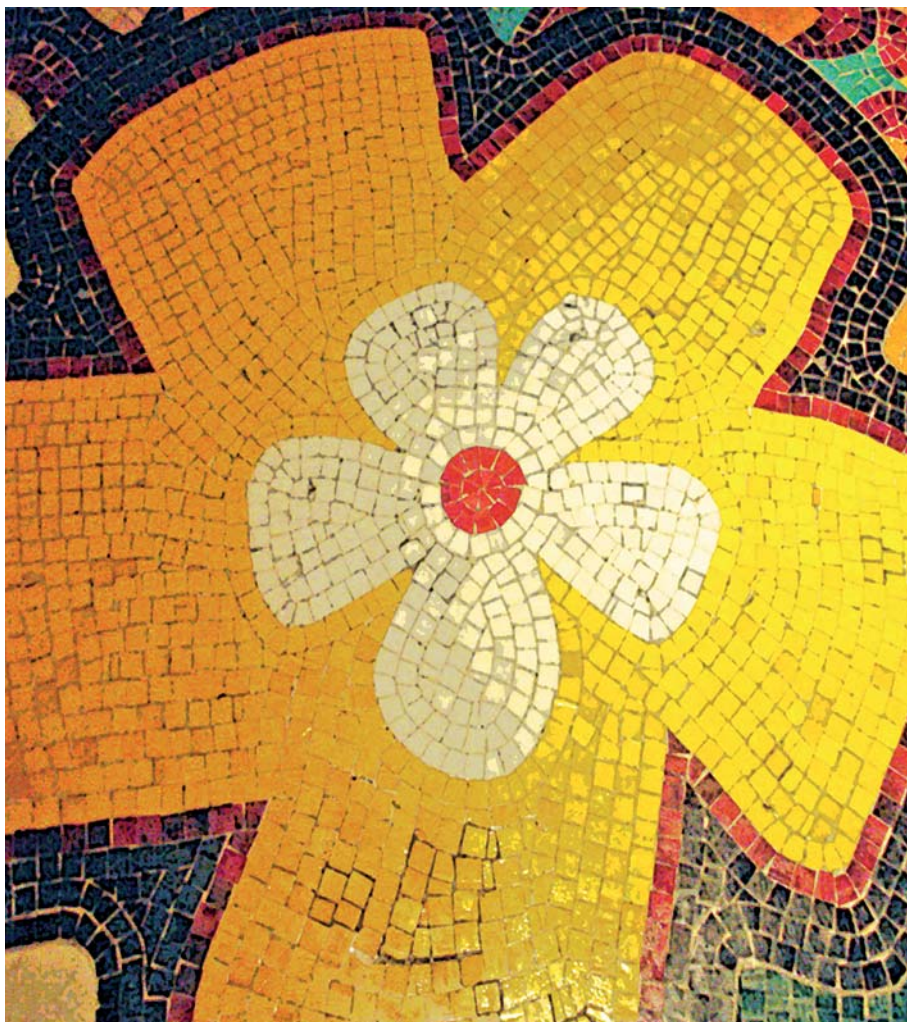


PAPELES DEL PSICÓLOGO

NUEVAS DIRECTRICES SOBRE EL USO DE LOS TESTS



MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA - TRATAMIENTOS DE LA FATIGA EN EL CÁNCER -
AJUSTE EN HERMANOS DE AUTISTAS - MENORES EN MEDIACIÓN FAMILIAR -
MINDFULNESS EN ALZHEIMER - VIOLENCIA FILIO-PARENTAL - EFICACIA DE EQUIPOS

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Artículos

- 161.** Nuevas directrices sobre el uso de los tests: Investigación, control de calidad y seguridad
José Muñiz, Ana Hernández y Vicente Ponsoda
- 174.** La medicalización de la infancia en salud mental: El caso paradigmático de los trastornos de atención
Carlos Javier López Castilla
- 182.** Tratamientos psicológicos eficaces para reducir la fatiga en los supervivientes al cáncer: Estado de la cuestión y perspectivas de futuro
Francisco García Torres y Francisco J. Alós
- 189.** El ajuste conductual, emocional y social en hermanos de niños con un trastorno del espectro autista. Una revisión teórica
Raquel Ruiz Aparicio y Raül Tárraga Mínguez
- 198.** Inclusión/focalización de menores en mediación familiar: Revisión de estudios y propuestas futuras
Carles Rodríguez-Domínguez y Marina Roustan
- 207.** Estimulación basada en *mindfulness* para personas mayores con enfermedad de alzheimer u otras demencias
Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina
- 216.** Violencia filio-parental: Principales características, factores de riesgo y claves para la intervención
M. Luisa Martínez, Estefanía Estévez, Teresa Jiménez y Coral Velilla
- 224.** ¿Cómo mejorar la eficacia de los equipos a través de los procesos grupales? Un ejemplo en la industria automotriz
Rocío Meneses y Jose Navarro
- 230.** ¿Perdón a uno mismo, autoaceptación o restauración intrapersonal? Cuestiones abiertas en Psicología del Perdón
María Prieto-Ursúa y Ignacio Echeгойen

Carta al Director

- 238.** Acerca del papel de los organismos de inspección médica en la evolución de las personas con problemas de salud mental
Álvaro Frías Ibáñez

Revisión de libro

- 239.** Atención Temprana en el ámbito hospitalario
Piñero Peñalver, J., Pérez-López, J., Vargas Torcal, F. y Candela Sempere, A. B. Madrid: Pirámide, 2014
María Teresa Martínez Fuentes

Articles

- 161.** New guidelines for test use: Research, quality control and security of tests
José Muñiz, Ana Hernández and Vicente Ponsoda
- 174.** Medicalization of childhood in mental health. The paradigmatic case of attention deficit disorder
Carlos Javier López Castilla
- 182.** Efficacious psychological treatments for reducing fatigue in cancer survivors: The state of the question and future prospects
Francisco García Torres and Francisco J. Alós
- 189.** Behavioural, emotional and social adjustment in siblings of children with an autism spectrum disorder. A theoretical review
Raquel Ruiz Aparicio and Raül Tárraga Mínguez
- 198.** The inclusion of/focus on children in family mediation: A review of studies and future proposals
Carles Rodríguez-Domínguez and Marina Roustan
- 207.** Mindfulness based stimulation for elderly people with Alzheimer's disease or other types of dementia
Domingo Jesús Quintana Hernández and María Teresa Miró Barrachina
- 216.** Child-parent violence: Main characteristics, risk factors and keys to intervention
M. Luisa Martínez, Estefanía Estévez, Teresa Jiménez and Coral Velilla
- 224.** How to improve team effectiveness through group processes?: An example from the automotive industry
Rocío Meneses and Jose Navarro
- 230.** Forgiving oneself, self-acceptance or intrapersonal restoration? Open issues in the psychology of forgiveness
María Prieto-Ursúa and Ignacio Echeгойen

Letter to the Editor

- 238.** On the role of medical inspection organisations in the evolution of people with mental health problems
Álvaro Frías Ibáñez

Book review

- 239.** Atención Temprana en el ámbito hospitalario [Early care in the hospital setting]
Piñero Peñalver, J., Pérez-López, J., Vargas Torcal, F. and Candela Sempere, A. B. Madrid: Pirámide, 2014
María Teresa Martínez Fuentes

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de la Psicología de España

Director

Serafin Lemos Giráldez

Directores asociados

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

Consejo Editorial

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

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

Consejo Asesor

Isaac Amigo, Pilar Arránz Carrillo de Albornoz, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Elisardo Becoña, Carmen Bragado, Gualberto Buela, Fernando Calvo, Antonio Cano, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, Helio Carpintero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, María Crespo, Carmen del Río, Rocío Fernández Ballesteros, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, María Paz García Vera, Jesús Gómez Amor, Julio Antonio González García, Florencio Jiménez Burillo, Francisco Javier Labrador, Araceli Maciá, Emiliano Martín, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Marino Pérez Álvarez, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Rodolfo Ramos Álvarez, Jesús Rodríguez Marin, Miguel Ángel Vallejo y Oscar Vallina Fernández.

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad

Sara Rojas y Silvia Berdullas

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

Impresión

Huna comunicación
Avda. Somo Sierra, 12, Nave 13
28703 S.S. de los Reyes - Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 3 del Vol. 36 de Papeles del Psicólogo se han editado 68.240 ejemplares.

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

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

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



NUEVAS DIRECTRICES SOBRE EL USO DE LOS TESTS: INVESTIGACIÓN, CONTROL DE CALIDAD Y SEGURIDAD

José Muñiz¹, Ana Hernández² y Vicente Ponsoda³

¹Universidad de Oviedo. ²Universidad de Valencia. ³Universidad Autónoma de Madrid

Antecedentes. Para llevar a cabo una evaluación psicológica rigurosa es necesario que los profesionales que la realizan tengan una preparación adecuada, que los tests utilizados muestren unas buenas propiedades psicométricas, y que se utilicen de forma correcta. El objetivo de este trabajo es presentar las directrices recientes de la Comisión Internacional de Tests sobre el uso de los tests en tres ámbitos: investigación, control de calidad y seguridad en el manejo de las pruebas. **Método.** Se revisarán y comentarán las directrices recientes desarrolladas por la Comisión Internacional de Tests. **Resultados.** Las nuevas directrices sobre el uso de los tests ofrecen todo un conjunto de recomendaciones teórico-prácticas para guiar la utilización adecuada de los tests en contextos de investigación, para desarrollar e implementar procesos de control de calidad efectivos, y para salvaguardar la seguridad de todos los datos implicados en un proceso evaluativo. **Conclusiones.** Las nuevas directrices desarrolladas por la Comisión Internacional de Tests contribuirán a una adecuada utilización de los tests en contextos de investigación, a una mejora en los procesos de control de calidad de las pruebas, y a garantizar la seguridad en los procesos evaluativos.

Palabras clave: Uso de tests, Comisión Internacional de Tests, Directrices, investigación, Seguridad, Control de calidad.

Background. In order to carry out a rigorous psychological evaluation three conditions must be met: the practitioners must have the appropriate qualifications, the tests must show good psychometric properties, and they must be used correctly. The aim of this paper is to present the recent guidelines developed by the International Test Commission on the use of tests in three areas: research, quality control, and security. **Method.** The guidelines developed by the International Test Commission will be analysed and discussed. **Results.** The new guidelines on the use of tests offer a whole range of theoretical and practical recommendations to guide the appropriate use of tests in research settings, in order to develop and implement effective quality control strategies, and to preserve the security of all of the data involved in the assessment process. **Conclusions.** The new guidelines developed by the International Test Commission will contribute to the correct use of tests in research settings, to an improvement in the quality control of testing, and to ensuring security in the assessment processes.

Key words: Test use, International Test Commission, Guidelines, Research, Quality control, Security.

Los tests constituyen unas herramientas fundamentales en la práctica profesional de los psicólogos, y como cualquier otra herramienta hay que utilizarla debidamente. La utilidad de los tests se asienta sobre tres pilares básicos: los profesionales deben tener una preparación pertinente, las pruebas unas propiedades psicométricas apropiadas, y el uso que se haga de ellas debe de ser el adecuado. Si se cumplen esos tres requisitos los tests serán de gran ayuda para los psicólogos a la hora de ejercer su profesión. Las universidades y otras instituciones educativas centran sus esfuerzos en la formación de los profesionales, los editores tratan de poner en el mercado las mejores pruebas posibles, y distintas organizaciones nacionales e internacionales se esfuerzan por mejorar el uso que se hace de los instrumentos de medida. Entre estas organizaciones merecen especial mención la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) y la

Comisión Internacional de Tests (ITC). A nivel nacional el Consejo General de Psicología de España (COP) colabora estrechamente con la EFPA y la ITC y es miembro de ambas. Estas organizaciones nacionales e internacionales llevan a cabo acciones y proyectos muy variados, los cuales pueden articularse en torno a dos grandes estrategias, que podemos denominar *restrictiva* e *informativa*. A continuación se describen brevemente ambas estrategias, siguiendo los trabajos previos de Muñiz y Bartram (2007), Muñiz y Fernández-Hermida (2010) y Muñiz (2012).

La estrategia *restrictiva* agrupa todo un conjunto de acciones llevadas a cabo para restringir el uso de los tests a aquellos profesionales que están realmente preparados para hacerlo. Los sistemas utilizados varían de unos países a otros (Bartram, 1996; Bartram y Coyne, 1998; Muñiz, Prieto, Almeida y Bartram, 1999), si bien uno de los más habituales en varios países, incluida España, es clasificar los tests siguiendo los criterios de la APA en tres categorías (A, B, C) de menos a más espe-



cializados, siendo exclusivo de los psicólogos el uso de los tests de las categorías B (tests colectivos de carácter cognoscitivo y Personalidad) y C (escalas individuales y tests proyectivos). Otra opción utilizada es que los profesionales obtengan una certificación específica en la que acrediten fehacientemente que conocen adecuadamente las pruebas. Aunque estas restricciones y otras son recomendables, no garantizan por sí solas un uso adecuado de los tests (Moreland, Eyde, Robertson, Primoff y Most, 1995; Simner, 1996), siendo necesario complementar esta estrategia con la difusión de información a todas las partes implicadas, tales como profesionales, usuarios, instituciones, y sociedad en general. Las acciones llevadas a cabo en el marco de la estrategia que hemos denominado *informativa* se refieren a todo tipo de iniciativas encaminadas a difundir información sobre la práctica de los tests. Se entiende que cuanto más información posean los profesionales, los usuarios, las familias, y en general todas las partes implicadas en el uso de los tests, menor será la probabilidad de que se haga un mal uso de las pruebas. En este sentido distintas organizaciones nacionales e internacionales han desarrollado códigos éticos y deontológicos, así como directrices varias para guiar el uso adecuado de los tests. Entre los primeros cabe destacar el meta-código ético de la EFPA (2005), el código desarrollado por el comité norteamericano para la buena práctica de los tests (2002), o las directrices de la asociación europea de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Véanse buenas revisiones en autores como Koocher y Keith-Spiegel (2007), Lindsay, Koene, Ovreeide y Lang (2008), o Leach y Oakland (2007), y sobre todo en el último número monográfico dedicado al tema por la revista *Papeles del Psicólogo* (2009). Aparte de estos códigos disponemos en la actualidad de un conjunto de directrices que marcan los pasos a seguir desde la propia construcción de la prueba, su aplicación, interpretación y aplicación de los resultados (Bartram, 1998; Brennan, 2006; Downing y Haladyna, 2006; Muñiz, 1997). Merecen mención especial los estándares técnicos desarrollados por la Asociación Americana de Psicología y otras dos organizaciones (AERA, APA y NCME, 2014), así como las directrices elaboradas por la Comisión Internacional de Tests (ITC) para la traducción y adaptación de los tests de unas culturas a otras (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). Para consultar otras directrices sobre el uso de los tests

en general, de los tests informatizados e Internet, o la utilización de los tests en el ámbito del trabajo y las organizaciones, véase, por ejemplo, el trabajo de Muñiz y Bartram (2007), o la página web de la ITC (www.intestcom.org) y de la EFPA (www.efpa.eu). También en la página web del Consejo General de Psicología de España, en el apartado de la Comisión de Tests, se puede consultar información de interés (www.cop.es). Aparte de los códigos éticos y las directrices, hay dos medidas que merecen atención dentro de las acciones enmarcadas en la estrategia de la información; se trata por un lado de una nueva norma ISO-10667 que regula todo lo relativo a la evaluación de personas en contextos laborales, y por otro los modelos de evaluación de tests desarrollados en distintos países, entre ellos España (Prieto y Muñiz, 2000) que se aplican a los tests disponibles en el mercado con el fin de proporcionar información sobre sus puntos fuertes y aspectos a mejorar (Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2015; Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez, y Peña-Suárez, 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013).

Dentro de esta estrategia *informativa*, la ITC ha desarrollado recientemente tres documentos encaminados a mejorar el uso de los tests en tres ámbitos distintos. El primero es una declaración sobre el uso de los tests en investigación, el segundo son unas directrices sobre el control de calidad de los tests, y el tercero unas directrices sobre la seguridad de las pruebas. Estos tres documentos han sido recientemente traducidos al español y el objetivo central de este trabajo es presentarlos y subrayar sus aportaciones más relevantes. La versión completa en español de los tres documentos puede consultarse en la página web de la Comisión de Tests del Consejo General de Psicología de España (www.cop.es), sección Comisión de Tests.

EL USO DE LOS TESTS Y OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Este documento fue iniciado por la profesora Fanny Cheung y preparado para la ITC por los profesores Dragos Iliescu y Dave Bartram, y fue traducido al español por José Muñiz.

Esta declaración de la ITC trata de aclarar todo lo relativo a la utilización de los tests con fines de investigación. Está dividido en siete partes: Permiso para usar los tests en investigación, Permiso de reimpresión, Modificación del test o de sus componentes, Uso ético de los tests, Documentación, Conflicto de intereses, y Utilización de



los tests de investigación en la práctica profesional. Se comentan a continuación algunos aspectos de cada apartado.

PERMISO PARA USAR LOS TESTS EN INVESTIGACIÓN

En este apartado el aspecto clave que subraya la declaración de la ITC es que si los tests tienen *copyright* el investigador tiene que pedir permiso a quien sea el titular de ese derecho. Sólo las pruebas de libre acceso pueden ser utilizadas sin solicitar permiso, ahora bien, este tipo de situación es muy poco frecuente, aunque algunos investigadores no sean conscientes de ello. En este sentido, un error muy típico es asumir que si una prueba aparece publicada en una revista u otro documento esa prueba es de libre acceso. En la declaración de la ITC se recomienda que ante la más mínima duda debe de pedirse permiso a los autores para usar una prueba. Nótese lo que indica literalmente la declaración de la ITC: *Las versiones de los instrumentos para investigación se publican a menudo en revistas o en las páginas web de los autores. Cuando se publican en estos medios de libre acceso, los tests pueden parecer de uso público, sin embargo, por defecto, el autor es el titular del copyright hasta que ceda sus derechos a otra entidad, o dé un permiso explícito para su uso libre.*

PERMISO DE REIMPRESIÓN

Aquí el mensaje sobre la reimpresión de los ítems de un test es muy claro, no puede hacerse sin el permiso correspondiente: *Los trabajos con copyright no deben de reproducirse, distribuirse ni exponerse públicamente; tampoco se deben llevar a cabo trabajos derivados de ellos sin el permiso del titular de los derechos de autor.* A la hora de presentar los resultados los investigadores pueden verse obligados a presentar algunos ítems para describir mejor sus datos, en ese caso o bien se pide permiso a los titulares de los derechos de autor, o como alternativa los investigadores pueden elaborar ítems similares a los del test original pero que no los reproducen, de modo que no se violan los derechos de autor.

MODIFICACIÓN DEL TEST O DE SUS COMPONENTES

El mensaje de la declaración de la ITC sobre la modificación de un test es muy claro: *Cuando se utilicen tests sujetos a copyright, los investigadores no deben modificar ningún componente del test, pues se pondría en peligro la integridad de la prueba, se violaría los derechos de autor y se cometería una ilegalidad, salvo que los investigado-*

res estén debidamente autorizados para ello. Por supuesto, si el test es de uso público o se dispone del correspondiente permiso pueden llevarse a cabo modificaciones para ajustar la prueba a las condiciones de uso, *por ejemplo, para su utilización en otra cultura diferente a la que fue generado puede requerir su traducción a otro idioma, eliminar algunos aspectos, reformular otros, añadir ítems, o cambiar las instrucciones y la escala de los ítems.*

USO ÉTICO DE LOS TESTS

En este sentido lo que se recoge en la declaración de la ITC está en línea con lo establecido en otras normas y códigos éticos en relación con el uso de los tests en el ámbito profesional: *El uso ético de los tests en investigación y en contextos profesionales es muy parecido. Quienes utilizan tests en investigación deben de actuar de forma ética y profesional, ser competentes en el uso de los tests, ser responsables de su uso, y garantizar la seguridad de los materiales utilizados y la confidencialidad de los resultados... La responsabilidad de un profesional cualificado abarca todo el proceso de evaluación, incluyendo la recogida de datos, codificación, análisis, realización de informes y la aplicación de los datos en sus distintas formas.*

DOCUMENTACIÓN

La investigación requiere una documentación rigurosa que permita la replicación, así que cuando se utilicen tests hay que proporcionar una información completa sobre sus características y propiedades psicométricas, mereciendo especial mención el caso de pruebas de nueva creación, como bien establece la declaración de la ITC: *Los investigadores que construyen un nuevo instrumento de medida, como mínimo deben de proporcionar información sobre los fundamentos teóricos del test y su finalidad, el sistema seguido para la selección inicial de los ítems, cómo se analizaron posteriormente y los criterios de selección, el número de ítems de cada faceta, los métodos de escalamiento utilizados, además de información sobre las evidencias de validez y la precisión de las mediciones, por ejemplo fiabilidad u otros indicadores de la precisión de las mediciones, según el modelo de medida del test.*

CONFLICTO DE INTERESES

Los investigadores tienen que hacer constar sus fuentes de financiación, por si ello pudiese afectar a su impar-



cialidad en el proceso investigador, como señala la declaración de la ITC: *Las investigaciones financiadas por agencias externas pueden tener un interés particular en los resultados, por ejemplo un departamento gubernamental que está tratando de implantar una determinada política, o una compañía editora de tests que es la titular del copyright.*

UTILIZACIÓN DE LOS TESTS DE INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Cuando se utilizan los tests en contextos profesionales, clínico, educativo, trabajo, u otros, sus características y propiedades psicométricas tienen que ser muy exigentes, dado que se van a tomar decisiones importantes sobre las vidas de las personas. Estas condiciones pueden ser más relajadas cuando los tests se utilizan solamente para investigación, donde los datos suelen utilizarse de forma agregada, e incluso los propios tests están siendo contruidos y probados. Ahora bien, hay que ser muy cautelosos y advertir de las limitaciones cuando las versiones de investigación de los tests se utilizan en el campo profesional. Como bien señala la declaración de la ITC: *El autor del test tiene la responsabilidad de no contribuir a la utilización de los instrumentos de medida de investigación en la práctica profesional antes de que se haya publicado suficiente información sobre sus propiedades psicométricas.*

Confiamos en que estas recomendaciones de la ITC ayuden a los investigadores a mejorar el uso de los tests, lo cual contribuirá a su vez a una mayor calidad de las investigaciones, que sin duda repercutirá en la generación de unos instrumentos de medida de mayor calidad para la práctica profesional.

DIRECTRICES PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS PUNTUACIONES DE LOS TESTS, SU ANÁLISIS Y LOS INFORMES SOBRE LAS PUNTUACIONES

Estas directrices fueron preparadas para el consejo de la ITC por Avi Allalouf y traducidas al español por Ana Hernández. Están motivadas por el hecho de que, como bien es sabido, errar es de humanos. Y a pesar de que la evaluación de personas mediante tests (entendidos estos en su acepción más amplia) es típicamente realizada por expertos profesionales, dicha evaluación no es una excepción y puede estar sujeta a errores.

Los errores cometidos pueden consistir, entre otros, en la aplicación de una plantilla de puntuación errónea, la conversión incorrecta de puntuaciones directas en esca-

las transformadas, la interpretación inadecuada de una puntuación (lo que podría depender de la transformación anterior), que se haya enviado un informe al cliente equivocado, o que se dé un retraso excesivo a la hora de informar de los resultados. Estos errores podrían tener consecuencias importantes para las personas evaluadas, la sociedad y la profesión. Por ejemplo, la aplicación de una plantilla errónea o la incorrecta transformación de una puntuación, podrían impedir que un candidato cualificado accediera a un determinado puesto de trabajo, o podría resultar en una intervención educativa inadecuada, o en conceder certificaciones académicas a personas que carecen de los conocimientos y habilidades requeridos. O por ejemplo un retraso a la hora de informar de los resultados podría causar problemas para quienes, por no recibir dicha información a tiempo, no pudieran acceder a un determinado puesto o institución. Pero además los errores también pueden afectar a las pruebas administradas y su reputación, con una reducción de la fiabilidad y validez de las puntuaciones obtenidas. Todo ello contribuiría a una pérdida de confianza en los tests educativos y psicológicos y a cuestionar los procesos de evaluación.

Por ello, los profesionales usuarios de tests deben ser capaces de anticipar los posibles errores, prevenirlos, y abordarlos, y este es el objetivo principal de las directrices. En concreto, las directrices de control de calidad se centran especialmente en los errores que pueden cometerse durante las fases de asignación de puntuaciones, análisis del test y elaboración de informes, aunque también puede resultar útil tener en cuenta estas directrices para las fases iniciales del proceso de evaluación: construcción o selección del test, y su administración. Las directrices están pensadas para situaciones de evaluación a gran escala (educativas o laborales), cuando el test constituye principalmente una medida de rendimiento, desempeño o habilidad (por contraposición a actitudes, preferencias, etc). Así pues, las directrices están principalmente dirigidas a los profesionales que participan en este tipo de evaluaciones: constructores de las pruebas, administradores, correctores, psicómetras, personas implicadas en el mantenimiento de la seguridad del test, psicólogos y educadores, o programadores informáticos, entre otros. Sin embargo, muchas de las propuestas incluidas en las directrices, también podrían aplicarse a evaluaciones a menor escala, con objetivos diferentes, o realizadas mediante otros tipos de pruebas (entrevistas, muestras de trabajo, etc).



Las directrices están estructuradas en dos partes. En la primera parte se presentan una serie de principios generales que sirven de guía. En la segunda se presentan las directrices detalladas paso a paso.

PRINCIPIOS GENERALES

Estos se ocupan de siete cuestiones principales:

- 1) La necesidad de comprobar si existen procesos de control de calidad adecuados para aplicar a una situación evaluativa concreta, para, en caso de que no existan o no sean adecuados, desarrollar dichos procesos, adaptarlos, mejorarlos e implementarlos.
- 2) La necesidad de formular acuerdos sobre los principios básicos del proceso de evaluación entre los distintos profesionales implicados y, en ocasiones, entre las distintas partes interesadas. En este punto se incluyen cuestiones como el establecimiento de los objetivos de evaluación, el reparto de responsabilidades, la propuesta de un cronograma, la selección de las formas de puntuar más adecuadas, el mejor modo para transferir los datos, el tipo de informe a realizar y los destinatarios de dicha información, entre otras cuestiones.
- 3) La necesidad de asegurar que se dispone de los recursos necesarios (espaciales, financieros, materiales, temporales y de personal) para realizar todas las fases de evaluación según lo previsto, así como de prever recursos adicionales que pudieran necesitarse si surgiera un contratiempo.
- 4) La necesidad de, en ocasiones, realizar ajustes entre las necesidades y expectativas que tienen las partes interesadas en los resultados evaluativos (personas evaluadas, profesores, padres, etc), y las que tienen los responsables de la evaluación. Para ello es recomendable que haya una comunicación fluida entre las partes. En este punto se incluyen aspectos como el establecimiento de acuerdos, la responsabilidad en la toma de decisiones, y la posibilidad de que los examinados cuestionen o revisen los resultados y puedan hacer sugerencias.
- 5) La necesidad de asegurar que se cuenta con las personas y con el ambiente de trabajo adecuados para llevar a cabo el proceso de evaluación. En este punto se consideran los horarios y la forma de trabajo así como el apoyo al personal implicado en la evaluación (por ejemplo, mediante formación).
- 6) La necesidad de contar con uno o varios supervisores independientes que realicen un seguimiento de los pro-

cesos de control de calidad establecidos y que registren y notifiquen los errores que puedan observarse.

- 7) La necesidad de que todas las personas implicadas en el proceso de evaluación sigan los procedimientos acordados respecto a la documentación de actividades y el registro de errores mediante formularios estandarizados. Se deben establecer acuerdos sobre qué miembros del personal son responsables de cada fase del proceso y, cuando se observen fallos, informar con prontitud para prevenir que el error vuelva a darse en el futuro.

DIRECTRICES DETALLADAS PASO A PASO

Éstas se presentan agrupadas en cinco apartados: la planificación y diseño del informe, la consideración de antecedentes y datos biográficos, las puntuaciones del test, su análisis, y la elaboración del informe. En todos estos apartados se sugieren una serie de acciones y pasos para asegurar la calidad del proceso. Se recomienda que estas acciones se lleven a cabo explícitamente en las evaluaciones a gran escala. Sin embargo, en evaluaciones a menor escala, aunque los principios de las directrices sigan siendo pertinentes, se podrían omitir o simplificar algunas de las fases. La razón radica en que algunos de los procedimientos propuestos requieren importantes recursos y están basados en modelos que requieren muestras grandes, por lo que podrían adaptarse para aplicarlos a muestras menores. A continuación se resumen algunas de las recomendaciones recogidas en los distintos apartados.

- 1) **Planificación y diseño del informe.** Puesto que todas las fases deben ir encaminadas a garantizar la calidad del producto de la evaluación, que es el informe, se recomienda que, antes de iniciar el proceso, se tomen decisiones sobre de qué informar, con qué tipo de puntuaciones, con cuánto detalle, a quién, cuándo, etc.
- 2) **Antecedentes y datos biográficos.** Se proponen recomendaciones relacionadas con este tipo de información, con el fin de verificar la identidad de las personas evaluadas manteniendo la confidencialidad de los datos, y de explicar resultados inesperados o inconsistentes con estudios previos.
- 3) **Puntuaciones.** Este apartado incluye varios subapartados: a) *La recogida y almacenamiento de las respuestas* de las personas evaluadas, que incluye recomendaciones sobre el almacenamiento de las hojas de respuesta y los datos electrónicos, el uso de códigos identificativos, la seguridad de datos, y la



necesidad de asegurar la corrección de los algoritmos y las tablas de conversión y baremos. b) La *obtención de las puntuaciones*, que incluye, entre otras cuestiones, el análisis de datos que asegure que las puntuaciones se encuentran dentro del rango esperado, la identificación y revisión de puntuaciones extremas, la identificación de personas con diferencias excesivas en las puntuaciones obtenidas en sub-tests correlacionados, y el análisis de las propiedades psicométricas de los ítems, que permitirá identificar errores en la plantilla de corrección, omisiones, etc. Y finalmente, c) para las *pruebas abiertas* de calificación del desempeño, muestras de trabajo, juegos de rol, entrevistas, etc., menos objetivas que los tests de elección múltiple, se mencionan una serie de precauciones adicionales. Se incluyen cuestiones relacionadas con la realización de cursos de formación para asignar puntuaciones, la elaboración de instrucciones de puntuación con ejemplos, o el número de evaluadores.

- 4) **Análisis del test.** Aquí las directrices se agrupan en 4 subapartados: a) En primer lugar se vuelve a hacer énfasis en el *análisis de ítems*, antes de obtener la puntuación total, con el fin de evaluar su calidad. b) *Equiparación/calibración de nuevas formas del test e ítems*, en caso de que la prueba se realice en varios momentos y/o con varias formas. En este punto se recomienda, entre otras cosas, desarrollar rutinas que aseguren que los procedimientos y diseños de equiparación especificados se han realizado correctamente y que se cumplen los supuestos en los que se basan, comprobar si diferentes procedimientos basados en diferentes supuestos ofrecen resultados similares, comparar las puntuaciones obtenidas con las que se anticiparon en función de los antecedentes y datos biográficos recogidos, o, cuando haya puntos de corte para diferenciar a los evaluados en función de su nivel, comprobar la similitud de las razones de aptos y no aptos en los distintos grupos evaluados. c) *Cálculo de puntuaciones estandarizadas*. En este punto se recomienda, entre otras cosas, comprobar la adecuación y precisión de la conversión realizada, convertir algunas puntuaciones manualmente y comparar los resultados con los generados por el ordenador, comparar los resultados obtenidos con diferentes programas, o comprobar la relación entre las puntuaciones directas y las estandarizadas usando gráficos de dispersión. Y finalmente, d) *Comprobaciones de seguridad de los tests*. Este apartado resume algunas de las

recomendaciones principales de las directrices de la ITC sobre la seguridad de los tests, de las que se ocupa también este artículo.

- 5) **Elaboración de informes.** Aquí se diferencian tres subapartados: a) *Informe sobre las puntuaciones*. Que incluye recomendaciones sobre el uso de grupos focales que permitan generar guías interpretativas, la especificación del nivel al que las puntuaciones pueden interpretarse de forma fiable, el uso de repositorios de datos para informar rápidamente de los resultados, o el asesoramiento de expertos relaciones públicas cuando los informes deban presentarse a políticos y medios de comunicación. b) *Medidas para mantener la seguridad de los informes*. En este apartado se recogen algunas recomendaciones sobre la rectificación de informes o la prevención de su falsificación. Y finalmente, c) *Documentación*. Se recomienda realizar un informe interno con información exhaustiva del proceso de obtención de puntuaciones y los estadísticos clave obtenidos, con el fin de avalar la precisión de todo el proceso. También se plantea la posibilidad de hacer públicos algunos estadísticos sobre resultados grupales (por ejemplo, por año, o por sexo) proporcionando una breve explicación sobre la interpretación de dichos estadísticos.

En definitiva, las directrices aglutinan una serie de sugerencias de control de calidad a lo largo de distintas fases del proceso de evaluación. El grado en que dichas recomendaciones se están siguiendo (o no) en una determinada situación de evaluación puede comprobarse siempre antes de pasar a una fase posterior, para verificar su cumplimiento o realizar las acciones correctivas pertinentes. Aunque algunas de las directrices sólo son aplicables a evaluaciones a gran escala, muchas de ellas son aplicables a cualquier situación de evaluación. Y aunque probablemente muchos profesionales implicados en la evaluación de personas (psicólogos y educadores) siguen muchas de las recomendaciones presentadas, la adopción sistemática de las directrices de control de calidad de la ITC contribuirá a prevenir los errores que pueden cometerse al realizar evaluaciones mediante tests.

DIRECTRICES SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS TESTS, EXÁMENES Y OTRAS EVALUACIONES

David Foster lideró la elaboración de estas directrices que han sido traducidas por Vicente Ponsoda. El Consejo de la ITC las aprobó en julio de 2014.

¿Por qué hacen falta ahora unas directrices sobre seguridad en los tests? La seguridad en las medidas tiene que



ver con la validez de las puntuaciones. Si hay problemas de seguridad dejamos de saber si la puntuación que estamos asignando al evaluado refleja realmente, como se supone, su nivel de conocimiento; pudiendo reflejar, en parte, su habilidad para hacer trampas al responder, el conocimiento previo de parte de las preguntas, que alguien le haya ayudado mientras respondía al test o después, etc. Incrementar la certeza de que las puntuaciones obtenidas en un test pueden interpretarse como el nivel del evaluado en el constructo que interesa evaluar es un asunto central, que facilita la justificación de las inferencias y decisiones basadas en ellas.

En las dos últimas décadas ha habido un considerable incremento de los problemas relacionados con la seguridad en las medidas en todo el mundo. Las dos principales razones son, por una parte, la cada vez más extendida evaluación informatizada, realizada muchas veces por Internet y muchas veces además sin vigilancia (evaluación conocida en inglés como *Unproctored Internet Testing*), y, por otra, la proliferación de tecnologías que permiten registrar, fotografiar, recibir información no autorizada, etc., con mucha facilidad y con instrumentos casi indetectables. A estas dos razones cabe añadir una tercera. Los problemas de seguridad son tanto más importantes cuanto más relevantes son las puntuaciones para el evaluado. Que la evaluación mediante tests sea cada vez más frecuente, en especial si son tests cuyos resultados tienen consecuencias importantes para los evaluados, es algo posiblemente también relacionado con los mayores problemas de seguridad en los tests observados en los últimos tiempos.

Las directrices se clasifican en tres apartados, según estén relacionadas con: a) el desarrollo del plan seguridad, b) la inclusión de las pautas sobre seguridad en el proceso de evaluación, y c) la respuesta a dar cuando se produce un fallo de seguridad.

Antes de resumir lo principal de las directrices de cada apartado, conviene hacer dos comentarios. En primer lugar, se debe prestar más y más atención a los posibles problemas de seguridad cuanto más importantes sean las consecuencias que se derivan para el evaluado, el profesor, el centro, etc. Cuando las consecuencias son poco o nada importantes, como, por ejemplo, cuando pedimos a nuestros estudiantes que respondan anónimamente a un test que queremos calibrar, no se esperan problemas de seguridad. En segundo lugar, como se ha indicado antes, la evaluación informatizada ha incrementado los problemas de seguridad, pero también en

tests de lápiz y papel pueden presentarse problemas de seguridad. Las directrices de hecho están pensadas para ambos tipos de tests e incluso pueden ser útiles cuando las evaluaciones sean no estandarizadas. Están pensadas, además, para un uso internacional; si bien hacen llamadas frecuentes a que se tengan en cuenta las normas y usos locales cuando vayan a ser aplicadas en cada caso concreto.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD

Cuando se responde a un test se puede hacer trampas en las respuestas de muchas maneras. Algunas, conocidas, son las siguientes: el evaluado consigue parte o todo el test antes de responderlo, alguien ayuda al evaluado mientras responde al test, el evaluado utiliza medios no permitidos durante el examen (como calculadoras, teléfonos, etc.), otra persona hace el test en lugar del evaluado, alguien modifica las respuestas que el evaluado ha dado para incrementar su puntuación, el evaluado copia de otro evaluado sus respuestas, etc. Yee y MacKown (2009) listan treinta y siete maneras de hacer trampas en las evaluaciones educativas. La relación de métodos conocidos de robo del contenido del test es también considerable: robo de los cuadernillos o de los documentos digitales que contienen las preguntas; registro de las preguntas mediante, por ejemplo, una microcámara; la aplicación de procedimientos que permiten registrar toda la información que llega al ordenador en los tests informatizados; el evaluado memoriza unas cuantas preguntas, otros evaluados otras, y con este esfuerzo coordinado se consigue robar todo o casi todo el contenido del test; el contenido puede ser robado igualmente por alguna de las muchas personas que tienen acceso al test durante su elaboración; etc. Como se ha indicado, el objetivo de las directrices es reducir el riesgo de que surjan estos problemas en el programa de evaluación; y si se producen, dar pautas de cómo proceder.

Las trece directrices de este apartado indican que el elemento central para controlar la seguridad es el desarrollo de un *plan de seguridad* que indique a) quien es el responsable de cada una las fases del desarrollo del test, b) los derechos y deberes del evaluado y cómo dejar constancia de que el evaluado los conoce, c) qué hacer cuando se produce un fallo en la seguridad, y d) las exigencias que las tecnologías de la información y de la comunicación han de satisfacer para que la conservación y transmisión de los datos sean seguras.



En una última directriz de este apartado, se indica que las personas involucradas en el desarrollo y aplicación del test han de manifestar que conocen y aceptan las normas sobre no divulgación de sus contenidos, quien tiene el copyright del test, qué conductas se consideran fraudulentas y las posibles consecuencias de dichos actos.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN CON TESTS

Las directrices de este segundo apartado son veinticinco e indican qué hacer para incrementar la seguridad en las distintas fases del desarrollo y aplicación del test. Las principales directrices se comentan brevemente a continuación.

Los evaluados han de registrarse formalmente y han de aplicarse estrictos procesos de autenticación, de forma que no haya dudas de que realiza la prueba quien se registró para hacerla.

Algunas de las características de la aplicación del test guardan una estrecha relación con la seguridad y por ello se recomienda evitar que los evaluados respondan al test más de una vez, que se estudie detenidamente el tiempo de administración del test para que no sobre tiempo, y que el evaluado no pueda volver a ver las preguntas que ya ha respondido. Se recomienda utilizar los formatos de ítems y tests que, manteniendo la calidad psicométrica, reducen la exposición de los ítems o cambian su orden de presentación, como ocurre con los tests adaptativos informatizados. Conviene controlar cuantas veces se ha administrado cada ítem; que el banco sea cuanto más grande, mejor; y se recomienda además la aplicación de tests de verificación cuando se apliquen los tests informatizados por Internet en administraciones no vigiladas.

Hay que proteger el contenido del test durante el proceso de elaboración y distribución, y cuando se está administrando. Como control de la seguridad durante el proceso de elaboración y distribución, las directrices proponen que solo las personas que han de trabajar con los ítems tengan acceso a ellos y por un tiempo limitado. A tal fin conviene establecer controles estrictos de acceso y que los autorizados firmen acuerdos de no divulgación del contenido. Se recomienda la encriptación como una medida de seguridad adicional. Como medidas para incrementar la seguridad durante la aplicación, se recomienda la participación de vigilantes motivados que preferiblemente no sean expertos en el contenido que se evalúa, y la instalación de cámaras que faciliten la vigi-

lancia a distancia que puedan registrar cualquier evento de interés ocurrido durante la aplicación del test. Si se detecta alguna anomalía se recomienda responder rápidamente interrumpiendo parcial o definitivamente la aplicación del test al evaluado, confiscando el equipo usado en el robo, si fuera el caso, y elaborando un informe sobre el incidente de seguridad. Otra directriz indica que los evaluados deben conocer las reglas de seguridad y las consecuencias de su violación antes de que se registren.

Conviene evaluar regularmente los resultados del test y de los ítems para comprobar si se ha hecho trampas y si los ítems son conocidos por los evaluados antes de la aplicación del test. Se puede comprobar si hay patrones de respuestas anormales (se aciertan los ítems difíciles y se fallan los fáciles), patrones de tiempo de respuesta anormales (tiempos muy cortos), un alto número de correcciones en la hoja de respuesta, similitud muy alta entre pares o grupos de evaluados (que puede indicar posible copia), mejoras fuertes cuando se repite el test (puede indicar que se ha hecho trampas), si hay cambios en la distribución de los parámetros de los ítems (puede indicar que se han filtrado), si funcionan como los ítems operativos del test otros tipos de ítems (por ejemplo, ítems nuevos que no han sido previamente expuestos), etc.

En lo relativo a la obtención y comunicación de las puntuaciones, se recomienda, especialmente en tests de lápiz y papel, informar de que la puntuación que se proporciona es "provisional" y que se comunicará la "definitiva" cuando se hayan considerado los informes de irregularidades que eventualmente hayan podido presentarse.

Conviene hacer un seguimiento de Internet para detectar si ha habido divulgación del contenido del test. Si fuera así, el programa de evaluación ha de ponerse en contacto con el responsable de la web y solicitar la eliminación de dichos contenidos, anunciar el inicio de acciones legales, etc.

RESPUESTA ANTE UN FALLO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD

Diez son las directrices de esta tercera parte. Muestran qué hacer una vez que se ha producido un fallo en el sistema de seguridad.

Como se ha indicado más arriba, si los vigilantes o aplicadores del test ven que un evaluado está haciendo trampas o robando el contenido, se recomienda que la



aplicación al evaluado se suspenda provisional o definitivamente, y sean requisados, si la legislación lo permite, los instrumentos (cámara, teléfono, etc.) que haya utilizado, si fuera el caso. A continuación, el fallo en el sistema de seguridad debe ser investigado a fondo para determinar su extensión y la magnitud del daño, y revisar, en su caso, el plan de seguridad.

Se comentan a continuación algunas de las medidas concretas a tomar en relación al test, cuando se ha advertido un fallo de seguridad. El test que haya sido filtrado debe ser reemplazado cuando antes. Han de anularse las puntuaciones que se sepa que son incorrectas por haberse cometido algún tipo de fraude en el test y hay que recalificar al evaluado, bien a partir de sus respuestas a la parte del test no filtrada o pidiéndole que repita el test o responda a otro equivalente.

