliff, R. (1989). Semantic associations and elaborative inference. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 15*, 326-338. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.15.2.326>
- McMaster, K., van den Broek, P., Espin, E., White, M. J., Rapp, D., Kendeou, P., Bohn-Gettler, C., & Carlson, S. (2012). Making the right connections: Differential effects of reading intervention for subgroups of comprehenders. *Learning and Individual Differences, 22*, 100-111. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.11.017>
- Mensink, M. C. (2021). Emotional responses to seductive scientific texts during online and offline reading tasks. *Discourse Processes, 59*, 76-93. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1918492>
- Molinari Marotto, C., Barreyro, J. P., Cevasco, J., & van den Broek, P. (2011). Generation of emotion inferences during text comprehension: Behavioral data and implementation through the Landscape Model. *Escritos de Psicología, 4*, 9-17. <https://doi.org/10.24310/espiesepsi.v4i1.13308>
- Mouw, J. M., van Leijenhorst, L., Saab, N., Danel, M. S., & van den Broek, P. (2019). Contributions of emotion understanding to narrative comprehension in children and adults. *European Journal of Developmental Psychology, 16*, 66-71. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1334548>
- Muijselaar, M. M. L., Kendeou, P., de Jong, P. F., & van den Broek, P. (2017). What does the CBM-Maze Test measure? *Scientific Studies of Reading, 21*(2), 120-132. <https://doi.org/10.1080/10888438.2016.1263994>
- Mumper, M. L., & Gerrig, R. J. (2021). The representation of emotion inferences. *Discourse Processes, 58*(8), 681-702. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1882196>
- Murray, J. D., Klin, C. M., & Myers, J. L. (1993). Forward inferences in narrative text. *Journal of Memory and Language, 32*, 464-473. <https://doi.org/10.1006/jmla.1993.1025>
- O'Brien, E. J., & Cook, A. E. (2016). Separating the activation, integration, and validation components of reading. In B. Ross (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (vol. 65, pp. 249-276). New York: Academic Press.
- O'Brien, E. J., & Myers, J. L. (1987). The role of causal connections in the retrieval of text. *Memory and Cognition, 15*, 419-427. <https://doi.org/10.3758/BF03197731>
- Omanson, R. C. (1982). The relation between centrality and story category variation. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 21*, 326-337. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(82\)90648-X](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(82)90648-X)
- Pavias, M., van den Broek, P., Hickendorff, M., Beker, K., & van Leijenhorst, L. (2016). Effects of social-cognitive processing demands and structural importance on narrative recall: Differences between children, adolescents, and adults. *Discourse Processes, 53*(5-6), 488-512. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2016.1171070>
- Pekrun, R. (2021). Emotions in reading and learning from texts: Progress and open problems. *Discourse Processes, 59*(1-2), 116-125. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1938878>
- Pispira, J., & Cevasco, J. (2022). La importancia de investigar la presentación de preguntas de elaboración para la facilitación de la comprensión del discurso: brechas en la investigación actual y futuras direcciones. *Apuntes de Psicología, 40*(1), 31-41. <https://doi.org/10.55414/ap.v4i1.957>
- Radvansky, G., Tamplin, A., Armendarez, J., & Thompson, A. (2014). Different kinds of causality in event cognition. *Discourse Processes, 51*, 601-618. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2014.903366>
- Richter, T., & Maier, J. (2017). Comprehension of multiple documents with conflicting information: A two-step model of validation. *Educational Psychologist, 52*(3), 1-19. <https://doi.org/10.1080/00461520.2017.1322968>
- Richter, T., & Maier, J. (2018). The role of validation in multiple source use. In J. Braasch, I. Bråten & M. McCrudden (Eds.), *Handbook of multiple source use* (pp. 151-167). New York: Routledge
- Seipel, B., Carlson, S. E., & Clinton, V. E. (2017). When do comprehender groups differ? A moment-by-moment analysis of think-aloud protocols of good and poor comprehenders. *Reading Psychology, 38*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/02702711.2016.1216489>
- Singer, M., Halldorson, M., Lear, J. C., & Andrusiak, P. (1992). Validation of causal bridging inferences. *Journal of Memory and Language, 31*, 507-524. [https://doi.org/10.1016/0749-596X\(92\)90026-T](https://doi.org/10.1016/0749-596X(92)90026-T)
- Sonia, A. S., & O'Brien, E. J. (2021). Text-based manipulation of the coherence threshold. *Discourse Processes, 58*(5-6), 549-568. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1927596>