Una vez expuesto lo fundamental de las directrices sobre seguridad, conviene tener muy presente que la seguridad en los tests, como la seguridad en otros ámbitos, no es un asunto todo/nada, es más bien un continuo. El aumento en seguridad conlleva un coste y cada organización tiene que encontrar el punto de equilibrio. El objetivo de estas directrices no es, por tanto, indicar qué hacer para no tener problemas de seguridad, pues no existe una manera de evaluar que anule completamente la posibilidad de que alguien haga trampas o robe el contenido de la prueba. Como ocurre en otras áreas en las que se ha de cuidar la seguridad, es muy probable que las medidas de seguridad vayan siempre detrás de las nuevas conductas anómalas que vayan surgiendo (Foster, 2010). El objetivo de estas directrices es dar a conocer qué hacer y las mejores prácticas para que la evaluación con tests sea más segura y preservar su valor. La puesta en práctica de estas directrices ayudará a evitar que se produzcan fallos en el sistema de seguridad y a minimizar sus consecuencias si se produjeran.

En la última encuesta aplicada en España por el COP para evaluar la actitud ante los tests de los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), la media de la pregunta "La aplicación de los tests por Internet abre posibilidades de fraude" fue 3.78, en la escala de 1 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo), por encima del punto neutro 3, parece indicar que los colegiados son conscientes de los riesgos de la administración por Internet de los tests. En otra encuesta (Ryan et al. 2015), aplicada a los responsables de selección de empresas americanas, europeas y asiáticas, se preguntó por las medidas de seguridad que venían aplicando en sus eva-

luaciones. En el caso de las evaluaciones por Internet no vigiladas, solo una medida es aplicada por más del 50% de los encuestados: el estricto control del tiempo de administración (59% de los encuestados). El uso de avisos acerca de que la evaluación incluye mecanismos para la detección de las conductas anómalas es señalada por el 40% y solo el 18% de los encuestados afirman aplicar los tests de verificación, a pesar de que una de las directrices los recomienda expresamente. En el caso de las evaluaciones informatizadas vigiladas, las medidas utilizadas por más del 50% de los encuestados son: estricto control de los tiempos de administración (66%), uso de contraseñas para acceder a los contenidos del test (58%), esmero en las tareas de vigilancia (56%) y no permitir el copie de los contenidos del test (55%). En el caso de los tests de lápiz y papel, las medidas que adoptan más del 50% de los encuestados coinciden con las cuatro acabadas de exponer y los porcentajes son muy similares. Los datos de esta encuesta, recogidos antes de la aprobación de las directrices, indican que la preocupación por la seguridad es real y se han venido tomando medidas en el pasado. Las nuevas directrices debieran facilitar a los profesionales la adopción de nuevas medidas y la elaboración de un sistema integrado para el control de la seguridad que resulte más eficaz que las medidas aisladas que se han venido aplicando.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Se han presentado los aspectos fundamentales de la declaración de la ITC sobre el uso de los tests en investigación, así como las directrices sobre el Control de Calidad de los instrumentos de medida, y todo lo relativo a los distintos factores a tener en cuenta para garantizar la seguridad en el proceso de evaluación. Estas directrices constituyen una gran ayuda para ir mejorando el uso de los tests, pues como ya se ha señalado en la introducción, no es suficiente que un test tenga las propiedades psicométricas adecuadas y que los profesionales que lo utilizan tengan una buena cualificación, además hay que garantizar que se hace un uso adecuado de las pruebas, y a ello van encaminadas las directrices descritas. El uso correcto de los instrumentos de medida tiene importantes implicaciones a dos niveles; desde un punto de vista profesional es esencial que las personas sean evaluadas de forma rigurosa para que la toma de decisiones sobre distintos aspectos de su vida por parte de los psicólogos sea la adecuada, y se ajuste a la normativa deontológica correspondiente. Desde un punto de vis-



ta científico, la utilización de instrumentos de medida adecuados es la única forma de hacer avanzar la psicología científica e ir proporcionando nuevos instrumentos para la práctica profesional. Una ciencia psicológica sólida con resultados replicables sólo es posible si los instrumentos de medida utilizados tienen unas propiedades métricas adecuadas. Los problemas de replicabilidad de la investigación psicológica actual provienen de causas variadas, pero sin duda una de ellas está relacionada con los instrumentos de medida utilizados (Ioannidis et al., 2014; Koole y Lakens, 2012; Nosek y Lakens, 2014; Nosek et al., 2015). Confiamos en que las directrices presentadas contribuyan a ir mejorando la utilización de los tests tanto en contextos de investigación como aplicados.

Para facilitar una comprensión del encuadre de las directrices presentadas en el contexto de la evaluación psicológica actual, se comentan a continuación las perspectivas actuales y algunas de las vías de desarrollo futuro de la evaluación psicológica, siguiendo las líneas de lo expuesto en trabajos previos (Muñiz, 2012; Muñiz y Bartram, 2007; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). La evaluación, al igual que la propia psicología, está en constante desarrollo, influenciada por distintos factores, pero sin duda alguna la fuerza más poderosa que impulsa los cambios son las nuevas tecnologías de la información, y en especial los avances informáticos, multimedia e Internet. Algunos expertos (Bennet, 1999, 2006; Breithaupt, Mills y Melican, 2006; Drasgow, Luecht y Bennet, 2006) consideran que las nuevas tecnologías están influyendo sobre todos los aspectos de la evaluación psicológica, tales como el diseño de los tests, la construcción de los ítems, la presentación de los ítems, la puntuación de los tests y la evaluación a distancia. Todo ello está haciendo cambiar el formato y contenido de las evaluaciones, surgiendo la duda razonable de si los tests de papel y lápiz tal como los conocemos ahora serán capaces de resistir este nuevo cambio tecnológico. En este contexto de cambio tecnológico emerge la Psicología 2.0 (Armayones et al., 2015), que pretende extender la psicología a través de las facilidades que ofrece Internet y las redes sociales. La evaluación no puede estar ajena a estas nuevas tendencias, emergiendo nuevos enfoques psicométricos conectados con el análisis de las grandes bases de datos (big data) de las que se dispone actualmente (Markovetz, Blaszkiewicz, Montag, Switala, y Schlaepfer, 2014). Por ejemplo, las ventajas potenciales de usar los teléfonos

móviles como terminales para la evaluación abren nuevas posibilidades para la psicometría del futuro (Armayones et al., 2015; Miller, 2012). Trabajos como el pionero de Kosinski, Stillwell y Graepel (2013) analizan con éxito la posibilidad de utilizar los “me gusta” de facebook como predictores de distintas características humanas, entre ellas los rasgos de la personalidad, lo que hace preguntarse si nuestros rastros en las redes sociales sustituirán algún día no muy lejano a los cuestionarios y tests tal como los conocemos ahora.

Según el profesor Hambleton (2004, 2006), seis grandes áreas atraerán la atención de investigadores y profesionales en los próximos años. La *primera* es el uso internacional de los tests, debido a la globalización creciente y a las facilidades de comunicación, lo cual plantea todo un conjunto de problemas de adaptación de los tests de unos países a otros (Byrne et al., 2009; Hambleton et al., 2005; Muñiz et al., 2013). Esta internacionalización ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de un marco general de evaluación que recoja las buenas prácticas de evaluación. Por ello el Instituto Internacional de Estandarización (ISO) ha desarrollado una nueva norma (ISO-10667), que recoge la normativa a seguir para una evaluación adecuada de las personas en entornos laborales y organizacionales (ISO, 2011). La *segunda* es el uso de nuevos modelos psicométricos y tecnologías para generar y analizar los tests. Cabe mencionar aquí toda la nueva psicometría derivada de los modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI), los cuales vienen a solucionar algunos problemas que no encontraban buena solución dentro del marco clásico, pero como siempre ocurre a la vez que se solucionan unos problemas surgen otros nuevos que no estaban previstos (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011; De Ayala, 2009; Hambleton, Swaminathan y Rogers, 1991; Muñiz, 1997; Van der Linden y Hambleton, 1997). La *tercera* es la aparición de nuevos formatos de ítems derivados de los grandes avances informáticos y multimedia (Irvine y Kyllonen, 2002; Shermis y Burstein, 2003; Sireci y Zenisky, 2006; Zenisky y Sireci, 2002). Ahora bien, no se trata de innovar por innovar, antes de sustituir los viejos por los nuevos formatos hay que demostrar empíricamente que mejoran lo anterior, las propiedades psicométricas como la fiabilidad y la validez no son negociables. La *cuarta* área que reclamará gran atención es todo lo relacionado con los tests informatizados y sus relaciones con Internet. Mención especial merecen en este campo los Tests Adaptativos Informatizados



que permiten ajustar la prueba a las características de la persona evaluada, sin por ello perder objetividad o comparabilidad entre las personas, lo cual abre perspectivas muy prometedoras en la evaluación (Olea, Abad y Barrada, 2010). La evaluación a distancia o tele-evaluación es otra línea que se abre camino con rapidez, lo cual plantea, como hemos visto en el apartado de las directrices sobre seguridad, serios problemas de seguridad de los datos y de las personas, pues hay que comprobar que la persona que se está evaluando es la que realmente dice ser, sobre todo en contextos de selección de personal o de pruebas con importantes repercusiones para la vida futura de la persona evaluada (Bartram y Hambleton, 2006; Leeson, 2006; Mills et al., 2002; Parshall et al., 2002; Williamson et al., 2006; Wilson, 2005). Dentro de esta línea tecnológica también merecen especial mención los avances relativos a la corrección automatizada de ensayos, que plantea interesantes retos (Shermis y Burstein, 2003; Williamson, Xiaoming y Breyer, 2012). En quinto lugar cabe señalar un campo que puede parecer periférico pero que está cobrando gran importancia, se trata de los sistemas a utilizar para dar retroalimentación (feedback) de los resultados a los usuarios y partes legítimamente implicadas. Es fundamental que estos comprendan sin equívocos los resultados de las evaluaciones, y no es obvio cuál es la mejor manera de hacerlo, sobre todo si se tienen que enviar para su interpretación y explicación del profesional, como ocurre en numerosas situaciones de selección de personal, o en la evaluación educativa (Goodman y Hambleton, 2004). Finalmente, es muy probable que en un futuro haya una gran demanda de formación por parte de distintos profesionales relacionados con la evaluación, no necesariamente psicólogos, aunque también, tales como profesores, médicos, enfermeros, etc. No se trata de que estos profesionales puedan utilizar e interpretar los tests propiamente psicológicos, sino que demanden información para poder comprender y participar en los procesos evaluativos y de certificación que se desarrollan en su ámbito laboral.

Nuevas formas de evaluación emergen, pero los tests psicométricos seguramente seguirán siendo herramientas fundamentales, dada su objetividad y economía de medios y tiempo (Phelps, 2005, 2008). Estas son algunas líneas de futuro sobre las que muy probablemente girarán las actividades evaluadoras en un futuro no muy lejano, no se trata de hacer una relación exhaustiva ni mucho menos, sino indicar algunas pistas para orientarse en el

mundo rápidamente cambiante de la evaluación psicológica. Las directrices aquí presentadas tienen un carácter transversal, hallándose presentes en todas estas líneas de futuro esbozadas, pues en cualquiera de las circunstancias citadas siempre habrá pruebas que se utilicen en investigación, siempre será necesario llevar a cabo procesos rigurosos de control de calidad, y siempre habrá que asegurar la seguridad de todo el proceso evaluativo.

REFERENCIAS

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V., y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Armayones, M., Boixadós, M., Gómez, B., Guillamón, N., Hernández, E., Nieto, R., Pousada, M., y Sara, B. (2015). Psicología 2.0: Oportunidades y retos para el profesional de la psicología en el ámbito de la e-salud. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 153-160.
- Bartram, D. (1996). Test qualifications and test use in the UK: The competence approach. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 62-71.
- Bartram, D. (1998). The need for international guidelines on standards for test use: A review of European and international initiatives. *European Psychologist*, 2, 155-163.
- Bartram, D. y Coyne, I. (1998). Variations in national patterns of testing and test use: The ITC/EFPPA international survey. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 249-260.
- Bartram, D. y Hambleton, R. K. (Eds.) (2006). *Computer-based testing and the internet: Issues and advances*. Chichester: Wiley.
- Bennett, R. E. (1999). Using new technology to improve assessment. *Educational Measurement: Issues and practice*. 18(3), 5-12.
- Bennett, R. E. (2006). Inexorable and inevitable: The continuing story of technology and assessment. En D. Bartram and R. K. Hambleton (Eds.), *Computer-based testing and the internet: Issues and advances*. Chichester: Wiley.
- Breithaupt, K. J., Mills, C. N., y Melican, G. J. (2006). Facing the opportunities of the future. En D. Bartram y



- R. K. Hambleton (Eds.), *Computer-based testing and the Internet* (pp. 219-251). Chichester: John Wiley and Sons.
- Brennan, R. L. (Ed.) (2006). *Educational measurement*. Westport, CT: ACE/Praeger.
- Byrne, B. M., Leong, F. T., Hambleton, R. K., Oakland, T., van de Vijver, F. J., y Cheung, F. M. (2009). A critical analysis of cross-cultural research and testing practices: Implications for improved education and training in psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 94-105.
- De Ayala, R. J. (2009). *The theory and practice of item response theory*. New York: The Guilford Press.
- Downing, S. M. y Haladyna, T. M. (Eds.) (2006). *Handbook of test development*. Mahwah, NJ: LEA.
- Drasgow, F., Luecht, R. M. y Bennett, R. E. (2006). Technology and testing. En R. L. Brennan (Ed.), *Educational measurement*. Westport, CT: ACE/Praeger.
- European Federation of Professional Psychologists' Associations (2005). *Meta-Code of ethics*. Brussels: Author (www.efpa.eu).
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., y Vizcarro, C. et al. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.
- Foster, D. F. (2010). Worldwide Testing and Test Security Issues: Ethical Challenges and Solutions. *Ethics & behavior*, 20 (3-4), 207-228.
- Goodman, D.P. y Hambleton, R.K. (2004). Student test score reports and interpretive guides: Review of current practices and suggestions for future research. *Applied Measurement in Education*, 17, 145-220.
- Hambleton, R. K. (2004). Theory, methods, and practices in testing for the 21st century. *Psicothema*, 16 (4), 696-701.
- Hambleton, R. K. (2006). *Testing practices in the 21st century*. Key Note Address, University of Oviedo, Spain, March 8th.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., y Spielberger, C. D. (Eds.) (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. London: LEA.
- Hambleton, R. K., Swaminathan, H., y Rogers, J. (1991). *Fundamentals of item response theory*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A. y Lloret, S. (2015) Tercera evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 36, 1-8.
- Ioannidis, J. P. A., Munafo, M. R., Fusar-Poli, P., Nosek, B. A., & David, S. P. (2014). Publication and other reporting biases in cognitive sciences: Detection, prevalence, and prevention. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 235-241.
- Irvine, S. y Kyllonen, P. (Eds.) (2002). *Item generation for test development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- ISO (2011). *Procedures and methods to assess people in work and organizational settings (part 1 and 2)*. Ginebra: ISO [versión española: Prestación de servicios de evaluación: procedimientos y métodos para la evaluación de personas en entornos laborales y organizacionales (partes 1 y 2). Madrid: AENOR, 2013].
- Joint Committee on Testing Practices. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington DC: Joint Committee on Testing Practices.
- Koocher, G. y Keith-Spiegel, P. (2007). *Ethics in psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Koole, S. L. y Lakens, D. (2012). Rewarding replications: A sure and simple way to improve psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 608-614.
- Kosinski, M., Stillwell, D., y Graepel, T. (2013). Private traits and attributes are predictable from digital records of human behaviour. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 110(15), 5802-5805.
- Leach, M. y Oakland, T. (2007). Ethics standards impacting test development and use: A review of 31 ethics codes impacting practices in 35 countries. *International Journal of Testing*, 7, 71-88.
- Leeson, H. V. (2006). The mode effect: A literature review of human and technological issues in computerized testing. *International Journal of Testing*, 6, 1-24.
- Lindsay, G., Koene, C., Ovreide, H., y Lang, F. (2008). *Ethics for European psychologists*. Gottingen and Cambridge, MA: Hogrefe.
- Markovetz, A., Blaszkiewicz, K., Montag, C., Switala, C., y Schlaepfer, T. E. (2014). Psycho-Informatics: Big Data shaping modern psychometrics. *Medical Hypotheses*, 82(4), 405-411.
- Miller, G. (2012). The smartphone psychology manifesto. *Perspectives on Psychological Science*, 7(3), 221-237.
- Mills, C.N., Potenza, M.T., Fremer, J.J., y Ward, W.C. (Eds.) (2002). *Computer-based testing: Building the foundation for future assessments*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Moreland, K. L., Eyde, L. D., Robertson, G. J., Primoff, E.



- S., y Most, R. B. (1995). Assessment of test user qualifications. *American Psychologist*, 5, 1, 14-23.
- Muñiz, J. (1997). *Introducción a la teoría de respuesta a los ítems*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2012). Perspectivas actuales y retos futuros de la evaluación psicológica. En C. Zúñiga (ed.), *Psicología, sociedad y equidad*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Muñiz, J. y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, 12, 206-219.
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Muñiz, J., Prieto, G., Almeida, L., y Bartram, D. (1999). Test use in Spain, Portugal and Latin American countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(2), 151-157.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A. y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32, 113-128.
- Nosek, B. A., Alter, G., Banks, G. C., Borsboom, D., Bowman, S. D., Breckler, S. J., Buck, S., Chambers, C. D., Chin, G., Christensen, G., Contestabile, M., D'Foe, A., Eich, E., Freese, J., Glennerster, R., Goroff, D., Green, D. P., Hesse, B., Humphreys, M., Ishiyama, J., Karlan, D., Kraut, A., Lupia, A., Mabry, P., Madon, T. A., Malhotra, N., Mayo-Wilson, E., McNutt, M., Miguel, E., Levy Paluck, E., Simonsohn, U., Soderberg, C., Spellman, B. A., Turitto, J., VandenBos, G., Vazire, S., Wagenmakers, E. J., Wilson, R., y Yarkoni, T. (2015). Promoting an open research culture. *Science*, 348, 1422-1425.
- Nosek, B. A. y Lakens, D. (2014). Registered reports. A method to increase the credibility of published results. *Social Psychology*, 45, 137-141.
- Olea, J., Abad, F., y Barrada, J. R. (2010). Tests informatizados y otros nuevos tipos de tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 94-107.
- Papeles del Psicólogo (2009). *Número monográfico sobre Ética Profesional y Deontología*. Vol. 30, 182-254.
- Parshall, C.G., Spray, J.A., Kalohn, J.C., y Davey, T. (2002). *Practical considerations in computer-based testing*. New York: Springer.
- Phelps, R. (Ed.) (2005). *Defending standardized testing*. Londres: LEA.
- Phelps, R. (Ed.) (2008). *Correcting fallacies about educational and psychological testing*. Washington: APA.
- Ponsoda, V. y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 24, 82-90
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Ryan A.M., Inceoglu, I., Bartram, D., Golubovich, J., Grand, J., Reeder, M., Deros, E., Nikolaou, I. y Yao, X. (2015). Trends in testing: Highlights of a global survey. En Nikolaou, I. y J. Oostrom (Eds.). *Employee recruitment, selection, and assessment: Contemporary issues for theory and practice*. Psychology Press-Taylor & Francis.
- Shermis, M. D. y Burstein, J. C. (Eds.) (2003). *Automated essay scoring*. London: LEA.
- Simner, M. L. (1996). Recommendations by the Canadian Psychological Association for improving the North American safeguards that help protect the public against test misuse. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 72-82.
- Sireci, S., y Zenisky, A. L. (2006). Innovative items format in computer-based testing: In pursuit of construct representation. En S. M. Downing y T. M. Haladyna (Eds.), *Handbook of test development*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Van der Linden, W. J. y Hambleton, R. K. (1997). *Handbook of modern item response theory*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Williamson, D.M., Mislevy, R.J. y Bejar, I. (2006). *Automated scoring of complex tasks in computer based testing*. Mahwah, NJ: LEA.
- Williamson, D.M., Xi, X., y Breyer, J. (2012). A framework for evaluation and use of automated scoring. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 31(1), 2-13.
- Wilson, M. (2005). *Constructing measures: An item response modeling approach*. Mahwah, NJ: LEA.
- Yee, K., y MacKown, P. (2009). Detecting and preventing cheating during exams. In T. Twomey, H. White, & K. Sagendorf (Eds.), *Pedagogy not policing: Positive approaches to academic integrity at the University* (pp. 141 - 148). Syracuse: The Graduate School.
- Zenisky, A.L. y Sireci, S.G. (2002). Technological innovations in large-scale assessment. *Applied Measurement in Education*, 15, 337-362.



LA MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN SALUD MENTAL: EL CASO PARADIGMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DE ATENCIÓN

Carlos Javier López Castilla

Centro Andaluz de Intervención Psicosocial. C.A.I.P.

El presente artículo es una invitación al debate sobre el fenómeno de medicalización en la infancia en salud mental, apelando a una toma de conciencia de los profesionales. Para ello analiza, en clave epistemológica, el ejemplo paradigmático del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H). Aborda la construcción social del trastorno y el tratamiento, así como algunas falacias sobre las que se apoya: TDA-H es un déficit neurológico, es diagnosticado por profesionales especializados, los tratamientos son eficaces y se realizan en interés del menor.

Palabras clave: TDA-H, TDA, Medicalización, Atención, Déficit, Infancia, Trastornos, Epistemología, Diagnóstico.

This article is an invitation to debate about the phenomenon of the medicalisation of children in mental healthcare, appealing for awareness among practitioners. For this purpose, we analyse, from the point of view of epistemology, the paradigmatic case of Attention Deficit Disorder, with or without Hyperactivity (ADD and ADHD). We deal with the social construction of the disorder and its treatment, as well as with some fallacies on which it is based: that AD(H)D is a neurological deficit, that it is diagnosed by specialised professionals, that the treatments are effective and that these treatments are carried out in the interest of the minor.

Key words: ADHD, ADD, Medicalization, Attention, Deficit, Childhood, Disorders, Epistemology, Diagnosis.

Los datos epidemiológicos actuales acerca de los trastornos de atención con o sin hiperactividad, a partir de ahora TDA-H, suponen una grave alarma social a juzgar por la evolución de las cifras en el pasado reciente, y por las predicciones estimables a partir de las mismas para un futuro próximo. Algunos estudios señalan un rango que va del 6% al 10% de la población de los niños en edad escolar (Soutullo, 2003). Según otros autores lo más usual es situar la tasa de prevalencia en torno al 5% (Cardo y Servera, 2003). Las cifras dependen de los criterios diagnósticos utilizados en las distintas investigaciones. Una definición comportamental sitúa la prevalencia en varios países entre el 10% y el 20% de la población general, y la definición del DSM-IV reduce la horquilla del 5% al 9% (Miranda, Jarque y Soriano, 1999) Según las modificaciones introducidas en el DSM-5 se prevén tasas mayores. (Frances, 2010). El libro Blanco Europeo sobre el TDA-H afirma que uno de cada veinte niños y adolescentes europeos lo padece (Young, Fitzgerald y Postma, 2013). En España, se presumen 400.000 niños y adolescentes con TDA-H (Fernandez-Jaen, Fernández-Mayoralas, Calleja y Muñoz, 2007)

Este artículo trata de analizar algunas claves epistemológicas relacionadas con la propia definición, detección

y tratamiento del trastorno, cuestionando las mismas bases sobre las que se fundamenta. Asume, a su vez, que este proceso está guiando a multitud de profesionales, independientemente de sus intenciones éticas, hacia severas pautas de medicalización de la infancia y la adolescencia en grandes áreas del planeta. A tenor de esta realidad, propone herramientas para el debate.

EL TÉRMINO MEDICALIZACIÓN

El término medicalización apareció por primera vez en la obra "Némesis Médica" del filósofo austriaco Ivan Illich. Con este término hacía referencia a la colonización de la medicina institucionalizada de facetas de la vida que trascendían los límites reales y éticos de la propia acción médica (Illich, 1975). Definir como patológico un fenómeno cualquiera del amplio espectro posible que el mapa del desarrollo humano es capaz de dibujar, y proceder luego a medicarlo, es un hecho claro de medicalización. Estos casos representan el ejercicio de un poder social y político de las instituciones médicas, que regulan, definen y corrigen los límites de lo socialmente tolerable y permisible en un tiempo dado (Foucault 2007, 2009). En la actualidad, la intervención médica no se reduce al campo de la enfermedad, el malestar o la demanda de los pacientes, sino que llega a imponerse autoritariamente, como en el caso de los exámenes médicos para acceder a determinados puestos de trabajo o al peritaje psiquiátrico de orden judicial (Castro, 2009).

Correspondencia: Carlos Javier López Castilla. Centro Andaluz de Intervención Psicosocial. C.A.I.P. C/ Joaquín Costa, 34, bajo. 41002 Sevilla. España. E-mail: info@centropsicosocial.es



La medicalización de la existencia conlleva que gran parte de nuestro abanico comportamental sea objeto de controles médicos como los cambios asociados a los ciclos de la vida, las pequeñas molestias, o la ansiedad leve (Rodríguez, 2008). En un contexto como el descrito, la invención o extralimitación de enfermedades ya existentes a amplios sectores de la población, no sólo es una forma de control social (Moral, 2008; Manuel, 2010), reflejo de los designios culturales y morales de un tiempo dado, sino también un lucrativo negocio para las industrias cimentadas sobre la salud (Blech, 2005; Martínez, 2006). La atención en salud infantil no es ajena al fenómeno de transformar situaciones normales en patológicas y generar enfermedades a partir de situaciones potencialmente tratables. Pero aún asumiendo la multiplicidad de agentes implicados en la mercantilización de la enfermedad, son el colectivo sanitario y las instituciones encargadas de la atención infantil y la salvaguarda de los derechos fundamentales de los menores las principales responsables de comprender el problema y proponer soluciones. (Morell, Martínez y Quintana, 2009)

DOS EJEMPLOS DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL

Antes de presentar las falacias sobre las que se apoya el edificio diagnóstico del TDA-H y su tratamiento farmacológico masivo, se presentan dos casos introductorios, con la intención de ayudar a reflexionar sobre la a veces precaria objetividad del método científico en salud mental. Para ilustrar la influencia de poderes ajenos a la aplicación escrupulosa de la metodología científica en lo tocante a la definición y tipificación de diagnósticos, así como a los tratamientos psiquiátricos, se presenta a continuación los casos históricos de la "homosexualidad" y la "lobotomía" respectivamente.

Como afirman Moser y Kleinplantz (2004), todas las sociedades estipulan criterios de control para sus miembros en lo tocante a la conducta sexual. Definir determinados intereses sexuales como trastornos mentales puede acarrear según la cultura de procedencia, desde la muerte o la cárcel hasta la pérdida de derechos civiles u otras sanciones. La masturbación, el sexo oral, el sexo anal o la homosexualidad fueron en tiempos pasados reconocidas como enfermedades mentales tipificadas o recogidas como síntomas de otras patologías. En 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1974) afirmó su posición de que la homosexualidad *per se* no es un desorden mental diagnosticable. Este hecho vino desencadenado, más allá de los

nuevos escenarios políticos, sociales e históricos surgidos en aquellos años, por la más concreta movilización de Comité contra la Supresión de la Homosexualidad del DSM-II, que promovió la celebración de un referéndum en el seno de la APA acerca de dicha cuestión. En 1985, mientras se elaboraba la revisión del DSM III, los términos "homosexualidad ego-distónica" y "alteración disfórica premenstrual", éste último auspiciado por las movilizaciones de colectivos feministas, fueron debatidas hasta su definitiva desaparición del DSM III-R, publicado en 1986 (Urionabarrenetxea, 2008). Ambos casos muestran cómo la influencia de prejuicios culturales y la influencia de movimientos articulados políticamente pueden influir en la presuntamente objetiva toma de decisiones científica, especialmente en un campo abonado para ello, dada la peculiaridad de los fenómenos que estudia, como es el de la salud mental.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO

El siguiente ejemplo comienza a gestarse en el año 1935, cuando el neurólogo portugués Antonio Egas Moniz se convierte en uno de los pioneros en la aplicación de la lobotomía prefrontal en humanos para el tratamiento de patologías como la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad generalizada. En 1947 recibe el premio de Nobel de Medicina por tal invención, así como por la creación de la técnica diagnóstica conocida como angiografía (Jansson, 1998). Dos años antes, el neuropsiquiatra norteamericano Walter Freeman había modificado la técnica creando la lobotomía transorbitaria o "lobotomía con picahielo", consistente en introducir con ayuda de un martillo un punzón de metal a través de la órbita que comunica directamente con el lóbulo frontal seccionando las fibras nerviosas (Jinich, 2009). Este procedimiento abarataba los costes, haciendo prescindible la anestesia general y la necesidad de un quirófano. La práctica de la lobotomía se convirtió en rápida y ambulatoria. Cuando la aplicación de esta práctica quirúrgica comenzó su declive en 1960, se registraron, tan sólo en Estados Unidos, 100.000 lobotomías efectuadas. En 1986, el Departamento de Asesoramiento de Tecnología de Gran Bretaña publica una revisión literaria en la que concluye que la lobotomía prefrontal carece aún de base científica. Actualmente ha llegado a declararse ilegal en varios países (Hernández, Zaloff y Rosler, 2010).

En los casos anteriores, tanto los ejemplos de diagnósticos como los de tratamiento, la mayor parte de la comunidad científica blandió la veracidad objetiva de los



datos estudiados, ajenos a las falacias lógicas sobre las que se sustentaban y la devastadora influencia del entorno sobre las conclusiones. Estos casos de la historia reciente demuestran que la asepsia epistemológica de los estudios y prácticas en salud mental se ven en ocasiones, aunque no se desee y trate de ser controlada, más impelidas por las fuerzas culturales, políticas y económicas del entorno en que se producen que por la lógica inmaculada de un procedimiento metodológico concreto.

EL CASO PARAGIGMÁTICO DEL TDA-H

El catálogo de diagnósticos CIE-10 recoge el trastorno hiperactivo, que a su vez incluye el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperactivo disocial, y otros trastornos hiperactivos. No presenta el trastorno de déficit de atención porque, a juicio de la Organización Mundial de la Salud (1992), puede llevar a un sobrediagnóstico de niños apáticos, soñadores o con preocupaciones ansiosas, cuya problemática sería de origen y cariz distinto.

Sin embargo, es la definición del DSM la que ha cosechado mayor aceptación entre profesionales, académicos e investigadores (Calderón, 2003). Son especialmente los tímidos, imprecisos y discutibles requisitos diagnósticos de este catálogo los que han provocado en gran medida una epidemia planetaria de trastornos de atención. Sin embargo, la actualización del catálogo en la forma del DSM-5 parece estar lejos de corregir las fallas producidas por el antecesor (American Psychiatric Association, 2013). A juicio de Allen Frances (2010, 2014), uno de los responsables de la edición anterior, contiene peligrosas modificaciones. Entre ellas, este autor destaca la ampliación de la edad de comienzo del trastorno; la eliminación del requisito de discapacidad, convirtiendo la mera presencia de los síntomas como hecho suficiente para el diagnóstico; la reducción a la mitad de los síntomas requeridos para el diagnóstico en adultos; y permitir que niños con autismo sean diagnosticados de TDA-H. Hasta el 70% de las personas descritas con Trastornos Generales del Desarrollo cumplen los criterios del TDA-H (Ruggieri, 2006). Tales modificaciones dan mayor laxitud y flexibilidad a la etiqueta, permitiendo albergar bajo su paraguas diagnóstico a un amplio número de población infantil y adulta casi imaginable. Por otro lado, abre la veda al abuso de estimulantes en poblaciones en situaciones especialmente vulnerables como son los niños con autismo.

Pero más allá de las descripciones recogidas en los dos catálogos diagnósticos de referencia en salud mental a nivel internacional, el acuerdo en la definición de la patolo-

gía y los datos colegidos de la misma distan de cultivar un consenso aceptable en la comunidad científica. Como señala Lasa (2007) al examinar el debate actual en torno al TDA-H, el acuerdo está lejos de producirse, existiendo una amplia gama de divergencias en el conjunto de investigaciones realizadas, como son: exageradas variaciones de incidencia y prevalencia; incremento abusivo de fármacos estimulantes y diagnósticos errados; diferencias significativas en los criterios usados para el diagnóstico; y seguimientos terapéuticos escasa o nulamente controlados. En definitiva, existe una profunda controversia tanto entre investigadores como profesionales de intervención (Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

De este modo, consideramos el TDA-H como un ejemplo paradigmático de la medicalización en salud mental, pues reúne varias de las características que empujan a la medicalización masiva: una definición que permite englobar a cantidades ingentes de población, patologización de respuestas comportamentales sanas en contextos insalubres, "biologización" y cerebración de las causas, estigmatización y cronificación, entre otras.

FALACIAS QUE COMPONEN Y SOSTIENEN EL TDA-H

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define falacia "como engaño, fraude o mentira con que se intenta dañar a alguien" o el "hábito de emplear falsedades en daño ajeno". Este artículo, como ya ha sido mencionado, no cuestiona la buena voluntad de los profesionales e investigadores en salud mental infantil, así como la de los otros actores implicados, pero tampoco cuestiona el daño que miles de menores están padeciendo en base a un conjunto de falacias, comenzando por la que define el método científico como ajeno a toda tentativa de poder político y/o económico. En palabras de Nietzsche (cit. en Nardone, 2008), en ocasiones, "el camino al infierno está empedrado de buenas intenciones".

El TDH-A es un déficit neurológico

En una emblemática publicación, fechada en 1998 y promovida por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, se buscó una visión de consenso entre los especialistas en TDA-H acerca de los resultados de décadas de investigación (National Institute of Health, 2000). Se llegó a la conclusión de que no existía un déficit neurológico asociado al diagnóstico. Hasta la fecha, sigue sin encontrarse una etiología orgánica que explique la existencia del mismo. Los parámetros usados para su diagnóstico son meramente descriptivos. Se reúnen un conjunto de síntomas, se evalúan subjetivamente por



partes implicadas en el proceso y se comparan a una escala de normalidad cuestionable.

Respecto a la información presuntamente objetiva, recabada por los profesionales de la salud, el diagnóstico y tratamiento de TDA-H obedece a una visión reduccionista y simplificadora de la psicopatología. Detectada una sintomatología, se obvia la etiología contextual, sistémica y ecológica que podría explicar el estado del menor, así como las claves emocionales implicadas y su historia psico-evolutiva. Se deduce, en un salto lógico erróneo, una alteración orgánica de la mera presencia de un cuadro sintomatológico valorado en función de parámetros sociales.

Como afirma Pérez Álvarez (2011), existe en la actualidad una tendencia a suponer determinados rasgos cerebrales como factores causales del comportamiento. Para rebatir lo que ha denominado *cerebrocentrismo* (Pérez Álvarez, 2012), propone dos ejemplos harto conocidos en la literatura neurocientífica. En primer lugar, cita el cerebro de los taxistas de Londres, cuya parte posterior de sus hipocampos se encuentra significativamente aumentada, estableciéndose una relación proporcional entre dicho incremento volumétrico y los años de práctica profesional. Nadie ha preconizado que los taxistas elijan su profesión empujados por la dimensión de su hipocampo, sino a la inversa, como en el caso de los músicos, su siguiente ejemplo, se ha defendido que son los largos años de práctica profesional continuada los que han generado cambios anatómicos en sus cerebros. Para el caso que nos ocupa, definir ciertas alteraciones neurológicas como causa de un cuadro comportamental, es prescindir de toda lógica científica. Las características cerebrales no son exclusivamente causas o consecuencias del comportamiento, sino parte de un proceso de interrelaciones biológicas, sociales y culturales concretadas en una historia de desarrollo individual. Ni siquiera en el caso de llevarse a término una descripción de alteraciones neurológicas concretas, se puede adjudicar a la misma un papel causal.

En definitiva, no existen pruebas fidedignas para la proclamación de un déficit neurológico que avale la implementación de tratamientos psicofarmacológicos (Doyle, Biederman, Seidman, Webwe y Faraone, 2000; Hechtman, 2000), hecho que no impide que la mayor parte de las intervenciones actúen como si así fuera. La etiología del cuadro descrito bajo el nombre de TDA-H puede obedecer más a parámetros sociales y educativos que a alteraciones neurológicas (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014).

El método diagnóstico es objetivo

No existen pruebas médicas de diagnóstico que examinen las características biológicas de los sujetos evaluados para determinar la presencia o ausencia de TDA-H. EL método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales. La presencia o ausencia de determinadas conductas, así como su frecuencia en un tiempo dado, son las que determinan la inclusión o exclusión de los individuos en dicha categoría diagnóstica. Para facilitar la recogida de información se han diseñado escalas observacionales basadas en el listado de síntomas definitorios del trastorno. Estas listas, bien son una trascripción literal de los requisitos del DSM-IV, bien son adaptaciones de los mismos a un lenguaje y situaciones más cotidianas. De entre tales listados, hemos escogido la Escala Conners como ejemplo (Conners, 1997), dada su popularidad entre profesionales e investigadores.

La escala Conners es un listado de síntomas con un formato de respuesta tipo Likert. Existen cuatro versiones de la prueba: dos extensas (una para padres y otra para profesores) y dos abreviadas (subdivididas del mismo modo que la anterior).

La mayoría de los trabajos que han analizado la concordancia entre padres y profesores, respecto a la evaluación de un mismo sujeto, han encontrado un grado moderado de acuerdo. En la actualidad, no existen datos suficientes para valorar qué informantes (padres o profesores) representan mayor fiabilidad para discriminar la existencia o no de TDA-H. Algunos trabajos indican que ha de prevalecer la información de los profesores, otros que la de ambos y otros que la de los padres (Amador, Idiazabal y Sangorrín, 2002). La ausencia de un criterio unificado en el diagnóstico resta credibilidad a las evaluaciones, aún asumiendo la fiabilidad de las partes subjetivas.

Además, la escala Conners no realiza un diagnóstico diferencial claro. Niños que podrían ser positivamente diagnosticados con TDA-H bajo su uso podrían pertenecer a otras categorías diagnósticas psiquiátricas o a padecer dificultades de aprendizaje (Advokat, Martino, Hill y Gouvier, 2007).

La opinión de padres y profesores no sólo está mediada por sus propias creencias y prejuicios, sino por una historia relacional con el sujeto evaluado. Esta realidad podría gozar de un sentido constructivo en el seno de una psicoterapia que respetara la verdad subjetiva de cada una de las partes, pero no en un tratamiento que



receta psicofármacos estimulantes bajo el amparo de una realidad falsamente objetiva.

EL TDH-A es diagnosticado por profesionales especializados

La metodología diagnóstica, descrita en el apartado inmediatamente anterior, implica que, en muchas ocasiones, sean los padres y profesores los principales encargados de hacer las observaciones sobre las que se dictamina el diagnóstico. Esta observación no se realiza siguiendo una metodología observacional adecuada, que respete las pautas de fiabilidad y validez dignas de todo registro de confianza, sino que se basa en el recuerdo y opinión subjetiva de personas que carecen tanto de formación en salud mental como de los conocimientos metodológicos necesarios. Entre un 40% y un 50% de los varones son consignados como hiperactivos por padres y profesores (Fernández-Jaen et al. 2007). Hay que añadir que a eventos prácticos, el diagnóstico parte en ocasiones de profesionales de la educación o la medicina, carentes también de formación específica en salud mental.

La intervención se encamina a disminuir el sufrimiento del menor

Si en la escuela un niño no presta atención a los detalles o comete errores en las tareas escolares, le cuesta mantener la atención sobre las mismas, no las finaliza, le cuesta jugar en silencio durante los momentos de ocio, mantenerse sentado durante un tiempo prolongado en el aula, suele olvidar las tareas de un día para otro y tiende a distraerse en clase, estamos ante un claro ejemplo de niño trastornado por una capacidad atencional deficitaria. Así es descrito por el principal manual de diagnóstico psiquiátrico (DSM). Y como se mencionó al principio del artículo, el número de niños afectados alcanza cifras epidémicas y crecientes. Creemos que la inmensa mayoría de profesionales al contemplar tales criterios diagnósticos, apelando más a su conciencia y entendimiento puramente humanos, que a la perspectiva adiestrada del pensar científico o profesional, han de atisbar algo del descomunal absurdo que entraña tal descripción. Una sociedad que en base a tales comportamientos no ejerce ninguna autocritica acerca de la deriva de su sistema educativo y la privación emocional y relacional de la sociedad contemporánea (Bauman, 2002), sino que se limita a adjudicar una etiqueta diagnóstica y una disfunción cerebral a los niños que así se comportan, ha de pararse seriamente a reflexionar so-

bre su quehacer profesional. El malestar que representa el comportamiento del menor puede deberse en gran parte a una falta de adaptación a un medio escolar anacrónico, condicionado desde su génesis por los sistemas prusianos de organización burocrática (Bowen, 1985), los modelos pedagógicos de inspiración católica (Foucault, 2009), especialmente en Europa, y las necesidades económicas de la sociedad industrial. La política actual tiende a centrarse más en el desastroso fracaso escolar reflejado en la ausencia de logros académicos, que en una crítica constructiva que cuestione los cimientos de un sistema educativo desfasado y diametralmente opuesto a las necesidades emocionales, físicas y cognitivas de su alumnado. Sin embargo, es notable el aumento reciente de tales críticas por pensadores notables (Bauman, 2008; Gardner, 1997; Marina, 2010; Morin, 1999; Naranjo, 2002; Schank, 2011). Desde las perspectivas asumidas por tales críticos, replantear la hipótesis original de que la desadaptación del alumno al medio escolar es consecuencia de una patología, por una que describa el mismo fenómeno como una respuesta humana normalizada (y cada vez más normalizada, pues se baraja la cifra de uno por cada veinte alumnos) a un sistema educativo patológico, se convierte en un sano ejercicio de reflexión profesional insoslayable. Si bien desde el presente artículo abogamos por una hipótesis a medio camino entre ambas, es necesario cuestionar el entorno educativo en el que tienden a detectarse la mayoría de los casos de TDA-H, para situar en su justa medida la auténtica realidad del fenómeno.

Pero no sólo es necesario cuestionar los métodos pedagógicos de nuestro sistema educativo actual, sino, para enfocar con mayor claridad, se torna también urgente, analizar los otros contextos sociales por los que la población infantil diagnosticada se ve influenciada. Kabat-Zinn (2007) llega a proponer que su propio país, Estados Unidos, bien podría ser diagnosticado de TDA. En una sociedad que fomenta la impulsividad, la falta de raciocinio crítico, que alimenta hábitos en los que la atención continuada es difícilmente realizable y la hiperactividad a todos los niveles del ecosistema cultural, desde lo laboral a lo familiar, desde el rol de consumidor al de espectador, no es precisamente extraño que se generen individuos que reflejen con especial intensidad, incómoda intensidad, varias de las principales características del sistema en el que crecen. Asumir la realidad del TDA-H no sólo como una patología individual, sino también como un signo de la naturaleza errónea de nuestros sistemas educativos y un reflejo de los modos de



funcionar de nuestra cultura, plantea problemas graves a cualquiera. Es más sencillo resolver la cuestión construyendo una epidemia psicopatológica que reformulando y replanteando muchas de las pautas socioculturales en las que estamos inmersos. En un sentido ilustrativo, es más sencillo medicar a uno de cada veinte niños y adolescentes europeos que modificar desde sus cimientos todo el sistema educativo.

Incluso asumiendo el acierto de esta estrategia diagnóstica, aún podemos plantearnos si las soluciones propuestas son las indicadas para aminorar el sufrimiento de los niños. Observemos el proceso. Una vez el sujeto es diagnosticado, socialmente etiquetado como enfermo trastornado, es adscrito a un conjunto de estereotipos e ideas preconcebidas del medio social en el que vive, generando emociones y pensamientos en aquellos con quien interacciona que son independientes de su comportamiento real (Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009). Dicho contexto relacional, y los posibles efectos secundarios de los fármacos que ingiere, agravan un proceso de estigmatización que va creciendo peligrosamente conforme avanza la vida del individuo (Muñoz et al; 2009). Además, dicho etiquetaje deja en un estado de indefensión al individuo y sus familiares. Ya lo afirmó Fromm hace décadas, la ambigua psiquiatría contemporánea ha delimitado el campo de lo patológico como una desviación de lo normal. En la antigüedad, esta función social normalizadora era ejercida por otros poderes cuestionables, el individuo podía defenderse a un nivel psicológico de quienes le atacaban como contrario a una doctrina determinada, pero hoy en día ¿quién puede defenderse de la ciencia? (Fromm, 2007).

El tratamiento farmacológico es el más correcto

El uso de psicoestimulantes, como el Metilfenidato, uno de los principales tratamientos para el TDA-H, puede producir claros signos de docilidad en niños y animales, sin que por ello mejore el rendimiento académico o se enriquezca el abanico de comportamientos que permita una mayor adaptación del menor a su entorno (Breggin, 1996). De esta forma, el consumo continuado de psicoestimulantes, como el mencionado metilfenidato, o el metilfenidol o la dextroanfetamina, causan apatía, retiro social, depresión emocional y docilidad, así como comportamientos obsesivos y perseverantes, todos ellos, especialmente aptos para desenvolverse en ambientes altamente estructurados como son las escuelas actuales (Breggin, 1999). En la medida que la evidencia científica no resuelve las cues-

tiones más importantes respecto al tratamiento de los menores diagnosticados, así como ni siquiera se encuentran pruebas concluyentes que avalen la existencia objetiva de una alteración neurológica, el hecho de usar una potente sustancia como medicación en niños de corta edad, parece obedecer más, como comentábamos anteriormente, a la sumisión de las necesidades del niño a las del mundo adulto (Cohen, 2009), que a un tratamiento eficaz para una perturbación de causas desconocidas, sin mencionar los condicionamientos económicos de su uso. Baste indicar que en la década comprendida entre 1993 y 2003 el consumo mundial de medicación para el TDA se triplicó y el gasto global se multiplicó por nueve (2.400 millones de dólares americanos en 2003) (Scheffler, Hinshaw, Modrek y Levine, 2007).

En este apartado, no hemos analizado un problema fundamental, por exceder el campo de estudio prescrito para el artículo, pero de ineludible mención, como es la existencia de una amplia gama de efectos secundarios de los psicofármacos administrados.

CONCLUSIÓN

Dadas las magnitudes epidémicas del fenómeno, la discusión ha trascendido el ámbito académico y profesional, produciéndose cierto eco social que cuestiona y debate aspectos globales y macroeconómicos, como el poderío de las empresas farmacéuticas o la alta efectividad de las modernas estrategias de persuasión publicitaria. Pero este artículo no se centra en dicha perspectiva, sino que invita a una toma de consciencia, a un alto en el camino de los profesionales que trabajamos en los ámbitos relacionados con el diagnóstico de niños con trastornos de atención y las prácticas de atención derivadas. El interés ético que guía nuestras profesiones es impulsar el crecimiento integral de niños y niñas, paliar su sufrimiento y el de sus familias, haciendo honor al interés que se encuentra en el corazón mismo de nuestras labores, sean sanitarias, pedagógicas y/o sociales. Actuar asumiendo un margen de inercia y protocolo que facilite nuestro trabajo es normal y recomendable, pero cuando la realidad deja de encajar con tales atajos, alejándonos de nuestros objetivos, es necesario parar y analizar críticamente la situación. Si lejos de hacer honor al código deontológico de nuestras profesiones, somos agentes activos en la creación y permanencia de una pandemia, es necesario parar, pensar y construir una nueva estrategia de actuación. Desde la perspectiva asumida por este artículo, da igual si la inercia que nos guiaba era animada por los intereses especulativos de multinacionales farmacéuti-



cas u otros siempre discutibles poderes en la sombra, o se debía sencillamente a la infinitamente compleja realidad del mundo, lo que no puede sernos indiferente es alejarnos del propósito que define nuestra labor como profesionales e investigadores. Llegados a este punto, es necesario hacer lo que sabemos hacer, trabajar por el interés, la educación y la salud de los niños y niñas que acuden a nuestros servicios, prestando una ayuda real y efectiva, que no viole el principio hipocrático *primum non nocere*, y que trate además de ofrecer el mejor camino posible al alivio de su sufrimiento.

REFERENCIAS

- Advokat, C., Martino, L., Hill, B.D. y Gouvier, W. (2007). Continuous Performance Test (CPT) of college students with ADHD, psychiatric disorders, cognitive deficits, or no diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 10 (3): 253-256.
- Amador, J.A., Idiazábal M.A. y Sangorrín, J. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad *Psicothema*, 14(2), 350-356.
- American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry*, 131(4), 497.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bauman, Z. (2008): *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Barcelona: Gedisa.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Breggin, P. R y Breggin, G. R. (1996). The hazards of treating "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" with methylphenidate (Ritalin). *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(2), 55-72.
- Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Part I – Acute risks and psychological effects. *Ethical Human Sciences and Services*, 1(1), 13-33.
- Bowen, J. (1985). *Historia de la educación occidental*. Barcelona: Herder.
- Calderón Garrido, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Programa de tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 7(1), 7-25.
- Cardo Jalón, E. y Servera Barceló, M. (2003). Trastorno por déficit con atención con hiperactividad. Una visión global. *Anales de Pediatría*, 59(3), 225-228.
- Cohen, E. F y Morley, CH. P. (2009). Children, ADHD, and citizenship. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34(2), 155-180.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Doyle, A. E., Biederman, J., Seidman, I. J., Webwe, W. y Faraone, S. V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 477-488.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., Calleja-Pérez, B. y Muñoz Jareó, N. (2007). El niño hiperactivo. *Jano*, 1676, 27-33.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. y Chomsky, N. (2007). *La naturaleza humana, justicia versus poder, un debate*. Madrid: Katz Editores.
- Frances, A. (2010). *Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM*. Recuperado el 10-03-2014 de <http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Fromm, E. (2007). *La vida auténtica*. Barcelona: Paidós.
- García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2014) *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gardner, H. (1997). *La mente no escolarizada. Cómo piensan los niños y cómo deberían enseñar las escuelas*. Barcelona: Paidós.
- Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 481-498.
- Hernández, D., Zaloff, J.M. y Rosler, R. (2010). Historia de la psicocirugía. Lobotomía: del premio Nobel al oprobio. *Cultura e Investigación en Ciencias de la Salud*, 2(2), 1-8.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jansson, B. (1998). *Controversial psychosurgery resulted in a Nobel Prize*. Recuperado el 11-02-2014, de



- http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-article.html
- Jinich, H. (2009). La verdad y el error en medicina: enseñanzas de la historia. *Gaceta Médica Mexicana*, 145(3), 255-258.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La Práctica de la Atención Plena*. Barcelona: Kairós.
- Lasa Zulueta, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatología Salud Mental*, 2, 9-16.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L, López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 101, 43-83
- Manuel Carballeda, A. J. (2010). La Medicalización de la vida cotidiana como trasfondo de la intervención social. Una revisión del concepto de "determinantes del medio". *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 59, 1-10.
- Marina, J. A. (2010). *La educación del talento*. Barcelona: Ariel.
- Martínez Hernández, A. (2006). El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43(3), 43-56.
- Miranda, A., Jarque, S. y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28(2), 182-188.
- Moser, C. y Kleinplatz, P.J. (2004). EL DSM y las parafilias: Un argumento para su retirada. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 19, 31-56.
- Morell Sixto, M.E., Martínez González, C. y Quintana Gómez J.L. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 491- 512.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: UNESCO.
- Moral Jiménez, M. V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104
- Muñoz, M., Pérez Crespo, M., y Guillén A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense S.A.
- Naranjo, C. (2002). *Cambiar la educación para cambiar el mundo*. Vitoria: Ediciones La Llave.
- Nardone, G. (2008). *La mirada del corazón: aforismos terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- National Institute of Health (2000). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 182-193.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pelayo Terán, J.M., Trabajo Vega, P., Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1), 7 – 35.
- Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador: cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2012). Frente al cerebrocentrismo: psicología sin complejos. *Infocop*, 57, 8-12.
- Rodríguez Díaz, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 71-85
- Ruggieri, V. L. (2006). Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. *Revista de Neurología*, 42(3), 51-56.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Schank, R. (2011). *Teaching minds: How cognitive science can save our schools*. New York: Teachers College Press.
- Scheffler, R. M., Hinshaw, S.P., Modrek, S. y Levine P. (2007). The global market for ADHD medications. *Health Affairs*, 26(2), 450-457
- Soutullo, C. (2003). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina Clínica*, 120(6), 222-226
- Urionabarrenetxea, K. M. (2008). Aspectos Éticos de la homosexualidad. En F. J. De la Torre (Ed.), *Sexo, Sexualidad y Bioética* (pp. 87-130). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Young, S., Fitzgerald, M. y Postma, M. J. (2013). *TDAH: Hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados*. Brussels: European Brain Council.



TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA REDUCIR LA FATIGA EN LOS SUPERVIVIENTES AL CÁNCER: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Francisco García Torres y Francisco J. Alós

Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba/IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía

El cáncer sigue siendo un grave problema de salud en todo el mundo. Sin embargo, debido a la eficacia de los tratamientos y a la mejora de los sistemas de sanidad el número de supervivientes al cáncer ha aumentado significativamente a lo largo de los años. La fatiga es una de las consecuencias del cáncer que aparecen con una mayor frecuencia causando importantes alteraciones en la vida de los supervivientes. Diferentes tratamientos psicológicos han sido utilizados para reducir la fatiga en este grupo de pacientes. Las terapias de tipo cognitivo-conductual y el mindfulness son las que aportan mayores datos que avalan su eficacia, por delante de las intervenciones de tipo psico-educativo. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con supervivientes al cáncer de mama, por lo que sería deseable probar la eficacia de estas técnicas en una mayor variedad de tipos de cáncer.

Palabras clave: Cáncer, Oncología, Supervivientes, Fatiga, Tratamientos psicológicos.

Cancer remains a major health problem worldwide. Due to the efficacy of the treatments and the improvements in health systems, however, the number of cancer survivors has increased significantly over the years. Fatigue is one of the cancer consequences that appear more frequently causing significant changes in survivors lives. Different psychological treatments has been used to reduce fatigue in this patient group. Cognitive-behavioral techniques and mindfulness are those that provide higher data supporting its effectiveness, ahead of psycho-educational interventions. Most studies, however, have been conducted with breast cancer survivors, and it would be desirable test the effectiveness of these techniques in a greater variability of cancer types.

Key words: Cancer, Oncology, Survivors, Fatigue, Psychological treatments.

L A IMPORTANCIA DEL CÁNCER A NIVEL MUNDIAL

El cáncer continúa siendo un problema de salud en todo el mundo. Según los datos recogidos por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (The International Agency for Research on Cancer, IARC), en el 2012 fueron diagnosticados 14.1 millones de casos nuevos de cáncer en todo el mundo, con una mortalidad de 8.2 millones. Comparando estos datos con los obtenidos por el mismo organismo en el 2008, se observa una tendencia al alza ya que en este año el número de nuevos casos de cáncer fue de 12.7 millones con una mortalidad de 7.6 millones. Entre los tipos de cáncer, el que presenta una mayor incidencia a nivel mundial es el de pulmón (13% del total), seguido del cáncer de mama (11.9%), y colorrectal (9.7%). La mayor mortalidad se observa también en el cáncer de pulmón (19.4%), seguido del cáncer de hígado (9.1%) y estómago (8.8%). (Ferlay et al., 2013).

Correspondencia: Francisco García Torres. Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba. C/ Sal Alberto Magno. 14071. Córdoba. España.

E-mail: garcia_torres_francisco@hotmail.com

En España, en el año 2012 se diagnosticaron 215.534 nuevos casos de cáncer, de los cuales dos tercios fueron para pacientes mayores de 65 años, con una tasa de 215.5 casos para cada 100.000 habitantes. La predicción para el año 2015 nos ofrece datos de un aumento de casos nuevos de cáncer, hasta alcanzar los 227.076, datos que se explican por el progresivo envejecimiento de la población. Los tipos de cáncer más frecuentes en los hombres son el de próstata, el de pulmón y el colorrectal, siendo el de mama el más frecuente en las mujeres, por delante del colorrectal y del cáncer de cuerpo del útero. En cuanto a la mortalidad, el número de muertes por cáncer en España fue de 102.762 de los cuales una tercera parte fue en pacientes mayores de 65 años. Las predicciones para el 2015 indican un aumento de la mortalidad, ya que se esperan alrededor de 108.390 muertes por cáncer. En los hombres, la mayor mortalidad se observa en el cáncer de pulmón (27.4%), seguido del cáncer colorrectal (13.7%) y el cáncer de próstata (8.6%). En las mujeres, la mayor mortalidad se observa en el cáncer de mama (15.5%), seguido del cáncer colorrectal (15.2%) y seguido del cáncer de pulmón (9.4%) (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014).



LA SUPERVIVENCIA, ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN

A pesar del aumento del número de casos y de la mortalidad debida al cáncer que se observa en las estadísticas a nivel mundial, gracias a la mejora en los tratamientos y a la atención sanitaria, el número de pacientes que sobrevive a la enfermedad también ha aumentado de forma significativa a través de los años. En este sentido, si tenemos como referencia la creación en Estados Unidos de la Cancer National Act en 1971, el número de pacientes con cáncer que sobrevivían a la enfermedad era de 3 millones, pasando a los 12 millones de supervivientes que se observaron en el año 2010 en los Estados Unidos (Valdivieso, Kujawa, Jones y Baker, 2012). Actualmente, la supervivencia relativa al cáncer en España se encuentra dentro de la media Europea. Si observamos las estadísticas relativas a la supervivencia por tipo de cáncer en España, encontramos que la mayor tasa de supervivencia se observa en el melanoma (84.6%), seguido del cáncer de próstata (84.7%), el cáncer de mama (82.8%), por delante del Linfoma tipo no Hodgkin (60.4%), riñón (57.8%), colon (57.1%), rectal (56.4%), ovario (36.8%), estómago (25.6%) y finalmente con un 10.7% de supervivencia asociada, el cáncer de pulmón (De Angelis et al., 2014). Como se comentó anteriormente, un hito relevante en el estudio de la supervivencia, fue la creación en 1971 de la National Cancer Act en los Estados Unidos, una ley federal que tenía como objetivo incrementar la investigación de las causas del cáncer y el desarrollo de tratamientos eficaces (Valdivieso et al., 2012). Siguiendo esta línea de actuación, el movimiento de la supervivencia en los Estados Unidos se asocia frecuentemente a dos hechos relevantes. Por un lado, la publicación en 1985 de un artículo escrito por el Dr. Fitzhugh Mullan, en el cual describe su experiencia personal con el cáncer. En este artículo, Mullan propone la primera clasificación de la supervivencia al cáncer dividida en tres etapas (aguda, extendida y permanente) desde un punto de vista psicosocial, integrando las respuestas de ajuste de las personas a lo largo del tiempo (Mullan, 1985). El otro hecho importante es la creación en 1986 de la National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS). En su primera reunión, dicha coalición estableció una nueva definición en la que una persona podía ser considerada como superviviente al cáncer desde el momento del diagnóstico. Los miembros de la coalición arguyeron que esta nueva definición ofrecía un espacio para la esperanza además de proporcionar un soporte adecuado para la toma de decisiones relativa a la elec-

ción del tratamiento. Recientemente, el National Cancer Institute (2014), propone que la supervivencia comienza una vez finalizado el tratamiento, y continúa hasta el final de la vida del paciente. Esta definición incluye los aspectos físicos, psicológicos y económicos del cáncer además de los efectos a largo plazo de los tratamientos, la aparición de un segundo cáncer y la calidad de vida global tanto de los pacientes que han superado el cáncer como de los familiares y cuidadores.

LA FATIGA

Una de las alteraciones que aparece con mayor frecuencia en los supervivientes al cáncer es la fatiga. Se observa en un elevado porcentaje de supervivientes afectando entre el 4-91%. Su severidad aumenta con el progreso de la enfermedad, ya que es el síntoma más común después de finalizar el tratamiento, y pueden observarse niveles elevados hasta diez años después de finalizado el mismo (Escalante y Manzullo, 2009; Garabelli Cavalli Kluthcovsky et al., 2012; Harrington, Hansen, Moskowicz, Todd y Feuerstein 2010; Lawrence, Kupelnick, Miller, Devine y Lau, 2004; Pachman, Barton, Swetz y Loprinzi, 2012; Sadjja y Mills, 2013). La fatiga en los supervivientes se define como un sentimiento de cansancio fuera de lo normal que está acompañado de altos niveles de malestar, que es desproporcionado con la actividad realizada por el paciente y que además no se alivia con el descanso o el sueño (Weis, 2011). Dentro de la definición de fatiga encontramos además del cansancio, otros síntomas, como por ejemplo la apatía, la debilidad y el agotamiento (Cancer Symptoms, 2013). La fatiga puede aparecer en los pacientes durante el tiempo que el tratamiento está activo, y algunos autores sugieren que puede estar causada por la inflamación de los tejidos producto de los efectos de las diferentes terapias, aunque no existe un consenso total acerca de las causas de la existencia de fatiga en este grupo de pacientes (Bower, 2014). La fatiga se relaciona con diferentes aspectos relacionados con el bienestar de los pacientes, como por ejemplo una peor calidad de vida, la presencia de depresión, ansiedad, alteraciones en el sueño, la falta de un adecuado apoyo social, el dolor y además, la fatiga se asocia con unos peores pronósticos de supervivencia (Berger, Gerber y Mayer, 2012; Bower, 2014; Kuhnt et al., 2009). En este sentido, determinados factores actúan como predictores de la fatiga después del tratamiento. Por ejemplo, en supervivientes al cáncer de mama se observa que una menor edad, el



dolor, la disnea, el insomnio, las náuseas y los vómitos y la presencia de pensamientos intrusivos predicen la ocurrencia de fatiga en este grupo de pacientes (Dupont, Bower, Stanton y Ganz, 2014; Garabelli Cavalli Kluthcovsky et al., 2012).

LA EVALUACIÓN DE LA FATIGA

Existen una gran variedad de escalas que se han desarrollado con el objetivo de evaluar la fatiga en los pacientes de cáncer. Así, encontramos la BFI (Brief Fatigue Inventory) que cuenta con unas adecuadas propiedades psicométricas y ha sido validada en pacientes de cáncer. Esta escala permite diferenciar entre tres categorías de fatiga: leve, media y severa. Otra escala ampliamente utilizada es la POMS-F (Profile of Mood States-Fatigue). Esta escala evalúa la severidad de la fatiga a partir de las respuestas dadas a 7 ítems y obtiene unos índices psicométricos adecuados ($\alpha = 0.90$). También encontramos la escala EORTC QLQ C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30), aunque desarrollada para evaluar la calidad de vida en los pacientes de cáncer, esta escala incluye la evaluación de la severidad de la fatiga mediante 3 ítems de forma independiente. Las propiedades psicométricas son adecuadas, aunque más débiles que otras escalas que incluyen un mayor número de ítems relacionados con la fatiga (Bower et al., 2014) Entre las escalas que han sido validadas para evaluar la fatiga en los supervivientes al cáncer encontramos Revised Piper Fatigue Scale, que cuenta con unas robustas propiedades psicométricas en supervivientes al cáncer de mama y que cuenta con 22 ítems distribuidos en las diferentes escalas y que ha sido adaptada recientemente al castellano por Cantarero-Villanueva et al (2014) además de la CIS (Checklist Individual Strength) que incluye 8 ítems que evalúan específicamente la fatiga y cuyas propiedades psicométricas son adecuadas (Vercoulen, Alberts y Bleijenbergh, 1999).

EL EJERCICIO Y LA TERAPIA FARMACOLÓGICA

Antes de comenzar con la descripción de las intervenciones de tipo psicológico, hemos de comentar otro tipo de intervenciones que son habitualmente recomendadas en el ámbito sanitario. En primer lugar, una cada vez mayor evidencia avala la aplicación del ejercicio físico para aliviar los síntomas de fatiga en los supervivientes al cáncer, con unos efectos más positivos para los programas de intensidad moderada y que incluyan ejerci-

cios de resistencia (Battaglini et al., 2014; Brown et al., 2011). Además este tipo de programas cuentan con una elevada adherencia entre los pacientes (Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell y Gracey, 2013). Por otro lado, existen datos que avalan el uso de algunos psicoestimulantes como el metilfenidato para aliviar la fatiga en pacientes de cáncer con tratamiento activo o con enfermedad avanzada, sin embargo, la evidencia a favor del uso de los psicoestimulantes para lograr este objetivo en supervivientes al cáncer es limitada (Bower et al., 2014).

SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS

La búsqueda de información se realizó utilizando las palabras claves: cancer, survivors, fatigue, treatment o cancer, survivors, fatigue, intervention. Se tuvo en cuenta la información de artículos completos y abstract publicados en las bases de datos Pubmed/Medline, PsycINFO y Web of Knowledge (WOK) en los últimos 10 años. Los criterios de inclusión de los artículos fueron los siguientes: los participantes en los estudios debían ser mayores de 18 años, haber recibido un diagnóstico de cáncer y haber finalizado el tratamiento activo. En cuanto al tipo de estudio se priorizó sobre todo la inclusión de ensayos de tipo aleatorizado y controlado, aunque se tuvo en cuenta otro tipo de ensayos con un menor nivel de control. Las intervenciones seleccionadas fueron aquellas de tipo psicológico. Los resultados se muestran en la tabla 1.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

El cáncer sigue siendo una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios a nivel mundial. A pesar de las cifras que nos indican que en los próximos años las cifras de incidencia y mortalidad al cáncer seguirán creciendo, afortunadamente el número de personas que superan la enfermedad sigue en aumento. Este incremento en la supervivencia al cáncer está relacionado con la mayor eficacia de los tratamientos y al acceso que existe en los países desarrollados a los sistemas de salud. Sin embargo, superar la enfermedad supone un nuevo desafío para los pacientes ya que han de afrontar diferentes consecuencias en variados ámbitos, tanto físicos, como psicológicos y sociales. Dentro de estas consecuencias de la enfermedad, la fatiga es una de las más frecuentes en los supervivientes, ya que se presenta en un gran porcentaje de los pacientes y sus efectos pueden persistir en el tiempo. Por este motivo, la implementación



TABLA 1
CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Autores/año	Número de Pacientes	Tipo de ensayo	Tipo de cáncer	Instrumentos	G. Tratamiento Intervención	G. Control Intervención	Resultados	Seguimiento
Prinsen et al., 2013	37	Aleatorizado y controlado	Varios tipos de cáncer	N. D.	Terapia cognitivo-conductual	Lista de espera	Reducción significativa de la fatiga y aumento de la actividad física	6 meses: Se mantienen los resultados
Glielissen, Verhagen & Bleijenberg, 2007	68	Aleatorizado y controlado	Varios tipos de cáncer	Checklist Individual Strength (CIS)	Terapia cognitivo-conductual	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga	Entre 1 y 4 años: se mantienen los resultados
Glielissen, Verhagen, Witjes & Bleijenberg, 2006	112	Aleatorizado y controlado	Varios tipos de cáncer	Checklist Individual Strength (CIS)	Terapia cognitivo-conductual	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga	6 meses: Se mantienen los resultados
Van Weert et al., 2010	209	Aleatorizado, controlado y multicentro	Varios tipos de cáncer	Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)	Dos grupos: a)TCC + ejercicio b)Ejercicio	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga en los dos grupos de tratamiento	Sin seguimiento
Matthews et al., 2014	56	Aleatorizado y controlado	Mama	N. D.	TCC para el insomnio	Tratamiento placebo	Mejor eficiencia y menor latencia del sueño. Sin efectos sobre la fatiga	6 meses: se mantienen los resultados
Dirksen & Epstein, 2008	72	Aleatorizado	Mama	N. D.	TCC para el insomnio	Educación e higiene del sueño	Reducciones significativas de la fatiga	Sin seguimiento
Espie et al., 2008	150	Aleatorizado y controlado	Varios tipos de cáncer	N. D.	TCC para el insomnio	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de vigilia nocturna y en la fatiga	6 meses: Se mantienen los resultados
Reif, De Vries, Petermann & Görres, 2013	261	Aleatorizado, controlado y multicentro	Varios tipos de cáncer	N. D.	Programa educativo para reducir la fatiga	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de la fatiga, calidad de vida, auto-eficacia, actividad física, ansiedad y depresión	N. D.
Yun et al., 2012	273	Aleatorizado y controlado	Varios tipos de cáncer	Brief Fatigue Inventory (BFI) y Fatigue Severity Scale (FSS)	Programa educativo a través de internet basado en la guías de la National Comprehensive Cancer Network y modelo transteórico	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de la fatiga.	Sin seguimiento
Johnston et al., 2011	12	Aleatorizado y controlado (piloto)	Mama	Brief Fatigue Inventory (BFI)	Programa educativo (ejercicio, nutrición, manejo del estrés) + acupuntura	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de la fatiga	Sin seguimiento
Fillion et al., 2008	87	Aleatorizado y controlado	Mama	N. D.	Programa educativo (manejo del estrés) + ejercicio	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de la fatiga, nivel de energía, calidad de vida y malestar emocional	3 meses: Se mantienen los resultados
Bower et al., 2014	71	Aleatorizado y controlado	Mama	N. D.	Mindfulness	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga, estrés, depresión y alteraciones en el sueño	3 meses: no se mantienen los resultados
Johns et al., 2014	35	Aleatorizado y controlado (piloto)	Varios tipos de cáncer	N. D.	Mindfulness	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga, vitalidad, depresión y alteraciones en el sueño	1 y 6 meses: se mantienen los resultados.
Van der Lee & Garssen, 2012	100	Aleatorizado	Varios tipos de cáncer	Checklist Individual Strength (CIS)	Mindfulness	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga	6 meses: se mantienen los resultados
Hoffman et al., 2012	229	Aleatorizado y controlado	Mama	Profile of Mood State (POMS).	Mindfulness	Lista de espera	Reducciones significativas de la fatiga	3 meses: se mantienen los resultados
Lengacher et al., 2012	N. D.	Aleatorizado	Mama	M.D. Anderson Symptom Inventory	Mindfulness	Tratamiento habitual	Reducciones significativas de la fatiga	Sin seguimiento

N. D. (No disponible).



de intervenciones que puedan ayudar a paliar estos síntomas en los supervivientes supone una importancia capital. En este sentido, la eficacia del ejercicio físico para reducir la fatiga en este grupo de pacientes cuenta con un elevado soporte empírico que avala su utilización por delante de los tratamientos de tipo farmacológico cuya eficacia en los supervivientes está aún por determinar (Battaglini et al., 2014; Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell y Gracey, 2013; Brown et al., 2011; Bower et al., 2014).

En cuanto a las técnicas de tipo psicológico, aquellos tratamientos que siguen una concepción cognitivo-conductual han mostrado su eficacia para aliviar estos síntomas, resultados que se observan en varios tipos de cáncer y además, estos efectos se mantienen en el tiempo, lo que sugiere una adecuada eficacia y avalan su uso en este grupo de pacientes. Aunque es necesario señalar que cuando se presenta la TCC conjuntamente con el ejercicio físico, la TCC no mejora los resultados obtenidos por el ejercicio solamente, lo que resalta aún más la influencia positiva del ejercicio sobre la fatiga en los supervivientes (Glielissen, Verhagen, Witjes y Bleijenberg, 2006; Glielissen, Verhagen y Bleijenberg, 2007; Prinsen et al., 2013; Van Weert et al., 2010). Dentro de esta categoría también se observan efectos positivos de la TCC para el insomnio que resultan en mejoras en la fatiga de los supervivientes, aunque en este caso, los resultados obtenidos son contradictorios por lo que deben ser tenidos en cuenta con la debida cautela (Dirksen y Epstein, 2008; Espie et al., 2008; Matthews et al., 2014). Algunos programas educativos también se han mostrado eficaces para reducir la fatiga y otros aspectos relevantes en los supervivientes como la calidad de vida, la ansiedad o la depresión, aunque en este caso, la heterogeneidad de dichos programas dificulta la interpretación de los resultados. Sí es necesario señalar que dentro de algunos de estos programas se incluye el ejercicio como técnica, mostrando una vez más efectos beneficiosos sobre la fatiga en este grupo de pacientes (Fillion et al., 2008; Johnston et al., 2011; Reif, De Vries, Petermann y Görres, 2013; Yun et al., 2012). A pesar de estos problemas, estos datos deben tenerse en cuenta para futuras investigaciones en esta línea de actuación. Finalmente el *mindfulness* ha mostrado una elevada eficacia para reducir los síntomas de fatiga en los supervivientes al cáncer en ensayos con distintos grados de control y en diferentes tipos de cáncer, manteniéndose los resultados positivos en el tiempo (Bower et al., 2014; Hoffman et

al., 2012; Johns et al., 2014; Lengacher et al., 2012; Van der Lee & Garssen, 2012).

En resumen, dentro de los tratamientos de tipo psicológico, la mayor eficacia para reducir los síntomas de fatiga en los supervivientes al cáncer se observa en los pacientes que han recibido terapia cognitivo-conductual y *mindfulness* por delante de los programas educativos. Sin embargo, es necesario apuntar algunas cuestiones para el futuro. Por ejemplo, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con grupos de tamaño limitado y formados por supervivientes al cáncer de mama, por lo que sería deseable incluir una mayor variedad de tipos de cáncer para evaluar la eficacia de las intervenciones. Por otro lado, la variabilidad en las escalas que miden la fatiga utilizadas en los estudios aconseja que se hagan esfuerzos en pos de lograr un mayor acuerdo en lo que se refiere al uso de escalas que evalúen la fatiga en los supervivientes.

REFERENCIAS

- Battaglini, C. L., Mills, R. C., Phillips, B. L., Lee, J. T., Story, C. E. Nascimento, M. G. et al. (2014). Twenty-five years of research on the effects of exercise training in breast cancer survivors: A systematic review of the literature. *World Journal of Clinical Oncology*, 5(2), 177-190.
- Berger, A. M., Gerber, L. H., & Mayer, D. K. (2012). Cancer-related fatigue: implications for breast cancer survivors. *Cancer*, 118(8), 2261-2269.
- Blaney, J. M., Lowe-Strong, A., Rankin-Watt, J., Campbell, A., & Gracey, J. H. (2013). Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire survey. *Psychooncology*, 22(1), 186-194.
- Bower, J. E. (2014). Cancer related fatigue-mechanism, risk factors, and treatments. *Nature Reviews. Clinical Oncology*, 11(10), 597-609.
- Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P.A. et al. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 1840-1850.
- Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J. et al. (2014). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer* [En prensa]



- Brown, J. C., Huedo-Medina, T. B, Pescatello, L. S., Pescatello, S. M., Ferrer, R. A. & Johnson, B. T. (2011). Efficacy of exercise interventions in modulating cancer-related fatigue among adult cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(1), 123-133.
- Cancer Symptoms (2013). *Why fatigue for cancer treatment occurs*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015 de <http://www.cancersymptoms.org/fatigue-from-cancer-treatment>
- Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Díaz Rodríguez, L., Cuesta-Vargas, A. I., Fernández-De-Las-Peñas, C., Piper, B. F. et al. (2014). The Piper Fatigue Scale Revised: translation and psychometric evaluation in Spanish-speaking breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 23(1), 271-276.
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisco, S., Balli, P., Pierannunzio, D., et al. (2014). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5- a population based study. *The Lancet Oncology*, 15(1), 23-34.
- Dirksen, S. R., & Epstein, D. R. (2008). Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 664-675.
- Dupont, A., Bower, J. E., Stanton, A. L. & Ganz, P. A. (2014). Cancer-related intrusive thoughts predict behavioral symptoms following breast cancer treatment. *Health Psychology*, 33(2), 155-163.
- Escalante, C. P., & Manzullo, E. F. (2009). Cancer-related fatigue: the approach and treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 412-416.
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A, et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(28), 4651-4658.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R. et al. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(2), 145-159.
- Garabeli Cavalli Klutcovsky, A. C., Urbanetz, A. A., De Carvalho, D. S., Pereira Maluf, E. F., Schlicjman Sylvestre, G. C., & Bonatto Hatschbach, S. B. (2012). Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), 1901-1909.
- Glielissen, M. F., Verhagen, C. A. & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive-behavior therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British Journal of Cancer*, 97(5), 612-618.
- Glielissen, M. F., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4882-4887.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010) It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181.
- Johns, S. A., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Monahan, P. O., Tong, Y., & Kroenke, K. (2014). Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psycho-Oncology* [En prensa].
- Johnston, M. F., Hays, R. D., Subramanian, S. K., Elashoff, R. M., Axe, E. K., Li, J. J. et al. (2011). Patient education integrated with acupuncture for relief of cancer-related fatigue randomized controlled feasibility study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11, 49.
- Kuhnt, S., Ernst, J., Singer, S., Ruffer, J. U., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., et al. (2009). Fatigue in cancer survivors-prevalence and correlates. *Onkologie*, 32(6), 312-317.
- Lawrence, D. P., Kupelnick, B., Miller, D., & Lau, J. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 32, 40-50.
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Post-White, J., Moscosso, M., Shelton, M. M., Barta, et al. (2012). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: an examination of symptoms and symptom clusters. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(1), 86-94.
- Matthews, E. E., Berger, A. M., Schmiege, S. J., Cook, P. F., McCarthy, M. S., Moore, C. M. et al. (2014). Cog-



- nitive-behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: a randomized controlled trial. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 241-253.
- Mullan, F. (1985) Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270-273.
- National Cancer Institute (2014). *Dictionary of Cancer Terms*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2014 de <http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=445089>
- Pachman, D. R., Barton, D. L., Swetz, K. M., & Loprinzi, C. L. (2012). Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathy and pain. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3687-3696.
- Prinsen, H., Bleijenberg, G., Heijmen, L., Zwarts, M. J., Leer, J. W., Heerschap, A., et al. (2013). The role of physical activity and physical fitness in postcancer fatigue: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2279-2288.
- Reif, K., De Vries, U., Petermann, F., & Görres, S. (2013). A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: a multi-centre randomized two-group waiting-list controlled intervention trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 204-213.
- Sadja, J., & Mills P. J. (2013). Effects of yoga interventions on fatigue in cancer patients and survivors: a systematic review of randomized controlled trials. *Explore (NY)*, 9(4), 232-243.
- Sociedad Española de Oncología Médica, Las cifras del Cáncer en España, 2014. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2014.
- Valdivieso, M., Kujawa, A. M., Jones, T., & Baker, L. H. (2012). Cancer survivors in the United States: a review of the literature and a call to action, *International Journal of Medical and Biomedical Sciences*, 9(2), 163-173.
- Van der Lee, M. L. & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer related-fatigue: a treatment study. *Psychooncology*, 21(3), 264-272.
- Van Weert, E., May, A. M, Korstjens, I., Post, W. J, Van der Schans, C. P, Van der Borne, B., et al. (2010). Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only with no intervention. *Physical Therapy*, 90(10), 1412-1425.
- Vercoulen, J. H., Alberts, M., & Bleijenberg, G. (1999). De checklist individual strength (CIS). *Gedragstherapie*, 32, 131-136.
- Weis, J. (2011). Cancer-related fatigue: prevalence, assessment and treatment strategies. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(4), 441-446.
- Yun, Y. H., Lee, K. S., Kim, Y. W., Park, S.Y., Lee, E. S., Noh, D.Y., et al.(2012). Web-based tailored education program for disease-free cancer survivors with cancer-related fatigue: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1296-1303.



EL AJUSTE CONDUCTUAL, EMOCIONAL Y SOCIAL EN HERMANOS DE NIÑOS CON UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. UNA REVISIÓN TEÓRICA

Raquel Ruiz Aparicio y Raúl Tárraga Mínguez
Universidad de Valencia

Las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tienen características únicas y hay una falta de conocimiento sobre cómo estas características podrían influir en sus familias y en el ajuste conductual, emocional y social de sus hermanos. El presente estudio tiene el objetivo de centrarse en los hermanos de estas personas con TEA y realizar una revisión teórica relacionada con el ajuste conductual, emocional y social de hermanos de niños con TEA. Un total de 24 artículos han sido incluidos y analizados con el fin de encontrar resultados relevantes que puedan ayudar a entender las necesidades de estos hermanos. El estudio sugiere, en ocasiones, resultados diferentes pero identifica aquellos factores de riesgo que podrían impactar en el núcleo familiar y, principalmente, en los hermanos de niños con TEA.

Palabras clave: TEA, Hermanos, Ajuste, Revisión, Estado del arte.

Many individuals with an Autism Spectrum Disorder (ASD) have unique characteristics and very little is known about how these characteristics may influence the family and the behavioural, social and emotional adjustment of their siblings. The purpose of the current study is to focus on the siblings and to review the literature related to the behavioural, social and emotional adjustment of siblings of individuals with ASD. We have identified and analysed 24 articles to find the relevant results that may help us to understand the needs of these siblings. The findings suggest mixed results or outcomes but they also bring to light a number of risk factors that could have an impact on the entire family and particularly on the siblings of children with ASD.

Key words: ASD, Siblings, Adjustment, State of the art.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una alteración desarrollada a lo largo de la vida que se caracteriza por unos déficits persistentes en dos pilares fundamentales: la comunicación social y la interacción social (APA, 2013). Estas dificultades deben presentarse en múltiples contextos, manifestadas actualmente o en el pasado y estar marcadas por patrones repetitivos de comportamiento en actividades e intereses.

Actualmente, la clasificación del TEA es uno de los principales cambios con respecto a la anterior edición del manual DSM-IV-TR y de los que más controversia ha generado. El grupo de Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) se ha unificado bajo un único diagnóstico de TEA, eliminando las categorías existentes previamente (trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado). Ahora, el TEA se encuentra clasificado dentro de los Trastornos del neurodesarrollo bajo un mismo grupo y unos mismos criterios de diagnóstico. Se organizan tres niveles de gravedad

según el apoyo requerido por el niño, siendo 3 el máximo apoyo y 1 el mínimo.

Además, es necesario especificar si el niño con TEA tiene alguna comorbilidad asociada tal como: la discapacidad intelectual, deficiencia en el lenguaje, trastorno asociado a una condición médica o genética conocida o factores ambientales, o con catatonía.

Las últimas investigaciones realizadas en EEUU, apuntan una prevalencia del TEA de 1/68 (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Este número ha aumentado considerablemente desde año 2006, cuando su prevalencia se cifraba en 1/110 niños.

La presente revisión teórica analiza uno de los asuntos menos estudiados en la literatura científica sobre el TEA: la relación de los niños/as con TEA con sus hermanos y las repercusiones emocionales de estos.

La Teoría de los Sistemas sostiene que la unidad familiar está formada por cuatro subsistemas específicos: figura paterna, figura materna, hermanos y familia extensa. Cada uno de estos subsistemas influye en las interacciones, funciones familiares y miembros de la familia (Turnbull et al., 2006). Por lo tanto, cualquier acción o condición relevante de un miembro de la unidad fami-



liar creará unos efectos positivos o negativos en la estructura de la misma. Como expresan Pérez & Verdugo (2008), la calidad de vida de la familia está estrechamente relacionada con la calidad de vida de cada uno de sus miembros en particular.

Por otro lado, la relación entre hermanos puede llegar a ser un vínculo afectivo muy significativo y duradero para muchas personas. Los hermanos son una fuente importante de apoyo a nivel emocional, ejercen muchas veces como modelo de identificación y representan una de las primeras fuentes de interacción social para los niños.

La mayoría de los actuales estudios enfocados en este tema han comenzado a tener en cuenta factores demográficos que anteriormente no se tomaban como variables. Algunos son la edad, el género, el número de miembros de la unidad familiar o el grado de afectación del niño con TEA. Muchos de ellos, como por ejemplo el género, la edad, el nivel socioeconómico de la familia o el estrés maternal son tomados por algunos autores como factores de riesgo o indicadores de futuros problemas en las habilidades sociales o el comportamiento de los hermanos de niños con TEA (Hastings, 2003; Kaminsky y Dewey, 2002; Macks y Reeve, 2007; Verte, Roeyers y Buysse, 2003).

Aun con estos avances en la investigación, todavía no existe un consenso generalizado sobre si la presencia de un niño con TEA en la familia tiene repercusiones afectivas negativas para sus hermanos, ya que los resultados al respecto son contradictorios, un hecho probablemente motivado por la gran heterogeneidad del TEA.

Las nuevas aportaciones arrojan un poco de luz al tema ofreciendo nuevas líneas de investigación ya que comprenden el concepto de familia como un sistema donde el individuo con TEA debe ser visto como parte del núcleo familiar y no separarlo de ella. Además, los hermanos son

tomados como parte integral de la familia, entendiendo sus experiencias y comprendiendo que estas pueden afectarles, ya sea de manera positiva o negativa, a su autorregulación. Estos estudios se realizan para conocer unos resultados que ayudarán a la elaboración de intervenciones de apoyo que, posiblemente, ayudarán no solo al hermano o hermana del niño con TEA sino a la calidad de vida de todos los miembros de la familia.

MÉTODO

Los artículos relacionados con el ajuste conductual, emocional y social de los hermanos de niños con TEA han sido identificados y seleccionados teniendo en cuenta distintos criterios de inclusión tales como:

- a) Artículos publicados entre 2009-2014.
- b) Redactados en inglés o español.
- c) Indexados en Google Scholar, PsycINFO, ERIC y Pubmed.
- d) Estudios centrados en el ajuste conductual, emocional y social de niños con TEA. Se han evitado artículos enfocados únicamente a la relación entre hermanos.
- e) La edad de los hermanos debía estar comprendida entre los 3 y 18 años.
- f) El país de procedencia de las familias analizadas podría ser cualquiera. La mayoría de los estudios se han realizado en países anglosajones.
- g) Se han tenido en cuenta artículos de estudios comparativos entre hermanos de niños con TEA y hermanos de niños con un desarrollo normativo o con otras diversidades funcionales que cumplieran los criterios anteriores.

Tras refinar las búsquedas iniciales se obtuvieron un total de 24 artículos. Todos estos estudios han utilizado instrumentos de evaluación estandarizados. A continuación, se muestran los resultados obtenidos en la presente revisión teórica en una tabla que resume sus principales contenidos.