- Stein, N. L., & Glenn, C. G. (1979). An analysis of story comprehension in elementary school children. In R. Freedle (Ed.), *Multidisciplinary approaches to discourse comprehension* (pp. 53-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Suh, S. Y. (1989). *Causal inferences during text comprehension*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Tibken, C., Richter, T., Wannagat, W., Schmiedeler, S., von der Linden, N., & Schneider, W. (2022). Measuring comprehension monitoring with the inconsistency task in adolescents: stability, associations with reading comprehension skills, and differences between grade levels. *Discourse Processes*, 59(5-6), 439-461. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2022.2073736>
- Trabasso, T., Secco, T., & van den Broek, P. (1984). Causal cohesion and story coherence. In H. Mandl, N. L. Stein y T. Trabasso (Eds.), *Learning and Comprehension of text* (pp. 83-111). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Trabasso, T., & Sperry, L. L. (1985). Causal relatedness and importance of story events. *Journal of Memory and Language*, 24, 595-611. [https://doi.org/10.1016/0749-596X\(85\)90048-8](https://doi.org/10.1016/0749-596X(85)90048-8)
- Trabasso, T., & van den Broek, P. (1985). Causal thinking and the representation of narrative events. *Journal of Memory and Language*, 24, 612-630. [https://doi.org/10.1016/0749-596X\(85\)90049-X](https://doi.org/10.1016/0749-596X(85)90049-X)
- Trabasso, T., van den Broek, P., & Suh, S. Y. (1989). Logical necessity and transitivity of causal relations in stories. *Discourse Processes*, 12, 1-25. <https://doi.org/10.1080/01638538909544717>
- van den Broek, P. (1989). Causal reasoning and inference making in judging the importance of story statements. *Child Development*, 60, 286-297. <https://doi.org/10.2307/1130976>
- van den Broek, P. (1990). The causal inference maker: Towards a process model of inference generation in text comprehension. In D. A. Balota, G. B. Flores d'Arcais y K. Rayner (Eds.), *Comprehension processes in reading* (pp. 423-445). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- van den Broek, P. (1994). Comprehension and memory of narrative texts: Inferences and coherence. In M. A. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of psycholinguistics* (pp. 539-588). San Diego, CA: Academic Press.
- van den Broek, P. (2010). Using texts in science education: cognitive processes and knowledge representation. *Science*, 328, 453-456. <https://doi.org/10.1126/science.1182594>
- van den Broek, P., & Helder, A. (2017). Cognitive processes in discourse comprehension: Passive processes, reader-initiated processes, and evolving mental representations. *Discourse Processes*, 54, 1-13. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2017.1306677>
- van den Broek, P., & Lorch, R. F. (1993). Network representations of causal relations in memory for narrative texts: evidence from primed recognition. *Discourse Processes*, 16, 75-98. <https://doi.org/10.1080/01638539309544830>
- van den Broek, P., Lorch, E. P., & Thurlow, R. (1996). Children's and adults' memory for television stories: The role of causal factors, storygrammar categories, and hierarchical level. *Child Development*, 67, 3010-3028. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01900.x>
- van den Broek, P., Rapp, D. N., & Kendeou, P. (2005). Integrating memory-based and constructionist processes in accounts of reading comprehension. *Discourse Processes*, 39(2-3), 299-316. https://doi.org/10.1207/s15326950dp3902&3_11
- van den Broek, P., & Trabasso, T. (1986). Causal network versus goal hierarchies in summarizing text. *Discourse Processes*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1080/01638538609544628>
- van den Broek, P., Young, M., Tzeng, Y., & Linderholm, T. (1999). The landscape model of reading: Inferences and the online construction of memory representation. In H. van Oostendorp y S. R. Goldman (Eds.), *The construction of mental representations during reading* (pp. 71-98). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- van Moort, M. L., Koornneef, A., & van den Broek, P. (2021). Differentiating text-based and knowledge-based validation processes during reading: Evidence from eye movements. *Discourse Processes*, 58(1), 22-51. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2020.1727683>
- Vidal-Abarca, E., Reyes, H., Gilabert, R., Calpe, J., Soria, E., & Graesser, A. C. (2002). ETAT: Expository text analysis tool. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 34, 93-107. <https://doi.org/10.3758/BF03195428>
- Wei, Y., Evers-Vermeul, J., Sanders, T. M. & Mak, W. M. (2021). The role of connectives and stance markers in the processing of subjective causal relations. *Discourse Processes*, 58(8), 766-786. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2021.1893551>
- Yeari, M., & van den Broek P. (2016). A computational modeling of semantic knowledge in reading comprehension: Integrating the landscape model with latent semantic analysis. *Behavior Research Methods*, 48(3), 880-896. <https://doi.org/10.3758/s13428-016-0749-6>