RESULTADOS					
Año/Autores	Objetivos del estudio	Participantes	Método	Constructos evaluados	Resultados
		Hermanos de niños con TEA (HH: años) Niños con TEA (TEA: años)	Instrumentos de evaluación		
Fisman, Wolf, Ellison, y Freeman (2000)	Comparar el ajuste conductual, emocional y social en hermanos de niños con TDG, niños con S. Down y niños con desarrollo típico durante un intervalo de 3 años.	HH: 8-16 42 hermanos TEA (TGD): 4-18 S. Down: 4-18 85 hermanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ The Survey Diagnostic Instrument (adaptación de Child Behavior Checklist) ✓ Self-Perception Profile for Children ✓ Social Support Scale for Children ✓ Parenting Stress Index (PSI) ✓ Dyadic Adjustment Scale (DAS) ✓ Beck Depression Inventory (BDI) ✓ Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) ✓ Sibling Relationship Questionnaire (SRQ) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamiento de niños con TGD ✓ Autoconcepto de los hermanos ✓ Apoyo social percibido por los hermanos ✓ Características psicológicas y la relación paternal ✓ Clima familiar ✓ Relación entre hermanos Informantes: padres, maestros y hermanos	Los hermanos de niños con TGD demuestran más dificultades en la adaptación a lo largo del tiempo que los hermanos de niños con S. Down o los hermanos de niños con un desarrollo típico. La perspectiva longitudinal (3 años) de este estudio afirma que existe un riesgo de mala adaptación en hermanos de niños con TGD.



RESULTADOS (continuación)					
Año/Autores	Objetivos del estudio	Participantes Hermanos de niños con TEA (HH: años) Niños con TEA (TEA: años)	Método Instrumentos de evaluación	Constructos evaluados	Resultados
Kaminsky y Dewey (2002)	Analizar el ajuste psicológico de hermanos de niños con TEA comparado con los hermanos de niños con S. Down y hermanos de niños con un desarrollo típico.	HH: 8-18 30 hermanos ♀ 15 ♂ 15 TEA: más jóvenes que sus hermanos ♀ 15 ♂ 15 S. Down: ♀ 15 ♂ 15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Child Behavior Checklist (CBCL) ✓ Social Support Scale for Children ✓ Loneliness and Social Dissatisfaction Questionnaire ✓ The Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conducta de los hermanos ✓ Apoyo social percibido por los hermanos ✓ Soledad e insatisfacción social percibida por los hermanos ✓ Conductas adaptativas de niños con TEA <p>Informantes: padres y hermanos</p>	Los hermanos de niños con TEA muestran un buen ajuste conductual. Las hermanas de niños con TEA muestran un mayor grado de competencias sociales que los varones. Cuantos más hermanos tiene el niño con TEA, hay un mayor ajuste psicológico entre ellos.
Verte, Roeyers y Buyse (2003)	Analizar el ajuste psicológico de hermanos de niños con TEA en comparación con hermanos de niños con un desarrollo normativo.	HH: 6-16 29 hermanos ♀ 12 ♂ 17 TEA: 9-16 (Asperger y TGD)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CBCL ✓ Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) ✓ Self Description Questionnaire I & II (SDQ-I & SDQ-II) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conducta de los hermanos ✓ Habilidades sociales de los hermanos ✓ Autoconcepto de los hermanos <p>Informantes: padres y hermanos</p>	Los hermanos de los niños con TEA no son susceptibles a tener mayores problemas de adaptación que los hermanos de niños con un desarrollo normativo. Las hermanas de niños con TEA, 12-16 años, tienen unas altas competencias sociales y un auto-concepto muy positivo. Los hermanos de niños con TEA, 6-11 años, presentan más problemas de conducta que los hermanos de niños con un desarrollo normativo.
Hastings (2003a)	Explorar la adaptación conductual y psicológica de hermanos de niños con TEA, a través de un programa de intervención (ABA-Applied Behaviour Analysis).	HH: 4-16 78 hermanos TEA: ± 5 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autism Behavior Checklist (ABC) ✓ Family Support Scale (FSS) ✓ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grado de afectación de la discapacidad ✓ Apoyo social percibido por los padres ✓ Ajuste de los hermanos <p>Informantes: madres</p>	No se han encontrado evidencias de un efecto negativo sobre los hermanos de niños pequeños con TEA a través del programa ABA. Los hermanos de familias con niños con TEA muestran menos problemas si la familia dispone de ayudas sociales.
Hastings (2003b)	Analizar las variables que afectan al ajuste psicológico de hermanos de niños con TEA.	HH: 6-16 22 hermanos ♀ 11 ♂ 11 TEA: 7-16 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Teacher Report version of the Developmental Behavior Checklist (DBC) ✓ Questionnaire on Resources and Stress (QRS-F) ✓ SDQ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas conductuales en niños con TEA ✓ Estrés maternal ✓ Ajuste de los hermanos <p>Informantes: madres y maestros</p>	Hermanos de niños con TEA tienen un mayor riesgo de tener un ajuste psicológico menos funcional cuando los comparamos con otros niños. Los hermanos varones de niños con TEA y que son más jóvenes que sus hermanos con TEA muestran menor número de conductas prosociales.
Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur y Shalev (2004)	Explorar el ajuste social y emocional de hermanos de niños con TEA.	HH: 6-15 30 hermanos ♀ 18 ♂ 12 TEA: menos 16	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Weinberger Adjustment Inventory (WAI) ✓ VABS ✓ CBCL ✓ Daily Hassles and Uplifts Questionnaire ✓ Los entrevistados tuvieron que hablar sobre sus hermanos con TEA durante 5 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuste emocional y social de los hermanos ✓ Relación entre hermanos ✓ Características familiares <p>Informantes: padres y hermanos</p>	La mayoría de los hermanos de niños con TEA presentan un buen ajuste. Los hermanos de niños con TEA muestran una buena capacidad de empatía. El grado de afectación del TEA puede afectar negativamente al hermano.
Tarafder, Mukhopadhyay y Basu (2004)	Examinar el perfil personal de hermanos de niños con TEA en comparación con hermanos de niños con un desarrollo normativo.	HH: 12-18 10 hermanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Standard Progressive Matrices ✓ Rorschach Inkblot Test 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personalidad de los hermanos <p>Informantes: hermanos</p>	Los hermanos de niños con TEA realizan un esfuerzo para afrontar la demanda que resulta de tener un hermano con TEA. Además, tienen un buen nivel de autocontrol así como una buena capacidad de tolerancia al estrés.
Mascha y Boucher (2006)	Explorar las experiencias y sentimientos de los hermanos de niños con TEA.	HH: 7-17 51 hermanos ♀ 30 ♂ 21 TEA: ½ mayores ½ menores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevistas semi-estructuradas sobre situaciones familiares y sobre los pensamientos y sentimientos de los hermanos de niños con TEA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situación familiar de los hermanos de niños con TEA <p>Informantes: hermanos</p>	Tener un hermano con TEA presenta aspectos positivos para la mayoría de hermanos. Hay más aspectos negativos cuando el hermano con TEA presenta una conducta agresiva o conductas disruptivas
Ross y Cuskelly (2006)	Analizar el ajuste y las estrategias de afrontamiento de hermanos de niños con TEA.	HH: 8-15 22 hermanos ♀ 6 ♂ 19 TEA: 6-16 (autismo y Asperger)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gillian Autism Rating Scale (GARS) ✓ CBCL ✓ Knowledge of Autism/Asperger Syndrome (KAAS) ✓ Kidcope 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grado de afectación de la discapacidad ✓ Conducta de los hermanos ✓ Conocimiento de los hermanos sobre el autismo y el S. Asperger ✓ Estrategias de imitación de los hermanos <p>Informantes: padres y hermanos</p>	Los hermanos de niños con S. Asperger y autismo muestran un buen conocimiento sobre los TEA. Por otro lado, los hermanos de estos niños presentan un alto riesgo en desarrollar una interiorización problemas conductuales. La agresión es el factor identificado que comúnmente provoca más estrés.



RESULTADOS (continuación)					
Año/Autores	Objetivos del estudio	Participantes Hermanos de niños con TEA (HH: años) Niños con TEA (TEA: años)	Método Instrumentos de evaluación	Constructos evaluados	Resultados
Hastings (2007)	Comparar el ajuste comportamental entre hermanos de niños con TEA, hermanos de niños con S. Down y hermanos de niños con D. Intelectual durante 2 años.	HH: 3-18 24 hermanos TEA: 3-19 años S. Down: 26 D. Cognitiva: ♀ 25 ♂ 50	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Index of Multiple Deprivation ✓ VABS ✓ SDQ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estatus socio-económico ✓ Conductas adaptativas en niños con TEA ✓ Problemas de conducta en niños con TEA y sus hermanos Informantes: madres	No hay diferencias significativas entre el ajuste conductual de los hermanos de niños con diferentes discapacidades. Este estudio longitudinal demuestra que los problemas conductuales del niño con diversidad funcional predicen el ajuste conductual del hermano a los dos años.
Macks y Reeve (2007)	Comparar el ajuste emocional y psicológico de hermanos de niños con TEA y hermanos de niños con un desarrollo típico	HH: 7-17 51 hermanos ♀ 30 ♂ 21 TEA: ½ mayores ½ menores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Children Depression Inventory (CDI-S) ✓ Piers-Harris Children's Self-Concept Scale ✓ Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scale (BASC-PRS) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión de los hermanos ✓ Auto-concepto de los hermanos ✓ Conducta de los hermanos Informantes: padres y hermanos	Los factores demográficos predicen el ajuste psicológico y emocional de los hermanos de niños con TEA pero no el de los hermanos de niños con un desarrollo típico. Los hermanos de niños con TEA tienen un mayor riesgo en presentar problemas conductuales, emocionales y sociales cuando su estatus socio-económico es bajo, cuando tienen solo un hermano o cuando el hermano con TEA es mayor. Los hermanos de niños con TEA con un menor riesgo adaptativo son: las hermanas, los niños cuyas familias tienen un estatus socio-económico elevado, tener más de un hermano y ser el hermano mayor.
Benson y Karlof (2008)	Examinar el ajuste social, emocional y conductual de hermanos de niños diagnosticados de TEA.	HH: 3-17 72 hermanos ♀ 36 ♂ 36 TEA: 3-7	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SDQ ✓ PSI ✓ Questionnaire on the severity of symptoms exhibited by the child with autism ✓ Entrevista semi-estructurada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptación hermano ✓ Grado de afectación de los síntomas de niños con TEA ✓ Acontecimientos vitales estresantes en la familia ✓ Clima familiar ✓ Grado de implicación terapéutica y educacional de los padres Informantes: padres (principalmente madres)	Hermanos de niños con TEA son significativamente más propensos a tener dificultades en su adaptación. Hay relaciones directas entre la dificultad de ajuste y la gravedad de los síntomas del niño con TEA. Esto puede provocar estrés paternal.
Pérez y Verdugo (2008)	Valorar la influencia de un hermano con TEA en la Calidad de Vida familiar desde la perspectiva de los hermanos.	HH: 6-36 17 hermanos (½ mayores) TEA: 6-18	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptación española de la Escala de Calidad de Vida Familiar (Sainz, Verdugo y Delgado, 2006) ✓ Técnica cualitativa: entrevistas grupales por grupos de edades con preguntas abiertas (Burke y Montgomery, 2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Influencia del niño con TEA en la Calidad de Vida familiar ✓ Características de la relación entre hermanos Informantes: hermanos	Los elementos más valorados para lograr un buen funcionamiento familiar son: salud, seguridad y apoyos del niño con autismo. La presencia de un niño con TEA en la familia no ejerce impacto negativo sustancial sobre el bienestar familiar. Los hermanos de niños con TEA (13-18 años) informan de limitaciones para compartir actividades o poder comunicarse. También consideran que no disponen de suficiente información sobre el autismo y reconocen tener poco tiempo libre y haberse sentido sobrecargados por las responsabilidades familiares.
Petalas, Hastings, Nash, Dowey y Reilly (2009a)	Explorar la percepción y experiencia de hermanos de niños con TEA en la infancia	HH: 9-12 8 hermanos ♀ 5 ♂ 3 (3 menores, 4 mayores 1 gemelo) TEA: 5-17	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista semi-estructurada ✓ Las entrevistas han sido analizadas usando el Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La percepción del impacto de tener un hermano con TEA en sus vidas ✓ La percepción mostrada por el entorno del hermano ✓ La tolerancia y aceptación de los hermanos ✓ Experiencias y actitudes positivas de los hermanos ✓ Apoyo social percibido hacia ellos y sus hermanos con TEA Informantes: hermanos	Los hermanos toman una mayor responsabilidad y emplean tiempo de juego con sus hermanos con TEA, reduciendo así su tiempo con otros y disminuyendo las actividades lúdicas de la familia. Los hermanos de niños con TEA se enfrentan a situaciones agresivas con sus hermanos y sienten que tienen que combatir la ignorancia y curiosidad de los demás, así como experimentar situaciones de enfado, vergüenza y ansiedad por sus hermanos. Sin embargo, presentan un alto grado de aceptación hacia sus hermanos y señalan múltiples aspectos positivos asociados a vivir con ellos. Una buena comunicación entre padres y hermanos facilita el proceso de ajuste psicológico.



RESULTADOS (continuación)					
Año/Autores	Objetivos del estudio	Participantes Hermanos de niños con TEA (HH: años) Niños con TEA (TEA: años)	Método Instrumentos de evaluación	Constructos evaluados	Resultados
Petalas, Hastings, Nash, Lloyd y Dowey (2009b)	Analizar el ajuste emocional y conductual de hermanos de niños con discapacidad cognitiva con y sin TEA.	49 madres: 29-52 HH: 5-17 15 hermanos ♀ 6 ♂ 9 HH: 8-16 ♀ 3 ♂ 4 TEA: ♂ 15 12 madres y 2 padres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SDQ ✓ Cuestionario demográfico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuste emocional y conductual de los hermanos de niños con TEA (según madres) ✓ Influencia de la educación maternal, ingresos anuales familiares y privación del barrio. <p>Informantes: madres</p>	Los hermanos de niños con TEA tienen mayores problemas emocionales que los hermanos de niños con discapacidad cognitiva o los hermanos de niños con un desarrollo típico. Los hermanos varones de niños con TEA tienen mayores problemas emocionales. La familia de niños con TEA se ven afectados cuando los recursos económicos familiares son bajos.
Rao y Beidel (2009)	Analizar el impacto sobre el estrés parental, el funcionamiento familiar y el ajuste de los hermanos de niños con autismo que presenta la presencia en la familia de un niño con autismo de alto funcionamiento	G. Control: 14 niños HH G. Control: 8-15 ♀ 2 ♂ 16 12 madres y 2 padres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PSI ✓ Family Environment Scale (FES) ✓ Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) ✓ Health Survey Short Form 36 (SF-36) ✓ Piers-Harris Children's Self Concept Scale-Second Edition ✓ CBCL 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrés parental ✓ Ajuste psicológico de los hermanos de niños con autismo de alto funcionamiento ✓ Funcionamiento familiar <p>Informantes: padres y hermanos</p>	Los hermanos de niños con autismo de alto funcionamiento obtienen mejores puntuaciones en los ítems de auto-concepto que los hermanos del grupo control. En el resto de resultados no presentan diferencias significativas. Los padres de estos niños tienen mayores niveles de estrés y una mayor limitación en el funcionamiento familiar que los padres del grupo control.
Quintero y Lee (2010)	Examinar el ajuste social, conductual y emocional en hermanos mayores de niños con TEA en comparación con hermanos mayores de niños sin diversidad funcional.	43 familias HH: 6-10 43 hermanos TEA: 2-5 43 niños (reciben atención de especialistas) ♀ 15 ♂ 28	<ul style="list-style-type: none"> ✓ The Parenting Daily Hassles (PDH) ✓ Parenting Stress Index-Third Edition (PSI-3) ✓ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ✓ Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18) ✓ The Social Skills Rating System-Elementary Parent version (SSRS-EP) ✓ The Teacher's Report Form (TRF/6-18) ✓ The Social Skills Rating System-Elementary Teacher Version (SSRS-ET) ✓ Academic Competence subscale del SSRS-ET (9 ítems). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Variables que influyen en el bienestar maternal ✓ Ajuste emocional, conductual y social de hermanos mayores de niños con TEA ✓ Relación que existe entre el bienestar maternal y el ajuste de los hermanos mayores de niños con TEA <p>Informantes: padres y maestros y hermanos</p>	No hay muestras de grandes diferencias en la puntuación de problemas conductuales, herramientas sociales y nivel de competencias entre hermanos mayores de niños con TEA y hermanos mayores de niños con un desarrollo normativo. Las madres que presentan mayor estrés son más propensas a influir de un modo negativo en los problemas de conducta y en las habilidades sociales de sus hijos.
Meyer, Ingersoll y Hambrick (2011)	Examinar posibles factores que predigan las dificultades en el ajuste psicológico de hermanos de niños con TEA.	HH: 6-18 TEA: 2-18 90 madres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ABC ✓ The Family Impact Questionnaire (FIQ) ✓ CES-D ✓ The Social Responsiveness Scale (SRS) ✓ SDQ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La conducta de los niños con TEA y el impacto en sus hermanos ✓ Síntomas del TEA y su relación con los problemas conductuales ✓ Problemas depresivos ✓ Ajuste conductual de los hijos <p>Informantes: madres</p>	Los hermanos de los niños con TEA muestran un mayor nivel de dificultad para su ajuste psicológico que la muestra de hermanos de niños con un desarrollo típico. Las madres de niños con TEA muestran un mayor nivel de depresión que las madres de los niños con un desarrollo típico. La relación entre hermanos está altamente influenciada por los indicadores depresivos de las madres.
Moyson y Roeyers (2011)	Analizar cómo los hermanos de niños con TEA perciben su calidad de vida.	HH: 4-18 ♀ 10 ♂ 7 TEA: 5-16 ♂ 17	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio cualitativo: 3 entrevistas ✓ Historia de los hermanos ✓ Experiencia de los hermanos ✓ Relación entre hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciencia, entendimiento mutuo, actividades conjuntas, tiempo privado, bienestar familiar, aceptación, intercambio de experiencias, apoyo social y tratar con el mundo exterior. <p>Informantes: hermanos</p>	Para los hermanos de niños con TEA la Calidad de Vida reside en el cumplimiento de los 9 ítems evaluados durante las entrevistas: entrenar la paciencia, el entendimiento mutuo, las actividades conjuntas, disponer de tiempo privado, un buen clima familiar, la aceptación del hermano con TEA, intercambiar experiencias con otras familias, recibir suficiente apoyo social y tener relaciones sociales con otros.
Brewton, Nowell, Lasala y Goin-Kochel (2012)	Analizar la relación fraterna y las habilidades sociales de los hermanos de niños con TEA.	HH: 4-18 1351 hermanos ♀ 716 ♂ 635 TEA: 4-18 1355 personas ♀ 177 ♂ 1178	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) ✓ Differential Ability Scales- Second Edition (DAS-II) ✓ Mullen Scales of Early Learning ✓ Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) o Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) ✓ Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) ✓ SRS ✓ Social Communication Questionnaire-Lifetime (SCQ) ✓ CBCL ✓ Vineland Adaptive Behavior Scales-II (VABS-II) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relación entre los resultados del CBCL, SRS, SCQ y VABS-II del hermano del niño con TEA y los resultados del niño con TEA en las pruebas ADOS, ADI-R y VABS-II. <p>Informantes: niños con TEA y sus hermanos</p>	Los niños con TEA puntúan más bajo en las pruebas VABS-II que sus hermanos con un desarrollo típico, es decir, tienen un menor índice de adaptabilidad. No se muestran relaciones significativas entre las pruebas SCQ, SRS y CBCL del hermano del niño con TEA y las pruebas ADI-R y ADOS del niño con TEA. Si los hermanos de los niños con TEA son mayores, los niños con TEA son propensos a adquirir una mayor destreza de habilidades sociales.



RESULTADOS (continuación)					
Año/Autores	Objetivos del estudio	Participantes Hermanos de niños con TEA (HH: años) Niños con TEA (TEA: años)	Método Instrumentos de evaluación	Constructos evaluados	Resultados
Petalas, Hastings, Nash, Hall, Joannidi y Dowey (2012)	Explorar la interacción entre la predisposición genética (Fenotipo Ampliado del Autismo) y factores de estrés ambientales en la predicción del ajuste de los hermanos de niños con TEA y la calidad de su hermano relaciones	HH: 8-17 166 hermanos ♀ 82 ♂ 84 TEA: 5-17 166 personas ♀ 29 ♂ 137	✓ CBCL ✓ Vineland Adaptive Behavior Scales-II (VABS-II) ✓ Cuestionario demográfico ✓ SDQ ✓ Autism Spectrum Quotient (AQ) ✓ SRQ ✓ Five Minute Speech Sample (FMSS) ✓ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	✓ Circunstancias socio-económicas de la familia ✓ Ajuste emocional de los padres ✓ Relación entre hermanos ✓ Nivel de expresión de emociones de los padres ✓ Estado mental de los padres Informantes: hermanos y padres	Cuando los problemas de conducta de las personas con TEA incrementan, también lo hacen los de sus hermanos. Los factores demográficos predicen los conflictos entre hermanos. Los altos niveles de estrés en madres están asociados a problemas conductuales de adolescentes con TEA. Los hermanos de niños con autismo que presentan un mayor Fenotipo Ampliado del Autismo muestran menos conductas prosociales
Hastings y Petalas (2013)	Comparar la relación fraterna entre niños con TEA y niños con un desarrollo neuronal típico.	HH: 7-17 ♀ 47 ♂ 47 TEA: 4-17 ♀ 21 ♂ 73 (53 autismo) Madres: 29-53	✓ SDQ ✓ SRQ ✓ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	✓ Nivel de dificultades emocionales y conductuales del hermano de niños con TEA (+11 años) ✓ Relación entre hermanos ✓ Depresión maternal Informantes: madres y hermanos y hermanas de niños con desarrollo típico	Los resultados no reflejan evidencias significativas de la existencia de problemas emocionales y conductuales en hermanos de niños con TEA en comparación con la muestra normativa.
Hesse, Danko y Budd (2013)	Examinar los predictores de ajuste en los hermanos de niños con autismo.	200 familias HH: edad media 6.61 ♀ 100 ♂ 100 TEA: edad media 6.82 ♀ 26 ♂ 174 186 madres y 14 padres	✓ Cuestionario sociodemográfico ✓ Parent Involvement Questionnaire-Parent Version (versión adaptada) ✓ PSOC Questionnaire ✓ PSI (short form) ✓ SDQ	✓ Información sociodemográfica ✓ Participación de los padres en la educación y la terapia ✓ Estrés paternal ✓ El ajuste emocional y conductual de los hermanos Informantes: padres y hermanos	La mitad de los padres presentan estrés vinculados al cuidado de un hijo con autismo. Las hermanas de niños con autismo tienen mejores puntuaciones en el SQD que los hermanos varones.
Tomeny, Barry y Bader (2014)	Analizar la relación entre el orden de nacimiento de hermanos y la aparición de dificultades internas y/o externas en el hermano con un desarrollo típico.	HH: 6-18 ♀ 25 ♂ 17 TEA: 8-18 ♀ 9 ♂ 33 (19 autismo) 40 madres y 2 padres: 32-58 años	✓ Demographic and Diagnostic Questionnaire ✓ Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18) ✓ Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ)	✓ Información sociodemográfica ✓ Psicopatología infantil del niños con TEA y su hermano ✓ Grado de afectación de los síntomas de niños con TEA Informantes: padres y hermanos	Los hermanos con un desarrollo típico nacidos después del niño con TEA muestran un alto nivel de probabilidad de manifestar problemas en su adaptación.

DISCUSIÓN

Los artículos incluidos en la revisión se han agrupado en función de los resultados obtenidos en cada uno:

- ✓ Un primer bloque de trabajos ha obtenido como resultado una mayor presencia de problemas o dificultades de adaptación conductual, emocional y social en hermanos de niños con TEA en comparación con los hermanos de niños con un desarrollo neurotípico (Fisman et al., 2000; Hastings, 2003b; Meyer, Ingersoll y Hambrick, 2011; Ross y Cuskelly, 2006). Además, los factores socioeconómicos serían influyentes de un modo inverso ya que cuanto menor sea el nivel socioeconómico de la familia, más aumentarían las dificultades en la autorregulación de los hermanos de niños con TEA (Macks y Reeve, 2007; Petalas et al., 2009b).

- ✓ Sin embargo, un segundo bloque de trabajos encontró que los hermanos de niños con TEA no son más susceptibles a desarrollar problemas de ajuste conductual, emocional y social que los hermanos de niños con un desarrollo normativo (Benson y Karlof, 2008; Hastings y Petalas, 2013; Kaminsky y Dewey, 2002; Pilowsky et al., 2004; Quintero y Lee, 2010; Rao y Beidel, 2009; Verte et al., 2003).

Asimismo, es importante destacar como disminuirían considerablemente los problemas de ajuste en hermanos de niños con TEA cuando estas familias reciben apoyo social, ya sea mediante prestaciones económicas o servicios de ayuda asistencial en la escuela o el hogar (Hastings, 2003a; Macks y Reeve, 2007; Moyson y Roeyers, 2011).

- ✓ Las hermanas de niños con TEA presentarían más y



mejores habilidades sociales que los hermanos de niños con TEA.

Según varios estudios realizados en los que se tienen en cuenta variables demográficas como el género, habría evidencias de un menor riesgo de mala adaptación conductual, emocional y social en las hermanas de niños con TEA que en los hermanos (Hesse, et al., 2013; Kaminsky y Dewey, 2002; Macks y Reeve, 2007; Petalas et al., 2009b; Verte et al., 2003).

- ✓ Cuanto mayor sea el número de hermanos que tiene el niño con TEA, mayor ajuste psicológico se establecería entre estos.

El riesgo de conductas inadaptadas aumentaría en hermanos de niños con TEA cuando no hay presencia de más hermanos en el núcleo familiar (Kaminsky y Dewey, 2002; Macks y Reeve, 2007).

- ✓ El orden de nacimiento entre hermanos de niños con TEA y los niños con TEA, regularía la aparición de comportamientos externos e internos de estos primeros.

Los hermanos que sean menores que los niños con TEA tendrían una menor tendencia a desarrollar conductas prosociales (Hastings, 2003b; Macks y Reeve, 2007; Tomeny et al., 2014; Verte et al., 2003). Por el contrario, los hermanos mayores de niños con TEA podrían ser más propensos a la adquisición de habilidades sociales dentro del contexto natural de la relación entre hermanos (Brewton et al., 2012).

- ✓ El grado de afectación del niño con TEA podría contribuir a la aparición de problemas de conducta en su hermano.

La severidad de los síntomas del TEA podría influenciar negativamente en el ajuste conductual de sus hermanos con un desarrollo típico (Benson y Kaulof, 2008; Pilowsky et al., 2004). La agresividad en los niños con TEA sería un factor predictivo en el ajuste conductual, social y emocional de sus hermanos ya que a mayor agresividad o conductas disruptivas del niño con TEA, el hermano del niño con TEA presentaría mayores problemas de autorregulación (Hastings, 2007; Mascha y Boucher, 2006; Ross y Cuskelly, 2006).

- ✓ La presencia de niños con TEA en el núcleo familiar podría generar conductas o comportamientos positivos en sus hermanos.

Los hermanos de niños con TEA, en general, mostrarían una mayor empatía, tolerancia al estrés y una mayor destreza en estrategias de autocontrol (Petalas et al., 2009a; Pilowsky et al., 2004; Tarafder et al., 2004). Asimismo, los hermanos de niños con TEA ma-

nifestarían un buen autoconcepto (Macks y Reeve, 2007; Rao y Beidel, 2009) y mayor sentido de la responsabilidad y cuidado de la familia (Petalas et al., 2009a; Pérez y Verdugo, 2008).

- ✓ La presencia de niños con TEA en el núcleo familiar podría generar efectos negativos en la misma.

Principalmente, el efecto negativo mayoritario que afecta a padres y madres sería el estrés parental (Benson y Karlof, 2008; Hesse et al., 2013; Rao y Beidel, 2009). Este estrés parental no ayudaría al desarrollo de habilidades sociales y de buena conducta de los hermanos (Petalas et al., 2012; Quintero y Lee, 2010). Junto con el estrés parental, encontraríamos otros efectos negativos como la depresión (Meyer et al., 2011; Quintero y Lee, 2010), la escasez de actividades lúdicas en familia o la menor atención de padres hacia los hijos sin TEA (Petalas et al., 2009a).

Como ya han indicado algunos investigadores anteriormente (Meadan et al., 2010), las revisiones teóricas sobre el ajuste conductual, emocional y social de hermanos de niños con TEA, revelan resultados mixtos.

Por este motivo, en muchos de los resultados de estos estudios se demuestra una relación positiva entre niños con TEA y sus hermanos, disminuyendo considerablemente los problemas en el ajuste psicológico cuando se trata de hermanas de niños con TEA o hermanos mayores. Además, la presencia de un tercer hermano con un desarrollo típico también sería un factor que disminuye la presencia de conductas inadaptadas entre ellos.

Sin embargo, otros estudios defienden la presencia de una relación negativa entre niños con TEA y sus hermanos. Uno de los factores de riesgo más influyentes es el grado de afectación del niño con TEA, pues cuanto mayor sea la presencia de conductas disruptivas o agresivas en él, mayores problemas de ajuste conductual, emocional y social presentará su hermano o hermana. Además, la presencia de un niño con TEA podría generar estrés parental y esto, a su vez, causar mayores problemas en el desarrollo de habilidades sociales en los hermanos de niños con TEA, generados por la falta de atención paternal o el clima familiar entre otros.

Por otra parte, de forma unánime queda demostrado mediante los resultados de los estudios presentes en esta revisión teórica, que los factores socioeconómicos y culturales son influyentes de una manera directa. Cuantos más recursos socioeconómicos posee la familia del niño con TEA y mayor es el apoyo procedente de las políticas sociales del entorno, el hermano del niño con TEA pre-



senta menos problemas en su autorregulación, hay menos estrés parental y, por lo tanto, hay un mejor clima familiar.

En conclusión, esta revisión teórica pretende comprender de qué forma afecta en el ajuste conductual, emocional y social del niño la presencia de un hermano con TEA para realizar posteriormente, prácticas eficaces, valiosas y funcionales para estos hermanos. Conocer sus necesidades nos ayuda a diseñar intervenciones desde un punto de vista sistémico y eficaz. Ejemplo de ello serían las intervenciones para el manejo de las emociones, estrategias de aprendizaje y manejo de conductas problemáticas, programas de apoyo y participación activa, entrenamiento de la resiliencia, intervenciones de carácter preventivo, etc.

Los hermanos requieren de espacios donde puedan preguntar y compartir sus propias experiencias con otras personas en sus mismas circunstancias. Poco a poco, nos vamos acercando más al conocimiento de las necesidades de estos hermanos de niños con TEA que nos permitirán poner en marcha acciones reales y funcionales que les ofrecerán el apoyo que necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

(*) **Esta marca señala los artículos analizados en la revisión teórica.**

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

(*) Benson, P., & Karlof, K. L. (2008). Child, parent, and family predictors of later adjustment in siblings of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(1), 583-600.

(*) Brewton, C. M., Nowell, K. P., Lasala, M. W., et al. (2011). Relationship between the social functioning of children with Autism Spectrum Disorders and their siblings' competencies/problem behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 646-653.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years. *Surveillance Summaries*, 63.

(*) Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., & Freeman, T. (2000). A longitudinal study of children with chronic disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 369-375.

(*) Hastings, R. P. (2003a). Behavioral adjustment of siblings of children with autism engaged in applied behavior analysis early intervention programs: the

moderating role of social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(2), 141-150.

(*) Hastings, R. P. (2003b). Brief report: behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(1), 99-104.

(*) Hastings, R. P. (2007). Longitudinal relationships between sibling behavioral adjustment and behavior problems of children with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1485-1492.

(*) Hastings, R. P. & Petalas, M. A. (2013). Self-reported behavior problems and sibling relationship quality by siblings of children with Autism Spectrum Disorder. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 833-839.

(*) Hesse, T. L., Danko, C. M. & Budd, K. S. (2013). Siblings of children with autism: Predictors of adjustment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1323-1331.

(*) Kaminsky, L., & Dewey, D. (2002). Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 43(2), 225-233.

(*) Macks, R. J., & Reeve, R. E. (2007). The adjustment of non-disabled siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1060-1067.

(*) Mascha, K., & Boucher, J. (2006). Preliminary investigation of a qualitative method of examining siblings' experiences of living with a child with ASD. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 52, 19-28.

Meadan, H., Stoner, J. B. & Angell, M. E. (2010). Review of literature Related to the Social, Emotional and Behavioral adjustment of siblings of individuals with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Development and Physical Disabilities*, 22, 83-100.

(*) Meyer, K. A., Ingersoll, B. & Hambrick, D. Z. (2011). Factors influencing adjustment in siblings of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1413-1420.

(*) Moyson, T. & Roeyers, H. (2011). The Quality of Life of siblings of children with Autism Spectrum Disorder. *Exceptional Children*, 78, 41-55.

(*) Pérez, C. G. & Verdugo, M. A. (2008). La influencia de un hermano con autismo sobre la calidad de vida familiar. *Revista española sobre Discapacidad Intelectual*, 39(3), 75-90.

(*) Petalas, M. A., Hastings, R. P., Nash, S., et al. (2009a). "I like that he always shows who he is": The



- perceptions and experiences of siblings with a brother with Autism Spectrum Disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(4), 381-399.
- (*) Petalas, M. A., Hastings, R. P., Nash, S., et al. (2009b) Emotional and behavioural adjustment in siblings of children with intellectual disability with and without autism. *Autism*, 13, 471-483.
- (*) Petalas, M. A., Hastings, R. P., Nash, S., et al. (2012) Psychological adjustment and sibling relationships in siblings of children with autism spectrum disorders: environmental stressors and the broad autism phenotype. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 546-555.
- (*) Pilowsky, T., Yirmiya, N., Doppelt, O., Gross-Tsur, V., & Shalev, R. S. (2004). Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology*, 45(4), 855-865.
- (*) Quintero, N. & McIntyre, L. L. (2010). Sibling adjustment and maternal well-being: An examination of families with and without a child with an Autism Spectrum Disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25(1), 37-46.
- (*) Rao, P. A. & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with High-Functioning Autism on parental stress, sibling adjustment and family functioning. *Behavior Modification*, 33, 437-451.
- (*) Ross, P., & Cuskelly, M. (2006). Adjustment, sibling problems, and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 77-86.
- (*) Tarafder, S., Mukhopadhyay, P., & Basu, S. (2004). Personality profile of siblings of children with autism: a comparative Study. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 11, 52-58.
- (*) Tomeny, T. S., Barry, T. D. & Bader, S. H. (2014). Birth order rank as a moderator of the relation between behavior problems among children with an autism spectrum disorder and their siblings. *Autism*, 18(2), 199-202.
- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E., & Soodak, L. (2006). Families, professionals, and exceptionality: positive outcomes through partnerships and trust (5th ed.). Upper Saddle River: Merrill/Prentice Hall.
- (*) Verte, S., Roeyers, H., & Buysse, A. (2003). Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child: Care, Health and Development*, 29(3), 193-205.



INCLUSIÓN/FOCALIZACIÓN DE MENORES EN MEDIACIÓN FAMILIAR: REVISIÓN DE ESTUDIOS Y PROPUESTAS FUTURAS

Carles Rodríguez-Domínguez¹ y Marina Roustan²

¹FCPEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull. ²Universidad Autónoma de Barcelona

La mediación es un modelo para la resolución de conflictos respaldado por la comunidad internacional en Derecho de Familia, para ayudar a los progenitores que buscan soluciones a problemas familiares presentados en casos de custodia de menores. El objetivo del artículo es una revisión sobre las ventajas y/o desventajas planteadas en estudios que incluyen a menores en sus intervenciones, frente a intervenciones centradas en el menor en procesos de mediación familiar. En este estudio se realizó una revisión de estudios de Australia, Nueva Zelanda, algunos condados de EEUU, algunos estudios europeos; meta-análisis y estudios de revisión; investigaciones "inclusivas del menor"; guías internacionales que apoyan escuchar al menor y estudios que plantean críticas. Aunque la mediación en otros países tiene cuatro décadas de existencia, en España surge a partir de la promulgación de la Ley 1/2001 de Mediación Familiar en Cataluña, a la que prosiguieron otras normativas autonómicas, quizá por su novedad, no existan aún suficientes artículos en España. En algunos países se está produciendo un nuevo paradigma tendente a la inclusión del menor tras los hallazgos favorables en los procesos de mediación familiar, aunque es necesario un enfoque múltiple y flexible en la intervención en mediación familiar.

Palabras clave: Mediación familiar, Custodia de menores, Inclusión del menor, Mediación centrada en el menor.

Mediation is an established model for conflict resolution, backed by the international community in relation to family law, to help parents seeking solutions to family problems in child custody cases. The aim of this article is to review the advantages and / or disadvantages presented in the studies with child-inclusive or child-focused interventions in family mediation processes. In the present research, we carry out a review of studies realised in Australia, New Zealand, some counties in the US and in Europe; meta-analysis and review studies of "child inclusive" investigations, international guidelines that support listening to children and also studies that criticise it. While mediation has existed for four decades in other countries, in Spain it has only arisen since the enactment of Law (1/2001) of Family Mediation in Catalonia, followed by other Autonomous Communities regulations, which explains why sufficient studies might not yet exist. In some countries a new paradigm is emerging, aimed at the inclusion of children due to the favourable findings in family mediation processes, although a multiple and flexible approach in the field of family mediation intervention is necessary.

Key words: Family mediation, Child custody, Child-Inclusive, Child-Focused mediation.

La mediación familiar (MF) es un procedimiento extrajudicial establecido desde la década de los 70 del siglo XX para la resolución de conflictos y cuyo desarrollo se ha aplicado a diversas esferas del Derecho civil y penal, a fin de soslayar una judicialización excesiva de los conflictos.

Siendo un instrumento de gran trascendencia social y jurídica, su desarrollo, como el resto de las *Alternativas de Resolución de Conflictos*, responde a la necesidad de mejorar el acceso a la justicia como apuesta política de la Unión Europea (García y Vázquez, 2013). La comunidad internacional en relación al Derecho de Familia respalda la MF para ayudar a los progenitores que buscan soluciones a problemas familiares complejos en casos de custodia de menores (Rigdon, 2013). Según Ortuño:

"en la sociedad actual el elemento transfronterizo ha dejado de ser la excepción para convertirse en algo común y usual, tanto en el mundo de los negocios, como en el de las relaciones interpersonales, familiares o sociales. (...), muchos de los acuerdos que se alcancen en Mediación van a desplegar su eficacia en algún momento en países distintos del lugar en el que se han adoptado y, por consiguiente, van a circular más allá de las fronteras de un Estado" (Ortuño, 2005, pp. 74).

La MF ayuda a concretar los acuerdos sobre la ordenación del convenio regulador del proceso de separación o divorcio y del Plan de Parentalidad (PP) que afecta directamente a la convivencia de los menores con sus progenitores. Devuelve a las partes el poder de decisión sobre la resolución de la crisis conyugal favoreciendo soluciones pactadas (González-Capitel, 2001). Fue regulada legalmente (Ley 1/2001) la MF en Cataluña, a

Correspondencia: Carles Rodríguez-Domínguez. FCPEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull. Císter, 34. 08022 Barcelona. España. E-mail: carlesrd@blanquerna.url.edu



la que prosiguieron otras normativas autonómicas, la aprobación de la Ley 15/2005, de 8 de julio de modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, y la Ley 5/2012 de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Se define la MF como *“el recurso voluntario alternativo de solución de los litigios familiares por vía de mutuo acuerdo con la intervención de un mediador, imparcial y neutral”* recogido en la Ley 15/2005, de 8 de julio, que modifica al Código Civil y a la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Tal definición resulta descriptiva e insuficiente para el interés del presente estudio. Desde un punto de vista de la comunicación, se podría definir la MF como *un proceso estructurante, resultado de la interrelación de los progenitores y los menores, los profesionales, los procesos y las prácticas comunicativas con distintos procesos e instancias sociales*. Este proceso estructurante constriñe y legitima, estableciendo, conformando y confiriendo sentido a la comunicación. La incorporación de los menores, los progenitores y profesionales subraya que los procesos sociales son vivenciados por sujetos reflexivos que participan de dicho cambio social.

La Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado (HCCH), y el Departamento de Estado de los Estados Unidos promueve activamente el uso de la MF en el Convenio de La Haya (CH, 1980) sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores. En consecuencia, existe una creciente demanda de mediadores con experiencia en custodia internacional. En el *“Informe Mayabmun”* de la Unicef (2013), hay una seria advertencia, sobre la evidencia de que la sustracción parental es un problema mundial, *“a pesar de los tratados, en año 2013, se registra que solamente en Estados Unidos hay más de 72.000 casos anuales. Es decir que desde Canadá hasta Argentina existen 3.384.000 infantes sustraídos internacionalmente”* (Unicef, 2013, p. 16; citado por Rodríguez-Domínguez, Jarne y Carbonell, 2015).

Según Rigdon (2013), Vigers propone que los mediadores de ésta área requieren tener habilidades especiales, capacidad para negociar, y deben estar instruidos en resolución de conflictos interculturales, y poseer conocimientos de la cultura de los padres; los mediadores deben ser conscientes de los peligros de los conflictos interculturales en la MF (Vigers, 2006, 2011, citada por Rigdon). Vigers favorece el establecimiento de un sistema especializado para la MF que pueda responder a los

retos específicos inherentes al sistema, como la necesidad de la ejecución de los acuerdos voluntarios.

Considera la MF como el mejor mecanismo para que la voz del menor sea escuchada y considerada convenientemente y según la edad de los menores, propone el *método inclusivo* del menor, consultando al menor su opinión -pues las decisiones afectan su bienestar- en lugar del *método enfocado* que no incluye al niño/a (Rigdon, 2013). Ambos métodos requieren un mediador capacitado para entrevistar menores, preferentemente psicólogo, puesto que en la MF intervienen distintos profesionales (abogados, asistentes sociales, etc.).

“En las controversias familiares internacionales relativas a los niños, la participación del niño en la resolución de la controversia puede atender distintos fines. A), escuchar las opiniones del niño proporciona un entendimiento profundo de sus sentimientos y deseos, que puede ser una información importante cuando se trata de determinar si una solución es en el interés superior del niño. B) puede abrirle los ojos de los progenitores a los deseos del niño y ayudarlo a tomar distancia de sus propias posiciones en pos de una solución común aceptable. C), la participación del niño respeta el derecho del niño a ser escuchado a la vez que brinda una oportunidad para que esté informado acerca de lo que está sucediendo” (Guía de Buenas Prácticas Mediación, CH 1980, pp. 69-72).

Un meta-análisis que comprendía cinco estudios (Shaw, 2010) demostró que la MF fue cuantitativamente superior al litigio contencioso en el tratamiento de los casos de divorcio, con un efecto más positivo que los litigios en las relaciones conyugales; aumentó de la comprensión de los padres sobre las necesidades de los hijos. Se observó que la MF y el sistema adversarial comparten el mismo objetivo: presentar al Tribunal una solución de acuerdo. Ambos procesos son similares porque requieren la revelación personal de los temas esenciales en el pleito, utilizan expertos (peritos, abogados, mediadores) y han de ser incluidos en el acuerdo (Erickson, 1988, citado por Shaw, 2010).

En un meta-análisis, Amato, y Gilbreth (1999) informaron sobre 63 estudios que analizaron la relación de los padres no custodios y el bienestar de los niños. Abonar la pensión alimenticia se asoció positivamente con medidas de bienestar de los hijos. La frecuencia de contacto con los padres no custodios no se relacionó con los re-



sultados del niño en general. Dos dimensiones adicionales de las relaciones "padre-hijo-sentimientos de proximidad y autoridad parental" se asociaron positivamente con el éxito académico de los menores y negativamente con problemas externalizantes e internalizantes en los menores.

Uno de los principales problemas metodológicos en el estudio de la MF es la necesidad de un análisis sistemático y correlacional opuesto a una metodología no analítica (Gámez, 2007). Cada mediador ha de escuchar atentamente para percibir cómo sus interlocutores confieren sentido a su experiencia. Knapp precisa que la importancia de la narración no radica en los hechos narrados, sino en la articulación de su significado, lo que implica que si una vida está articulada en una serie de hechos, no está determinada por ellos, pues tales hechos son existenciales (Knapp y Daly, 2002). La cooperación dialógica es necesaria si se pretende lograr una mediación eficaz (Roustan, 2010). Estos condicionantes pueden imprimir prejuicios, estereotipados o ideológicos, que requieren ser evaluados por estudios científicos. En este sentido, la literatura internacional ha generado un amplio debate con distintas posiciones a favor de "incluir al menor" o "focalizarla en el menor" (Birnbaum, 2009).

En Australia, McIntosh (2007) evaluó un modelo *inclusivo* de MF cuyos resultados comprendían: la alianza de los padres post separación; la gestión de conflictos; las relaciones entre padres e hijos; la naturaleza y gestión de la organización cotidiana; el bienestar y adaptación de los menores; La comprensión que los menores tienen de los conflictos de los padres; la percepción de conflicto entre los padres y la comunicación con los hijos. El estudio inicialmente mostró elevadas tasas de falta de comunicación de los padres, conflictos entre ellos, y señaló que los menores experimentaron trastornos psicológicos significativos al inicio de la intervención. Pero, un año después de la MF, hubo una reducción significativa y duradera del conflicto. La mayoría de los padres informaron mejoría o resolución de las dificultades que los llevaron a la MF. Los menores, en todas las edades, manifestaron menor frecuencia e intensidad de conflictos filio-parentales, y un menor nivel de ansiedad en relación a los conflictos de sus padres. Los menores informaron experimentar mayor proximidad y disponibilidad emocional de sus padres; los niños estaban más satisfechos con el plan de parentalidad y con menor disposición a cambiarlo (McIntosh, 2007). Esta investigación aportó

evidencia para apoyar la aplicación del modelo "*inclusivo del menor*" de MF. El método proporcionó a los menores la seguridad de que sus puntos de vista fueran considerados significativamente sobre la forma en que sus progenitores resolvieron sus conflictos. Esta forma de MF se asoció con un nivel significativo de reparación de la relación parental y de mejora de la disponibilidad emocional paterno-filial, los padres y los menores permanecieron más satisfechos tras un período de un año posterior a la mediación (McIntosh, Wells, Smyth y Long, 2008). Otro estudio reveló que la perspectiva a largo plazo -resultado de la intervención inclusiva del menor- fue significativamente mejor para los niños y los progenitores, que para la intervención centrada en el menor (McIntosh, Wells y Long, 2009).

En Nueva Zelanda, un estudio exploró la MF inclusiva explorando la relación paterno-filial sobre los acuerdos de los planes de parentalidad. Los resultados mostraron que los menores informaron que les gustó ser escuchados y más satisfechos con el plan de parentalidad expresando su deseo de participar en la reestructuración de sus relaciones familiares. Se logró reducir el conflicto entre progenitores, aumentar la conciliación y la cooperación, e incrementar la conciencia sobre los efectos negativos del conflicto parental y la importancia de cooperar por sus hijos (Goldson, 2006).

Los estudios precedentes subrayan la importancia de incluir a los niños en el proceso de toma de decisiones. Pero, la forma de inclusión es menos clara (Birnbaum, 2009), pues existen diferencias en relación a la forma de entrevistar a los menores por mediadores no especializados o profesionales especializados, como el psicólogo experto en coordinación de parentalidad (Rodríguez-Domínguez y Carbonell, 2014).

En los EEUU, más de un millón de menores, anualmente, se ven afectados por la separación o divorcio de sus padres, por lo que son necesarias intervenciones paliativas del potencial negativo derivadas del divorcio para los menores (Ballard, Holtzworth-Munroe, Applegate, D'Onofrio y Bates, 2013). Según dicho estudio las intervenciones inclusivas de los menores mostraron resultados positivos en la MF inclusiva con respecto a la MF focalizada: los padres informaron más sobre aprendizaje de pautas de relación, los mediadores prefirieron los casos inclusivos de los menores. Los casos que incluyeron al menor, y en los acuerdos centrados en los menores, obtuvieron más tiempo de co-parentalidad para los progenitores no custodios, lograron mayor probabilidad de



incluir disposiciones positivas para la coparentalidad centrada la comunicación con los niños. (Tabla 1).

Voces críticas sostienen la existencia de objetivos opuestos entre resguardar a los menores del perjuicio emocional, y la defensa de los derechos en el proceso de los litigantes al estipular los deseos infantiles (Atwood, 2003). Afirman que, aunque hay argumentos para avanzar en la tesis de los niños como titulares de derechos, éstos son relacionales, pues, son los progenitores que tienen el deber y los derechos legales de los menores (Guggenheim, 2003). Se ha sugerido que los menores pueden ser manipulados por un progenitor para tomar partido en una querrela por la custodia y el régimen de contactos, creando ansiedad y/o conflictos de lealtad (Emery, 2003; Garwood, 1990; Gentry, 1997; Saposnek, 2004), o que la participación de los menores podría socavar la autoridad paterna y causar una intrusión negativa en los hijos y las relaciones familiares (Emery, 2003; Lansky, Manley, Swift y Williams, 1995), o que el menor exprese lo que cree que el progenitor desea escuchar, aspecto que no beneficiaría al menor (Garrity y Baris, 1994). La situación del menor, atrapado emocionalmente en el conflicto de lealtades, suele derivarse de los conflictos emocionales no elaborados de los progenitores (Rodríguez-Domínguez, Carbonell y Jarne, 2014). Confiarles excesiva potestad a los niños en lugar de ayudarles a desarrollar estrategias de estabilidad en la separación de los padres puede sobrecargarlos con una responsabilidad inadecuada (Warshak, 2003). Los resultados reportados por Garwood (1990), Goldson (2006) McIntosh, (2000; 2007) sugieren que los menores no se beneficiarían de estar involucrados en procesos de MF cuando, por ejemplo, los padres no puedan hacer uso de la retroalimentación positiva que se les dé; donde el conflicto sea muy elevado; y donde los padres tengan problemas de salud mental que impidan una relación de trabajo positiva. No todos los niños necesariamente quieren o necesitan ser escuchados, por cuya razón, a menos que exista una solicitud del menor o de sus padres para ser entrevistado, no hay ningún motivo para hacerlo (Kelly, 2003; Saposnek, 2004). Un progenitor podría esgrimir los deseos del menor como medio para lograr un acuerdo o, inversamente, alegar que el niño está afectado a causa de la mediación, obstaculizando así el proceso (Emery, 2003; Simpson, 1991). También pueden sentir incapacidad para exponer sus sentimientos si imaginan represalias o irritación de sus progenitores sobre sus ideas y por ello no deben

ser confrontados en esa posición (Drapkin y Bienenfeld, 1985). Es necesario un enfoque múltiple en el ámbito de la participación infantil (Kelly, 2004). Frente a un divorcio mal resuelto las víctimas son los menores; en ciertos casos necesitan ser escuchados; los hijos pueden *movilizar* mucho más que la propia MF, antes de excluir algún elemento del sistema familiar, es necesario incluirlo primero (Saguar y Viola, 2011). Pertenecer a una familia es participar, a través del discurso y del comportamiento, en el relato familiar. La perspectiva sistémica de Bateson (1951), subrayó la importancia del relato y de la comunicación para poder existir. Basándose en el análisis de la comunicación sostenía que la discontinuidad entre una clase y sus miembros está constantemente e inevitablemente rota, y que una patología puede instaurarse cuando existe una fractura lógica en la comunicación.

La literatura ha revelado que los adultos que sufrieron en su infancia el divorcio de sus progenitores, en relación a su propia historia marital podrían explicar los elevados niveles observados de depresión (Amato y Cheadle, 2005; Hurrell et al., 2006, citado por Uphold-Carrier y Utz, 2012). El estudio de Uphold-Carrier y Utz (2012) mostró una diferencia que favorece la comprensión de por qué el divorcio de los padres y el estado civil afecta a la depresión posterior e ilustra la importancia de la edad de los niños y adolescentes en relación a los efectos del divorcio de los padres y su estado civil. Se relacionó la edad del menor y su vivencia sobre el divorcio de sus padres, que llevó a pensar a los hijos sobre el divorcio y su implicación en conflictos con mayor frecuencia, en comparación con aquellos menores cuyos padres aún estaban casados (Kessler et al., 1992; Webster, Orbuch y House, 1995, citado por Uphold-Carrier y Utz, 2012).

En los Países Bajos, un estudio, indicó que alrededor del 20% de los niños no tenían ningún contacto con el progenitor no residente después del divorcio de sus padres (Eikelenboom, Harmeling, Stokkers y Kormos, 2005). Aunque existen diversas razones a la desvinculación, los autores señalan que una razón podría ser el proceso de *“alienación parental”*, cuando el menor deni-

TABLA 1
PROCEDIMIENTOS EN MEDIACIÓN FAMILIAR

Método Inclusivo del menor	Método Centrado en el menor
Método informativo al menor	Método que no incluye al menor





MODELOS EUROPEOS DE MEDIACIÓN

Se han realizado varios modelos fundamentados en la orientación o el propósito de la mediación: a) basado en la negociación y liquidación de los bienes, priorizando alcanzar acuerdos, minusvalorando las consideraciones sobre los riesgos (Fisher, Ury y Paton, 1991); b) de estilo cognitivo-sistémico de Milán o sistema de Haynes, influenciado por las teorías sistémicas de la escuela de Milán (Haynes, 1981); c) la mediación terapéutica, que intenta sanar el trauma emocional y generar un plan de acción para lograr acuerdos, pretende la restauración del bienestar emocional, se centra más en el conjunto familiar, busca transformar las relaciones post-divorcio, relacionado con los menores (Irving y Benjamin, 2002); d) la mediación transformadora, que pretende apoderar a cada una de las partes con el máximo reconocimiento posible de las necesidades y los intereses de la otra parte y de sus puntos de vista (Bush y Folger, 1994); e) la mediación humanista, que está auspiciada por los principios de la psicología humanista y la terapia centrada en la persona, es un modelo no directivo y dialogante, que pretende curar el trauma y lograr la paz, enfatiza la asertividad y busca neutralizar las consecuencias negativas del conflicto (Umbreit, 1995); f) la mediación narrativa, que intenta conducir a los integrantes a la narración de sus historias o sucesos vitales, desde su posicionamiento teórico se asume que el conflicto es una construcción social creada en el seno del lenguaje intensificada individual y subjetivamente. La deconstrucción y minimización de la saturación del conflicto implica el propósito del mediador de facilitar la instauración de una historia alternativa para ambas partes, y reconstruir juntos una nueva versión capaz de lograr acuerdos (Winsdale y Monk, 2001).

Estos modelos de mediación pueden aplicarse a diversos tipos de conflictos, pero el modelo terapéutico, que enfatiza las emociones, el tratamiento del trauma con una aproximación sistémica y un plan de acuerdos, parece ser el más adecuado para tratar los conflictos familiares (Pali y Voet, 2009).

DISCUSIÓN FINAL

La MF es un modelo establecido para la resolución de conflictos, con cuatro décadas de historia, y poco más de una década en nuestro país. El presente estudio se ha centrado en investigaciones realizadas en Australia, Nueva Zelanda, algunos condados de los EEUU y algunos estudios europeos. Se ha incluido estudios de comu-

nicación y epistemológicos (Bateson, 1951; Gámez, 2007; Knap y Daly, 2002); meta-análisis (Amato y Gilbreth, 1999; Shaw, 2010); de revisión (Birnbau, 2009); de investigación "inclusiva del menor" (Ballard et al., 2013; Drapkin y Bienenfeld, 1985; Eikelenboom et al., 2005; Goldson, 2006; McIntosh, 2000, 2007, 2008, 2009; Vigers, 2006, 2011); instituciones internacionales que apoyan escuchar la voz del menor (CH, 1980); y voces críticas (Atwood, 2003; Emery, 2003; Garwood, 1990; Garrity y Barris, 1994; Gentry, 1997; Guggenheim, 2003; Kelly, 2003; Lansky et al, 1995; Rodríguez-Domínguez y Carbonell, 2014; Saponesk, 2004; Warshak, 2003). Se percibe un cambio de paradigma tendente a la inclusión del menor tras los hallazgos favorables en los procesos de MF, en algunos países europeos, en Nueva Zelanda y Australia. Las voces críticas, advierte el lector que proceden en su mayoría de EEUU, en particular de Arizona, y conviene considerar las diferencias culturales y las diferentes legislaciones de los Estados. Asimismo, las críticas provienen fundamentalmente de las décadas de los 80 y los 90, mientras en la década del 2000, los estudios proporcionan mayor respaldo a la evidencia aportada por las investigaciones inclusivas del menor.

De acuerdo con Kelly (2004), parece necesario un enfoque múltiple en el ámbito de la intervención de los menores:

- 1) En función de las variables y circunstancias que ocurren en la disolución de la pareja, será preciso diseñar un tipo de intervención, en el cual el método elegido cumpla determinadas condiciones particulares adaptadas al caso concreto. Se parte de la base de que la MF es un proceso de transformación estructurante, que tiene que considerar la opinión del menor, adecuado a la edad del menor (Vigers, 2011), ergo, que pueda comprender. Parece que existe un acuerdo (Goldson, 2006; McIntosh et al., 2008, 2009) de incluir a los menores entre cinco y diecisiete años. Resulta coherente que, para escuchar al menor, conviene que sea un psicólogo especializado, dada su formación curricular sobre psicología evolutiva y del desarrollo.
- 2) Los adolescentes, en la etapa del desarrollo y de transición a la edad adulta, precisan del apoyo parental, como sus referentes adultos. Los progenitores, entre otras cuestiones, han de ayudar al adolescente, en el adecuado balance entre su necesidad de independencia y su necesidad de formar parte activa de su fami-



lia. Este objetivo requiere compartir tiempo y disponibilidad en la relación paterno-filial, para proporcionarles habilidades que puedan utilizar posteriormente como adultos. Las reglas compartidas por ambos progenitores han de ser claras, y los planes de parentalidad han de incluir los cambios necesarios en función de la edad de los menores. Impera la negociación, la flexibilidad y los límites que no deben traspasarse. Conviene incluirlos en la MF siempre que sea posible para tener en cuenta sus opiniones.

- 3) Cuando existen situaciones de elevada conflictividad parental o severas dificultades cognitivas, será mejor otras opciones como la mediación paralela o la coordinación de parentalidad (Rodríguez-Domínguez y Carbonell, 2014).

En base a los estudios analizados, parece adecuada como primera opción la inclusión de la opinión de los menores en la MF; en segundo lugar, el método enfocado; y en casos de elevada conflictividad, la coordinación de parentalidad. Según el CGPJ (1986), la mediación se ha manifestado útil aunque no se alcancen acuerdos, pues se verifica una mejora de la comunicación y una disminución de la tensión entre las partes. Dada su corta historia, aún son insuficientes los estudios en nuestro país que hayan realizado un seguimiento *post hoc* de los progenitores. Son necesarios nuevos estudios que comparen los resultados de la MF intrajudicial y la mediación extrajudicial.

REFERENCIAS

- Amato P. R., y Gilbreth J. G. (1999) Non-resident fathers and children's wellbeing: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family* 61(3), 557-573.
- Atwood, B. A. (2003). The child's voice in custody litigation: An empirical survey and suggestions for reform. *Arizona Law Review*, 45, 628-670.
- Ballard, Robin H., Holtzworth-Munroe, A., Applegate, A G., D'Onofrio, B. M., y Bates, J. E. (2013). A randomized controlled trial of child-informed mediation. *Psychology, Public Policy, and Law*, 19(3), 271-281. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033274>
- Bateson, G., y Ruesch, G. (1951). *Communication: The social matrix of the psychiatry*. London: Norton and company.
- Bercovitch, J., y Schneider G. (2000). Who mediates? the political economy of international conflict management. *Journal of Peace Research*, 37(2), 145-165.
- Bingham, G., Beldin, K. L., y Dendinger L. (2014). Mediator and survivor perspectives on screening for intimate partner abuse. *Conflict Resolution Quarterly*, 31(3), 305-330. doi: 10.1002/crq.21090 305
- Birnbaum, R. (2009). *The voice of the child in separation/divorce mediation and other alternative dispute resolution processes: A literature review*. Family, children and youth section. Research report. Department of Justice Canada
- Bush, R.A.B., y Folger, J.P. (1994). *The promise of mediation: responding to conflict through empowerment and recognition*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Drapkin, R., y Bienenfeld, F. (1985). The power of including children in child custody mediation. *Journal of Divorce*, 8(3-4), 63-94.
- Eikelenboom, S., Harmeling, B., Stokkers, R., y Kormos, H. (2005). Parental Alienation Syndrome (PAS) in the Netherlands. *The American Journal of Family Therapy*, 33(4), 303-317. doi: 10.1080/01926180590962110.
- European Federation of Psychology Association. (2014). *Comunicado con motivo de la celebración del Día Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado el 12-12-2014, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5417&cat=9
- Emery, R. E. (2003). Children's voices: Listening and deciding is an adult responsibility. *Arizona Law Review*, 45, 621-627.
- Fisher, R., Ury, W. y Paton, B. (1991). *Getting to yes: Negotiating agreements without giving in* (2nd ed.). New York: Penguin.
- Gámez, N. (2007). El paradigma de la mediación: Crítica y perspectivas. *Mediaciones Sociales. Revista de Ciencias Sociales y de la Comunicación*, 1(2), 195-213.
- García, L., y Vázquez, E. (2013). La mediación civil en España: luces y sombras de un marco normativo. *Política y Sociedad*. 50(1), 71-98. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2013.v50.n1.3944
- Garwood, F. (1990). Children in conciliation: The experience of involving children in conciliation. *Family and Conciliation Courts Review*, 28(1), 43-51.
- Garrity, C.B., y Baris, M.A. (1994). *Caught in the middle: Protecting the children of high conflict divorce*. New York: Lexington.
- Gentry, D. (1997). Including children in divorce media-



- tion and education: Potential benefits and concerns. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 78(3), 307-315. doi: 10.1606/1044-3894.779
- Goldson, J. (2006). *Hello, I'm a voice, let me talk: Child-inclusive mediation in family separation*. Auckland: Center For Child and Family Policy Research.
- González-Capitel, C. (2001). *Manual de Mediación*. Barcelona: Ed. Atelier.
- Guggenheim, M. (2003). Maximizing strategies for pressuring adults to do right by children. *Arizona Law Review*, 45, 764-781.
- Haynes, J. M. (1981). *Divorce mediation: A practical guide for therapists and counselors*. New York: Springer
- Irving, H.H., y Benjamin, M. (2002). *Therapeutic family mediation: helping families resolve conflict*. London: Sage Publications.
- Knapp, M. L., y Daly, J. (Eds). (2002). *Handbook of interpersonal communication (3ªed)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kelly, J. B. (2003). Parents with enduring child disputes: Multiple pathways to enduring disputes. *Journal of Family Studies*, 9(1), 37-50.
- Kelly, J. B. (2004). Family mediation research: Is there empirical support for the field. *Conflict Resolution Quarterly*, 22(1 y 2), 3-35.
- Lansky, D.T., Manley, E.E., Swift, L.H., y Williams, M. (1995). The role of children in divorce mediation. In Academy of Family Mediators. *Workshop proceedings book: 1995 Annual Conference*. (pp. 31-33). Golden Valley, MN: Academy of Family Mediators.
- McAdoo, B. (2010). A mediation tune up for the state court appellate machine. *Journal of Dispute Resolution*, (2), 237-389.
- McIntosh, J. E. (2000). Child-inclusive divorce mediation: Report on a qualitative research study. *Mediation Quarterly*, 18(1), 55-69.
- McIntosh, J. E. (2007). Child inclusion as a principle and as evidence-based practice: Applications to family law services and related sectors. *A F R C Issues: Australian Family Relationships Clearinghouse*, 1.
- McIntosh, J. E., Wells, Y. D., Smyth, B. M., y Long, C. M. (2008). Child-Focused and child-inclusive divorce mediation: comparative outcomes from a prospective study of post separation adjustment. *Family Court Review*, 46(1), 105-124
- McIntosh, J. E., Wells, Y. D., y Long, C. M. (2009) *Children beyond dispute: A four year follow up study of outcomes from Child Focused and Child Inclusive post-separation family dispute resolution*. Victoria, Australia: Family Transitions. Recuperado en Diciembre 8, 2014 de <http://www.ag.gov.au/Publications/Documents/ArchivedFamilyLawPublications/FLB%20%20McIntosh%20Children%20Beyond%20Dispute%20Final%20report%204th%20wave%20April%2009.pdf>
- Ortuño, P. (2005). Perspectivas de la Regulación de la Mediación en la Unión Europea. En Trabajo Social Hoy. *Monográfico: El Trabajo Social y la Mediación* (pp.73-84). Madrid: Ed. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- Pali, B., y Voet, S. (2009). *Family mediation in international family conflicts: the European context*. Leuven: Institute of Criminology, Katholieke Universiteit Leuven.
- Pruitt, D. G. (2012). Commentary: Toward a Mediator Tool bag. *Negotiation and Conflict Management Research*, 5(4), 384-391.
- Rigdon, P. (2013). Book Review: Mediating international child abduction cases—The Hague Convention, by Sarah Vigers. *Journal of Child Custody*, 10(3-4), 371-375. doi: 10.1080/15379418.2013.833459.
- Rodríguez-Domínguez, C., y Carbonell, X. (2014). Coordinador de parentalidad: nueva figura profesional para el psicólogo forense. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 193-200.
- Rodríguez-Domínguez, C., Carbonell, X., y Jarne, A. (2014). Revisión conceptual del peritaje psicológico en relación a la custodia de menores en Cataluña. *Anuario de Psicología Jurídica* 24(1) 19-29. doi: <http://dx.doi.org.10.1016/j.apj.2014.07.001>
- Rodríguez-Domínguez, C., Jarne, A., y Carbonell, X. (2015). Evaluación psicológica y legislación internacional: los traslados transfronterizos y sustracción de menores. *Papeles del Psicólogo*. 36(1), 46-53.
- Roustan, M. (2010). *Estudio observacional de ayuda interactiva en el postratamiento de cáncer de mama: reuniones GAFA*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología básica, evolutiva y de la educación.
- Saguar, B., y Viola, G. (2011). Reflexión. Mediación: Toma de decisiones ante cambios familiares. *Anuario de Psicología Jurídica*. 21(1), 115-123 doi: 0.5093/jr2011v21a11



- Saposnek, D. T. (2004). Working with children in mediation. En J. Folberg, A. Milne, and P. Salem (Eds.), *Divorce and family mediation: Models, techniques and applications*. (pp. 155-179). New York: Guilford Press.
- Shaw, L.A. (2010). Divorce mediation outcome research: a meta-analysis. *Conflict Resolution Quarterly*, 27(4), 447-467. doi: 10.1002/crq.20006
- Simpson, B. (1991). The Children Act of 1989 and the voice of the child in family conciliation. *Family and Conciliation Courts Review*, 29(4), 385-397.
- Umbreit, M.S. (1995). *Mediating interpersonal conflicts: A pathway to peace*. Eugene, Oregon: Wipf and Stick Publishers.
- Unicef, (2013). Manual del Delegado (Mayabmun 2013). Recuperado de <http://www.anahuacmayab.mx/userfiles/File/MANUAL%20UNICEF...>
- Uphold-Carrier, H., y Utz, R. (2012) Parental divorce among young and adult children: A long-term quantitative analysis of mental health and family solidarity. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(4), 247-266, doi: 10.1080/10502556.2012.663272
- Vigers, S. (2006). *Note on the development of mediation, conciliation and similar means to facilitate agreed solutions in trans frontier family disputes concerning children especially in the context of the Hague Convention of 1980*. Hague Conf. on Private Int'l Law 1, 16. Disponible en http://hcch.e-vision.nl/upload/wop/abd_pd05e2006.pdf.
- Vigers, S. (2011). *Mediating international child abduction cases: the Hague Convention*. Hague Convention on the Civil Aspects of International Child Abduction, Oct. 25, 1980. HCCH, http://www.hcch.net/index_en.php?act=text.display&tid=21 (last visited July 29, 2013)
- Wall, J. A., y Dunne, T. C. (2012). Mediation research: A current review. *Negotiation Journal*, 28(2), 217-244.
- Wall, J. A., y Chan-Serafin, S. (2010). Do Mediators Walk Their Talk in Civil Cases? *Conflict Resolution Quarterly*, 28(1), 3-21.
- Wall, J., y Chan-Serafin, S. (2014), Friendly persuasion in civil case mediations. *Conflict Resolution Quarterly*, 31(3), 285-303. doi: 10.1002/crq.21092 285.
- Warshak, R. A. (2003). Payoffs and pitfalls of listening to children. *Family Relations*, 52(4), 373-384.
- Winsdale, J., y Monk, G. (2001). *Narrative Mediation*. San Francisco: Jossey-Bass

NORMATIVA LEGAL

- Boletín Oficial del Estado (BOE), 13797. Ley 1/2001, de 15 de Marzo de Mediación Familiar de Cataluña.
- Boletín Oficial del Estado (BOE), 11864. Ley 15/2005, de 8 de Julio por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, en materia de separación y divorcio.
- Boletín Oficial del Estado (BOE), A-2012-9112. Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
- Convenio de la Haya. (1980). Convenio sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores, de 25-10-1980. Recuperado el 2-03-2014, de <http://www.hcch.net>.
- Consejo General Del Poder Judicial. (2013). *Mediación intrajudicial en España: datos 2013*. Recuperado el 19-12-2014, de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Andalucia--Ceuta-y-Melilla/En-Portada/Datos-estadisticos-del-servicio-de-mediacion-familiar-intrajudicial-de-los-juzgados-de-familia-de-Malaga-correspondientes-a-2013>
- Consejo General Del Poder Judicial. (1986). *Guía para la práctica de la Mediación Intrajudicial*: Madrid: Autor.
- Generalitat de Catalunya. (2013). *Estadístiques de Mediació en Dret Privat*. Recuperado en 19-12-2014, de <http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/mediacio>
- Guía de Buenas Prácticas Mediación (2012). *Guía de Buenas Prácticas en virtud del Convenio de La Haya de 25 de octubre de 1980 sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores*. Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado Oficina Permanente. La Haya, Países Bajos.
- Indiana Rules of Court. (2013). *Indiana parenting time guidelines*. Retrieved in 12/06/14 from <http://www.in.gov/judiciary/rules/parenting/parenting.pdf>.



ESTIMULACIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS

Domingo Jesús Quintana Hernández¹ y María Teresa Miró Barrachina²

¹Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. ²Universidad de La Laguna

Los tratamientos psicológicos son una práctica habitual en el contexto sociosanitario de atención a personas mayores dependientes. En los últimos años se está introduciendo la práctica de mindfulness para personas mayores. Sin embargo, estas prácticas presentan dificultades para su aplicación en residencias y centros de día por el deterioro cognitivo que presentan los usuarios de estos servicios. En este artículo se muestra cómo se desarrolla un programa de estimulación basado en mindfulness en el entrenamiento de las actividades de vida diaria (AVD). Esta intervención se fundamenta en el entrenamiento del personal auxiliar y/o cuidador de forma simultánea con los usuarios de los servicios para, posteriormente en la rutina del centro, realizar un entrenamiento de la presencia consciente en la acción durante las AVD. El objetivo final de esta intervención es potenciar la coherencia funcional y la integración personal mediante prácticas de mindfulness en acción en actividades básicas, instrumentales o avanzadas.

Palabras clave: Mindfulness, Actividades de la vida diaria, Centro sociosanitario, Deterioro cognitivo, Tratamientos no farmacológicos.

Psychological treatments are a common practice in health care centres for elderly dependent people. Recently, mindfulness practice is being introduced in these settings. However, it is difficult to carry out mindfulness practice in residential or daily care centres due to the cognitive impairment of the elderly users. This paper shows how a mindfulness based stimulation program for daily life activities (DLA) has been developed. This intervention aims to train assistants to the elderly along with the elderly themselves so that afterwards, within the routine at the centre, daily life activities can be done with conscious presence. The ultimate purpose of this intervention is to strengthen functional coherence and personal integration through the practice of mindfulness in action with basic, instrumental or advanced activities.

Key words: Mindfulness, Activities of daily living, nursing home care, Cognitive impairment, Non-pharmacological treatments.

La Organización Mundial de la Salud (2002) definió a la persona mayor saludable en términos de funcionalidad, no en términos de déficit, y es en este marco de potenciación de las capacidades en el que proponemos un envejecimiento en activo basado en mindfulness en la acción. Es muy relevante enfatizar la funcionalidad como guía de los modelos de intervención geriátrica con personas dependientes, especialmente en la demencia, pues este enfoque está permitiendo la emergencia de una nueva forma de entender la planificación sociosanitaria poniendo el acento en la atención centrada en la persona (Vikström et al., 2015; Martínez, 2014). Desde este enfoque se puede dotar de contenido preciso al concepto de dignidad que permitió la fundación de la geriatría como especialidad médica en el Reino Unido (Warren, 1946).

La geriatría como disciplina médica generó un nuevo paradigma cimentado en la evaluación geriátrica integral. Este acercamiento abrió las puertas hacia un nuevo plan-

teamiento centrado en los cuidados, permitiendo el desarrollo de los equipos interdisciplinares existentes en la actualidad. Sin embargo, uno de los grandes problemas en la planificación de los cuidados de larga estancia está en cómo organizarlos, pues los modelos mecanicistas clásicos centrados en el curar no son una buena guía para la intervención indefinida en el área de la dependencia, siendo necesarios modelos integrales que abarquen todos los aspectos de la vida hasta el final de la misma como propone Watson (2010). Es en este contexto donde la intervención basada en mindfulness en la acción, que pone especial acento en los aspectos circunstanciales de las vivencias cotidianas, se muestra como una posibilidad alternativa para intervenir desde las rutinas diarias de los servicios sociosanitarios. La práctica de mindfulness permite redirigir la atención sobre la acción en las actividades de la vida diaria (AVD), por tanto se puede afirmar que se trata de un modelo que centra los cuidados en la coherencia funcional, eje básico de intervención para favorecer un envejecimiento saludable.

En este documento se muestra cómo implementar mindfulness durante la acción de las AVD. Para ello, se abordan los siguientes puntos: 1º) qué es mindfulness, 2º) beneficios que produce mindfulness en la estructura y

Correspondencia: Domingo Jesús Quintana Hernández. Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. C/ Luis Doreste Silva 44, 5º pta. 3. 35004. Las Palmas de Gran Canaria. España. E-mail: domingoj.quintana@gmail.com



función cerebral, 3^o) el papel del paradigma de la atención conjunta en el entrenamiento con personas con deterioro cognitivo y 4^o) una propuesta de intervención para el entorno sociosanitario.

MINDFULNESS: CONCEPTO E IMPLICACIONES EN LA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

El concepto mindfulness ha sido definido con diferentes matices en función del campo de aplicación clínica. No obstante, mindfulness es cuestión de práctica como afirma tajantemente Gunaratana (1996). Vallejo (2006; p. 92) lo definió “como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual”. Esta definición está en consonancia con el intento de establecer un consenso sobre el concepto que llevó a Bishop et al. (2004) a definir esta capacidad metacognitiva como la autorregulación de la atención sostenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, adoptando una actitud particular hacia esa experiencia, caracterizada por curiosidad, apertura, aceptación y afecto.

Esta definición supone un acto voluntario e intencional y plantea el problema básico de cómo desarrollar estas prácticas en personas con deterioro cognitivo, pues es esperable que simplemente se olviden de practicar. Para evitar esto se hace necesario el entrenamiento conjunto entre el personal cuidador y el enfermo como propone Quintana et al. (2014) basándose en el paradigma de la atención conjunta (Werner y Kaplan, 1963) como después se expone.

La aplicación de las prácticas de mindfulness en el contexto geriátrico residencial no requiere ningún aspecto específico de aplicación en relación a su práctica en comparación con cualquier otra población clínica. La única diferencia en el contexto geriátrico es la reducción en el tiempo de cada sesión, entre 30 y 50 minutos, y la práctica continuada diariamente como propone McBee (2008). La práctica de mindfulness tiene un beneficio directo en la acción del momento presente, en comparación a otras técnicas de estimulación cognitiva clásicas, porque supone potenciar las capacidades y recursos internos. En este sentido es un cambio en la orientación de la intervención de un colectivo al que frecuentemente las prácticas clásicas de estimulación le recuerdan su pérdida cognitiva y discapacidad.

EFFECTOS DEL MINDFULNESS EN LA FUNCIÓN CEREBRAL Y LA CAPACIDAD COGNITIVA

Diferentes estudios que han utilizado tratamientos basados en mindfulness o diferentes formas de meditación orientadas hacia la práctica concentrativa han demostrado que durante su práctica se incrementa la irrigación cerebral en áreas corticales y subcorticales (Khalsa, Amen, Hanks, Money y Newberg, 2009; Deepeshwar, Vinchurkar, Visweswaraiyah, y Nagendra, 2014), a la vez aumenta la conectividad entre diferentes estructuras cerebrales y la densidad neuronal (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2011; Malinowski, 2013). A pesar de ello, se debe ser prudentes con estas evidencias porque la neurociencia del mindfulness y sus correlatos neuroanatómicos están en una fase inicial de estudio como recogen las últimas revisiones de Tang, Hölzel y Postner (2015) o Fox et al. (2014).

La aplicación de mindfulness en enfermedades neurodegenerativas en estadios leves sugieren un efecto positivo en las capacidades cognitivas como atención, memoria, fluidez verbal, capacidad de abstracción, praxias, cálculo, etc. (Newberg, Wintering, Khalsa, Roggenkamp, y Waldman 2010; Wells et al., 2013; Quintana y Quintana, 2014). Por tanto, la práctica de mindfulness se está mostrando útil para paliar la sintomatología en la demencia en general, siendo este aspecto muy relevante en los centros sociosanitarios por su alta prevalencia, superior al 60 % (López, López, Castrodeza, Tamames y León, 2009).

Actualmente el programa basado en mindfulness que cuenta con mayor evidencia científica en la aplicación a la población geriátrica es la adaptación del “programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)” (Kabat-Zinn, 2013). Lantz, Buchalter y McBee (1997) aplicaron MBSR a un contexto residencial con enfermos con deterioro cognitivo avanzado con el objetivo de disminuir los trastornos de conducta y los síntomas psicopatológicos asociados a la demencia. La eficacia de estas intervenciones basadas en MBSR se ha venido repitiendo en diferentes investigaciones desde entonces (McBee, Westreich y Likourezos, 2004; Wells et al., 2013; Quintana et al., 2014).

Un segundo grupo de tratamientos asociados a técnicas de meditación concentrativa, como la práctica del ejercicio “Kirtan-Kriya” o prácticas derivadas del Zen (mantras, ejercicios respiratorios en posiciones de meditación sentada, visualizaciones, etc.), también están mos-



trando su utilidad en la mejora de la cognición y la disminución de la psicopatología en personas mayores con EA leve (Pagnoni y Cekic, 2007; Hu, Chang, Prakash y Chaudhury, 2011; Moss et al., 2012).

Estas prácticas parecen producir diferentes beneficios para la salud en el envejecimiento que potencialmente son beneficiosas para el manejo de personas mayores institucionalizadas en servicios sociosanitarios. Xiong y Doraiswamy (2009) exponían los siguientes aspectos para indicar la utilización de estas técnicas en esta población: 1º) la reducción de la secreción de cortisol inducido por el estrés, lo que podría tener efectos neuroprotectores incrementando los niveles del factor neurotrófico cerebral, 2º) la disminución lipídica y del estrés oxidativo, los cuales podrían reducir el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de neurodegeneración derivada de la misma y 3º) debería fortalecer los circuitos neuronales y mantener la reserva cognitiva. En la misma línea Larouche, Hudon y Goulet (2015) indican que la práctica de mindfulness podría frenar el deterioro cognitivo minimizando los efectos de la sintomatología asociada a la demencia favoreciendo el manejo del estrés, reduciendo los efectos de los trastornos del estado de ánimo y reduciendo los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal. No obstante, a pesar de todas estas evidencias que parecen avalar la utilización de estas prácticas, los mecanismos que sustentan el funcionamiento de mindfulness permanecen en fase de investigación (Tang et al, 2015) y animan a seguir profundizando en la investigación de estas prácticas.

LA ATENCIÓN CONJUNTA COMO PARADIGMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS EN CONTEXTOS SOCIOSANITARIOS

El entrenamiento basado en mindfulness con personas mayores institucionalizadas se basa en el entrenamiento conjunto de las habilidades cognitivas asociadas a las prácticas de atención orientadas a las AVD. La atención conjunta es la situación de interacción primordial sobre la que se construye la comunicación y el desarrollo cognitivo (Werner y Kaplan, 1963). La experiencia perceptiva cambia cuando se atiende a un objeto en solitario versus cuando se atiende de modo conjunto con otra persona. En éste último caso, además del objeto, la existencia de la otra persona atendiendo conjuntamente se convierte en un elemento constitutivo de la experiencia. Así, la atención conjunta no consiste

únicamente en ver el mismo objeto que el otro ve, sino en ver el objeto como algo de lo que el otro es también consciente. Esta conciencia de compartir el foco atencional sucede de manera natural en el acto de hacer referencia, al intercambiar, ver, o tocar cosas con el otro y, con frecuencia, supone compartir actitudes hacia el objeto o evento. En un clásico trabajo sobre la emergencia de la atención conjunta, Werner y Kaplan (1963; p.44) afirmaron que la atención conjunta triádica (persona-persona-objeto) marca “un cambio de percibir los objetos como puramente “cosas sobre las que actuar” a percibirlos como “objetos de contemplación”. En este contexto, la actitud contemplativa no debe ser entendida como actitud pasiva o ausencia de actividad, sino como una actividad cuyo objetivo primordial es la adquisición de conocimiento sobre el mundo que nos rodea en el momento presente. El acto de contemplar lo definían como la atención a un objeto de un modo particular: con vistas a hacerse consciente de cómo es el objeto, en lugar de manipularlo u obtener algo de él. En el marco del desarrollo infantil, la emergencia de esta capacidad para contemplar o atender conjuntamente a un objeto o suceso, que Trevarthen (1993) denominaba intersubjetividad secundaria, supone un nuevo nivel en la interacción intersubjetiva que da acceso a un mundo compartido. Este paso también ha sido identificado como el acceso a la perspectiva de tercera persona, expresado como seguimiento de la atención, que completaría la perspectiva de la segunda persona, expresada como contacto con la atención.

En esta concepción de la Atención Conjunta se destacan dos componentes principales: a) el seguimiento de la atención, cuando un sujeto atiende al mismo objeto de atención que otro sujeto en respuesta a la atención de este último, y b) el contacto con la atención, cuando cada sujeto atiende de manera mutua a la atención del otro. Cada componente puede aparecer por separado o puede ser combinado en lo que se denomina comunicación referencial, en la que se llama la atención del otro sobre un objeto. En síntesis, esta concepción de la Atención Conjunta no sólo nos permite comprender los elementos implicados en el acceso a un mundo compartido en el marco del desarrollo infantil, sino que también nos permite comprender los elementos que deben ser tenidos en cuenta para ayudar a las personas a permanecer en un mundo compartido cuando presentan deterioro cognitivo.



Esta visión de la atención conjunta ofrece un marco conceptual del que se derivan consecuencias prácticas para construir un programa de entrenamiento en mindfulness en la acción en personas con Enfermedad de Alzheimer como han desarrollado Quintana et al. (2014) con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo, funcional y la psicopatología. La principal consecuencia práctica consiste en que el entrenamiento tiene que realizarse tanto con el enfermo como con el auxiliar o cuidador principal, de modo que la práctica se incorpore en las AVD. De esta manera, el cuidador indica hacia que dirigir la atención con una actitud de presencia consciente, atenta y empática, así como con curiosidad y afecto por lo que se está compartiendo. Este aspecto es la principal aportación de esta propuesta, pues se pone el énfasis en seguir potenciando las capacidades en las actividades cotidianas, apostando por el desarrollo de actividades significativas que pueda seguir haciendo el enfermo, sin introducir tareas que no tienen nada que ver con el desarrollo del ciclo vital y su historia personal.

APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

Aunque los beneficios potenciales de la práctica de mindfulness podrían ser fáciles de ver, no está claro cómo implementarlo en el contexto socio sanitario para que se produzca una práctica significativa. Dado el papel clave que la pérdida de la memoria inmediata desempeña en el curso del deterioro cognitivo, se puede esperar que los enfermos simplemente se olviden de practicar los ejercicios. Para superar este obstáculo, el programa de entrenamiento se debe construir en torno a tres pilares básicos: a) los cuidadores, b) las AVD (básicas, instrumentales y/o avanzadas) y c) la conciencia del momento presente de forma compartida, siendo el cuidador en primer lugar el que hace la sugerencia sobre a qué elemento de la experiencia se le empieza a prestar atención. La idea básica en la intervención es instruir a los cuidadores para practicar la presencia consciente y abierta con curiosidad hacia el momento presente con el enfermo en las diferentes AVD. En este contexto es la significación de la tarea compartida el hilo conductor para que no se realicen actividades carentes de relevancia personal. Por tanto, es una intervención que requiere un enfoque altamente individualizado.

Entrenamiento de mindfulness con los profesionales socio sanitarios

Organizar un servicio basado en mindfulness en la acción orientado hacia las AVD tiene que basarse fundamentalmente en el desarrollo de un programa de formación continuada con el personal técnico y cuidador. El entrenamiento propuesto tiene una doble directriz: en primer lugar se propone como una práctica formal en sesiones grupales semanales con los diferentes profesionales de cada servicio, prescribiéndose media hora diaria de práctica individual seis días a la semana para casa. En segundo lugar se fomenta como una práctica informal en el desarrollo de las AVD básicas (alimentación, aseo, traslados, etc.) e instrumentales (actividades terapéuticas en general o salidas con familiares) en el desarrollo de las tareas de trabajo en el centro.

La práctica formal de mindfulness constituye períodos establecidos para la meditación guiada con sesiones basadas en las prácticas del programa de estimulación para enfermos de Alzheimer basada en mindfulness (MBAS "Mindfulness-Based Alzheimer` Stimulación") de Quintana et al., (2014). También se proponen ejercicios de hatha yoga en silla diarios según las recomendaciones de Armendia (2009). La práctica informal incluye que todas las AVD que se desarrollan cotidianamente como: comer, dormir, trabajar, jugar, etc. se realicen de forma conjunta con el cuidador. Todo se puede hacer con presencia plena. Hay actividades que se pueden practicar de modo formal e informal, como estar de pie de cierto modo. La versión formal es un ejercicio de yoga, sin embargo esta posición es fácil hacerla de forma cotidiana de manera informal, por ejemplo en la ducha, en la cola del supermercado, o en cualquier otra circunstancia que requiera esta posición.

Las prácticas formales e informales fortalecen esta capacidad metacognitiva. La práctica formal proporciona apoyo y conocimiento, mientras que la práctica informal aporta la manera de integrar mindfulness en la vida cotidiana y favorece un cambio en los hábitos de vida. A medida que se profundiza en la práctica, estas divisiones tienden a desaparecer como manifiesta McBee (2008). Por esta razón se plantea un entrenamiento cotidiano para conseguir consolidar la práctica de la atención plena en las AVD básicas, pues estas son las tareas principales en la organización de los servicios socio sanitarios.



Las actividades formales realizadas en cada una de las sesiones tienen la siguiente organización general:

- 1) Se organizan grupos pequeños de 8 enfermos como máximo.
- 2) Se entrena a los enfermos simultáneamente con los cuidadores en sesiones formales de 1 hora de duración una vez a la semana.
- 3) Se prescribe un trabajo para la práctica en las AVD básicas e instrumentales como se muestra en la Tabla 1.
- 4) Se prescriben diariamente los ejercicios de Kirtan Kriya propuestos por Newberg et al. (2010) (figura 1) y los ejercicios de estimulación sensorial que pueden observarse en la tabla 2.
- 5) Se utilizan técnicas de validación (Feil, 1984) y orientación en la realidad (Spector, Davies, Woods y Orrell, 2000) con los auxiliares usando mindfulness en la acción como forma de orientarse al momento presente en cada una de las AVD.

Sesiones informales en el desarrollo de las AVD: las auxiliares como agentes facilitadoras de mindfulness en acción

Es importante destacar que la implementación de programas de mindfulness eficaces debe estar supervisado por personal especializado y entrenado en estas técnicas. Además, la organización en servicios sosiosanitarios debe ser inclusiva para los cuidadores profesionales y los familiares, pues de esta forma pueden ser llevados a cabo en una amplia variedad de contextos y distintos ambientes. Así se consigue que la práctica de mindfulness se desarrolle de forma implícita y sea parte de la nueva rutina diaria en la organización funcional de actividades cotidianas del personal auxiliar y las personas mayores.

El principal beneficio con esta organización es que se consigue una intervención precoz e intensa (de 10 a 20 horas semanales) en el periodo que dura el ingreso de la persona en el centro sosiosanitario. Es importante destacar que se produce un efecto acumulativo con pequeñas prácticas de 2 a 3 minutos en el desarrollo de las AVD básicas diariamente. De esta forma conseguimos un mínimo de práctica diaria de unos 90 minutos. Para conseguir este propósito es fundamental que las familias estén implicadas activamente, el personal debe estar altamente especializado para lo que debe recibir una formación continuada específica. La intervención tiene que contar con una programación individualizada, una evaluación continua del progreso, niveles de apoyo personal, tem-

poral y físico intenso y por último, la generalización de los aprendizajes debe estar convenientemente planificada. En las tablas 1 y 2 se exponen las diferentes prácticas desarrolladas en las diferentes AVD. Es importante destacar que se utiliza el índice de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) para facilitar la comunicación con todos los profesionales, pues se trata de una escala de amplia divulgación en el campo geriátrico (Flores, Cruz, González, López y Abizanda, 2014).

CONCLUSIONES

La atención en los servicios sosiosanitarios con programas basados en mindfulness es una perspectiva que permite el desarrollo práctico del modelo de atención centrada en la persona. Este entrenamiento ofrece la posibilidad de transformar las AVD para que la acción en el presente siga siendo el eje vertebrador de las vivencias personales.

La organización de las AVD a través de la atención conjunta permite incrementar la satisfacción personal en los cuidadores, a la vez que se dota de un significado terapéutico la vida cotidiana. Este aspecto es fundamental en la intervención geriátrica, pues la organización de los cuidados debe estar dirigida al mantenimiento de las capacidades funcionales que se producen en el momento presente y que son la base sobre la que se construye la vida.

Por último se destaca que esta propuesta de intervención en las AVD lleva desarrollándose en el Centro de Estancias Diurnas para Demencias del Centro Sosiosani-

FIGURA 1
EJERCICIO DE ATENCIÓN AL PRESENTE KIRTAN KRIYA

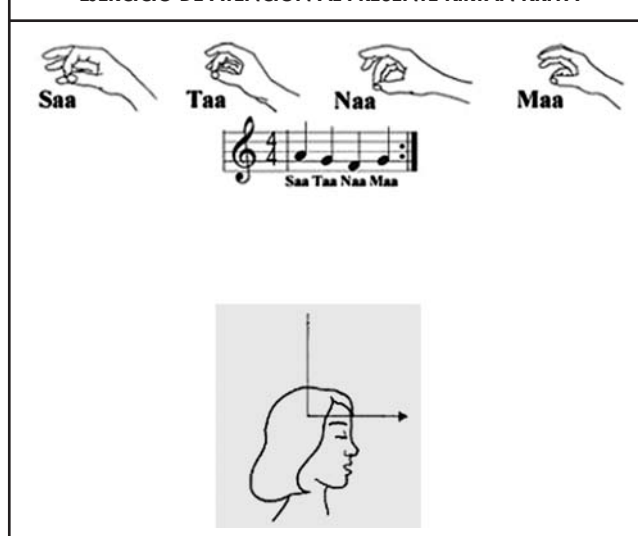


TABLA 1
EJERCICIOS DE ATENCIÓN AL PRESENTE EN LAS AVD BÁSICAS E INSTRUMENTALES

AVD básicas	Ejercicios de atención al presente mediante la atención compartida
Traslados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de entrar a la habitación tocar, después pedir permiso para pasar y hacer tres respiraciones mientras se desea que la persona cuidada tenga un buen día. 2. Pedirle a la persona que abra los ojos, darnos cuenta cómo se siente y con una sonrisa lo invitamos a respirar durante dos minutos, contando las respiraciones si el deterioro cognitivo es avanzado. 3. Antes de incorporarse, se le pide que verbalice que deseo tener un día en calma y que pida por el compañero de habitación y compañeros del centro en general. 4. Cuando está sentado en la cama se le pide que realice 10 respiraciones. 5. Cuando se pone de pié se le pide que realice 3 respiraciones.
Alimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de empezar a comer observar la comida, respirar tres veces y dar gracias por disfrutar de la oportunidad de una nueva comida. 2. Al degustar la primera cucharada saborear durante unos instantes la comida, siendo consciente de las texturas y del sabor. 3. Desear que el resto de personas disfruten de la comida y desear que estén en calma. 4. Antes de tomar el postre, preferiblemente una fruta, olerla antes de morderla, percibir la sensación que produce, después morderla, y volver a olerla y sentir nuevamente las sensaciones. 5. Al finalizar la comida, realizar un repaso de los alimentos ingeridos, dar nuevamente gracias por la alimentación, percibir las sensaciones que se tienen y despedirse con una sonrisa del momento de la comida.
Aseo personal y baño	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la mañana, frente al espejo, se indica que se dé cuenta de su imagen, que se sonría y que desee tener un día en armonía. 2. Cuando se enjuague con el agua se le indica que esté atento a la temperatura del agua, ajustándola sin hacer comentarios críticos, empezando desde la zona fría hasta llegar a la temperatura deseada. 3. Al acercarse las manos a la cara se establece un ligero masaje con las manos húmedas, primero con agua templada y finalmente con agua fría. Se realiza un suave masaje por toda la cara, la frente, las orejas, los ojos, los cachetes, la boca, la barbilla y el cuello. 4. Se realizan tres respiraciones y se toma consciencia del estado en el que se esté, sin juzgarlo. 5. Se toma el peine o el cepillo y se arregla el pelo de forma atenta, acompasando cada pasada con la respiración durante 2 minutos. Para ello se incorpora un reloj de arena en el cuarto de baño. 6. Con el cepillado de dientes se realiza la misma actuación. 7. En la ducha se le sugiere al enfermo que utilice diferentes geles para cabeza y cuerpo con diferentes aromas que se irán cambiando mensualmente. Se le sugiere que antes de darse el jabón sea consciente del aroma durante 3-5 respiraciones. 8. Durante el baño se le sugiere que realice un escaneo corporal con la esponja, siendo consciente cuando se pasa por el cuello, brazos, pecho, abdomen, se le ayuda en la espalda, zona genital, piernas y pies donde se le vuelve a ayudar. 9. Antes de salir del baño nos sonreímos con los ojos cerrados durante 3-5 respiraciones, seguidamente abrimos los ojos y nos observamos de 3 -5 respiraciones sin juzgarnos.
Vestido	<ol style="list-style-type: none"> 1. En función del estado del enfermo se le deja que elija la ropa o se le proponen diferentes alternativas para que elija. Se le indica que realice la actividad pausadamente, siendo consciente de la respiración durante el proceso. Si se despista le volvemos a indicar que observe la respiración amablemente, con una sonrisa. 2. Cuando esté vestido, le indicamos que realice un escaneo corporal desde la cabeza hasta los pies. 3. Si el enfermo presenta un deterioro avanzado se aprovecha el momento del vestido para realizar un escaneo corporal mediante un masaje breve cuando se le introduce la ropa.
Uso del WC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le indica al enfermo que mientras esté sentado en la tasa que sea consciente de las respiraciones, sin preocuparse de las deposiciones o la micción. 2. Se acompaña de una música relajante, tipo Dan Gibson por ejemplo, y aromaterapia en los casos de estreñimiento.
Deambulación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al levantarse se indica que preste la atención en la tensión muscular en las piernas y la cintura. 2. Se le indica al paciente que preste atención a los cinco primeros pasos, contando del 1 al 5. 3. En cualquier momento del día se le indica al enfermo que nos acompañe caminando al ritmo de la respiración, un paso cuando se inspira y otro cuando se expira, durante 2 o 3 minutos. 4. Se planifican dos paseos diarios, uno en la mañana y otro en la tarde, en el que se camina al ritmo de la respiración contando el número de pasos mientras se inspira y el número de pasos mientras se expira. 5. Mientras se suben los escalones se dice paz cuando desplazas la pierna izquierda y calma cuando desplazas la derecha. 6. Subes los escalones al ritmo de cada inspiración y expiración, siendo consciente del estado corporal cuando finaliza el ascenso o el descenso. 7. Te desplazas a ritmo suave acompañado por una música relajada, por ejemplo "Air" de Johann Sebastian Bach o el "Longo" de Georg Friedrich Handel, o a una marcha más veloz al ritmo de los "Valses" de Johann Strauss. 8. Se realiza un paseo mientras se le presta atención a los sonidos continuos y cambiantes que se producen momento a momento (coches, voces, ladridos, música, etc.).
Acostarse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentados en la cama se propone que se realicen 10 respiraciones. 2. Se propone realiza un recorrido de las actividades desarrolladas a lo largo del día, siendo consciente de todos los momentos en los que se ha estado atento en la mañana, medio día y tarde. 3. Se realiza un escaneo corporal, de la cabeza a los pies durante 3-5 minutos permaneciendo acostado. 4. Se finaliza el día pidiendo tener una noche para descansar, estando en paz y armonía.

TABLA 2
EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL BASADOS EN MINDFULNESS

Estimulación Sensorial	Ejercicios acompañados de la atención a la respiración
Visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilice pinturas de colores en las habitaciones de la casa. 2. Introduzca un emoticono en el espejo del baño. 3. Introduzca un reloj de arena en el baño y esté atento a la respiración mientras se cepilla los dientes. 4. Realice sesiones con luces brillantes procedentes de fuentes luminosas. 5. Utilice platos de colores para las diferentes comidas. 6. Haga que la persona mayor y el cuidador busquen objetos en un recipiente con arena, arroz, etc. 7. Póngase guantes de colores en las manos y muévalas. 8. Ponga un acuario con peces de colores y durante unos instantes indique que mire el pez azul, después cambie e indique el naranja, ... 9. Visualización de una película elegida por el enfermo en la que se le da la instrucción de que se fije como se siente cuando se identifica con el protagonista masculino o el femenino en función de la escena elegida. 10. Visualización de videos musicales con imágenes de la naturaleza.
Auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzca cajas de música, campanas, cuencos tibetanos en la realización de ejercicios de movimiento y para iniciar y terminar las sesiones. 2. Ponga las manos del enfermo o familiar en la boca, garganta, pecho, nariz y balbucee, canturree o emita sonidos vocálicos y consonánticos. 3. Emita sonidos de animales mediante aplicaciones audiovisuales. 4. Utilice instrumentos de música, desde los sonidos más suaves hacia los más graves. 5. Ponga al enfermo y cuidador una pulsera de cascabeles en la muñeca o en los tobillos y realice ejercicios de meditación caminando, cada paso cuando no se escuche el sonido de los cascabeles. 6. Haga juegos de manos sencillos que impliquen acción tipos go/no go. 7. Cante canciones sencillas que se acompañen de movimiento. 8. Introduzca materiales que hagan ruido. Por ejemplo doblar o estrujar papel de celofán, papel de envolver, periódicos, etc. 9. Escuche distintos tipos de música. 10. Escuchen los sonidos de los electrodomésticos.
Táctil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de un escaneo corporal masajeando cada parte del cuerpo. 2. Automasaje de la mano al ritmo de la respiración. 3. Automasaje de la cara al ritmo de la respiración. 4. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar los diferentes elementos en la comida, cubiertos, vasos, platos, frutas, etc. 5. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar el agua fría, caliente y tibia en el aseo o el baño. 6. Fijarse en las sensaciones táctiles al cepillarse los dientes. 7. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta del pie al realizar los ejercicios de yoga en silla descalzos. 8. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta de los pies al caminar descalzos por diferentes superficies. 9. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar juegos con diferentes materiales, plastilina, arcilla, arena, macarrones, arroz, cereales, alubias, tejidos de distintas texturas, etc. 10. Fijarse en las sensaciones táctiles de todo el cuerpo mientras se permanece tumbado en la cama, arena o encima de la hierba.
Olfativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a la persona mayor y al cuidador a múltiples experiencias distintas utilizando objetos cotidianos como la colonia, desodorante, polvos de talco, pasta de dientes, etc. 2. Se proporcionan experiencias mediante la utilización de especias y hierbas aromáticas como la canela, menta, chocolate, ajo, orégano, tila, café, etc. 3. Se exponen olores de distintas frutas y verduras como limón, naranjas, manzana, plátano, guisantes, cebollas, coliflor, patatas, pepinillo, etc. 4. Se proporcionan experiencias para experimentar distintos aromas de flores como las rosas, claveles, lirios, etc. 5. Se proporcionan la oportunidad de oler distintos productos de limpieza como espíritu de sal, amoníaco, fregasuelos de pino, etc. 6. Se proporcionan experiencias en el domicilio que identifiquen los olores del hogar, la cocina, el dormitorio, la entrada, etc. 7. Se sugiere que se utilice distintos recipientes con mezclas de flores secas, ambientadores, inciensos para cada habitación de la casa. 8. Se sugiere que durante el baño se utilice gel y champú con aroma. 9. Se sugiere que se enciendan velas olorosas los fines de semana y fiestas especiales como cumpleaños, aniversarios, etc. 10. Asocie determinados olores a cada estación del año.
Gusto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se proporcionan experiencias con sabores dulces como azúcar, miel, manzana, fresa, golosinas, etc. 2. Se proporcionan experiencias con sabores agrios como el limón, pomelo, lima, nata líquida, yogurt, pepinillos, etc. 3. Se proporcionan experiencias con sabores ácidos como chocolate ácido, té, café, vinagre, canela, mostaza, etc. 4. Se proporcionan experiencias con sabores salados como sal, patatas fritas, anchoas, aceitunas, etc. 5. Se proporcionan experiencias con sabores variados como anís, menta, cerveza sin alcohol, guirlache, etc. 6. Mantenga al enfermo cerca mientras cocina, comparta los ingredientes a medida que los utiliza y favorezca que colabore en la elaboración de los platos. 7. Compre distintas pastas de dientes de sabores. 8. Experimente con distintas variedades de pan. 9. Experimente con distinto tipo de jugos de frutas y verduras. 10. Introduzca sabores de especias como la pimienta, curry, etc. Hágalo gradualmente en función del paladar del enfermo.

tario El Pino desde el año 2011. Durante este periodo se ha mostrado un beneficio en la estabilización clínica de las personas que acuden a este servicio (Pérez-Wehbe et al., 2014). El aval científico para organizar esta propuesta de intervención de mindfulness en acción se ha fundamentado en el primer ensayo clínico aleatorizado longitudinal sobre tratamientos no farmacológicos y enfermedad de Alzheimer que ha mostrado cómo la práctica de mindfulness presentaba un mantenimiento de las capacidades cognitivas, funcionales y psicopatológicas en al menos dos años (Quintana et al., 2014). Es importante seguir trabajando en esta línea, pues nuevos ensayos permitirán consolidar estos resultados.

REFERENCIAS

- Armendia, J. L. (2009). *Yoga en la silla*. Donostia: Hiria.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
- Deepeshwar, S., Vinchurkar, S. A., Visweswaraiah, N. K., y Nagendra, H. R. (2014). Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 252. <http://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00252>
- Feil, N. (1984). Communicating with the confused elderly patient. *Geriatrics*, 39(3), 131–132.
- Flores Ruano, T., Cruz Jentoft, A.J., González Montalvo, J.I., López Soto, A y Abizanda Soler, P. (2014). Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriátrica españoles. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 2014;49:235-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.002>
- Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P. Sedlmeier, P. y Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 48–73. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
- Gunaratana, B. H. (1996). *Mindfulness in plain English* (Revised & enlarged edition). Boston: Wisdom Publications.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36–43. doi:10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- Hu, X., Chang, F., Prakash, R., y Chaudhury, S. (2011). A theoretical model of efficacy of concentrative meditation for cognitive rehabilitation of dementia. *Medical Hypotheses*, 77(2), 266–269. doi:10.1016/j.mehy.2011.04.031
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised Edition). New York: Bantam.
- Khalsa, D. S., Amen, D., Hanks, C., Money, N., y Newberg, A. (2009). Cerebral blood flow changes during chanting meditation. *Nuclear Medicine Communications*, 30(12), 956–961. <http://doi.org/10.1097/MNM.0b013e32832fa26c>
- Lantz, M. S., Buchalter, E. N., y McBee, L. (1997). The Wellness Group: a novel intervention for coping with disruptive behavior among [corrected] elderly nursing home residents. *The Gerontologist*, 37(4), 551–556.
- Larouche, E., Hudon, C., & Goulet, S. (2015). Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: an interdisciplinary perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 199–212. <http://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.05.058>
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gris, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McCarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I. y Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893–1897.
- López Mongil, R., López Trigo, J. A., Castrodeza Sanz, F. J., Tamames Gómez, S., y León Colombo, T. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 44(1), 5–11. doi:10.1016/j.regg.2008.06.001
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 8. doi:10.3389/fnins.2013.00008
- Martínez, T. (2014). La atención personalizada en los



- servicios gerontológicos. En P. Rodríguez y T. Vilà (Eds.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 280-293). Madrid: Tecnos.
- McBee, L., Westreich, L. y Likourezos, A., (2004). A psychoeducational relaxation group for pain and stress management in the nursing home. *Journal of Social Work in Long Term Care*, 3(1) 15-28, 2004
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A care model for frail elders and their caregivers* (1st ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Moss, A. S., Wintering, N., Roggenkamp, H., Khalsa, D. S., Waldman, M. R., Monti, D., y Newberg, A. B. (2012). Effects of an 8-week meditation program on mood and anxiety in patients with memory loss. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(1), 48-53. doi:10.1089/acm.2011.0051
- Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., y Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2), 517-526. doi:10.3233/JAD-2010-1391
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Boletín Segunda Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid: OMS.
- Pagnoni, G., y Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28(10), 1623-1627. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2007.06.008
- Pérez-Wehbe, A.I., Quintana Hernández, D.J., Aguilar Zerpa, N. Bello Ponce R.C., Espinosa Embestro C. y Trujillo, J. (2014). Programa de estimulación integral enriquecida para enfermos con demencia: El modelo ICOT. *Revista Española de Geriatría y Gerontología (Especial Congreso)*, 49, 73.
- Quintana Hernández, D. J., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., Del Pino, A. S., García Rodríguez, J. R. y Hernández, J. R. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(4), 165-172. doi:10.1016/j.regg.2014.03.002.
- Quintana Hernández, D.J. y Quintana Montesdeoca M.P. (2014). La eficacia de la estimulación para el Alzheimer basada en mindfulness (MBAS) en la progresión del deterioro cognitivo: un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 101-112. doi:10.1989/ejihpe.v4i2.57
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., y Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212. <http://doi.org/10.1093/geront/40.2.206>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(4), 213-225. <http://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Trevarthen, C. (1993) The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Nieser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Vikström, S., Sandman, P.-O., Stenwall, E., Boström, A.-M., Saarnio, L., Kindblom, K., Edwarsson, D. y Borrell, L. (2015). *A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting*. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 49-59. <http://doi.org/10.1017/S1041610214001598>
- Warren, M. W. (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet*, 1(6406), 841-843.
- Watson, J. (2010). Caring science and the next decade of holistic healing: Transforming self and system from the inside out. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 30(2), 14-16
- Wells, R.E., Yeh, G.Y., Kerr, C.E., Wolkin, J., Davis, R.B., Tan, Y., Spaeth, R., Wall, R.B., Walsh, J., Kaptchuk, T.J., Pulse, D., Phillips, R.S. y Kong J. (2013). Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: a pilot study. *Neuroscience Letters*, 556, 15-19. <http://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.10.001>
- Werner, H. y Kaplan, B. (1963). *Symbol formation: An organismic developmental approach to language and the expression of thought*. New York: Wiley.
- Xiong, G. L. y Doraiswamy, P. M. (2009). Does meditation enhance cognition and brain plasticity? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 63-69. <http://doi.org/10.1196/annals.1393.002>



VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS, FACTORES DE RIESGO Y CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN

M. Luisa Martínez¹, Estefanía Estévez², Teresa I. Jiménez³ y Coral Velilla³

¹Centro de Ejecución de Medidas Judiciales de Alicante. ²Universidad Miguel Hernández de Elche.

³Universidad de Zaragoza

La Violencia Filio-parental (en adelante VFP) es un problema cada vez más evidente en los sistemas de protección social, sanitario y judicial que, sin embargo, sigue presentando lagunas respecto de sus principales características y las de sus implicados, factores predisponentes e intervenciones eficaces. Sin embargo, sí existe consenso respecto de sus devastadoras consecuencias. Esta revisión bibliográfica se centra en analizar la problemática de la VFP con el objeto de proporcionar datos que sirvan de herramienta para futuras investigaciones y propuestas de intervención. En particular, en el artículo se define la VFP y sus tipos, se ofrecen datos sobre prevalencia, así como sobre las principales características de hijos maltratadores y padres y madres maltratadas, se comentan los principales factores de riesgo individuales, familiares, escolares y comunitarios destacados hasta el momento, y se presentan las principales áreas de intervención con este colectivo.

Palabras clave: Violencia Filio-parental, Prevalencia, Adolescencia, Factores de riesgo, Intervención.

Child-parent Violence (hereinafter CPV) is an increasingly evident problem in social, health, and judicial protection systems which, however, continue to show a number of major deficiencies with respect to the main characteristics of CPV, the people involved, the underlying factors, and efficacious interventions. Nevertheless, there is a consensus regarding its devastating consequences. The present bibliographical review is focused on analysing the problem of CPV with the aim of offering useful data for future research and intervention proposals. Specifically, this paper provides a definition of CPV and its types, some data on prevalence, the main characteristics of aggressive children and abused parents, and the most important individual, family, school and community risk factors highlighted in the current scientific literature. The keys areas of intervention with this group are also presented.

Key words: Child-parent violence, Prevalence, Adolescence, Risk factors, Intervention.

La Violencia Filio-parental (en adelante VFP) es una problemática de la que se tiene escaso conocimiento riguroso (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2014; Morán, 2013; Rechea y Cuervo, 2010; Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005). Esto es así porque la familia ha sido considerada tradicionalmente como un espacio reservado cuya privacidad era sagrada e intocable. Actualmente, sin embargo, esta privacidad tiene claros límites legales, de manera que cada vez es mayor la preocupación de los ciudadanos, las autoridades y los investigadores por dar respuesta a situaciones que implican una flagrante violación de los derechos en el seno de la familia, como sucede en los casos de violencia familiar. De hecho, muchas legislaciones actuales y un significativo volumen de investigaciones consideran prioritario aspectos relacionados con el maltrato y abuso infantil y la violencia de género en la familia (Crichton-Hill, Evans y Meadows, 2006). Cuando hablamos, en particular, del comporta-

miento de los hijos en edad adolescente, es necesario distinguir entre las conductas prototípicas de la adolescencia de carácter disruptivo, de aquellas otras consideradas como inaceptables o abusivas (Stewart, Wilkes, Jackson y Mannix, 2006). Estos aspectos obstaculizan una definición consensuada de lo que entendemos por "comportamiento violento hacia los padres", "maltrato hacia los padres" o, en terminología más específica, *violencia filio-parental*. Conscientes de que existen trabajos recientes de revisión sobre VFP, este manuscrito pretende ser un artículo clarificador, globalizador y cercano a los profesionales que diariamente ven el aumento de los casos, y lo difícil que resulta la intervención en esta problemática, dada su complejidad y dimensión ecológica.

DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Las primeras aproximaciones a la VFP proceden de autores como Sears, Maccoby y Levin en 1957 y Harbin y Madden en 1979, quienes se refirieron a este tipo de maltrato ascendente como "síndrome de los padres maltratados", definiéndolo como un subtipo de violencia familiar en la que los ataques físicos, las amenazas

Correspondencia: Estefanía Estévez. Universidad Miguel Hernández de Elche. Avda. Universidad, s/n, Edificio Altamira. 03202 Elche. España. E-mail: eestevez@umh.es



verbales y no verbales se producían de hijos a padres. Posteriormente se han formulado otras definiciones de la VFP, como las de Cottrell (2001), Pereira (2006), y Bailín, Tobeña y Sarasa (2007), entre otros, quienes han puntualizado diferentes criterios de inclusión y exclusión de patrones de funcionamiento de la VFP que matizan tanto el tipo de investigaciones llevadas a cabo como el tipo de intervención posterior. Entre ellas Cottrell (2001; pp. 3) define la VFP como "un acto de abuso hacia los padres, bien sea físico, psicológico o de perjuicio económico para ganar poder y control sobre ellos", siendo uno de los enunciados más empleados al poner el acento en la diferencia entre los comportamientos rebeldes y desafiantes de los hijos en la adolescencia y el ejercicio del dominio.

Más recientemente Pereira (2006; pp. 2) se refiere a la VFP como "las conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar". La Organización Mundial de la Salud (2002) define la Violencia como "toda acción u omisión intencional que, dirigida a una persona, tiende a causarle daño físico, psicológico, sexual o económico". En el caso de la VFP y siguiendo a Cottrell (2001), Tobeña (2012) o Aroca et al. (2014) existen tres tipos de VFP: (1) Física, que incluye conductas dirigidas contra los padres (escupir, empujar, abofetear, darles patadas, puñetazos, pegarles con algún objeto, amenazarles con objetos peligrosos) y contra el hogar familiar (romper, dar patadas o pintar/ rayar objetos); (2) Psicológica (verbal, no verbal y emocional), que implica insultos, gritos, intimidar a los padres, jugar maliciosamente con ellos, conducirles a pensar que están locos, hacerles exigencias irreales, insistir en que acaten sus normas, mentir, huir del hogar, y amenazar con suicidarse o con marcharse del hogar sin tener intención de hacerlo y (3) Económica o financiera, como robar dinero o pertenencias, vender posesiones de los padres, incurrir en deudas que deberán pagar los progenitores, o exigir a los padres que les compren cosas que no pueden permitirse. Bailín et al. (2007) observaron que en la mayoría de los casos, la VFP se produce de forma progresiva, comenzando con un tipo de violencia financiera, avanzando posteriormente hacia una violencia emocional o psicológica y finalizando con la violencia física, llegando un punto al final del proceso en el que pueden darse los tres tipos de violencia a la vez.

En último lugar destacar la validez práctica de la puntualización y diferenciación realizada por Pereira y Ber-

tino (2009) en su definición de VFP, al descartar la violencia ocasional sin antecedentes previos y que no se repite, el parricidio, la agresión sexual a los padres y los asaltos premeditados con armas letales por considerarlos un perfil diferente. Además, los autores diferencian entre lo que denominan *VFP tradicional* y la *nueva VFP*. La VFP tradicional no busca un objetivo en sí mismo, sino que aparece en un estado de disminución de consciencia y no se repite cuando este estado (por intoxicación, trastornos mentales orgánicos, trastornos del curso o contenido del pensamiento, etc.) remite, o bien se utiliza como defensa propia de agresiones, abusos sexuales o trato vejatorio no acorde con su edad, o como forma de protección de otro miembro de la familia que está siendo agredido. Mientras que la nueva VFP "es aquella donde el hijo/a actúa intencional y conscientemente, con el deseo de causar daño, perjuicio y/o sufrimiento en sus progenitores, de forma reiterada, a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea, por medio de la violencia psicológica, económica y/o física" (Aroca, 2010, pp.136).

Prevalencia de la Violencia Filio-parental

La práctica totalidad de las investigaciones coinciden en afirmar que conocer su frecuencia es harto complicado, debido a factores metodológicos y culturales que condicionan la estimación fiable de su extensión (Aroca-Montolío et al. 2014; Estévez y Navarro-Góngora, 2009; Ulman y Straus, 2003). Entre los principales impedimentos metodológicos cabe destacar la disparidad en: el tamaño de las muestras, su naturaleza (clínica, judicial, comunitaria), el uso de instrumentos diferentes para la recogida de datos (entrevistas, cuestionarios, análisis de expedientes clínicos, policiales o revisión de casos particulares), la caracterización del tipo de violencia o la edad de los agresores (González-Álvarez, 2012; Morán, 2013). Por otro lado se encuentran las cuestiones culturales, y en este sentido es importante destacar que la VFP es un problema que en muchas ocasiones se mantiene en secreto por vergüenza, miedo hacia la reacción de los propios hijos o incluso por proteger la imagen familiar (Pérez y Pereira, 2006). También, en ocasiones las conductas y actitudes violentas de los hijos se llegan a normalizar a ojos de los padres (Gallagher, 2008) por lo que no llegan a trascender el núcleo familiar.

La estimación de prevalencia a nivel internacional se encuentra entre el 10% y el 18% (Gallagher, 2008). En España la prevalencia en VFP establecida en las memo-



rias judiciales sobre adolescentes de 14 a 18 años es del 3.1% en violencia física y del 12.9% en violencia psicológica (Rechea, Fernández y Cuervo, 2008). A nivel comunitario algunos datos más recientes proceden del estudio de Calvete, Gámez-Guadix y Orue (2014) realizado con adolescentes escolarizados de edades comprendidas entre los 12 y 17 años. En sus resultados, los autores reflejan que el 13.7% de los adolescentes han ejercido violencia física al menos una vez en el último año y el 4% lo ha hecho al menos entre 3 y 5 veces en el último año, mientras que la mayoría de los encuestados habían ejercido al menos una vez al año violencia psicológica hacia sus padres (el 92% hacia su madre y el 86% hacia el padre), y el 13.8% lo habían hecho más de 6 veces en el último año.

CARACTERÍSTICAS DE LOS IMPLICADOS EN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Diversos estudios se han centrado en analizar si las agresiones hacia los padres son cometidas con mayor frecuencia por los hijos o las hijas, así como si es más probable que el sujeto agredido sea la madre o el padre. Igualmente, se ha examinado cuál es el momento de la adolescencia en que la violencia filio-parental se hace más patente. La edad y el sexo de agresores y víctimas son características a tener en cuenta para comprender el perfil de los implicados en esta problemática.

Perfil de los hijos maltratadores

La mayoría de las investigaciones indican que son los adolescentes varones los que más agreden a sus padres (Edenborough, Jackson, Mannix y Wilkes, 2008; Gallagher, 2009; Kennedy, Edmonds, Dan y Burnett, 2010; Routt y Anderson, 2011; Stewart, Burns y Leonard, 2007), y sitúan el porcentaje de adolescentes varones agresores entre el 60% y el 80% del total. Si bien es cierto que esta mayor prevalencia en varones puede estar sesgada por los resultados procedentes del ámbito judicial, en tanto que parece ser más probable que los hijos varones sean denunciados (Gallagher, 2008). No obstante, existen otras investigaciones que no encuentran diferencias significativas entre sexos (Cottrell, 2001; Pagani, et al., 2004; Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002). En España, algunas investigaciones constatan que los chicos son quienes ejercen más violencia física y las chicas cometen más violencia psicológica (Ibabe y Jaureguizar, 2011).

En la variable edad hay diversidad de resultados, aunque la mayoría de las investigaciones sitúan el comienzo de la VFP en la adolescencia, entre los 14 y 17 años

(Kethineni, 2004; Romero et al., 2005; Sánchez, 2008; Snyder y McCurl, 2008; Walsh y Krienert, 2007), siendo la media los 15 años (Haw, 2010; Ibabe y Jaureguizar, 2011; Kethineni, 2004). En la revisión realizada por Pérez y Pereira (2006) señalan la adolescencia temprana (alrededor de 11 años) como periodo crítico para su comienzo, con extremos que van desde los 4 a los 24 años y un pico en la curva de violencia en torno a los 15-17 años.

Perfil de los padres y madres maltratados

En cuanto al perfil de las víctimas de VFP la mayoría de los estudios afirman que las figuras femeninas de la familia, y en concreto las madres u otras cuidadoras (como las abuelas), son habitualmente el foco del maltrato (Gallagher, 2004; Ibabe et al., 2009; Romero et al., 2005; Urra, 1994; Walsh y Krienert, 2007). Este hecho se puede explicar entre otras razones porque las madres suelen ser percibidas como débiles (Cottrell y Monk, 2004), suelen estar más tiempo a solas con sus hijos, o porque son las madres quienes habitualmente asumen el rol de la crianza (Gallagher, 2004). Finalmente, en relación con la edad de los progenitores, se ha observado que la franja de edad más prevalente se sitúa entre los 40-50 años (Edenborough et al., 2008; Stewart et al., 2006). En particular, el estudio de Romero et al. (2005) con madres agredidas en nuestro contexto nacional, indicó los siguientes datos orientativos por intervalos de edad: el 31.9% de las madres tenía entre 40-45 años y el 26.7% menos de 40 años.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Con el objeto de seguir ahondando en el perfil de los hijos que agreden a sus padres, es relevante destacar los principales factores de riesgo que, desde diversos estudios, se han identificado como antecedentes o, al menos, variables relacionadas, con la VFP. En este sentido se toma como referencia el Modelo ecológico anidado de Cottrell y Monk (2004) basado en la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner, quienes predicen que en los casos de VFP convergen diferentes variables de naturaleza multifactorial en los niveles Ontogenético, Micro, Exo y Macrosistema, o lo que es lo mismo: factores individuales, familiares, escolares-grupo de iguales y comunitarios.

Factores Individuales

Diferentes investigaciones ponen de relieve que los jóvenes que ejercen VFP presentan una baja capacidad



empática (Cottrell y Monk, 2004; González-Álvarez, 2012; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2009; Lozano, Estévez y Carballo, 2013), alta impulsividad (González-Álvarez, 2012; Rechea, et al., 2008), así como baja tolerancia a la frustración (Bertino, et al. 2011; Roperti, 2006) y baja autoestima (Kennedy et al., 2010). Igualmente se ha observado que la sintomatología depresiva, el sentimiento de soledad, el malestar psicológico, la baja satisfacción vital, y la dificultad para expresar emociones o interactuar emocionalmente también correlacionan con la VFP (Lozano et al., 2013). Estos adolescentes también son irritables, tienen dificultades para controlar la ira y su modo de actuar es egoísta (Aroca-Montolio et al., 2014; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007; Rechea y Cuervo, 2010; Romero et al., 2005; Sempere, Losa del Pozo, Pérez, Esteve y Cerdá, 2007), así como una escasa capacidad de introspección y autodominio (Urra, 1994).

Además estos adolescentes suelen presentar un *locus* de control externo (Ibabe, Arnoso y Elgorriaga, 2014), y en algunos casos también conductas antisociales fuera del ámbito familiar (Romero et al., 2005). La mayoría de las investigaciones identifican el consumo de sustancias tóxicas de los adolescentes como un disparador de la violencia, ya que provoca cambios significativos en su comportamiento (Cottrell y Monk, 2004; Lozano, et al., 2013). En el estudio de Pagani et al. (2009) se encontró que un consumo elevado de drogas (tanto alcohol como otras sustancias ilegales) aumentaba la probabilidad de que estos adolescentes agredieran a sus madres, incrementando el riesgo de violencia verbal en casi un 60%.

Finalmente, diversos autores señalan que los trastornos psicopatológicos más frecuentes en los hijos que agreden a sus padres son: los trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, los trastornos de vinculación, el trastorno disruptivo o del aprendizaje, el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno disocial (TD), el explosivo intermitente, y el antisocial del inicio en la niñez y la adolescencia (Cottrell y Monk, 2004; Ibabe et al., 2007; Kethineni, 2004), siendo la categoría diagnóstica más relevante el TND (26.3%), seguida del trastorno explosivo intermitente (17.5%) y el TD (7.9%), (González-Álvarez, 2012).

Factores Familiares

Diferentes revisiones coinciden en que el estilo educativo utilizado por los padres es una de las principales variables a tener en cuenta en los casos de VFP. En términos generales, el estilo educativo democrático ha

mostrado ser el más estrechamente relacionado con el ajuste emocional y comportamental de los hijos, mientras que la disciplina inconsistente (Rechea et al., 2008; Rechea y Cuervo, 2010), la crítica manifiesta (Cottrell, 2001), la presencia de frecuentes e intensos conflictos parentales y la baja cohesión afectiva en la familia (Jaureguizar e Ibabe, 2012; Kennedy et al., 2010; Romero et al. 2005; Sánchez, 2008) son factores de riesgo frente a la VFP. Los estilos educativos de socialización que comparten algunas de estas características se han identificado, por tanto, como precedentes a la agresión de hijos a padres. Así, diversos autores destacan el estilo negligente (Ibabe et al., 2009), el autoritario (Cottrell y Monk, 2004; Sánchez, 2008) y el estilo sobreprotector o permisivo (Rechea et al., 2008; Rechea y Cuervo, 2010; Romero et al., 2005) como climas familiares favorecedores de dinámicas agresivas en las familias y, en particular, en el comportamiento de los hijos.

En los últimos años se ha sugerido que el estilo parental excesivamente permisivo es uno de los más destacables en la base del problema (Coogan, 2012; Garrido, 2005; Tew y Nixon, 2010). En estas familias con ausencia de normas y reglas, donde los padres no asumen su rol como educadores, se observa en muchas ocasiones la parentificación de los adolescentes, es decir, un grado muy elevado de autonomía y responsabilidad inadecuado para su edad y madurez (Cottrell, 2001; Estévez y Góngora, 2009; Paterson, et al., 2002). En estos hogares no se han establecido límites claros bajo la premisa de "no frustrar a los hijos", lo que conlleva una ausencia de supervisión durante los primeros años de crianza que implica, con llegada de la adolescencia, que los padres no sean percibidos como figuras de autoridad a respetar, provocando en ocasiones lo que conocemos como un comportamiento tiránico (Estévez, 2013).

Otro factor de riesgo importante es la existencia de violencia precedente entre los padres (Calvete, Orue y Sampietro, 2011; Gallagher, 2008; Stewart et al., 2006). Los estudios que analizan la variable "ser testigo de violencia en la familia" concluyen que entre el 50%-60% de los hijos que han observado este maltrato manifiestan un comportamiento agresivo hacia sus progenitores (Gallagher, 2004; Kennedy et al, 2010; Routt y Anderson, 2011). Las investigaciones sugieren que el hecho de vivir en un entorno violento aumenta la probabilidad de que los hijos identifiquen la violencia como un modo legítimo, útil y eficaz para controlar a los demás e imponer el propio criterio como forma de resolver los conflictos.

Finalmente, también se han analizado variables como la estructura familiar y el nivel socioeconómico de la fa-



milia. En ambos casos se ha llegado a la conclusión que la VFP puede acontecer en cualquier tipo de familia. Así, algunos estudios destacan que el mayor porcentaje de casos se encuentra entre familias biparentales (Rechea y Cuervo, 2010), y otros han observado más casos de VFP en familias extensas y reconstituidas (Romero et al., 2005) y monoparentales (Gallagher, 2009; Ibabe et al., 2009; Kennedy et al., 2010; Routt y Anderson, 2011). En estudios donde se ha analizado la relación entre el nivel socio-económico y la VFP se ha observado que ésta puede estar presente tanto en familias de estatus medio-alto, como en familia de bajos ingresos (Calvete et al., 2011; Cottrell y Monk, 2004; Romero et al., 2005; Routt y Anderson, 2011). Parece ser, por tanto, que las variables relacionadas con el clima familiar son más determinantes que las características sociodemográficas de la familia.

Factores Escolares y Grupo de Iguales

La mayor parte de los estudios refieren que estos adolescentes presentan bajo rendimiento escolar, dificultades del aprendizaje, elevado absentismo escolar, dificultades de adaptación y actitudes de rechazo hacia la escuela (Cottrell, 2004; Romero et al., 2005; Sánchez, 2008). Pagani, Larocque, Vitaro y Tremblay (2003) observaron una estrecha relación entre el comportamiento disruptivo en ambos contextos, familia y escuela, y concluyeron que el comportamiento violento en el contexto escolar era predictor de la agresión a las madres. En relación con el grupo de iguales se ha señalado que existe una mayor tendencia de estos adolescentes a relacionarse con otros iguales que también ejercen VFP o que presentan otro tipo de relaciones disfuncionales: escasez o pobreza en los vínculos de amistad, relación con grupos disociales o que muestran los mismos problemas de adaptación social (Romero et al. 2005).

Factores Comunitarios

Aunque una de las importantes limitaciones en la investigación de la VFP es medir las influencias del macrosistema respecto a otras variables relacionadas con este problema, es compartido que los cambios sucedidos en el último siglo en el mundo occidental han hecho que la violencia cobre un mayor protagonismo en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. Así, Urra (2006) destaca la importancia de los factores sociológicos como razones que generan o mantienen la violencia, señalando entre estos factores: la existencia de valores sociales violentos en las sociedades actuales, la búsqueda del éxito fácil y la permisividad sobre comportamientos inaccepta-

bles, lo que unido a la exposición a la violencia en los medios de comunicación y el creciente sexismo (Cottrell y Monk, 2004), incrementan el poder del hedonismo y del nihilismo, convirtiéndose en semillas de la violencia que también germinan en el ámbito familiar. Además, en paralelo, se han producido otra serie de cambios sociales que incrementan la dificultad de los padres y educadores para conservar su autoridad. El sistema educativo ha evolucionado hacia un estilo democrático mal entendido, donde la distancia jerárquica entre padres e hijos se ha reducido, y ambas partes son consideradas iguales en la toma de decisiones. Los cambios en los modelos de familia, la disminución en los tiempos para la crianza, el aumento de las familias con hijo único, el ajuste de roles parentales, los cambios en el ciclo vital dando lugar a "padres añosos", etc. unido a la evolución de una sociedad basada en la recompensa y menos en la disciplina, hace que las familias se sientan cada vez más desbordadas por la compleja situación ante la cual disponen de escasos recursos para afrontarla (Pereira y Bertino, 2009).

INTERVENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

La VFP es una problemática pluricausal que necesita medidas profesionales rigurosas y eficaces. Algunas de las intervenciones que han mostrado un mayor éxito en el tratamiento de adolescentes que agreden a sus padres son la Terapia Familiar Funcional y la Terapia Familiar Sistémica (Caldwell y Rybroek, 2013). Las principales características relacionadas con la eficacia de estos enfoques terapéuticos son las siguientes: (1) su filosofía se basa en que la conducta del adolescente debe entenderse en su contexto, en el nicho ecológico en el que vive; (2) sus objetivos son cambiar el patrón de interacción familiar ligado a la conducta violenta, incrementar la interacción recíproca, la claridad y la precisión de la comunicación, así como promover la colaboración entre los servicios implicados con el joven (justicia y sistema educativo, p.ej.); (3) se fundamentan en la Teoría del Aprendizaje Social y en la Teoría de Sistemas; (4) presentan buen nivel de protocolización, y (5) implican la evaluación continua de los cambios y resultados por parte de profesionales de alta cualificación que realizan frecuentes supervisiones acordes con la complejidad del problema.

Algunas propuestas de intervención concretas llevadas a cabo a nivel nacional son las de Pereira, Bertino, Romero y Llorente (2006) y González-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera (2009) con sus respecti-



vos colaboradores. Pereira, et al. (2006) han elaborado un Protocolo de Intervención en VFP de corte terapéutico cuyo objetivo se dirige no sólo a cesar la conducta violenta sino también a la realización de cambios en el funcionamiento y estructura familiar que prevengan la reincidencia, dando una lectura relacional al problema. González-Álvarez, et al. (2009) han desarrollado un Programa de Adolescentes que Agreden a sus padres (P.A.P.), que incluye un tratamiento estándar para los adolescentes, los padres y el conjunto familiar, donde el objetivo es dotarles de herramientas y recursos para manejar de forma no violenta las situaciones conflictivas cotidianas, incluyendo orientaciones para casos específicos (p.ej. trastornos comórbidos). También Estévez y Navarro (en prensa) detallan algunas claves para el tratamiento de la VFP subrayando la relevancia de entender el porqué de la violencia del adolescente, la importancia del acuerdo parental y la evitación de confrontaciones entre ellos hasta la mejoría del hijo, seguir pautas específicas para el control y contención de la conducta del hijo, y el uso de prescripciones como el tiempo fuera o la alta expresión de emociones.

CONCLUSIONES

En este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la VFP destacando sus principales particularidades, su prevalencia y características definitorias, algunos factores de riesgo individuales, familiares, escolares-grupo de iguales y comunitarios, así como aspectos relevantes para la intervención. A raíz de esta revisión se puede afirmar que el creciente interés científico, social y clínico en torno a la VFP está favoreciendo que en la actualidad exista un mayor consenso tanto en la definición del problema, como en su prevalencia, características y factores de riesgo. De las publicaciones consultadas se pueden extraer conclusiones como que la VFP es “un acto de abuso hacia los padres, bien sea físico, psicológico o de perjuicio económico para ganar poder y control sobre los padres” Cottrell (2001; pp. 3) en la que se diferencian subtipos en cuanto al comportamiento violento: físico, psicológico y financiero (Cottrell 2001; Tobeña, 2012 y Aroca et al., 2014). Su prevalencia internacional se estima en torno al 10% y el 18% (Gallagher, 2008) y mayoritariamente los maltratadores son adolescentes varones (Kennedy, et al., 2010) que ejercen la violencia hacia sus madres o cuidadoras, con edades comprendidas entre los 40-50 años (Romero et al., 2005; Walsh y Krienert, 2007).

Entre los principales factores individuales de riesgo investigados hasta la fecha cabría destacar la baja

empatía, la elevada impulsividad y la escasa tolerancia a la frustración de los adolescentes, a los que se suma su baja autoestima, baja satisfacción con la vida, el malestar psicológico y la dificultad para expresar emociones o interactuar emocionalmente (Lozano, et al., 2013). Entre las variables familiares de riesgo, el estilo educativo es un elemento fundamental, en el sentido de que el estilo de socialización democrático parece constituir claramente un factor familiar protector frente a las agresiones, mientras que los estilos autoritario, negligente y principalmente permisivo, se han destacado en diversos estudios como estilos potenciales de suscitar comportamientos violentos hacia los progenitores (Rechea y Cuervo, 2010; Romero et al., 2005). Finalmente destacar que la VFP no sólo concierne al ámbito familiar sino que también atañe a los ámbitos escolar y comunitario, ya que las dificultades de adaptación escolar y la pertenencia a grupos de iguales de riesgo, son variables relacionadas con esta problemática; además el contexto socioeconómico, la cultura y los valores son factores que influyen en el origen de la VFP y de una sociedad más violenta en general.

A partir de estos datos, se pueden señalar algunas implicaciones relevantes para la intervención en VFP: por un lado, la idoneidad de seguir elaborando programas de tratamiento donde se favorezca el trabajo en red, se consideren todas las áreas de intervención (individual, familiar, escolar-grupo de iguales y comunitario), se establezca un buen nivel de protocolización, y se impulse la evaluación continua de los cambios y resultados por parte de profesionales de alta cualificación; por otro lado, la premura de poner en marcha campañas de sensibilización y prevención temprana.

Por todo ello es necesario no sólo seguir ampliando el conocimiento sobre el tema en todas sus vertientes, sino además otorgar a la VFP la importancia que requiere, dado que las consecuencias tanto para los jóvenes como para sus familias conllevan elevados niveles de sufrimiento y un importante coste vital, algo que los profesionales venimos observando diariamente en los distintos servicios responsables de su atención, tanto a nivel judicial, como sanitario, social y comunitario.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido elaborado en el marco del proyecto de investigación PSI2012-33464 “La violencia escolar, de pareja y filio-parental en la adolescencia desde la perspectiva ecológica”, subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.



BIBLIOGRAFÍA

- Aroca-Montolio, C., Lorenzo-Moledo, M. y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30(1), 157-170.
- Bailín, C., Tobeña, R y Sarasa, R. (2007). Menores que agreden a sus padres: resultados de la revisión bibliográfica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 60(1-2), 135-148.
- Bertino, L., Calvete, E., Pereira, R., Orue, I., Montes, Y. y González, Z. (2011). El prisma de la violencia filio-parental. Diferentes visiones de un mismo fenómeno. En R. Pereira, *Adolescentes en el Siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 361-384). Madrid: Morata.
- Caldwell, M.F. y Rybroek, G. (2013). Effective treatment programs for violence adolescents: programmatic challenges and promising features. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 571-578.
- Calvete, E., Orue, I., y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34, 349-363.
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(3), 1176-1182.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children*. Ottawa: Health Issues Division.
- Cottrell, B. (2004). *When teens abuse their parents*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- Coogan, D. (2012). Marking the boundaries – when troublesome becomes abusive and children cross the line in family violence. *Journal of the Family Therapy Association of Ireland*, (July), 74-86.
- Crichton-Hill, Y., Evans, N., Meadows, L. (2006). Research focus: adolescent violence towards parents. *Te Awatea Review*, 4(2), 21-22.
- Edenborough, M., Jackson, D., Mannix, J. y Wilkes, L. (2008). Living in the red zone: the experience of child-to-mother. *Child and Family Social Work*, 13(4), 464-473.
- Estévez, E. (2013). Los hijos que agreden a sus padres. En E. Estévez (Coord.), *Los problemas en la adolescencia* (pp. 47-70). Madrid: Editorial Síntesis.
- Estévez, E. y Navarro, J. (en prensa). *Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Estévez, E. y N. Góngora, J. (2009). *Adolescent aggression towards parents: Factors associated and intervention proposals*. En C.Q. Tawse, *Handbook of Aggressive Behaviour Research* (pp. 143-164). New York: Nova Science Publishers.
- Gallagher, E. (2004b). Youth who victimise their parents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(2), 94-105.
- Gallagher, E. (2008). *Children's violence to parents: a critical literature review*. Melbourne: Monash University.
- Gallagher, E. (2009). Children's violence to parents. *Research Seminary*. Recuperado de <http://www.noviolence.com.au/public/seminarpapers/gallagherslides.pdf>
- Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2012). Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema*, 24(2), 277-283.
- Garrido, V. (2005). *Los hijos tiranos: el síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.
- González-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I. y García-Vera, M.P. (2009). Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P.A.P.): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 149-170.
- González-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I. y García-Vera, M.P. (2010). Adolescentes que agreden a sus padres. Un análisis descriptivo de los menores agresores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 20, 37-53.
- González-Álvarez, M. (2012). *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Ibabe, I., Jauregizar, J. y Díaz, O. (2007). *Violencia filio-parental: conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ibabe, I., Jauregizar, J. y Díaz, O. (2009). Violence against parents: it is a consequence of gender inequality. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(1), 3-24.
- Ibabe, I. y Jauregizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de psicología*, 27(2), 265-277.
- Ibabe, I., Arnoso, A. y Elgorriaga, E. (2014). Domestic violence. Child-to-parent violence. Young offender. Adolescence. Behavior problems. Depressive symptomatology. *The European Journal of Psychology Applied to Legal context*, 6(2), 53-61.
- Jauregizar, J. e Ibabe, I. (2012). Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: el



- papel mediador de las conductas antisociales. *Revista de Psicología Social*, 27(1), 7-24.
- Kennedy, T.D., Edmonds, W.A., Dan, K.T.J. y Burnett, K.F. (2010). The clinical and adaptive features of young offenders with histories of child-parent violence. *Journal of Family Violence*, 25(5), 509-520.
- Kethineni, S. (2004) Youth-on-parent violence in a central Illinois county. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 2(4), 374-394.
- Lozano, S., Estévez, E. y Carballo, J.L. (2013). Factores individuales y familiares de riesgo en casos de violencia filio-parental. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 239-254.
- Morán, N. (2013). *Padres víctimas de abuso por parte de sus hijos: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un programa de intervención psicológica*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Pagani, L., Larocque, D., Vitaro, F. y Tremblay, R.E. (2003). Verbal and physical abuse toward mothers: the role of family configuration, environment, and coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence* 32(3), 215-222.
- Pagani, L., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2004). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 528-537.
- Pagani, L., Tremblay, R.E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk factors models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence*, 24, 173-182.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23, 90-100.
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: un fenómeno emergente. *Revista Mosaico*, 36, 27-32.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes*, 21, 69-90.
- Pereira, R., Bertino, L. Romero, J.C. y Llorente, M.L. (2006). Protocolo de intervención en violencia filio-parental. *Revista Mosaico*, 36, 1-11.
- Pérez, T. y Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: revisión de la bibliografía. *Revista Mosaico*, 36, 1-13.
- Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo, A.L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar. *Centro de Investigación en Criminología*, 15, 1-81.
- Rechea, C. y Cuervo, A.L. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Un estudio de casos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 353-375.
- Romero, F., Melero, A., Cánovas, C. y Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Barcelona: Àmbit social i criminològic. Investigació Centre d'Estudis Jurídics i Formació especialitzada. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia.
- Roperti, E. (2006). *Padres víctimas, hijos maltratadores: pautas para controlar y erradicar la violencia en los adolescentes*. Madrid: Espasa Calpe.
- Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression Maltreatment y Trauma*, 20(1), 1-18.
- Sánchez, J. (2008). *Análisis y puesta en marcha en un centro de menores de un programa de intervención con menores y familias que maltratan a sus padres*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Sempere, M., Losa del Pozo, B., Pérez, M., Esteve, G. y Cerdá, M. (2007). *Estudio cualitativo de menores y jóvenes con medidas de internamiento por delitos de violencia intrafamiliar*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Stewart, M., Wilkes, L.M., Jackson, D. y Mannix, J. (2006). Child-to-mother violence: a pilot study. *Contemporary Nurse*, 21(2), 297-310.
- Stewart, M., Burns, A. y Leonard, R. (2007). Dark side of the mothering role: abuse of mothers by adolescent and adult children. *Sex Roles*, 56, 183-191.
- Tew, J. y Nixon, J. (2010). Parent abuse: opening up a discussion of a complex instance of family power relations. *Social Policy and Society*, 9(4), 579-589.
- Tobeña R. (2012). *Niños y adolescentes que agreden a sus padres: análisis descriptivo*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Ulman, A. y Strauss, M.A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 41-60.
- Urra, J. (1994). Violencia de los hijos hacia sus padres. *Papeles del Psicólogo*, 59, 85-90.
- Urra, J. (2006). *El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas*. Madrid: La Esfera de los Libros, S.L.
- Walsh, J.A. y Krienert, J.L. (2007). Child-parent violence: an empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample, of reported incidents. *Journal of Family Violence*, 22, 563-574.



¿CÓMO MEJORAR LA EFICACIA DE LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE LOS PROCESOS GRUPALES? UN EJEMPLO EN LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ

Rocío Meneses y Jose Navarro

Universitat de Barcelona

Incrementar la efectividad de los grupos y equipos de trabajo es fundamental en cualquier organización, y más, durante los periodos de crisis económica. Para diseñar un equipo, formar un grupo u optimizar su trabajo, es preciso considerar las tareas, los procesos y los resultados. Siendo los equipos una herramienta clave en la competitividad del sector de la automoción, en este artículo nos enfocaremos en cómo mejorar el desempeño y la efectividad de los equipos de producción de este sector en las industrias españolas, a través de tres procesos, desarrollo grupal, identificación con el grupo y potencia del equipo. Los resultados indican que estos procesos predicen el 57% del desempeño grupal y especialmente dos de los criterios de efectividad utilizados en el sector (absentismo y orden e higiene en el lugar de trabajo). Discutiremos la utilidad de estos resultados para gerentes y líderes de equipos, con el objetivo de favorecer la efectividad de los equipos de producción del sector.

Palabras claves: Equipos de trabajo, Efectividad, Desempeño, Procesos grupales, Automoción.

Increasing group and team effectiveness is fundamental for any organisation, especially during periods of economic crisis. In order to build or design a team or to optimise its work, it is necessary to consider tasks, processes and results. Given that teams are a key tool for competitiveness in the automotive sector, this paper focuses on how to improve the performance and the effectiveness of production teams in Spain's automotive industry through three processes: group development, group identification, and team potency. The results show that these processes predict 57% of group performance, and in particular two of the effectiveness criteria used in this sector: absenteeism and order and hygiene in the workplace. We discuss the usefulness of these results for managers and team leaders in order to improve team performance and effectiveness in the automotive sector.

Key words: Work teams, Effectiveness, Performance, Group processes, Automotive sector.

En España la industria de la automoción es un sector estratégico para la economía y se espera un impacto económico cercano a los 4.000 millones de euros entre el 2011 y el 2015 sobre éste sector, según el Plan Integral de Política Industrial 2020 (PIN 2020; Servicio Público de Empleo Estatal, 2011). Esta industria ha incorporado los grupos y equipos de trabajo a su estilo de gestión desde hace casi tres décadas (Osca, Bardera, García-Salmone y Urien, 2011), y dada la competitividad, la fluidez del mercado, los entornos inciertos, entre otros, actualmente es crucial para las empresas en general, y españolas en particular, conocer las condiciones que aumentan la probabilidad de eficacia de sus grupos y equipos de trabajo. Siendo éstos una herramienta clave en la competitividad de este sector, en este artículo nos enfocaremos en cómo mejorar el desempeño y efectividad de los equipos de producción del sector de la automoción en industrias españolas, a través de los procesos grupales (desarrollo grupal, identificación con el grupo y potencia del equipo), basándonos en los resultados del estudio que hemos realizado.

Para ello señalaremos brevemente la importancia actual de la industria automotriz española y de sus equipos de trabajo, qué entendemos por grupos y equipos de trabajo, la relevancia de los procesos grupales para su efectividad y cuándo podemos decir que un equipo es efectivo. Seguidamente expondremos los resultados de mayor interés práctico, obtenidos en nuestra investigación dentro del sector automotriz español. Por último, discutiremos la utilidad de estos resultados para gerentes, supervisores y líderes de equipos, con la idea de ilustrar cómo los tres procesos grupales mencionados pueden favorecer la efectividad de los equipos de producción del sector.

LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ ESPAÑOLA Y LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Durante la actual crisis económica, la industria del automóvil fue la última en acusar decrecimiento y una de las primeras en iniciar su recuperación. Por ejemplo, el sector del automóvil es el tercer sector exportador de España y aporta un 16% del total de las exportaciones del país, acumula un 10% del PIB y emplea a 1,8 millones de personas de forma directa o indirecta (Anfac, 2014; ICEX, 2014; Servicio Público de Empleo Estatal, 2011).

Correspondencia: Jose Navarro. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Pg. Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: j.navarro@ub.edu



Por otra parte, España continua siendo el segundo productor europeo después de Alemania y el primer productor europeo de vehículos industriales.

Por estas razones en el PIN 2020 se busca posicionar la industria española de la automoción como un sector prioritario a la hora de invertir e impulsar proyectos competitivos a largo plazo, por ejemplo, la producción de vehículos eléctricos, híbridos y de emisiones reducidas, asegurando su competitividad en la fabricación de vehículos y componentes. Aunado a lo anterior, el sector del automóvil es uno de los más avanzados en cuanto a técnicas y procedimientos de producción y constituye una escuela de profesionales. Por ello, es muy relevante tener siempre en cuenta los conocimientos y competencias consideradas prioritarias para mejorar el desempeño en las ocupaciones del sector, entre las cuales se incluyen la orientación a la mejora continua, el trabajo en equipo y el liderazgo (Servicio Público de Empleo Estatal, 2011).

¿Por qué son estas competencias relevantes?. Fundamentalmente porque en este sector se utilizan diferentes tipos de grupos y equipos (de diseño, proyectos, producción, toma de decisiones, etc.), con diferentes objetivos, niveles de autonomía, etc. En la medida en que esta industria tenga más conocimientos y herramientas disponibles para optimizar los aspectos que pueden mejorar la efectividad de sus equipos, podrán hacer intervenciones más enriquecedoras para éstos, y que éstas sean más productivas y rentables para las empresas.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR GRUPOS Y EQUIPOS DE TRABAJO?

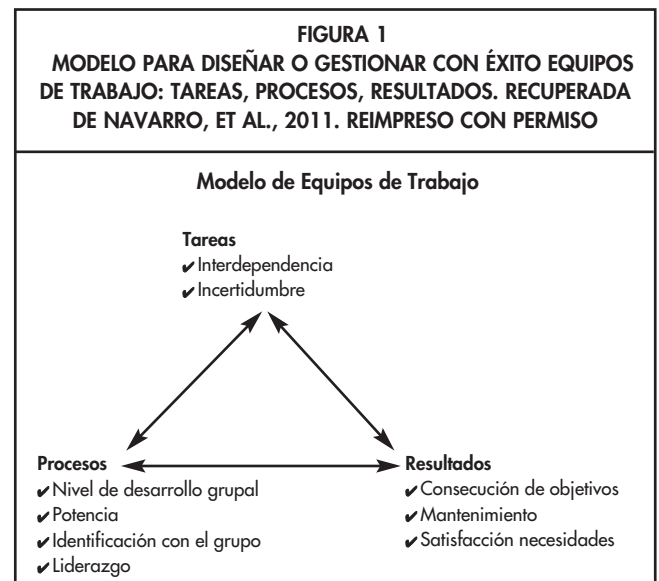
Nosotros empleamos los términos grupo y equipo de forma intercambiable en este artículo, independiente de que el primero se forma y el segundo se construye, ya que compartimos la idea de un continuum en el que ambos poseen las características fundamentales pero en niveles diferentes. Para la moderna literatura especializada, los grupos y equipos de trabajo son sistemas dinámicos y complejos inmersos en un sistema organizacional. Las tareas que desempeñan requieren interacción entre sus miembros, coordinación, cooperación y comportamientos orientados al logro de metas y resultados grupales (Rico, Alcover y Taberner, 2010). El tamaño de éstos puede oscilar entre tres y quince miembros, están reconocidos dentro de la organización (son grupos formales), sus metas son compartidas y asignadas por la institución y todos los miembros reportan al mismo líder (Kozlowski y Bell, 2003; Ilgen, Hollenbeck, Johnson y Jundt, 2005).

Desde una perspectiva pragmática el interés descansa en cuán efectivos logran ser los equipos, es decir, en su desempeño y resultados. Nosotros pensamos que un equipo efectivo descansa sobre tres elementos claves: ta-

reas que deben realizar, procesos grupales propios de cualquier equipo y los resultados obtenidos. Estos tres elementos se retroalimentan permanentemente entre sí y requieren atención simultánea para promover equipos exitosos (Navarro, Quijano, Berger y Meneses, 2011). En la Figura 1, mostramos la representación gráfica de este modelo que nos servirá de guía en el presente artículo. En concreto, en este artículo nos enfocaremos en uno de estos elementos, los procesos grupales y cómo éstos son claves para entender su efectividad (desempeño y resultados) en el sector de la automoción.

¿SON RELEVANTES LOS PROCESOS GRUPALES PARA LA EFECTIVIDAD?

Es de todos conocido que los procesos grupales tienen lugar dentro de todos los grupos y equipos y, en la literatura científica y de consultoría, se ha hablado mucho sobre ellos. Ahora bien, ¿por qué son importantes estos procesos? En pocas palabras, porque se relacionan con la efectividad de los equipos, ya que inciden en la forma como los miembros de un equipo combinan sus capacidades y comportamientos -recursos individuales, conocimientos, habilidades y esfuerzo- para resolver las demandas de la tarea; es decir, median en la conversión de insumos en resultados (Kozlowski y Bell, 2003; Kozlowski y Ilgen, 2006). Por tanto, si los procesos de los equipos son funcionales se generan sinergias que favorecen la interacción, el diseño de las tareas y el flujo de trabajo, incidiendo así en la efectividad de toda la organización (Hackman, 1987). De hecho, datos empíricos muestran que las mejoras en los procesos del equipo inciden favorablemente en su eficacia y se pueden considerar importantes predictores del desempeño (Kozlowski y Bell, 2003; Kozlowski y Ilgen, 2006; Osca et al.,



2011). Es por ello que en nuestra investigación nos centramos en tres procesos claves de los equipos de producción del sector de la automoción: el desarrollo grupal, la identificación con el grupo y la potencia del equipo. Prestar atención a estos procesos debería llevarnos a incidir en una mejora de la eficacia de los equipos.

¿A qué se refieren cada uno de estos tres procesos?. Muy brevemente, el desarrollo grupal alude a las características de un grupo o equipo de trabajo que hacen que sea percibido, tanto por observadores como por los mismos miembros, como un auténtico grupo y no como un mero agregado de personas (Meneses, Ortega, Navarro y Quijano, 2008). Según los estudios de Navarro, Meneses, Miralles, Moreno y Loureiro (en prensa), un grupo altamente desarrollado sería aquel cuyos miembros interaccionan entre sí de manera regular, coordinan sus comportamientos, éstos se orientan a la consecución de la meta grupal y se sienten identificados con el equipo al que pertenecen. El desarrollo grupal es factible de medición, la cual puede ofrecer un diagnóstico cuantitativo del grado en que un grupo es un verdadero grupo en función de su desarrollo, independientemente de la fase concreta en la cual se encuentre (ver Navarro et al, en prensa).

La identificación con el grupo se refiere a la percepción que tiene cada miembro del grupo sobre el vínculo que lo une a éste en términos de considerarse así mismo como miembro, tener conciencia de cómo es percibido el grupo y sentirse orgulloso de pertenecer a éste (Tajfel y Turner, 1979; Turner, Hogg, Oakes, Reicher y Wetherell, 1987). Este proceso, también ha sido asociado con la disposición de los miembros del grupo a seguir y promover el cumplimiento de las normas grupales (e.g., Barreto y Ellemers, 2002). En suma, la identificación con el grupo de trabajo se refiere al grado en el cual el empleado, miembro de un grupo formal de la empresa, se siente perteneciente a éste.

Por último, la potencia del equipo se refiere a la creencia colectiva del grupo relativa a su capacidad para alcanzar exitosamente la meta que tienen como grupo (Guzzo, Yost, Campbell y Shea, 1993), lo que incluye aquello que hacen para afrontar las diferentes tareas. La potencia alude entonces a creencias comunes que influyen en los logros posteriores del equipo y, a su vez, dichos logros contribuyen a retro-alimentar las creencias de potencia (e.g., Gully, Incalcaterra, Joshi y Beaubien, 2002).

Como ya mencionamos, a nuestro juicio el desarrollo grupal, la identificación con el grupo y la potencia son tres procesos claves para que un equipo de trabajo sea efectivo en mayor o menor grado. Basándonos en investigaciones previas, es de esperar que serán más efectivos aquellos equipos en los que haya percepciones colectivas de alcanzar buenos desempeños, cuyos miembros consideren que son equipos altamente desa-

rollados (y no meros agregados de personas) y en los cuales sus miembros se identifiquen con dichos equipos. En esta hipótesis de trabajo quedaría por definir que entendemos por efectividad cuando nos referimos a los equipos de trabajo.

¿CUÁNDO UN EQUIPO ES EFECTIVO?

Siguiendo el modelo normativo propuesto por Hackman (1987) podemos considerar tres criterios para evaluar la eficacia del equipo. Primero, la salida (output) productiva que el grupo debe alcanzar o superar los estándares de desempeño establecidos por la organización. Segundo, la concepción del grupo como unidad de ejecución, lo cual implica que los procesos sociales involucrados en la realización del trabajo deben mantener o mejorar la capacidad de los miembros para trabajar juntos en subsecuentes equipos de tareas. Y tercero, el impacto de la experiencia de grupo sobre los miembros individuales que debe satisfacer, más que frustrar, las necesidades personales de los miembros del grupo. Resumiendo, los tres criterios de efectividad considerados por nosotros y propuestos por Hackman son: 1) consecución de objetivos propuestos, 2) mantenimiento o fortalecimiento de la capacidad de los miembros del equipo para trabajar juntos en el futuro, y 3) atención del grupo a las necesidades de sus miembros.

Retomando la relación entre procesos y efectividad son múltiples las investigaciones que la han abordado incluyendo diferentes tipos de estudios (e.g., simulaciones, longitudinales, observacionales, multinivel, etnográficos), multiplicidad de procesos y estados emergentes (e.g., cohesión, identificación, modelos mentales del equipo, potencia, etc.), diversos tipos de grupos (e.g., de desarrollo de software, toma de decisiones, I+D, producción, etc.), así como en múltiples ambientes laborales (e.g., centrales nucleares, industrias, sector salud, etc.). También hay variados estudios sobre la influencia específica de cada uno de los tres procesos que nosotros estudiamos sobre la efectividad (ver Kramer 1991, Gully et al., 2002, Kozłowski y Ilgen, 2006, Srivastava, Bartol y Locke, 2006, Somech, Syna y Lidogoster, 2009, Stajkovic, Lee y Nyberg, 2009, Navarro et al., en prensa). Pero no de los tres juntos, en equipos de producción de la industria automotriz.

Por ello, nuestra investigación estuvo dirigida a estudiar la capacidad de los procesos grupales (i.e., desarrollo grupal, identificación y potencia) para predecir el desempeño y la efectividad de 72 grupos de producción del sector de la automoción pertenecientes a cinco empresas españolas. ¿Cómo lo hicimos? Administramos un cuestionario validado con cuatro escalas que medía tanto los procesos como el desempeño. Por otro lado, los resultados grupales los medimos a través de seis in-



dicadores de efectividad para esos grupos, proporcionados éstos por las propias empresas de automoción y comunes a todas ellas (absentismo, orden e higiene, ideas de mejora, gasto en material auxiliar, polivalencia o multitarea y calidad). Para saber en qué medida los procesos grupales evaluados predecían el desempeño y la efectividad de estos equipos nos basamos en el análisis estadístico de los datos. Como todas las medidas hacía referencia al funcionamiento de los equipos o a los resultados de estos, hubo que hacer un estudio previo para garantizar que las medidas grupales (fruto de la agregación de las percepciones de los miembros) eran representativas y había acuerdo entre los miembros del grupo sobre la valoración de los procesos estudiados.

RESULTADOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Listamos a continuación los resultados más destacados que encontramos en los 72 grupos que estudiamos:

Los tres procesos estudiados (el desarrollo grupal, la identificación y la potencia) están relacionados significativamente entre sí; por ejemplo, cuánto más desarrollado está el grupo, también será mayor su identificación grupal y su potencia. Las correlaciones mostraron valores en torno al 0.4-0.5.

Los procesos estudiados predicen entre el 40% y 43% del desempeño del grupo, según el proceso. El desempeño se midió con una escala basada en el modelo normativo de Hackman antes comentado.

Los procesos estudiados predicen cuatro de los seis indicadores de efectividad manejados por las organizaciones. Específicamente, los criterios de absentismo, orden e higiene, ideas de mejora y calidad. Siendo los resultados más importantes, el relativo al desarrollo grupal que puede explicar el 16% del absentismo, y la potencia del equipo que puede predecir el 15% del indicador de orden e higiene. La potencia del equipo también mostró poder explicativo sobre el criterio de ideas de mejora (5%). Y considerados conjuntamente los tres procesos explicaron también el indicador de calidad (un 8%).

Ninguno de los procesos mostró relación significativa con el criterios de gasto de material auxiliar y ni con el criterio de multitarea.

Considerando los tres procesos juntos, aumenta la capacidad de predicción tanto del desempeño como de la efectividad. De esta forma la capacidad de predicción del desempeño se incrementa a un 57% ; y en cuanto a los indicadores, aumenta a 18% en el caso del criterio de absentismo y el 15% en el de orden e higiene.

Resumiendo, los procesos de desarrollo grupal, identificación con el grupo y potencia del equipo predicen una parte importante del desempeño del grupo, así como al-

gunos resultados grupales, especialmente absentismo y orden e higiene en equipos de trabajo del sector de la automoción en empresa españolas.

UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA GERENTES Y LÍDERES DE EQUIPOS

Como hemos mencionado, en nuestra investigación hemos estudiado el grado en que los procesos grupales predicen el desempeño y la efectividad de los grupos de producción de cinco empresas españolas pertenecientes al sector de la automoción. Los resultados mostraron que los tres procesos de grupo (i.e., desarrollo grupal, identificación grupal y potencia de equipo) predicen el desempeño grupal, con una capacidad predictiva similar, explicando de forma conjunta un 57% desempeño.

A nuestro juicio, esta cifra es de especial interés en dos sentidos. Primero, tanto la potencia como la identificación grupal ya han sido incluidas en diferentes modelos de rendimiento de equipos, de modo que ya algunas empresas las están midiendo como parte de sus programas de mejora continua (ver Stajkovic, Lee y Nyberg, 2009, Kramer, 1991). En tales casos sólo habría que incluir la medición del desarrollo grupal, con miras a complementar el diagnóstico y aumentar la capacidad predictiva en los resultados finales conseguidos por el equipo. En segundo lugar, nosotros hemos empleado una herramienta breve y de fácil aplicación, que ha mostrado resultados útiles, lo cual disminuye sustancialmente el tiempo dedicado por los equipos para la evaluación, la inversión económica de la empresa y los requerimientos de entrenamiento de la persona encargada del diagnóstico.

En cuanto a la efectividad, la relación del conjunto de procesos con absentismo -explicando hasta un 18%- , y orden e higiene en el lugar de trabajo -hasta un 15%- son hallazgos con un claro interés práctico para líderes de equipo, supervisores y gerentes. Aquí el absentismo se refiere al nivel mínimo de ausencia de los trabajadores, preestablecido por la gerencia de la organización. El criterio de orden e higiene alude tanto en el uso correcto de herramientas y espacios de trabajo como a procedimientos relacionados con la salud y seguridad, criterio clave para las empresas industriales por el marcado énfasis que las caracteriza en materia de prevención. Estos resultados indicarían que si mejoramos el desarrollo grupal, la identificación y la potencia del equipo incrementaremos los resultados que el equipo obtiene en cuanto al mantenimiento ordenado y limpio de los espacios de trabajo lo que repercutirá en una menor accidentabilidad; a su vez disminuiríamos el nivel de absentismo. Está por demás señalar la deseabilidad de estos cambios por su impacto en la gestión de los equipos y en la mejora de sus resultados.



Nos preguntamos por qué para los criterios de ideas de mejora, gasto en material auxiliar, multitarea y calidad, los procesos estudiados mostraron baja capacidad predictiva de la efectividad o bien ésta fue nula. Pensamos que los programas de formación en polivalencia que las empresas del sector llevan años ofreciendo a sus empleados, con el objetivo de tener una fuerza de trabajo más flexible y adaptable, puede haber incidido en este resultado. Por otra parte, también nos encontramos que nuestros resultados son consistentes con hallazgos anteriores sobre cohesión y desempeño de grupo (e.g., Beal, Cohen, Burke y McLendon, 2003) en el sentido de mostrar mayor capacidad predictiva del desempeño que de la efectividad. En suma, la mejora en los procesos de grupo (desarrollo grupal, identificación y potencia), impactan de manera más positiva sobre el desempeño de los equipos de producción que sobre su efectividad final.

Podría plantearse, con razón, por qué no incluimos en nuestra investigación indicadores de efectividad relativos a la cantidad de producción. La razón de esta no inclusión fue que en los equipos y organizaciones estudiadas el nivel de producción depende del número de pedidos que recibían en un momento determinado. Se trataría, por tanto, de un criterio que está fuera del control del grupo.

En suma, los resultados muestran que los procesos estudiados (desarrollo grupal, identificación del grupo y potencia) están relacionados entre sí y predicen el desempeño del grupo y dos criterios de efectividad utilizados internamente por las organizaciones de automoción con las que trabajamos (absentismo y orden e higiene en el lugar de trabajo). Lo importante aquí es cómo el líder del equipo o los gestores de personas de la organización pueden articular estos conocimientos y sacarles el máximo provecho. Por un lado, como comentamos anteriormente, algunos de estos procesos están incluidos en los planes de desarrollo para los equipos, implementados periódicamente por las empresas, y cada vez con más frecuencia las organizaciones están invirtiendo en el desarrollo de sus equipos a través de un cambio planeado (ver Kauffeld y Lehmann-Willenbrock, 2008). Esto refuerza la importancia de incluir estos procesos en el diagnóstico, así como de evaluar el peso ponderado de la presencia de éstos tres procesos en el plan de desarrollo, a la luz de estos resultados, toda vez que un alto desempeño y unos buenos resultados grupales son los objetivos últimos de cualquier equipo.

Por otro lado, cuando los gerentes, supervisores y líderes de equipos realizan diagnósticos grupales, diseñan programas de intervención o realizan su labor diaria, es recomendable que dispongan de información procedente del contexto específico en el cual trabajan y de interés al tipo de grupo del cual se trate, para incrementar las

probabilidades de mejora y desarrollo. La información que estamos ofreciendo aquí contribuiría en esta línea, al ser específica, actual y empírica; dicho de otro modo, fue obtenida de los equipos de producción en su ambiente laboral y constituye un referente propio y no extranjero, al remitirse a la industria automotriz española.

Aunque con cautela, consideramos que nuestros resultados son útiles en similares entornos laborales y grupos de trabajo, por tres razones. Primero, porque trabajamos con un muestra grande de equipos (72 grupos); segundo, eran grupos reales trabajando en empresas de automoción; y por último, utilizamos indicadores de rendimiento utilizados por las empresas, información poco frecuente por su difícil acceso. Una limitación que debe ser contemplada es que la mayoría de los datos los obtuvimos a través de cuestionarios aplicados sólo una vez. Aunque este método ofrece una visión útil, y hasta ahora ha sido el más empleado en psicología aplicada, somos conscientes que limita la riqueza de la información obtenida al circunscribirla a un punto específico en el tiempo y a una sola fuente de evaluación. Sería ideal estudiar los grupos de trabajo durante periodos más prolongados e incluir diferentes fuentes y tipos de medición. No obstante, en el medio laboral esto no es una tarea fácil, rápida ni económica. Por otro lado, estamos seguros que la información aquí presentada ofrece datos concretos que pueden promover acciones específicas de mejora.

CONCLUSIÓN

Cada vez más el sector industrial en general, y el de la automoción en particular, emplea equipos y grupos de trabajo. El relevante papel que juegan los procesos grupales en el desempeño y resultados de los grupos de producción pertenecientes a empresas de automoción constituye una información con destacado valor práctico para los líderes de grupo, supervisores y gerentes con miras a crear una ventaja competitiva en la fabricación de automóviles.

Es factible promover una mayor efectividad y un mejor desempeño de grupos ya constituidos a partir de la evaluación del grado de presencia de ciertos procesos de grupo (desarrollo grupal, identificación y potencia) en un momento determinado; y favorecer la capacitación planificada de los equipos a través de programas específicos con miras a una mejora continua. Sin olvidar, que el desempeño del trabajo diario, tanto de los grupos como de sus gestores, también puede verse favorecido. Por otro lado, destaca el carácter económico, tanto en tiempo como en recursos, necesarios para la evaluación de estos procesos, cualidades muy apreciadas en el día a día del trabajo grupal en el contexto laboral, particularmente en estos momentos de crisis económica en España y en sectores tan prioritarios como el de la industria de la automoción.



REFERENCIAS

- Asociación Española de Fabricantes de Automóviles y Camiones (Anfac) (Mayo 2014). *Memoria Anual*, 2013.
- Barreto, M. y Ellemers, N. (2002). You can't always do what you want: Social identity and self-presentational determinants of the choice to work for a low status group. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 891-906
- Beal, D. J., Cohen, R. R., Burke, M. J. y McLendon, C. L. (2003). Cohesion and performance in groups: A meta-analytic clarification of construct relations. *Journal of Applied Psychology*, 88, 989-1004.
- Gully, S.M., Incalcaterra, K.A., Joshi, A. y Beaubien, J.M. (2002). A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, 87, 819-832.
- Guzzo, R. A., Yost, P. R., Campbell, R. J. y Shea, G. P. (1993). Potency in groups: Articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, 32, 87-106.
- Hackman, J. R. (1987). The design of work teams. En J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ICEX España Exportación e Inversiones (2014). Las exportaciones moderan su crecimiento en el primer semestre. Sala de Prensa, 18 agosto, 2014. Accesible en: <http://www.icex.es/icex/es/navegacion-principal/que-es-icex/sala-de-prensa/sala-prensa/NEW2014307854.html>
- Ilgen, D. R., Hollenbeck, J. R., Johnson, M. y Jundt, D. (2005). Teams in organizations: From inputs-process-outputs models to IMOI models. *Annual Review of Psychology*, 56, 517-543.
- Kauffeld, S. y Lehmann-Willenbrock, N. (2008). Teamdiagnose und Teamentwicklung. In Jonhs (Eds.). *Erfolgreiche Gruppenarbeit. Konzepte, Instrumente, Erfahrungen* (pp.30-41). Wiesbaden: Gabler.
- Kozlowski, S. W. J. y Bell, B. S. (2003). Work groups and teams in organizations. En W. C. Borman, D. R. Ilgen y R. J. Klimoski (Eds.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, 12, 333-375. London: Wiley.
- Kozlowski, S. W. J. y Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. *Psychological Science*, 7, 77-124.
- Kramer, R. M. (1991). Intergroup relations and organizational dilemmas: The role categorization processes. *Research in Organizational Behavior*, 13, 191-228.
- Meneses, R., Ortega, R., Navarro, J. y Quijano, S.D. (2008) Criteria for assessing the level of group development (LGD) of work groups. Groupness, entitativity and groupality as theoretical perspectives. *Small Group Research*, 39, 492-514
- Navarro, J., Meneses, R., Miralles, C., Moreno, D. y Loureiro, V. (en prensa). What distinguish teams from social aggregates? A tool to assess the group development. *Anales de Psicología*.
- Navarro, J., Quijano, S. D., Berger, R. y Meneses, R.. (2011). Grupos en las organizaciones: Herramienta básica para gestionar la incertidumbre y ambigüedad crecientes. *Papeles del Psicólogo*, 32, 17-28.
- Oscá, A, Bardera, P.; García-Salmone, L. y Urien, B. (2011). Eficacia grupal en el sector de la automoción: Tareas y Procesos Grupales. *Papeles del Psicólogo*, 32, 29-37.
- Rico, R., Alcover, C. M. y Tabernerero, C. (2010). Efectividad de los equipos de trabajo: una revisión de la última década de investigación (1999-2009). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26, 47-71.
- Servicio Público de Empleo Estatal (2011). *Estudio Prospectivo. El Sector de Automoción en España*. Madrid: Servicio Público de Empleo Estatal.
- Somech, A., Syna D., H. y Lidogoster, H. (2009). Team conflict management and team effectiveness: the effects of task interdependence and team identification. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 359-378.
- Srivastava, A., Bartol, K. M. y Locke, E. A. (2006). Empowering leadership in management teams: Effects on knowledge sharing, efficacy, and performance. *Academy of Management Journal*, 49, 1239-1251.
- Stajkovic, A. D., Lee, D. y Nyberg, A. J. (2009). Collective efficacy, group potency, and group performance: Meta-analyses of their relationships, and test of a mediation model. *Journal of Applied Psychology*, 94, 814-828.
- Tajfel, H. y Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W. G. Austin y S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 94-109). Monterey, CA: Brooks-Cole.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. y Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford, England: Blackwell.



¿PERDÓN A UNO MISMO, AUTOACEPTACIÓN O RESTAURACIÓN INTRAPERSONAL? CUESTIONES ABIERTAS EN PSICOLOGÍA DEL PERDÓN

María Prieto-Ursúa y Ignacio Echegoyen

Universidad Pontificia Comillas

Los primeros intentos de abordar conceptualmente el perdón a uno mismo tendieron a considerarlo en el contexto de la teoría del perdón interpersonal, tratando de encontrar paralelismos entre ambas formas de perdón. Sin embargo, hay datos que cuestionan que pueda ser considerado simplemente un tipo más de perdón, y apuntan a que el perdón a los demás y el perdón a uno mismo podrían estar basados en factores psicológicos muy diferentes. El artículo revisa el conocimiento disponible hasta ahora y presenta una propuesta de lo que sería el curso temporal del perdón a uno mismo, recogiendo los elementos de los principales modelos teóricos para ofrecer al lector una visión completa, ordenada y coherente del proceso. Se concluye que la mejor perspectiva para comprender el autoperdón es estudiarlo desde la perspectiva del ofensor, entendiendo al sujeto como alguien que debe buscar y recibir perdón, no como alguien que debe darlo.

Palabras clave: Perdón a uno mismo, Búsqueda de perdón, Autoaceptación.

The first attempts to conceptually address the self-forgiveness tended to consider it from the findings of the theory of interpersonal forgiveness, trying aiming to find parallels between the two forms of forgiveness. However, some there are empirical data that question that whether self-forgiveness is can be considered as just one another type of forgiveness, since interpersonal forgiveness and self-forgiveness are based on very different psychological factors. The This paper reviews the available knowledge available to date and presents a proposal about the temporal course of self-forgiveness, collecting the elements of the main theoretical models to provide the reader with a complete and coherent view of the process. It is We concluded that the best approach to understanding self-forgiveness is to consider it from the perspective of the offender, understanding the subject as someone who must seek and receive forgiveness, rather than someone who should grant it.

Key words: Self-forgiveness, Forgiveness seeking, Self-acceptance.

En el campo de la psicología, el perdón no ha sido considerado un objeto de estudio interesante hasta hace pocos años; en la década de los 90 empiezan a cobrar importancia las investigaciones centradas en el tema fuera de nuestro país, mientras que en España las publicaciones científicas sobre el perdón empiezan a encontrarse a partir de 2010.

Hay un amplio volumen de trabajos sobre el perdón que han puesto de relieve los beneficios que se derivan del hecho de perdonar, no sólo en el plano personal sino también en el área de las relaciones interpersonales, resaltando su aplicabilidad en distintos contextos terapéuticos, en una gran variedad de problemas y con un gran número de personas. El perdón puede ser una poderosa herramienta clínica para una gran variedad de clientes, como muestran los estudios que se han llevado a cabo con supervivientes de incesto, mujeres maltratadas, enfermos de cáncer, pacientes terminales, adolescentes en riesgo, abuso de sustancias, etc.

Los datos existentes reflejan un uso restringido y poco generalizado de técnicas para facilitar el perdón en el

marco clínico (Gordon y Baucom, 1998; Wade, Johnson y Meyer, 2008). Ha habido cierta resistencia por parte de los profesionales de la salud mental a introducir en su tarea terapéutica cuestiones relacionadas con el perdón (Denton y Martin, 1998). Parte de esta resistencia podría deberse a creer que se relaciona más con el ámbito teológico que con el psicológico, asumiendo que este campo de trabajo es propio de terapeutas con fuertes creencias religiosas. En segundo lugar, el perdón ha sido un constructo polémico en el campo de la salud mental; hay autores que lo contemplan como el proceso por el que la víctima es culpabilizada y el agresor es absuelto de culpa y responsabilidad, colocando a la víctima en posición de ser herido por otro (Sells y Hargrave, 1998). Por último, otra posible razón es la falta de conocimiento sobre herramientas clínicas específicas con apoyo empírico suficiente para trabajar estos temas. Varios autores han señalado la existencia de una gran distancia entre el conocimiento obtenido por la investigación y el conocimiento disponible para los terapeutas.

EL PERDÓN A UNO MISMO

Dentro del campo de la psicología del perdón, el perdón a uno mismo es uno de los temas menos estudiados. El perdón a uno mismo ha sido definido como el deseo

Correspondencia: María Prieto-Ursúa y Ignacio Echegoyen. Universidad Pontificia Comillas. c/ Universidad Comillas 3. 28049 Madrid. España. E-mail: mprieto@chs.upcomillas.es



de abandonar el auto-resentimiento ante el reconocimiento de que uno ha cometido un error objetivo, fomentando la compasión, la generosidad o el amor hacia sí mismo (Enright, 1996). Puede entenderse tanto como una conducta específica, dirigida a transgresiones específicas en las que el sujeto ha dañado a otros o a sí mismo (perdón específico), como un rasgo de personalidad, una tendencia a perdonarse en distintas situaciones y a lo largo del tiempo (perdón disposicional).

Distintos estudios muestran indicadores de la relevancia del perdón a uno mismo para la salud mental. Por ejemplo, se ha encontrado relación entre el perdón disposicional a uno mismo y una alta autoestima (Hall y Fincham, 2005; Mauger, Perry, Freemant, Grove, McBride, y McKinney, 1992), con satisfacción con la vida (Hall y Fincham, 2005) o con el bienestar psicológico (Jacinto, 2010; Tangney, Boone, y Dearing, 2005; Wohl, DeShea, y Wahkinney, 2008).

Asimismo, el fracaso para perdonarse a uno mismo parece predecir baja autoestima (Mauger et al, 1992) y altos niveles de culpa (Zechmeister y Romero, 2002). La falta de auto-perdón está asociada a niveles más altos de psicopatología, incluyendo neuroticismo (Hall y Fincham, 2005; Ross, Kendall, Matters, Wrobel, & Rye, 2004), depresión o ansiedad (Fisher y Exline, 2006; Malby, Macaskill, y Day, 2001; Mauger et al., 1992; Romero et al., 2006; Toussaint, Williams, Musick, y Everson, 2001; Witvliet, Phipps, Feldman, y Beckham, 2004; Wohl, DeShea, y Wahkinney, 2008) y disminución de la satisfacción general con la vida (Thompson et al., 2005).

Algunos autores encuentran también una interesante asociación entre el perdón a uno mismo y conductas y actitudes prosociales (Hall y Fincham, 2005), como la amabilidad (Walker y Gorsuch, 2002) o la facilidad para perdonar a otras personas (Thompson et al., 2005). Wohl, Pychyl, y Bennett (2010) encontraron que el perdón a uno mismo reducía la procrastinación en estudiantes universitarios.

El perdón a uno mismo se relaciona con la salud mental y el bienestar incluso de forma más intensa que el perdón a los demás (Mauger et al, 1992; Thompson et al, 2005).

Vemos, pues, que el perdón a uno mismo es un tema de estudio importante para todos los profesionales dedicados a la salud mental, por lo que podría sorprender la escasa atención que ha recibido hasta ahora en el campo de la psicología del perdón. La complejidad del concepto de perdón a uno mismo, en el que ofensor y víctima son la misma persona, puede ayudarnos a entender la escasez de estudios dirigidos a este tema y la rea-

lidad de una práctica clínica intuitiva y con pocas herramientas de intervención sólidamente fundamentadas.

SIMILITUDES ENTRE EL PERDÓN A OTROS Y EL PERDÓN A UNO MISMO

Los primeros intentos de abordar conceptualmente el perdón a uno mismo aplicaron directa y acriticamente los modelos y procesos sugeridos para el perdón a los demás a este otro tipo de perdón. Varios autores han tendido a discutir la naturaleza del perdón a uno mismo en el contexto de la teoría del perdón interpersonal, intentando encontrar paralelismos entre ambas formas de perdón. En este sentido, destaca Robert Enright, uno de los pioneros en el estudio del perdón, que en 1996 presentó lo que él llamó "la tríada del perdón" (perdón a otros, perdón a uno mismo, perdón a las situaciones), describiendo cada uno de estos tres elementos o tipos de perdón.

Enright señalaba, respecto al perdón a uno mismo, las siguientes similitudes con el perdón interpersonal: en ambos casos quien concede el perdón tendría el derecho al resentimiento y a no perdonar, pero aún así decide hacerlo y superar el resentimiento. Además, ante conductas seriamente lesivas, el sujeto no tiene obligación de otorgarse compasión, generosidad o amor, aunque es imprescindible el auto-respeto. (En este punto Enright se está refiriendo a las dimensiones positiva y negativa del perdón: la negativa se llama así porque el sujeto que perdona consigue eliminar los sentimientos, conductas y pensamientos negativos que acompañan a la recepción de una ofensa, mientras que la dimensión positiva se refiere a la aparición de sentimientos, conductas o pensamientos positivos hacia el ofensor; la dimensión negativa del perdón se tiende a identificar por la gran mayoría de la población como uno de los efectos del mismo, habiendo más falta de acuerdo en la necesidad de la presencia de la dimensión positiva para considerarse que se ha completado el perdón). Señala Enright también como semejanza que en ambos tipos de perdón se está respondiendo a una ofensa objetiva, es decir, no se reacciona ante una cierta o vaga sensación de incomodidad, sino a un hecho o varios hechos que se consideran ofensivos para uno mismo o para los demás. Hall y Fincham (2005) señalan que, sin embargo, las ofensas hacia uno mismo pueden darse sin necesidad de una conducta externa: también podemos sentirnos dañados por pensamientos, sentimientos o deseos íntimos, como desear que muera un familiar enfermo o como excitarse sexualmente con violencia (Dillon, 2001). Por último, existe un falso perdón a uno mismo, al igual que existe un falso perdón a otros: sería aquel en el que el sujeto excusa su conduc-



ta incorrecta, es ciego a la necesidad de cambio y se absuelve sin necesidad de reparación o castigo. Esta misma similitud la señalan también Hall y Fincham (2005), que distinguen el perdón a uno mismo de la condonación o el olvido de la transgresión. Perdonarse a uno mismo, señalan, supone hacer un esfuerzo consciente e intencionado de superación.

Sin embargo, hay datos que nos permiten cuestionar estas similitudes. La investigación correlacional indica que el perdón a uno mismo está débilmente correlacionado con el perdón a otros (y en algunos estudios no se encuentra relación), sugiriendo que es necesario centrarse en estudiar mejor el perdón a uno mismo.

DIFERENCIAS ENTRE EL PERDÓN A UNO MISMO Y A LOS DEMÁS

Ya Hall y Fincham (2005) identificaron algunas diferencias en el nivel teórico. Por ejemplo, señalaron que el perdón interpersonal es incondicional; algunos autores lo llaman "unilateral" o "intrapersonal". Es decir, puede concederse unilateralmente, sin necesidad de actuación alguna por parte del ofensor, entendiéndose como un regalo que el ofendido hace al ofensor y cuyo único objetivo es aliviar el malestar propio del ofendido ante la ofensa recibida. Sin embargo, el perdón a uno mismo no puede ser incondicional (señalan los autores): el sujeto ha de establecer condiciones que deben cumplirse para que se pueda perdonar, implica una resolución de cambio y de comportamiento distinto en el futuro (Enright, 1996). Además, cabría pensar que las consecuencias de no perdonarse a uno mismo son más severas que aquellas asociadas a la falta de perdón interpersonal (Hall y Fincham, 2005). En este último, los pensamientos, conductas y sentimientos negativos hacia el agresor pueden no activarse hasta que la víctima tiene contacto con él. Sin embargo, cuando la persona ha dañado a otro (o a sí mismo), el ofensor tiene contacto continuo consigo mismo y con su conducta, por lo que es imposible escapar de la situación (aunque la evitación podría dirigirse hacia la víctima o hacia los sentimientos, pensamientos o situaciones asociados con la transgresión; este tipo de evitación reduciría la probabilidad de que el malestar causado por la ofensa se active y dirija a la persona hacia el perdón).

Enright (1996) señaló un punto teórico importante: en el perdón a los demás podemos distinguir dos conceptos distintos, el perdón (que puede ser llevado a cabo únicamente por el ofendido, de forma unilateral, entendiéndose como liberación del malestar producto del no perdón y, por tanto, sin tener como objetivo la restauración de ninguna relación) y la reconciliación (que sí implica reto-

mar una relación dañada y que, por tanto, requiere necesariamente la participación de las dos partes, ofendido y ofensor). En el perdón interpersonal, podría darse perdón sin reconciliación. Sin embargo, señala Enright, en el perdón a uno mismo el perdón y la reconciliación están siempre unidos. También Hall y Fincham (2005) señalan este mismo punto, sugiriendo que el perdón a uno mismo puede entenderse como el vehículo para conseguir la reconciliación con uno mismo.

Sin embargo, más allá de las posibles diferencias teóricas entre ambos conceptos, contamos también con datos empíricos que arrojan luz sobre la relación entre los dos tipos de perdón.

Así, por ejemplo, ambos parecen mantener una curiosa relación con el narcisismo, relacionándose éste negativamente con el perdón a los demás y positivamente con el perdón a uno mismo (Strelan, 2007; Tangney y Boone, 2004; Tangney et al., 2005). Maltby et al (2001) encuentran que una baja puntuación en el perdón a uno mismo se relacionaba con un estilo intrapunitivo y, sin embargo, una baja puntuación en el perdón a los demás lo hacía con un estilo extrapunitivo. La relación de ambos tipos de perdón con la amabilidad muestra también diferencias: parece que tiene una relación moderada y positiva con el perdón a los demás y una relación inconsistente con el perdón a uno mismo, encontrándose en unos estudios sí (Walker y Gorsuch, 2002) y en otros no (Tangney & Boone, 2004; Tangney et al., 2005). Tangney y sus colegas (Tangney y Boone, 2004; Tangney et al., 2005) encontraron que el perdón disposicional a uno mismo estaba positivamente relacionado, no solo con el narcisismo, sino con otras cualidades antisociales como la agresión, y negativamente relacionado con cualidades prosociales, como la empatía o el autocontrol. Day y Maltby (2005) encontraron que ambos tipos de perdón tienen relación negativa con el aislamiento social; sin embargo, cuando se controlaba el efecto de la relación entre ambos tipos de perdón, resultaba que el perdón a uno mismo era el único predictor, y muy potente, de la reducción del aislamiento social. Por último, también se ha estudiado su relación con la psicopatología, encontrándose que la dificultad para perdonar a otros se relaciona con un aumento en la depresión y en la severidad del estrés postraumático, mientras que la dificultad para perdonarse a uno mismo se asociaba sobre todo con un incremento en la ansiedad (Wilson et al., 2008).

Debido a todas las razones expuestas, algunos autores cuestionan que el perdón a uno mismo pueda ser considerado simplemente un tipo más de perdón, tal y como lo presentó Enright en su triada del perdón (1996). Por



ejemplo, Vitz y Meade (2011) rechazan el término “perdón a uno mismo” tras analizar profunda y detalladamente los procesos internos que implica el autoperdón, concluyendo que el perdón a los demás y el perdón a uno mismo están basados en factores psicológicos muy diferentes.

Varios de los resultados expuestos no sólo ilustran las diferencias entre ambos tipos de perdón, sino que nos llevan a preguntarnos si el perdón a uno mismo es tan positivo o tan deseable como podríamos pensar. De hecho, han sido varias las voces que han alertado contra lo que se ha dado en llamar “el lado oscuro del perdón a uno mismo” (Wohl y Thompson, 2011).

EL LADO OSCURO DEL PERDÓN A UNO MISMO

El perdón a uno mismo podría no ser bueno en sí mismo, o un objetivo indiscutible en la intervención terapéutica. De hecho, las preocupaciones sobre los riesgos del perdón a uno mismo reproducen en parte algunas de las controversias sobre “el lado oscuro” del perdón a los demás (Fisher y Exline, 2006).

En primer lugar, su fuerte, sorprendente y repetidamente encontrada relación con el narcisismo ha llevado a cuestionar los procesos por los que la persona no cae en la autocondenación, el remordimiento o la falta de autoestima después de haber mostrado una conducta incorrecta. En el estudio de Tangney et al. (2005) se encontró un perfil del “autoperdonador” como alguien narcisista, egocéntrico, demasiado confiado, carente de una culpa o vergüenza apropiadas. Incluso si el sujeto no presentaba características narcisistas al principio, acababa mostrándolas a través del proceso de auto-perdón. Los autores sugieren tres posibles explicaciones para sus resultados: que las medidas de perdón a uno mismo medían en realidad falso perdón a uno mismo asociado con rasgos narcisistas (fue lo que ellos asumieron), o que el proceso de perdón a uno mismo puede ser especialmente atractivo para las personas narcisistas, o que facilita el desarrollo de dichas características.

Además, el perdón a uno mismo puede conducir a separar al sujeto de los demás, ya que reduce la motivación para recibir el perdón de la víctima (Enright, 1996). Otros autores entienden que puede considerarse como una falta de respeto hacia ésta, siendo sólo apropiado que el ofensor se perdone a sí mismo si lo hace después de que la víctima ya le ha perdonado (Hall y Fincham, 2005).

Otra posible característica negativa es que puede “cegarlos” a nuestras faltas y hacer más probable que ocurran sin experimentar culpa (Enright, 1996). Zechmeister

y Romero (2002) encontraron que las personas que se perdonaban a sí mismas tendían a culpar a sus víctimas, a verlas como personas que sobre-actuaban, o que buscaban la ofensa, y tendían a justificar sus acciones y despreciar la ira de sus víctimas. Este es uno de los aspectos más negativos del auto-perdón: entenderlo como un proceso centrado en uno mismo y despectivo para la víctima; por lo que podría pensarse que no perdonarse a uno mismo puede ser más beneficioso para la restauración interpersonal. Hall y Fincham (2005) señalan que sin admitir implícita o explícitamente que nuestra conducta ha sido incorrecta y sin admitir la responsabilidad o la culpa por dicha conducta es imposible que tenga lugar un auténtico perdón a uno mismo, por lo que estos peligros afectarían sólo a un falso perdón.

Además, el perdón a uno mismo puede reducir la motivación para el cambio conductual y el crecimiento personal. Squires, Sztainert, Gillen, Caouette y Wohl, (2012) encuentran una relación negativa entre auto-perdón y voluntad de cambiar en personas que sufren adicción al juego. Matthew (2004, como se citó en Woodyatt y Wenzel, 2013) mostró que el perdonarse por haber fracasado al intentar dejar de fumar incrementaba la probabilidad de volverlo a intentar, pero el perdonarse por mantener el hábito de fumar disminuía la motivación para realizar el primer intento de abandono. Wohl y Thompson (2011) sugieren que el perdón a uno mismo puede ser contraproducente en conductas crónicas desadaptativas, ya que incrementa la resistencia a cambiar y disminuye la motivación para hacerlo. Específicamente, el perdón a uno mismo incrementa la probabilidad de permanecer en la fase de precontemplación en lugar de en la de contemplación (siguiendo el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente) y disminuye la probabilidad de estar en la fase de preparación. Señalan estos autores que el perdón a uno mismo no es universalmente beneficioso; no es productivo para facilitar el cambio conductual. Sin embargo, el perdón a uno mismo después de haber dejado de fumar podría ayudar en la prevención de recaídas ayudando a reducir la culpa y a restaurar la autoestima.

Como vemos, el perdón a uno mismo no parece ser un concepto simple, y su comprensión requiere mucha atención a sus componentes y procesos, evitando la simple aplicación del conocimiento derivado del estudio del perdón interpersonal.

EL CURSO TEMPORAL DEL PERDÓN A UNO MISMO

La mayoría de los estudios presentados hasta ahora presentan problemas que pueden originar más confusión en el campo del perdón a uno mismo:



- ✓ Se identifica el auto-perdón como la mera falta de sentimientos negativos o la aparición de sentimientos positivos respecto de un evento en el que se ha ofendido a alguien. El perdón a uno mismo comprende un cambio emocional, pero también conduce de alguna forma a conductas reparatorias con el ambiente, la situación ofensiva y el ofendido.
- ✓ Se utilizan diseños transversales y medidas de auto-perdón como estado final, basados en la falta de emociones negativas y en las emociones positivas hacia uno mismo, midiendo el auto-perdón en términos de autoestima, compasión o falta de auto-condenación. Este tipo de medidas olvida cómo se llega hasta ese estado.
- ✓ No distinguen bien entre el auto-perdón genuino del pseudo-perdón, el perdón disposicional del perdón específico, el perdón para conductas pasadas del perdón para conductas presentes, el perdón por haber dañado a otros o por dañarse a uno mismo, el perdón por conductas externas y objetivos o el perdón por sentimientos, pensamientos o deseos íntimos...

Salvando las distancias de las críticas anteriores, Woodyatt y Wenzel (2013) proponen distinguir entre auto-perdón como estado final y auto-perdón como proceso. Entender el perdón a uno mismo como un estado final puede servir para acotar el concepto y estudiarlo, dicen, pero no necesariamente responde a la manera en que efectivamente ocurre en el sujeto. En la práctica clínica, guiada por la investigación, es especialmente importante tener un modelo claro y que explique de forma ajustada y precisa la forma en que funciona el auto-perdón, por lo que es especialmente importante determinar la forma en que se gesta, no solamente qué características tiene ese estado final. Por esto, varios autores han decidido diseñar estudios longitudinales y reconceptualizar las medidas para examinar el carácter de proceso del perdón a uno mismo.

Vamos a presentar a continuación nuestra propuesta de lo que sería el curso temporal del perdón a uno mismo, recogiendo los elementos de los principales modelos teóricos para ofrecer al lector un intento de visión completa, ordenada y coherente del proceso de perdón a uno mismo.

Cuando el sujeto comete una ofensa, suele experimentar culpa y remordimiento, los principales motivadores de cambio y reparación relacional (Woodyatt y Wenzel, 2013). Algunas formas de distrés emocional pueden ser adaptativas tras una transgresión; puede acarrear una recompensa psicológica al asegurar al sujeto que sigue siendo una buena persona a pesar de lo que ha hecho, que percibe como distinto de sí mismo (Dillon, 2001). Mostrar el remordimiento podría ser expresión de lo mu-

cho que el ofensor valora la relación con la víctima, o a la víctima misma. Además, reduce la distancia con los demás tras la ofensa, y con ello, ayuda al que ofende a evitar el castigo y/o facilita el perdón. Más aún, el malestar puede impedir que el ofensor vuelva a violar sus valores y repetir el daño (Dillon, 2001).

Una vez el sujeto experimenta este distrés, hay tres posibles respuestas o formas de afrontar el hecho de haber cometido una ofensa (Woodyatt y Wenzel, 2013):

1) Evitar la responsabilidad culpando al exterior o justificando sus acciones y por consiguiente evitando toda situación o persona que recuerde a la ofensa. Esta primera reacción sería el falso perdón: el proceso por el cual se externaliza la responsabilidad, para así neutralizar la culpa (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Culpar a la víctima es evitar la responsabilidad, por lo que al no verse culpable, el ofensor no necesita perdonarse. El ofensor defiende haberse perdonado, pero en realidad niega haber hecho nada malo, disminuyendo la culpa al reducir la responsabilidad (Fisher y Exline, 2006; Hall y Fincham, 2005). La negación puede incluir tanto la negación del hecho, de lo incorrecto del hecho, de la importancia del hecho o del daño causado por el hecho. En las pruebas de auto-perdón como estado final, basadas en la falta de culpa, en la autoestima o en los remordimientos, este tipo de respuesta es indistinguible del perdón genuino.

Es un tipo de afrontamiento centrado en la emoción, pues el ofensor busca minimizar su respuesta emocional ante la ofensa tratando de cambiar sus sentimientos respecto al evento producido (Woodyatt y Wenzel, 2013). Se puede intentar escapar del malestar interno mediante distintos modos específicos de evitación (ej. conductas de evitación de la víctima, o de situaciones que recuerden a la ofensa) que en definitiva reflejan lo que en la Terapia de Aceptación y Compromiso se denomina "evitación experiencial" (Wilson y Luciano, 2002), dificultando la aceptación del malestar "lógico" y la utilización del mismo para la movilización de recursos dirigidos a la restauración interpersonal..

2) Auto-culpabilizarse en exceso o auto-condenación

En vez de externalizar la culpa, ésta se internaliza, cursando con altos niveles de vergüenza, culpa y deseos de castigarse a uno mismo. Esto lleva a tendencias depresivas y a la rumiación negativa, pero no necesariamente a responsabilizarse o a hacer esfuerzos para cambiar (Fisher y Exline, 2006). Esta respuesta de auto-condenación está asociada a la evitación, a centrarse egocéntricamente y a respuestas interpersonales negativas.



Es posible y necesario distinguir entre remordimiento (beneficioso para sentir arrepentimiento y humildad) y autocondenación (Fisher y Exline, 2006). Dentro del malestar emocional post-ofensa, varios autores señalan que la clave para distinguirlos es considerar el diferente papel que juegan la culpa y la vergüenza. El perdón que nace de la culpa y el remordimiento sería un perdón genuino, mientras que la vergüenza sería el origen de la autocondenación y tendría relación con el neuroticismo.

Vitz y Meade (2011) definen la vergüenza como el sentimiento de ser indigno o malo, no por alguna acción particular, sino porque la persona siente o cree que es intrínsecamente mala o indigna. El perdón, señalan los autores, no es relevante para quienes experimentan el peso de la vergüenza, por lo menos hasta que ésta se supere. El auto-perdón es irrelevante para el sujeto cuando sus sentimientos negativos derivan de una sensación de vergüenza: para aceptar el perdón antes necesita aceptarse a sí mismo. Dicen estos autores que gran parte de los beneficios atribuidos al perdón a uno mismo son, en realidad, resultado de la autoaceptación, y que se podrían interpretar gran parte de las definiciones de autoperdón encontradas en la literatura como descripciones de lo que se entendería mejor como autoaceptación.

Para Leith y Baumeister (1998, como se citó en Woodyatt y Wenzel, 2013), la vergüenza está asociada a una peor resolución relacional tras un conflicto. Sugieren que esto ocurre porque la persona que experimenta vergüenza está más centrada en su propio distrés que en el de la víctima; con el tiempo se manifiestan conductas de auto-castigo cada vez más centradas en uno mismo, y esto reduce los beneficios de la restauración interpersonal. En Ranganathan y Todorov (2010), la vergüenza y el distrés personal, más que la culpa y la empatía orientada hacia los otros, eran las variables clave implicadas en inhibir el perdón a uno mismo, sugiriendo que los individuos con tendencia a la vergüenza son especialmente vulnerables al afecto negativo intenso.

3) Afrontar el daño causado y llevar a cabo una restauración compensativa.

Sólo esta forma de afrontar la ofensa cometida sería verdadero o genuino auto-perdón (Woodyatt y Wenzel, 2013), y comprende dos dimensiones: una dimensión externa, interpersonal, relacionada con la comunidad, la situación ofensiva y la víctima; y otra interna, intrapersonal, relacionada con la autoestima y el autoconcepto. Un verdadero auto-perdón debería conllevar cambios que produzcan ambos tipos de restauración. Para estos autores sólo aquel que incluye restauración interpersonal e intrapersonal es verdadero auto-perdón.

En el proceso de auto-perdón genuino se reconoce la culpabilidad, el valor de la víctima, se experimentan las emociones asociadas, y surgen actitudes y comportamientos que encaran la ofensa, buscan enmendar el daño, y, en el proceso, recupera su imagen como buena persona (se perdona a sí mismo). En este sentido es un afrontamiento centrado en el problema, que busca cambiar la situación que creó los sentimientos negativos.

Parece que están asociados con este proceso la toma de responsabilidad, el arrepentimiento y la experimentación de emociones que surgen de la ofensa y que llevan a mejores conductas de restauración interpersonal, incluido el aumento de auto-regulación y armonía con la comunidad (Fisher y Exline, 2006; Wohl et al., 2010). Admitiendo la responsabilidad, aceptando los "eventos privados" (Wilson y Luciano, 2002), expresando culpa, vergüenza y arrepentimiento, el ofensor es consciente de su agresión y reafirma los valores que han sido violados con la ofensa (Wenzel et al., 2012), afirma su identidad moral ante la víctima, la comunidad y él o ella misma. Por todo esto, se espera que el auto-perdón esté relacionado tanto con la restauración interpersonal como con la intrapersonal, aunque puede que éstos sean beneficios sólo a largo plazo.

Terminamos el apartado ofreciendo la definición que Cornish y Wade (2015) hacen del perdón a uno mismo, que recoge estos contenidos del perdón genuino y es más completa que la que ofrecimos al inicio de este artículo: un proceso en el que la persona (a) acepta la *responsabilidad* de haber dañado a otra; (b) expresa *remordimiento* mientras reduce la vergüenza; (c) se implica en la *restauración* a través de conductas reparadoras, intenta cambiar los patrones de conducta que le llevaron a la ofensa y vuelve a comprometerse con sus valores; y (d) alcanza un renovado auto-respeto, auto-compasión y *auto-aceptación*, consiguiendo en todo el proceso un crecimiento moral.

Nos ha parecido especialmente interesante terminar señalando la extraordinaria similitud entre estos cuatro componentes del perdón a uno mismo y las cuatro dimensiones de la conducta de búsqueda de perdón. Los comportamientos que han sido identificados como más relevantes, en el perdón interpersonal, para restaurar la confianza en la relación, devolver seguridad a la víctima y promover de nuevo el compromiso en la relación, son (Pansera, 2009): (a) *reconocimiento del daño causado y arrepentimiento*, que incluye aceptar el daño que se ha hecho, aceptar la responsabilidad y mostrar culpa y remordimiento; (b) *demostrar la comprensión del dolor y sufrimiento causado y validación o aceptación de ese dolor*; (c) *acciones de reparación*, y (d) *demostrar un*



cambio de conducta y, en ocasiones un cambio en las reglas relacionales que están relacionadas con la ofensa para que no vuelva a ocurrir.

La mayor parte de la investigación sobre el perdón se ha centrado en quien perdona, en el ofendido, y ha ignorado la perspectiva del ofensor. En el perdón a uno mismo la misma persona es a la vez ofensor (acusado) y otorgador de perdón (juez). En el estudio del perdón a uno mismo se empezó, como hemos visto, entendiendo al sujeto que ha obrado mal como alguien que debe perdonarse a sí mismo; sin embargo, la evolución de las investigaciones sobre este tipo de perdón nos ha llevado, en nuestra opinión, a la consideración de que la mejor perspectiva para entender el perdón a uno mismo es considerando al sujeto alguien que debe recibir perdón, no como alguien que debe darlo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El perdón a uno mismo es un campo de estudio novedoso, abierto, apasionante y absolutamente relevante para el quehacer profesional del psicólogo en todos los campos. A lo largo del artículo hemos revisado los principales temas sobre los que se centra la investigación sobre el perdón a uno mismo, señalando aquellos aspectos en los que se necesita más claridad, y hemos intentado ofrecer una cierta estructura y coherencia a los resultados que la investigación ha ido encontrando. Nos gustaría terminar nuestro trabajo con una serie de reflexiones y preguntas para orientar la futura investigación sobre el perdón a uno mismo.

En primer lugar, hemos partido del malestar emocional post-ofensa como si fuera una experiencia común a todos los sujetos; sin embargo, se abre una línea de investigación interesante al preguntarnos si es realmente tan común esa experiencia o qué diferencias hay entre unos sujetos y otros en las emociones post-ofensa. Por ejemplo, ¿tienen relación con la personalidad? ¿o con ideas irracionales o esquemas cognitivos aprendidos? ¿o con características de la situación concreta y la ofensa? ¿Cómo se explica la mayor tendencia a la vergüenza de algunos sujetos? ¿Qué factores influyen en que las gestionen hacia conductas de evitación o hacia la restauración interpersonal?

En segundo lugar, podríamos entender el falso perdón y la autocondenación como estados previos al perdón genuino, preguntándonos entonces ¿qué intervenciones permitirían avanzar desde esos estados hasta el perdón final? Además, tanto este perdón final como las otras dos respuestas podrían concebirse como una cuestión de grado, se podría estar a medio camino entre las tres. Por ejemplo, si no se consigue la restauración interpersonal

¿Se podría llegar al perdón genuino? ¿Es realmente necesaria? ¿Qué relación hay entre la restauración intrapersonal e interpersonal?

Por último, recordar que la coincidencia de los cuatro componentes del perdón a uno mismo con las cuatro dimensiones de la búsqueda de perdón nos lleva a proponer un cambio de perspectiva en su estudio y enfocarlo como un tema relacionado con el ofensor y con la búsqueda de perdón, perspectiva que nos parece interesante y prometedora.

REFERENCIAS

- Cornish, M.A. y Wade, N.G. (2015). A therapeutic model of self-forgiveness with intervention strategies for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 93, 96-104.
- Crigger, N.J. y Meek, V.L. (2007). Toward a theory of self-reconciliation following mistakes in nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 117-183.
- Day, L. y Maltby, J. (2005). Forgiveness and social loneliness. *The Journal of Psychology*, 139(6), 553-555.
- Denton, R. T. y Martin, M.W. (1998). Defining forgiveness: an empirical exploration of process and role. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 281-292.
- Dillon, R. S. (2001). Self-forgiveness and self-respect. *Ethics*, 112(1), 53-83.
- Enright, R.D., (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving, forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107-126.
- Fisher, M.L. y Exline, J.J. (2006). Self-forgiveness versus excusing: the roles of remorse, effort and acceptance of responsibility. *Self and Identity*, 5, 127-146.
- Gordon, K.C. y Baucom, D.H. (1998). Understanding betrayals in marriage: A synthesized model of forgiveness. *Family Process*, 37, 425-449.
- Hall, J.H. y Fincham, F.D. (2005). Self-Forgiveness: the stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 621-637.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2008). The temporal course of self-forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(2), 174-202.
- Jacinto, G.A. (2010). The self-forgiveness process of caregivers after the death of care-receivers diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Social Service Research*, 36, 24-36.
- Macaskill, A. (2012). Differentiating dispositional self-forgiveness from other forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 28-50.
- Maltby, J., Macaskill, A. y Day, I. (2001). Failure to forgive self and others: a replication and extension of the



- relationship between forgiveness, personality, social desirability, and general health. *Personality and Individual Differences*, 30, 881-885.
- Mauger, P.A., Perry, J. E., Freeman, T., Grove, D. C., McBride, A.G. y McKinney K.E. (1992). The measurement of forgiveness: preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170-180.
- Pansera, C. (2009). "If you don't get it, it doesn't count": conveying responsiveness in attempts to seek forgiveness within romantic relationships. Master's thesis. University of Waterloo. Ontario, Canada. Descargado el 10/10/2014 en https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/4296/Pansera_Carolina.pdf?sequence=1
- Ranganathan, A.R. y Todorov, N. (2010). Personality and self-forgiveness: the roles of shame, guilt, empathy and conciliatory behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(1), 1-22.
- Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K.R. y Friedman, L.C. (2006). Self-forgiveness, spirituality and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.
- Ross, S.R., Kendall, A.C., Matters, K.G., Wrobel, y Rye, M.S. (2004). A personological examination of self- and other-forgiveness in the five factor model. *Journal of Personality Assessment*, 82(2), 207-214.
- Sells, J.N. y Hargrave, T.D. (1998). Forgiveness: a review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy*, 20, 21-36.
- Squires, E.C., Sztainert, T., Gillen, N.R., Caouette, J. y Wohl, M.J.A. (2012). The problem with self-forgiveness: forgiving the self deters readiness to change among gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 28, 337-350.
- Strelan, P. (2007). Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness. *Personality and Individual Differences*, 42, 259-269.
- Tangney, J., Boone, A. L., & Dearing, R. (2005). Forgiveness of the self; Conceptual issues and empirical findings. In E. L. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness*. Hoboken: Brunner-Routledge.
- Tangney, J., Stuewig, J., & Mashek, D. (2007). What's moral about self-conscious emotions? In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 21-37). New York: The Guilford Press.
- Thompson, L.Y. Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., et al. (2005). Dispositional forgiveness of self, others and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313-359.
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A. y Everson-Rose, S. A. (2001). Forgiveness and health: age differences in a U.S. probability sample. *Journal of Adult Development*, 8(4), 249-257.
- Vitz, P.C. y Meade, J.M. (2011). Self-forgiveness in psychology and psychotherapy: A critique. *Journal of Religion and Health*, 50, 248-263.
- Wade, N.H., Johnson, C.V. y Meyer, J.E. (2008). Understanding concerns about intervention to promote forgiveness: a review of the literature. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 88-102. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.88
- Walker, D.F. y Gorsuch, R.L. (2002). Forgiveness within the big five personality model. *Personality and Individual Differences*, 32, 1127-1137.
- Wenzel, M., Woodyatt, L., & Hedrick, K. (2012). No genuine self-forgiveness without accepting responsibility: Value reaffirmation as a key to maintaining positive self-regard. *European Journal of Social Psychology*, 42, 617-627.
- Wilson, T., Milosevic, A., Carroll, M., Hart, K. y Hibbard, S. (2008). Physical Health Status in Relation to Self-forgiveness and Other-forgiveness in Healthy College Students. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 798-803.
- Witvliet, C.V.O., Phipps, K.A., Feldman, M.E. y Beckham, J.C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 269-273.
- Wohl, M.J.A., DeShea, L. y Wahkinney, R.L. (2008). Looking Within: Measuring State Self-Forgiveness and Its Relationship to Psychological Well-Being. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(1), 1-10
- Wohl, M. J. A., Pychyl, T. A., & Bennett, S. H. (2010). I forgive myself, now I can study: How self-forgiveness for procrastinating can reduce future procrastination. *Personality and Individual Differences*, 48, 803-808.
- Wohl, M.J.A. y Thompson, A. (2011). A dark side to self-forgiveness: forgiving the self and its association with chronic unhealthy behavior. *British Journal of Social Psychology*, 50, 354-364.
- Woodyatt, L. y Wenzel, M. (2013). Self-forgiveness and restoration of an offender following an interpersonal transgression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(2), 225-259.
- Zechmeister, J. S., & Romero, C. (2002). Victim and offender accounts of interpersonal conflict: Autobiographical narratives of forgiveness and unforgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 675-686.



ACERCA DEL PAPEL DE LOS ORGANISMOS DE INSPECCIÓN MÉDICA EN LA EVOLUCIÓN DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Álvaro Frías Ibáñez

Centro de Salud Mental de Adultos de Mataró

Estimado Editor:

Desde el inicio de la crisis económica en España, los psicólogos que atendemos a pacientes en los centros de salud mental del Sistema Nacional de Salud estamos siendo testigos del pernicioso papel que los organismos de inspección médica pueden estar teniendo en la evolución de los problemas psicopatológicos de algunas personas que acuden a tratamiento por sus problemas psicopatológicos.

En Cataluña, con frecuencia asistimos a una espiral en la que el paciente, incluso con enfermedad mental grave, no se le concede la pensión por invalidez o bien no se le prolonga la baja por enfermedad pese a los informes clínicos que emitimos acerca de su estado de salud mental y de sus limitaciones para llevar a cabo un trabajo normalizado o bien su búsqueda activa. Este hecho, aparte de desacreditar indirectamente nuestro juicio profesional, agrava aún más si cabe la psicopatología del paciente, quien percibe el sistema de inspección médica como injusto e incluso amenazante cuando tienen que volver a ser reevaluados al cabo de un tiempo. Por si fuera poco, a estos pacientes se les concede un mes para poder interponer un recurso. Procedimiento legal que supone un coste de varios cientos o miles de euros y que muchas de estas personas son incapaces de sufragar.

El resultado final de este ciclo es un paciente que cada vez se encuentra peor a nivel psicopatológico, que no confía en el sistema sanitario y ante el cual no podemos darle una respuesta biopsicosocial adaptada a sus necesidades (Zuñiga et al., 2013). Por otro lado, los pacientes que sí han sido beneficiados con dicha pensión por enfermedad reconocen en ocasiones el temor a que se les deniegue la pensión por enfermedad mental en próximas revisiones. No son pocos los pacientes que afirman que tienen incluso miedo a mejorar por si se interpreta como un signo de que ya no necesitan dicho sustento económico. Del mismo modo, algunos pacientes incluso reconocen haber minimizado sus mejorías por si dicha evolución positiva implicara la suspensión de la pensión. Como resultado de todo, observamos cómo este proceso pernicioso puede influir incluso en la relación profesional-paciente, dado que éste último duda con relativa frecuencia sobre la idoneidad de ser totalmente sincero en consulta y/o bien adopta comportamientos

hostiles fruto de su frustración por las decisiones de los tribunales médicos (Gascón et al., 2009). A la larga algunos de estos pacientes desarrollan una conducta de enfermedad para no poner en peligro su única fuente de ingresos. Todo ello pese a que inicialmente no asistían a consultas ambulatorias de salud mental motivados por una ganancia secundaria económica.

Los organismos de los que dependen los institutos de inspección médica deberían tener presente que un paciente, con o sin trastorno mental severo, al que no se le concede una necesaria pensión por invalidez o prórroga de baja laboral puede suponer a la larga un mayor gasto de recursos sanitarios, puesto que aumenta la cronicidad de sus problemas psicopatológicos (Gili, García-Campayo, & Roca, 2014) e incluso la frecuentación de las urgencias e ingresos psiquiátricos (Barbaglia et al., 2012). Si los dirigentes políticos buscan ante todo la eficiencia económica, esta política sanitaria es a todos luces cortoplacista. El problema ya no es sólo como la crisis económica ha podido empeorar la salud mental de los ciudadanos de España (Bartoll, Palència, Malmusi, Suhrcke, & Borrell, 2014), sino cómo la inacción de los organismos responsables de los institutos de inspección médica puede estar incrementando aún más si cabe esta situación.

REFERENCIAS

- Barbaglia, G., Vilagut, G., Artazcoz, L., Haro, J.M., Ferrer, M., Forero, C.G., & Alonso, J. (2012). Association between annual earnings and mental disorders in Spain: individual and societal-level estimates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1717-1725.
- Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24, 415-418.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, J.F., Santed, M.A., Casalod, Y., & Rueda, M.A. (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15, 29-35.
- Gili, M., García-Campayo, J., & Roca, M. (2014). Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.
- Zuñiga, A., Navarro, J.B., Lago, P., Olivás, F., Muray, E., & Crespo, M. (2013). Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 115-121.

Correspondencia: Álvaro Frías Ibáñez. Centro de Salud Mental de Adultos de Mataró. Ctra. Cirera, s/n. 08304 Mataró. España.
E-mail: afrias@csm.cat

ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Piñero Peñalver, J., Pérez-López, J., Vargas Torcal, F. y
Candela Sempere, A. B.
Madrid: Pirámide, 2014

María Teresa Martínez Fuentes
Universidad de Murcia

El manual *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* es una obra editada por Pirámide, coordinada por Jessica Piñero, Directora Técnica de la Fundación Salud Infantil de Elche y profesora asociada de la Universidad de Murcia, Julio Pérez-López, Profesor Titular de Psicología Evolutiva y de la Educación la Universidad de Murcia, Fernando Vargas Torcal, Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Elche y Ana Belén Candela Sempere, Coordinadora Técnica de la Fundación Salud Infantil.

Es un libro que recoge varias experiencias profesionales en el ámbito de la Atención Temprana Intrahospitalaria de nuestro país. Además, ofrece una introducción teórica sobre la justificación y contextualización de este tipo de intervenciones en la población de niños prematuros.

Esta publicación de más de 400 páginas, va dirigida al personal sanitario como son los neonatólogos, enfermeros, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores, pedagogos, psicopedagogos, estudiantes y profesionales de distintas disciplinas implicados en la prevención de problemas del desarrollo en niños que nacen en situación de riesgo biológico/social y/o con alguna patología.

En los últimos años, el índice de partos prematuros ha aumentado considerablemente, posiblemente por las mejoras en las técnicas de neonatología, obstetricia y farmacología, entre otras razones. Esta situación desemboca en una serie de implicaciones para el neurodesarrollo del niño a corto, medio y largo plazo, y

provoca una demanda de información y formación cada vez mayor por parte de los profesionales y de las familias. El aprendizaje de la detección de problemas infantiles y familiares, así como el conocimiento de las técnicas eficaces para estimular el desarrollo del niño, influyen más que favorablemente en la reducción de las repercusiones negativas en todos los ámbitos.

Por ello, este manual pretende aglutinar las aportaciones teóricas y prácticas de especialistas en cada una de las disciplinas tratadas. Estos conocimientos resultan imprescindibles para la puesta al día de los conocimientos teóricos de los profesionales implicados y para la mejora de los recursos de intervención práctica a nivel profesional, relacionados con los trastornos o desfases evolutivos más comunes en la población de niños nacidos bajo una situación de riesgo biológico.

Los primeros diez capítulos conforman el marco teórico y revisan los contenidos necesarios para la adquisición de las nociones básicas del desarrollo y comportamiento habitual de los niños nacidos con riesgo biológico. Exponen, también, la importancia de las intervenciones tempranas desde el momento del nacimiento. En el resto de los capítulos, eminentemente prácticos, se muestra de forma detallada la intervención llevada a cabo en diferentes hospitales españoles y facilita al lector los protocolos de tratamiento utilizados.

Este libro supone una herramienta fundamental para los profesionales de la Medicina, la Psicología, la Fisioterapia y la Logopedia que intervienen con niños prematuros, así como para los profesionales del ámbito sanitario en general. El manual destaca por su orientación práctica y aporta una forma de actualización a los profesionales, así como por ser una guía de intervención en este sector de población.

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL



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

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

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE BIZKAIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE CASTILLA-LA MANCHA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE CATALUNYA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA



Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001
Ceuta
C/ Salud Tejero, nº 13 Oficina nº 5.
Vivero de Empresas de la Cámara de Comercio de Ceuta
51001 Ceuta
E-mail: copce@cop.es • Web: www.copce.es

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

COL·LEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA



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

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LAS PALMAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



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

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



Consejo General de la Psicología de España